

Conclusion: Liver transplantation using ECD deceased donors yields comparable survival outcomes; however, the higher risk of severe complications and 90-day mortality in the ECD group warrants attention. The results suggest that ECD use is safe in the context of organ shortage, provided appropriate selection criteria and careful assessment protocols are applied.

Keywords: Liver transplantation, extended criteria donor, brain-dead donor, outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan từ lâu đã được coi là phương pháp điều trị tối ưu cho các bệnh nhân mắc bệnh gan giai đoạn cuối, giúp cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống và kéo dài tuổi thọ. Tuy nhiên, thực trạng thiếu hụt các cơ quan hiến tặng, đặc biệt là gan, vẫn là một trong những vấn đề lớn. Nhiều biện pháp đã được áp dụng để giải quyết tình trạng trên, như ghép gan từ người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng (ECD), hay ghép gan từ người hiến sống, chia gan để ghép.

Trong đó, ECD bao gồm những mô tạng không đáp ứng hoàn toàn các tiêu chuẩn nghiêm ngặt truyền thống, nhưng vẫn có thể được sử dụng cho một số bệnh nhân phù hợp. Người hiến ECD thường có các đặc điểm như tuổi cao, chức năng gan bất thường (nồng độ men gan tăng), nồng độ natri huyết thanh cao (>170 mEq/L), chỉ số khối cơ thể (BMI) >35 , tiền sử lạm dụng rượu.... làm tăng nguy cơ không chức năng gan nguyên phát hay ảnh hưởng tiên lượng mảnh ghép. Tuy nhiên, Joseph Tector (2006) nghiên cứu 68 BN tiêu chuẩn mở rộng cho thấy tiên lượng sống thêm là tương đương so với nhóm còn lại, ngoại trừ người hiến trên 60 tuổi. Tỷ lệ sống mảnh ghép sau 90 ngày là 88%, sau 2 năm là 77%, thời gian sống thêm của BN sau 2 năm là 79% [1].

Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, đa phần các ca ghép gan đến từ người cho chết não. Nhằm nâng cao số lượng bệnh nhân được ghép, một số chỉ định mở rộng cũng đã được áp dụng. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu (NC) đánh giá về kết quả của các trường hợp này. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả ghép gan từ người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng NC, tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân (BN) ghép gan từ người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng từ 01/2012-12/2023, có đầy đủ hồ sơ bệnh án của người hiến và người nhận.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN ghép đa cơ quan (Gan-thận, gan-tim), ung thư gan giai đoạn muộn, tiên lượng tái phát cao, hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu, BN không theo dõi ngoại trú tại bệnh viện sau ghép,

BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp NC: Mô tả theo dõi dọc, chọn mẫu thuận tiện. So sánh kết quả với nhóm hiến gan tiêu chuẩn thông thường (SCD).

Chỉ tiêu NC: Đặc điểm chung của người hiến và người nhận (tuổi, giới), tiêu chuẩn mở rộng của người hiến gan, mức độ nhiễm mỡ, cũng như thời gian thiếu máu lạnh. Về người nhận, nghiên cứu ghi nhận chỉ định ghép, bệnh lý nền và điểm MELD. Các chỉ tiêu sau ghép bao gồm thời gian nằm ICU, diễn biến chức năng gan và men gan, các biến chứng (mảnh ghép, nội khoa và ngoại khoa). Thời gian nằm viện, tỷ lệ tử vong trong 90 ngày, thời gian sống thêm và nguyên nhân tử vong.

Tiêu chuẩn người hiến gan mở rộng được áp dụng theo Joseph Tector, bao gồm các yếu tố: tuổi trên 60, BMI >35 , men gan >500 U/L, bilirubin >34 μ mol/L, natri máu >170 mmol/L, có viêm gan B hoặc C, thời gian thiếu máu lạnh trên 12 giờ, thời gian nằm hồi sức ≥ 5 ngày, sử dụng ≥ 3 loại vận mạch, chấn thương gan, tiền sử lạm dụng rượu, nhiễm trùng nặng hoặc viêm màng não, người hiến chết tuần hoàn, hoặc có u thần kinh trung ương/ung thư (ngoại trừ ung thư da) [1]

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức NC: Nghiên cứu được sự chấp thuận của bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu chỉ được dùng cho mục đích khoa học. BN đều đồng ý tham gia NC. Các tác giả không có xung đột lợi ích trong NC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 65 BN được ghép gan trong thời gian nghiên cứu, trong đó 25 người hiến đáp ứng tiêu chuẩn mở rộng. Đa phần người hiến là nam (89,2%), tỉ lệ nam:nữ là 8,3/1. 63,08% BN hiến tạng dưới 30 tuổi, sau đó là nhóm 30-40 tuổi (18,46%). Trong nhóm tiêu chuẩn mở rộng, nhóm Natri > 170 mmol/l là chỉ định hiến gan mở rộng thường gặp nhất (12%), sau đó là bilirubin toàn phần > 34 μ mol/l (12%), thời gian nằm ICU quá 5 ngày (12,0%). Có 12% người hiến trong nhóm tiêu chuẩn mở rộng có viêm gan B; 8,0% lạm dụng rượu; nhiễm khuẩn huyết/viêm màng não; u thần kinh trung ương (trong đó 1 một ca tiền sử có bố phơi nhiễm với chất độc da cam); men gan > 500 U/l; còn lại 4% thuộc nhóm tuổi >60 và chấn thương gan trên độ I. Trong các người hiến tiêu chuẩn mở rộng, có 4 người hiến đáp ứng nhiều tiêu chuẩn (2 ca có Natri > 170 mmol/l kèm viêm gan B, 1 ca có men gan cao >500 U/L và bilirubin > 34 μ mol/l, 1 ca có nhiễm trùng huyết Klebsiella kèm

theo tiền sử uống rượu > 300 ml/ngày) (bảng 3.1)

Bảng 3.1. Đặc điểm của người hiến tiêu chuẩn mở rộng

Đặc điểm	Phân loại	Nhóm tiêu chuẩn, N(%)	Nhóm mở rộng, N(%)	p-value
Giới	Nam	39 (97,5)	19 (76,0)	0,006
	Nữ	1 (2,5)	6 (24,0)	
Tuổi	<30	28 (70,0)	13 (52)	0,51
	30-40	6 (15,0)	6 (24)	
	40-50	5 (12,5)	4 (16,0)	
	50-60	1 (2,5)	1 (4,0)	
	≥60	0 (0)	1 (4,0)	
Thời gian thiếu máu lạnh <480 phút		40 (100)	25 (100)	-
Độ nhiễm mỡ <30%		40 (100)	25 (100)	-

Người nhận là nam giới chiếm đa số (93,8%), tỉ lệ nam:nữ là 10,3/1. Tỉ lệ người hiến là nam giới ở nhóm tiêu chuẩn và mở rộng lần lượt là 95,2% và 91,3%. 47,7% BN nhận gan nằm ở nhóm 50-60 tuổi, sau đó là nhóm trên 60 tuổi (20%). Tuổi trung bình là 52,1 tuổi. Tỉ lệ BMI <18 ở 2 nhóm lần lượt là 2,4 và 4,3%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chỉ định

ghép gan chủ yếu ở 2 nhóm đều là ung thư gan (65,2%), nguyên nhân thường gặp nhất là viêm gan B (82,7%). Tỉ lệ điểm MELD cao (15-30 điểm và ≥30 điểm ở nhóm tiêu chuẩn cao hơn (25,6% và 15,4% so với 8,3% và 8,3% ở nhóm mở rộng); sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng là không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) (bảng 3.2).

Bảng 3.2: Đặc điểm người nhận

Đặc điểm	Phân loại	Nhóm tiêu chuẩn, N(%)	Nhóm mở rộng, N(%)	p-value
Giới	Nam	38 (95,0)	23 (92,0)	0,62
	Nữ	2 (5,0)	2 (8,0)	
BMI	<18	1 (2,5)	1 (4,0)	0,64
	18-25	30 (75,0)	15 (64,0)	
	≥25	9 (22,5)	8 (32,0)	
Chỉ định ghép gan	Ung thư gan	29 (75,0)	15 (60,0)	0,51
	Xơ gan	6 (15,0)	7 (28,0)	
	Suy gan cấp	4 (10,0)	3 (12,0)	
	Khác	1 (2,5)	0 (0)	
Bệnh lý nền	Rượu	1 (2,4)	0 (0)	0,66
	Viêm gan B	35 (83,3)	19 (82,7)	
	Viêm gan C	2 (4,8)	1 (4,3)	
	Khác	4 (9,5)	3 (13,0)	
Điểm MELD (n=63)	<15	23 (59,0)	20 (83,4)	0,12
	15-30	10 (25,6)	2 (8,3)	
	≥30	6 (15,4)	2 (8,3)	

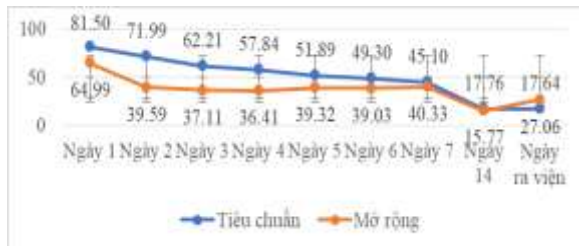
Thời gian nằm ICU ở 2 nhóm lần lượt là $4,7\pm 1,7$ và $5,2\pm 2,3$ ngày, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,35$). Thời gian nằm viện ở 2 nhóm lần lượt là $27,2\pm 8,4$ và $27,0\pm 10,2$ ngày, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (bảng 3.3). AST và ALT có thể tăng hoặc giảm chậm trong vài ngày đầu sau ghép do quá trình bảo quản lạnh và thiếu máu gan, sau đó giảm dần đến ngày thứ 14 và ra viện. Có 1 BN có suy chức năng mảnh ghép kèm sốc nhiễm trùng và suy đa

tạng nên giá trị trung bình ngày ra viện cao hơn trước đó (đồ thị 3.1). Ở nhóm tiêu chuẩn, có 2,5% chậm chức năng mảnh ghép, 12,5% có nhiễm trùng, 2,5% chảy máu trong ổ bụng; 7,5% có hẹp/rò miệng nối đường mật, tỉ lệ tử vong 90 ngày là 2,5%. Ở nhóm mở rộng, 4% có thải ghép và 4% suy chức năng mảnh ghép, tỉ lệ tử vong 90 ngày là 8% (bảng 3.3). Nguyên nhân là do sốc nhiễm trùng, suy đa tạng.

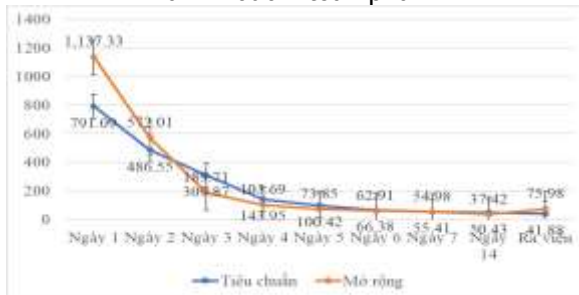
Bảng 3.3. Kết quả sau ghép

Phân loại	Nhóm tiêu chuẩn, N(%)	Nhóm mở rộng, N(%)	p-value
Thời gian nằm ICU (mean±SD) (min-max) (ngày)	$4,7\pm 1,7$ (1-8)	$5,2\pm 2,3$ (2-12)	0,35
Thời gian nằm viện (mean±SD) (min-max) (ngày)	$27,2\pm 8,4$ (15-52)	$27,0\pm 10,2$ (9-68)	0,91

Mảnh ghép - Thải ghép, chậm chức năng mảnh ghép, suy chức năng mảnh ghép - Không chức năng gan nguyên phát	1 (2,5) 0 (0)	2 (8,0) 0 (0)	-
Nội khoa - Nhiễm trùng - Rò tá tràng	5 (12,5) 0 (0)	4 (16) 1 (4,0)	0,69 -
Ngoại khoa - TDMP phải dẫn lưu - Chảy máu trong ổ bụng - Đường mật (hẹp, rò...) - TM cửa, TM gan, ĐM gan (hẹp, huyết khối)	23 (57,5) 1 (2,5) 3 (7,5) 0 (0)	8 (32,0) 3 (13,0) 1 (4,0) 0 (0)	0,039 0,12 0,50 -
Tỉ lệ tử vong 90 ngày	1 (2,5)	2 (8,0)	0,25



a. Bilirubin toàn phần



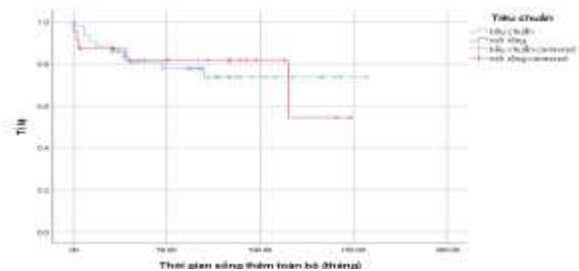
b. AST



c. ALT

Đồ thị 3.1. Diễn biến men gan, bilirubin sau ghép gan

Tỉ lệ sống thêm toàn bộ ở nhóm tiêu chuẩn sau 1 năm, 5 năm và 10 năm ở nhóm tiêu chuẩn là 87,5%; 71,9% và 71,9%; ở nhóm mở rộng là 88,0%; 83,1% và 66,5%. Gan từ người hiến tiêu chuẩn mở rộng mang lại kết quả tương đương với nhóm tiêu chuẩn trong ngắn và trung hạn, chỉ thấp hơn tỉ lệ sống thêm sau 10 năm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) (đồ thị 3.2).



Đồ thị 3.2. Thời gian sống thêm toàn bộ

IV. BÀN LUẬN

Nhóm ECD chiếm 38,5%, với natri >170 mmol/l (36%), bilirubin >34 μ mol/l, viêm gan, nhiễm trùng nặng và thời gian ICU >5 ngày (12%) là các chỉ định phổ biến nhất. Trong khi nghiên cứu của Tector (2006) trên 571 người hiến, có đến 68% theo tiêu chuẩn mở rộng, chỉ định thường gặp nhất là do bilirubin/men gan cao (20,5%). Nguyên nhân natri máu cao thường là do chức năng bất thường của tuyến yên sau, dẫn đến suy giảm vasopressin, và biểu hiện lâm sàng là đái tháo nhạt, xảy ra ở đến 90% người hiến tạng trưởng thành và nhi. Tình trạng tăng natri máu cao không kiểm soát được do phù tế bào và tăng tổn thương do tái tưới máu [2]. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy mảnh ghép này đủ an toàn và không có sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa nhóm có Natri cao >160 hoặc >170 so với phần còn lại [1, 3-5]. Ngoài ra, các yếu tố như tuổi cao gây suy giảm chức năng gan do giảm dòng chảy mật, và sự giả mao mạch hóa của nội mạc xoang gan, BMI làm giảm khả năng chịu đựng thiếu máu cục bộ và tăng tổn thương tái tưới máu hay viêm gan làm tăng nguy cơ xơ gan và lây nhiễm cho người nhận... Với nhóm có bilirubin cao, nhiễm trùng nặng và ICU >5 ngày, cần kiểm soát nguy cơ nhiễm trùng và đánh giá tình trạng tổn thương gan qua sinh thiết gan hiến trước khi quyết định có tiến hành ghép hay không.

Về người nhận, chỉ định ghép chủ yếu là ung

thư gan (>65%), nguyên nhân chính là viêm gan B (>80%). Tỷ lệ MELD cao (15-30 và ≥ 30) ở nhóm tiêu chuẩn, nhưng không khác biệt thống kê. So với Mazzaferro (1996), tỷ lệ ung thư gan do viêm gan B cao hơn tại Việt Nam. Cơ chế là viêm gan B mạn tính dẫn đến xơ gan và ung thư gan, là chỉ định chính ở khu vực châu Á [6]. Bệnh nhân khi được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) và được cho vào danh sách chờ ghép gan cần được theo dõi định kỳ đánh giá sát, mục tiêu là ngăn ngừa sự phát triển của khối u ra ngoài tiêu chuẩn và "hạ giai đoạn" để đưa về tiêu chuẩn có thể chỉ định ghép gan.

Về kết quả, thời gian nằm ICU ($4,7 \pm 1,7$ ngày nhóm tiêu chuẩn, $5,2 \pm 2,3$ ngày ở nhóm mở rộng, $p=0,35$) và nằm viện ($27,2 \pm 8,4$ ngày nhóm tiêu chuẩn, $27,0 \pm 10,2$ ngày ở nhóm mở rộng, $p=0,91$) không khác biệt thống kê. So với Tector (2006), thời gian này tương đương, cho thấy quản lý sau ghép tốt. Nghiên cứu của Stratigopoulou (2017) tại Đức báo cáo có 60% BN nằm ICU trên 3 ngày, tổng thời gian nằm viện $35,23 \pm 22,48$ ngày ở nhóm nằm ICU kéo dài [7].

Biến chứng ghép gan là một thách thức lớn, ảnh hưởng đến tiên lượng sống. So với Tector (2006), tỷ lệ biến chứng nhóm tiêu chuẩn mở rộng cao hơn [1]. Cơ chế là gan từ người hiến tiêu chuẩn mở rộng có nguy cơ tổn thương tế bào cao hơn, dẫn đến thải ghép hoặc suy chức năng. Nghiên cứu của Nemes (2015) tại Hungary báo cáo tỷ lệ rò mật là 8,5%, hẹp đường mật là 14,7% [8]. Mảnh gan từ ECD có nguy cơ biến chứng cao hơn. Tỷ lệ tử vong 90 ngày ở nghiên cứu trong nhóm mở rộng (8%) cao hơn nhóm tiêu chuẩn (2,5%), do tình trạng sốc nhiễm trùng dẫn đến suy đa tạng của người nhận. Nghiên cứu của Tector (2006) cho thấy tiêu chuẩn mở rộng tăng nguy cơ không chức năng gan nguyên phát lên 5-7% so với 2% ở tạng tiêu chuẩn. Nguyên nhân tử vong chính ở nhóm SCD là ung thư tái phát (20%), nhóm ECD là sốc nhiễm trùng (16%). Yếu tố tiên lượng tái phát sau ghép gan do HCC là một vấn đề quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và chất lượng sống của bệnh nhân. Theo các nghiên cứu, các yếu tố chính bao gồm kích thước và số lượng khối u, mức độ AFP trước ghép, xâm lấn mạch, và điểm MELD cao [9].

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1, 5, và 10 năm ở nhóm tiêu chuẩn là 87,5%; 71,9% và 71,9%; nhóm mở rộng là 88,0%; 83,1% và 66,5%, không khác biệt thống kê ($p>0,05$). So với Tector (2006), tỷ lệ sống thêm của nhóm ECD tại Việt Nam tương đương, nhưng thấp hơn sau 10

năm, có thể do tỷ lệ ung thư tái phát cao [1].

Hiến gan từ người hiến chết não theo tiêu chuẩn mở rộng đóng vai trò quan trọng trong việc giải quyết tình trạng thiếu hụt tạng ghép, đặc biệt tại các quốc gia như Việt Nam, nơi số lượng người hiến tạng còn hạn chế. Kết quả của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức – nơi có số lượng ca hiến tạng từ người cho chết não nhiều nhất cả nước cho thấy việc áp dụng ECD đã tăng số lượng BN được ghép gan thêm khoảng 50%, với tỷ lệ sống thêm tương đương nhóm tiêu chuẩn trong ngắn hạn (1 năm: 88% so với 87,5%, $p>0,05$). ECD giúp mở rộng nguồn cung tạng và giúp giảm thời gian chờ ghép và tỷ lệ tử vong trên danh sách chờ.

V. KẾT LUẬN

Người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng giúp mở rộng nguồn tạng hiến, với kết quả gần và xa gần như tương đương ở nhóm tiêu chuẩn, tuy nhiên cần kiểm soát thật tốt tình trạng nhiễm trùng và chỉ định ghép gan do HCC phù hợp nhằm cải thiện tỉ lệ sống thêm. Và có thể tiến tới sử dụng máy tưới máu tạng trong các trường hợp cần thiết nhằm tăng khả năng sử dụng tạng hiến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tector, A.J., et al.,** Use of extended criteria livers decreases wait time for liver transplantation without adversely impacting posttransplant survival. *Ann Surg*, 2006. 244(3): p. 439-50.
2. **Khosravi, M.B., et al.,** Early outcomes of liver transplants in patients receiving organs from hypernatremic donors. *Exp Clin Transplant*, 2013. 11(6): p. 537-40.
3. **Chen, Y., et al.,** Effects of donors' and recipients' preoperative serum sodium on the prognosis of liver transplantation. *Scientific Reports*, 2024. 14(1): p. 20304.
4. **Ladron de Guevara Cetina, A.L., et al.,** Association between donor hypernatremia and liver transplant graft function. *HPB*, 2018. 20: p. S78.
5. **Mangus, R.S., et al.,** Severe hypernatremia in deceased liver donors does not impact early transplant outcome. *Transplantation*, 2010. 90(4): p. 438-43.
6. **Mazzaferro, V., et al.,** Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *The New England Journal of Medicine*, 1996. 334(11): p. 693-699.
7. **Stratigopoulou, P., et al.,** High MELD score and extended operating time predict prolonged initial ICU stay after liver transplantation and influence the outcome. *PLOS ONE*, 2017. 12(3): p. e0174173.
8. **Nemes, B., G. Gámán, and A. Doros,** Biliary complications after liver transplantation. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 2015. 9(4): p. 447-66.
9. **Ninh, K.V., et al.,** Outcomes of liver transplantation for hepatocellular carcinoma: Experiences from a Vietnamese center. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2024. 28(1): p. 34-41.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHOLESTEATOMA BẨM SINH TẠI GIỮA GIAI ĐOẠN POTSIK III

Nguyễn Viết Thanh Tùng¹, Phạm Trần Anh^{1,2}, Nguyễn Đức Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cholesteatoma bẩm sinh tại giữa giai đoạn Potsic III. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh. **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện tai mũi họng trung ương, thời gian nghiên cứu từ năm 2017 tới năm 2025. **Bệnh nhân nghiên cứu:** 38 bệnh nhân. **Kết quả nghiên cứu:** Qua nghiên cứu 38 trường hợp cholesteatoma bẩm sinh giai đoạn Potsic III được phẫu thuật, bước đầu chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: bệnh nhân trung bình 5,5±3,6 tuổi; Tất cả bệnh nhân được theo dõi ít nhất 6 tháng cho thấy màng nhĩ liền kín trong 36 trường hợp, tỷ lệ cải thiện sức nghe là 28 trường hợp. Có 26 ca không có tồn dư cholesteatoma sau phẫu thuật lần 1, 12 ca tồn dư sau lần thứ 1 và 2 ca trải qua phẫu thuật lần 3 để loại bỏ bệnh tích; chưa phát hiện trường hợp nào xảy ra tai biến trong và sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật trên bệnh nhân cholesteatoma bẩm sinh tại giữa giai đoạn Potsic III là an toàn, đem lại kết quả tốt, giúp loại bỏ bệnh tích và cải thiện sức nghe cho bệnh nhân, tỷ lệ tai biến thấp, nhưng tỷ lệ tái phát còn cao.

Từ khóa: Cholesteatoma bẩm sinh, giai đoạn Potsic III.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF CONGENITAL MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA AT POTSIK STAGE III

Objective: To assess surgery outcomes of congenital middle ear cholesteatoma - Potsic stage III. **Methods:** Case series report. **Research location:** National Otorhinolaryngology Hospital, research period from 2017 to 2025. **Study patients:** 38. **Results:** Through the study of 38 cases of congenital cholesteatoma - Potsic stage III, we initially drew some conclusions as follows: Cholesteatoma congenital Potsic stage III is detected in young patients, average 5,5±3,6 years old. All patients were followed up for at least 6 months, and found that the tympanic was completed closed in 36 cases, the rate of hearing improvement was 28 cases, No residual cholesteatoma after the first surgery in 26 cases, Residual cholesteatoma after the first operation in 12 cases, and 2 cases required a third surgery to remove the residual cholesteatoma. There were no cases of complications during and after surgery. **Conclusion:** Surgery in patients with congenital

middle ear cholesteatoma at Potsic stage III is safety, operation with good result and low complication, but high residual rate. **Keywords:** Congenital cholesteatoma, Potsic stage III.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesteatoma là những tổn thương thường phát sinh do sự tích tụ bất thường của biểu mô vảy phân tầng có chứa lớp sừng keratin phát triển trong xương thái dương. Cholesteatoma được phân loại thành cholesteatoma bẩm sinh và cholesteatoma mắc phải, dù ở loại nào nhưng đều có tính chất phá hủy, xâm lấn cục bộ, có thể gây các biến chứng nguy hiểm.

Cholesteatoma bẩm sinh được mô tả lần đầu tiên bởi Muler năm 1838, là cholesteatoma phát triển phía sau màng nhĩ còn nguyên vẹn, bệnh nhân không có tiền sử chảy nước tai, can thiệp hay phẫu thuật tai trước đó.¹

Bệnh thường diễn biến âm thầm, 80% bệnh nhân thường không có triệu chứng nên thường được phát hiện tình cờ hoặc chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, độ tuổi trung bình hay gặp ở trẻ 5-6 tuổi.² Cholesteatoma bẩm sinh potsic III gây ăn mòn và tổn thương xương con, ảnh hưởng đến chức năng nghe – nói của trẻ và sự phát triển của trẻ, ở giai đoạn này bệnh tích bắt đầu lan tràn, nên nguy cơ tồn dư bệnh tích ở giai đoạn này khá cao, khoảng 44%.³

Hiện nay với sự phát triển của các trang thiết bị hiện đại như kính hiển vi, hệ thống nội soi và các kỹ thuật phẫu thuật giúp cho việc kiểm soát bệnh tích ở các vị trí khó như: hố trên vòi, ngách mắt, xoang nhĩ, ... được hiệu quả hơn nâng cao hiệu quả điều trị cũng như giảm khả năng tái phát.

Tại bệnh viện Tai mũi họng Trung ương có nhiều công trình nghiên cứu về cholesteatoma bẩm sinh, tuy nhiên chủ yếu nghiên cứu về cholesteatoma bẩm sinh trong giai đoạn sớm, chưa có nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống về đặc điểm lâm sàng, đặc điểm trong chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị của cholesteatoma bẩm sinh tại giữa giai đoạn Potsic III. Bởi vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật trên bệnh nhân có cholesteatoma bẩm sinh giai đoạn Potsic III."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 38 bệnh nhân Cholesteatoma bẩm sinh hòm nhĩ giai đoạn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Viết Thanh Tùng

Email: drtung22021998@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

Potsic III tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương từ năm 2017 đến năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Các bệnh nhân trẻ em được thăm khám lâm sàng, nội soi chẩn đoán cholesteatoma bẩm sinh hòm nhĩ giai đoạn Potsic III (theo phân loại Potsic (2002)).¹

- Bệnh nhân không có tiền sử chảy mủ tai, thủng màng nhĩ hay can thiệp bằng thủ thuật hoặc phẫu thuật vào tai nghiên cứu.

- Nội soi tai: Màng nhĩ bình thường, phía sau có tổn chức màu trắng ngà, ở các vị trí khác nhau trong hòm nhĩ, màng nhĩ có thể bị đẩy phồng một phần hoặc toàn bộ.

- Chụp CLVT (nếu có): Có tổn thương dạng hình mờ, tru trú ở hòm nhĩ, chưa lan vào xương chũm và có hiện tượng ăn mòn xương con. Cholesteatoma giai đoạn III theo phân loại Potsic 2002.

- Được đo nhĩ lượng, thính lực đồ đơn âm (nếu bệnh nhân hợp tác): trước và sau phẫu thuật.

- Được phẫu thuật và tổn thương trong phẫu thuật phù hợp với Cholesteatoma bẩm sinh giai đoạn Potsic III.

- Giải phẫu bệnh: Hình ảnh tổ chức cholesteatoma.

+ Bệnh nhân hoặc cha (hoặc mẹ hoặc người giám hộ) đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ, chi tiết theo bệnh án mẫu: mô tả rõ triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có màng nhĩ thủng, xẹp nhĩ, túi co kéo, cholesteatoma thứ phát.

- Bệnh nhân được phẫu thuật trong bệnh cảnh cấp cứu như viêm xương chũm cấp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh, chọn mẫu thuận tiện.

Phương tiện nghiên cứu:

- Bộ dụng cụ khám nội soi Tai Mũi Họng Karl – storz có màn hình và chụp ảnh, máy đo nhĩ lượng, thính lực đồ đơn âm, máy chụp CLVT xương thái dương, bộ dụng cụ vi phẫu tai, bộ nội soi phẫu thuật tại mũi họng.

- Bệnh án mẫu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu và đánh giá:

- Tuổi, giới.
- Triệu chứng cơ năng.
- Triệu chứng thực thể qua nội soi.
- Cận lâm sàng: Thính lực đồ, nhĩ lượng, hình ảnh cắt lớp vi tính.

- Phẫu thuật: Vị trí bệnh tích, tổn thương xương con, phương pháp phẫu thuật, biến chứng.

- Sau phẫu thuật: Triệu chứng cơ năng, thực

thể, thính lực đồ, nhĩ lượng, MRI (nếu có).

Xử lý số liệu: Dữ liệu thu thập được ghi vào phiếu nghiên cứu, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 38 bệnh nhân được chẩn đoán xác định Cholesteatoma bẩm sinh tai giữa giai đoạn Potsic III có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, chúng tôi có một số kết quả bước đầu như sau.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	29
	Nữ	9
Tuổi	≤ 2	6
	3-6	24
	≥ 7	8
Số lần phẫu thuật	1	18
	2	18
	3	2

Nhận xét: Giới tính

- Với N = 38. Tỷ lệ: Nam/Nữ = 29/9 ~ 3/1.

Tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi, lớn nhất là 17 tuổi, trung bình là: 5,5±3,6 tuổi.

- 6 bệnh nhân (15,8%) từ 2 tuổi trở xuống.

- 24 bệnh nhân (63,2%) từ 3-6 tuổi.

- 8 bệnh nhân (21,1%) từ 7 tuổi trở lên.

Số lần phẫu thuật

- 18 bệnh nhân phẫu thuật 1 lần.

- 18 bệnh nhân phẫu thuật 2 lần do tồn dư bệnh tích và/hoặc chỉnh hình xương con.

- 2 bệnh nhân phẫu thuật 3 lần do tồn dư bệnh tích.

3.2. Triệu chứng trước mổ

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng trước mổ

Triệu chứng lâm sàng	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Cơ năng	Nghe kém	9
	Viêm mũi họng	6
	Tình cờ phát hiện	23
Thực thể	Một góc phần tư	21
	Hai góc phần tư	14
	Toàn bộ hòm nhĩ	3

Nhận xét:- Lý do đến khám chủ yếu là tình cờ phát hiện: 23 bệnh nhân (60,5%), viêm mũi họng: 6 bệnh nhân (15,8%) và nghe kém: 9 bệnh nhân (23,7%).

- Vị trí màng trắng sau màng nhĩ ở một góc phần tư là 21 bệnh nhân (55,3%), hai góc phần tư là 14 bệnh nhân (36,8%) và 3 bệnh nhân (7,9%) chiếm toàn bộ màng nhĩ.

3.3. Tổn thương xương con đánh giá

trong phẫu thuật**Bảng 3. Đánh giá tổn thương xương con**

Số xương con bị tổn thương	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Trong mổ	1	15
	2	21
	3	2
CLVT	1	10
	2	8
	3	4
	Không tổn thương	4
	Không chụp	12

Nhận xét: Trên phim CLVT có:

- 12 bệnh nhân (31,6%) không được chụp CLVT.
- 14 bệnh nhân (36,8%) tổn thương 1 xương con.
- 8 bệnh nhân (21,1%) tổn thương 2 xương con.
- 4 bệnh nhân (10,5%) tổn thương 3 xương con.

Trong phẫu thuật có:

- 15 bệnh nhân (39,5%) tổn thương 1 xương con.
- 21 bệnh nhân (55,3%) tổn thương 2 xương con.
- 2 bệnh nhân (5,2%) tổn thương cả 3 xương con.

3.4. Tình trạng màng nhĩ sau phẫu thuật**Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật**

Đặc điểm	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Màng nhĩ	Liên tốt	36
	Cholesteatoma màng nhĩ	1
	Thủng	1
	Tổng	38
Tồn dư bệnh tích	Có	12
	Không	26

Nhận xét: 36 bệnh nhân màng nhĩ liên tốt.

- 1 bệnh nhân có cholesteatoma màng nhĩ.
- 1 bệnh nhân có thủng màng nhĩ.
- 12 bệnh nhân tồn dư sau phẫu thuật.

3.5. Thính lực đồ trước và sau phẫu thuật**Bảng 5. Thính lực bệnh nhân trước và sau phẫu thuật chỉnh hình xương con**

Thính lực (AC-PTA)	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
<15dB	0	0	7	25
16-25dB	4	19	4	14,3
26-40dB	9	42,9	9	32,1
41-55dB	5	23,8	8	28,6
56-70dB	3	14,3	0	0
Tổng	21	100	28	100

Nhận xét: Đo được thính lực đồ của 21 bệnh nhân trước phẫu thuật chỉnh hình xương con, hầu hết bệnh nhân có kết quả nghe kém dẫn truyền, sức nghe đường xương bình thường:

- 4 bệnh nhân có AC-PTA từ 16-25dB (19%).
- 9 bệnh nhân có AC-PTA từ 26-41dB (42,9%).
- 5 bệnh nhân có AC-PTA từ 41-55dB (23,8%).

- 3 bệnh nhân có AC-PTA từ 56-70dB (14,3%).
- AC-PTA trước mổ trung bình là 42,2±11,6dB.

Sau phẫu thuật chỉnh hình xương con, có 28 bệnh nhân được đo thính lực, sức nghe đường xương bình thường:

- 2 bệnh nhân (7,1%) có AC-PTA < 10dB.
- 7 bệnh nhân (25,9%) có AC-PTA từ 11-20dB.
- 5 bệnh nhân (17,9%) có AC-PTA từ 21-30dB.
- 14 bệnh nhân (50%) có AC-PTA > 30dB.
- AC-PTA trung bình: 27±13,2dB.

IV. BÀN LUẬN**Đặc điểm của mẫu nghiên cứu**

Giới tính: Gặp ở cả nam và nữ, tỷ lệ nam/nữ ~ 3/1 (29 nam và 9 nữ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Nelson (2002)⁴, Lê Thị Thu Hà (2018)⁵ và Ji Eun Choi (2023)⁶. Tỷ lệ cholesteatoma bẩm sinh ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ, khác so với Cholesteatoma mắc phải tỷ lệ ở hai giới ở trẻ em là như nhau.⁷

Tuổi: Tuổi trung bình của 38 bệnh nhân khi bắt đầu tham gia nghiên cứu là 5,5±3,6 tuổi, nhỏ nhất là 2 tuổi, lớn nhất là 17 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 3 tới 7 (61,6%). Phù hợp với kết quả của Nelson tuổi trung bình ở giai đoạn III là 6,3 tuổi,⁴ thấp hơn so với tuổi trung bình của Cholesteatoma mắc phải là 10,7 tuổi.⁸ Giai đoạn Potsic III gặp ở những trẻ có lứa tuổi lớn hơn, khi bệnh tích bắt đầu lan rộng và gây phá hủy chuỗi xương con.

Triệu chứng lâm sàng. Có 74,3% bệnh nhân phát hiện một cách tình cờ hoặc đi khám vì viêm mũi họng mà không có triệu chứng về tai. Có 25,6% bệnh nhân tới khám vì nghe kém, chủ yếu ở trẻ > 7 tuổi. Theo Lê Thị Thu Hà⁵ và Nguyễn Hữu Luật⁹, phần lớn trẻ phát hiện bệnh khi tình cờ thăm khám tai mũi họng.

Bệnh thường không có triệu chứng, ở trẻ dưới 4 tuổi thường khó đánh giá được tình trạng nghe kém, nhưng do thời tiết nước ta khiến trẻ dễ mắc viêm cấp đường hô hấp trên, nên bệnh được phát hiện tình cờ. Triệu chứng nghe kém thường gặp ở nhóm trẻ lớn khi mà bệnh tích lan tràn và có thể gây tiêu chuỗi xương con.

Bảng 3 cho thấy có 55,3% bệnh nhân có hình ảnh cholesteatoma bẩm sinh ở vị trí một góc phần tư màng nhĩ, chủ yếu gặp ở góc sau trên, tỷ lệ gặp bệnh tích chiếm một nửa màng nhĩ chiếm 36,8% và có 7,9% bệnh tích toàn bộ màng nhĩ. Kết quả khác biệt so với nghiên cứu của Nelson⁴ và các tác giả phương tây bệnh tích chủ yếu gặp ở góc phần tư trước, nhưng giống với các nghiên cứu tại châu Á, tỷ lệ bệnh gặp ở

góc sau cao hơn góc trước. Ở giai đoạn Potsic III, khối cholesteatoma lan rộng thường tới nửa màng nhĩ, có thể toàn bộ màng nhĩ, gây tổn thương chuỗi xương con.

Tổn thương xương con. Trong nghiên cứu, xương đe có tỷ lệ tổn thương nhiều nhất (34 bệnh nhân), chủ yếu là ngành xương đe (32 bệnh nhân). Xương bàn đạp (26 bệnh nhân), chủ yếu là gong xương bàn đạp. Tổn thương xương búa có 5 bệnh nhân. Kết quả này phù hợp với Nelson⁴ tổn thương xương con chủ yếu gặp ở xương đe, sau đó tới xương bàn đạp và ít nhất là xương búa.

Trong 15 bệnh nhân có tổn thương 1 xương con, phần lớn là tổn thương ngành xương đe. Tổn thương hai xương con có 21 bệnh nhân, chủ yếu gặp ở xương đe và xương bàn đạp trong hầu hết các trường hợp. Chỉ có 2 bệnh nhân có tổn thương cả 3 xương con. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Cao Minh Thành khi nghiên cứu về đặc điểm tổn thương gián đoạn xương con.¹⁰

Tổn thương xương con trên phim CLVT có kết quả khá tương đồng với tổn thương trong phẫu thuật, tuy nhiên CLVT không đánh giá được chi tiết tổn thương. Nghiên cứu này có 4 trường hợp trên CLVT không có hình ảnh tổn thương xương con nhưng trong quá trình phẫu thuật lại có ghi nhận.

Tình trạng màng nhĩ sau mổ. Tất cả các bệnh nhân được theo dõi tình trạng màng nhĩ sau phẫu thuật ít nhất 6 tháng, trong đó có 36 bệnh nhân (94,8%) màng nhĩ liền kín, 1 bệnh nhân (2,6%) có cholesteatoma màng nhĩ, 1 bệnh nhân (2,6%) có thủng màng nhĩ. Bệnh nhân có tình trạng thủng màng nhĩ và cholesteatoma màng nhĩ vẫn tiếp tục được theo dõi và lên kế hoạch điều trị.

Đánh giá tồn dư sau phẫu thuật. Sau lần mổ đầu tiên có 12 bệnh nhân có tồn dư cholesteatoma sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 31,6%. Trong đó có 1 bệnh nhân phát hiện tồn dư trên nội soi màng nhĩ, 2 bệnh nhân phát hiện trên MRI và tất cả 12 bệnh nhân trên được phẫu thuật thì hai để xác thực chẩn đoán. Theo dõi tồn dư qua nội soi màng nhĩ còn hạn chế trong trường hợp khối tồn dư nhỏ hoặc ở vị trí mà khó có thể quan sát như xoang nhĩ, ngách mặt, ... nên chúng tôi đề xuất nên chụp MRI diffusion hoặc phẫu thuật thì hai đánh giá tồn dư.

Thính lực đồ sau phẫu thuật. Nghiên cứu có 28 bệnh nhân đã được phẫu thuật tái tạo chuỗi xương con và được đo thính lực đồ sau mổ. Hầu hết các bệnh nhân có sức nghe đường xương bình thường và có nghe kém dẫn truyền.

Có 25 bệnh nhân được phẫu thuật chỉnh hình xương con ở ngay thì đầu tiên, 9 bệnh nhân được chỉnh hình xương con ở phẫu thuật thì thứ hai, 2 bệnh nhân được phẫu thuật lần 2 do trụ dẫn di lệch và kém di động và 4 bệnh nhân đang đợi phẫu thuật thì 2 (thường là 1 năm sau lần đầu tiên).

Sau phẫu thuật AC-PTA trung bình là $27 \pm 13,2$ dB so với trước phẫu thuật là $42,2 \pm 11,6$ dB. So sánh kết quả thính lực đồ trước và sau phẫu thuật cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). AC-PTA có cải thiện sau phẫu thuật.

Nhờ sự cải thiện AC-PTA sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật khiến cho sự cải thiện của ABG trước phẫu thuật là $34,5 \pm 8,9$ dB so với sau phẫu thuật là $19,6 \pm 11,9$ dB. So sánh kết quả cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Sau phẫu thuật có 11 bệnh nhân có AC-PTA ≤ 25 dB chiếm 39,3% và có 17 bệnh nhân > 25 dB chiếm 60,7%. AC-PTA trung bình là $27 \pm 13,2$ dB. Trung bình AC-PTA ở giai đoạn Potsic III trong nghiên cứu của Ji Eun Choi là 34,2dB.⁶

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn bệnh nhân phát hiện do tình cờ thăm khám tai mũi họng, độ tuổi trung bình là $5,5 \pm 3,6$ tuổi, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ.

- Tỷ lệ liền của màng nhĩ sau phẫu thuật cao chiếm 92,1%.

- Có sự tương đồng giữa hình ảnh trên CLVT và tổn thương trong phẫu thuật.

- Phẫu thuật chỉnh hình xương con mang lại hiệu quả cải thiện sức nghe sau biểu hiện qua AC-PTA là 27dB so với trước phẫu thuật là 42,2dB, chỉ số ABG sau phẫu thuật là 19,6dB, cải thiện so với ABG ở các bệnh nhân có tổn thương xương con thường trên 30dB,

- Tuy nhiên tỷ lệ tồn dư bệnh tích sau phẫu thuật lần 1 còn cao chiếm 31,6%, bệnh nhân cần tái khám định kỳ nhằm phát hiện sớm nếu có tồn dư bệnh tích. Đánh giá tồn dư bệnh tích nên sử dụng MRI diffusion hoặc có kế hoạch phẫu thuật thì hai khi bệnh tích lan tràn sau phẫu thuật thì đầu 1 năm.

Cholesteatoma bẩm sinh tai giữa giai đoạn Potsic III là giai đoạn tổn thương lan rộng và gây tổn thương xương con ảnh hưởng tới khả năng nghe và phát triển của trẻ. Hiện nay nhờ sự phát triển của hệ thống nội soi, CLVT kết hợp với sử dụng kính hiển vi trong phẫu thuật giúp lấy sạch bệnh tích tăng tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cho bệnh nhân và cải thiện sức nghe cho bệnh nhân. Tuy nhiên tỷ lệ tồn dư của bệnh còn cao cũng như tỷ lệ nghe kém dẫn truyền sau mổ còn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kazahaya K, Potsic WP.** (2004). Congenital cholesteatoma. Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery. 12(5), 398-403.
2. **Castle JT. Cholesteatoma Pearls.** (2018). Practical Points and Update. Head Neck Pathol. 12(3), 419-429.
3. **McCabe R, Lee DJ, Fina M.** (2021). The Endoscopic Management of Congenital Cholesteatoma. Otolaryngol Clin North Am. 54(1), 111-123.
4. **Nelson M, Roger G, Koltai PJ, et al.** (2002). Congenital cholesteatoma: classification, management, and outcome. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 128(7), 810-814.
5. **Lê Thị Thu Hà** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh cholesteatoma tai màng nhĩ đóng kín, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Choi JE, Kang WS, Lee JD, et al.** (2023). Outcomes of Endoscopic Congenital Cholesteatoma Removal in South Korea. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 149(3), 231-238.
7. **Nguyễn Anh Quỳnh** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng nội soi và chụp cắt lớp vi tính của viêm tai cholesteatoma ở trẻ em, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **James AL.** (2024), Cholesteatoma Severity Determines the Risk of Recurrent Paediatric Cholesteatoma More Than the Surgical Approach. J Clin Med. 13(3), 836.
9. **Luật, N. H., & Dũng, Đào T.** (2024), Đặc điểm nội soi tai và cắt lớp vi tính Cholesteatoma bẩm sinh tai giữa ở trẻ em. Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 183(10), 237-246.
10. **Cao Minh Thành** (2011), Chuỗi xương con và kết quả tạo hình bằng gốm sinh học trong viêm tai giữa mạn tính, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 45-124.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO SAU KỸ THUẬT MỘT BÓ TẮT CẢ BÊN TRONG TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Thành Nam¹, Nguyễn Trung Tuyền², Nguyễn Huy Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS kỹ thuật một bó tắt cả bên trong tại bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng. Gồm 31 người bệnh được chẩn đoán đứt DCCS khớp gối, được phẫu thuật nội soi điều trị đứt DCCS bằng kỹ thuật một bó tắt cả bên trong tại bệnh viện E từ tháng 3/2021 đến hết tháng 3/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 34.10 ± 12.62 (18–57), nhóm 18–40 tuổi chiếm 61,3%. Triệu chứng thường gặp: lỏng gối 100%, đau gối 80,6%, sưng nề 38,7%. Trên MRI: đứt hoàn toàn 74,2%, bán phần 25,8%. Sau mổ, điểm Lysholm–Gillquist trung bình 90,94 ± 5,4; rất tốt/tốt 93,5%. IKDC 2000: A 64,5%, B 32,3%, C 3,2%, D 0%. **Kết luận:** Kỹ thuật tái tạo DCCS một bó cả bên trong (all-inside) cho kết quả khả quan, cải thiện rõ rệt độ vững và chức năng khớp gối.

Từ khóa: Dây chằng chéo sau, tái tạo dây chằng chéo sau kỹ thuật all-inside, bệnh viện E.

SUMMARY

RESULTS OF ARTHROSCOPIC SINGLE-BUNDLE ALL-INSIDE POSTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION AT E HOSPITAL

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Nam

Email: nguyenthannam130698@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Objectives: (1) To describe the clinical characteristics and magnetic resonance imaging (MRI) findings of the study group. (2) To evaluate the outcomes of all-inside single-bundle posterior cruciate ligament (PCL) reconstruction performed at E Hospital.

Methods: This was a retrospective and prospective interventional clinical study without a control group. A total of 31 patients diagnosed with posterior cruciate ligament rupture of the knee underwent arthroscopic all-inside single-bundle PCL reconstruction at E Hospital from March 2021 to March 2025. **Results:** The mean age was 34.10 ± 12.62 years (range, 18–57), with the 18–40 age group accounting for 61.3%. Common symptoms included knee instability (100%), knee pain (80.6%), and swelling (38.7%). MRI findings showed complete rupture in 74.2% and partial rupture in 25.8% of cases. Postoperatively, the mean Lysholm–Gillquist score was 90.94 ± 5.4, with very good/good outcomes in 93.5% of cases. IKDC 2000 grading was as follows: A 64.5%, B 32.3%, C 3.2%, and D 0%. **Conclusion:** All-inside single-bundle PCL reconstruction yielded favorable outcomes, with significant improvements in knee stability and function. **Keywords:** Posterior cruciate ligament, all-inside PCL reconstruction, E Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây chằng chéo sau cùng với dây chằng chéo trước là hai dây chằng quan trọng giúp đảm bảo sự vững chắc của khớp gối. DCCS có kích thước diện cắt ngang gấp khoảng 1,3 đến 2 lần và khỏe gấp đôi so với dây chằng chéo trước. Do đó, tỷ lệ tổn thương DCCS ít hơn nhiều do với tổn thương dây chằng chéo trước, chiếm khoảng 20% tổng số ca chấn thương khớp gối. DCCS đóng vai trò quan trọng không chỉ chống lại di

lệch ra sau mà còn chống lại di lệch xoay của mâm chày¹. Mục đích của việc tái tạo DCCS nhằm phục hồi sự vững chắc, cải thiện chức năng khớp gối.

Trong những năm gần đây, các nghiên cứu về giải phẫu và cơ sinh học của DCCS giúp các phẫu thuật viên chẩn thương chỉnh hình có hiểu biết toàn diện hơn về DCCS. Với sự phát triển của dụng cụ phẫu thuật nội soi khớp gối và các phương tiện cố định mảnh ghép, kế thừa và phát huy những thành tựu của phẫu thuật nội soi tạo hình dây chằng chéo trước, phẫu thuật nội soi tạo hình DCCS kỹ thuật tất cả bên trong (all-inside) đã ra đời và được áp dụng nhờ ưu điểm ít xâm lấn, bảo tồn xương và kiểm soát chiều dài mảnh ghép. Tại bệnh viện E, kỹ thuật này đã được triển khai thường quy, tuy nhiên nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị còn hạn chế. Từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS kỹ thuật một bó tất cả bên trong tại bệnh viện E" được thực hiện với hai mục tiêu:

(1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

(2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS kỹ thuật nội soi một bó tất cả bên trong tại bệnh viện E.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 31 người bệnh chẩn đoán đứt DCCS, có hoặc không kèm rách sụn chêm, không kèm tổn thương dây chằng khác, được phẫu thuật nội soi điều trị đứt DCCS bằng kỹ thuật một bó tất cả bên trong tại bệnh viện E từ tháng 3/2021 đến hết tháng 6/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** hồ sơ bệnh án đầy đủ dữ liệu lâm sàng, hình ảnh học, phẫu thuật và theo dõi.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh có tổn thương khớp phối hợp cùng chi, tổn thương DCCS có phối hợp với các tổn thương: dây chằng chéo trước, dây chằng bên trong, dây chằng bên ngoài, cấu trúc góc sau ngoài hoặc góc sau trong, tiền sử phẫu thuật gối cũ dựa vào khám lâm sàng và hình ảnh chụp cộng hưởng từ khớp gối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu, không có nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu thuận tiện:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ NB đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- **Phương pháp tiến hành:**

+ Thống kê đặc điểm lâm sàng trước mổ của người bệnh đứt DCCS

+ Kỹ thuật phẫu thuật: nội soi khớp gối với

ba cổng (trước ngoài, trước trong, sau trong). Sử dụng mảnh ghép gân tự thân Hamstring (gân cơ bán gân và cơ thon) hoặc móc bên dài dạng tết, cố định treo hai đầu trong các đường hầm đùi-chày theo kỹ thuật all-inside. Xử trí tổn thương phối hợp (nếu có) trước khi tạo đường hầm và luồn mảnh ghép. Định vị đường hầm đùi tại vùng bám bó trước-trong; đường hầm chày hướng ra bờ sau mâm chày, góc dẫn hướng 45–50°. Sau cố định tạm đầu đùi, thực hiện vận động thụ động, căng mảnh ghép và cố định đầu chày ở gối gấp ~80°.

- Bước 1: Chẩn bị dụng cụ, chuẩn bị bệnh nhân
- Bước 2: Nội soi chẩn đoán
- Bước 3: Chẩn bị mảnh ghép
- Bước 4: Xử lý tổn thương phối hợp trong khớp
- Bước 5: Khoang đường hầm đùi và chày theo kích thước mảnh ghép

- Bước 6: Luồn mảnh ghép và cố định mảnh ghép

+ Phục hồi chức năng: bất động gối dưới 0° bằng nẹp đùi-căng chân trong giai đoạn sớm; tập theo phác đồ tăng tiến qua các mốc 4 tuần, 3 tháng, 6 tháng và tái khám cuối.

- **Tiêu chí đánh giá:** (1) Lâm sàng: dấu hiệu ngăn kéo sau, Lachman ngược; thang điểm Lysholm–Gillquist trước và sau mổ. (2) Hình ảnh học: MRI trước mổ; MRI sau mổ (khoảng 6 tháng) khi có chỉ định. (3) Trong mổ: loại mảnh ghép, đường kính/chiều dài mảnh ghép, thời gian mổ, phương tiện cố định

- **Phân tích thống kê:** so sánh trước-sau bằng kiểm định thích hợp (ví dụ kiểm định t ghép cặp hoặc Wilcoxon), mức ý nghĩa $p < 0,05$; trình bày ước lượng khoảng tin cậy 95% khi có thể.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu. Nam giới có tỉ lệ đứt DCCS cao hơn nữ giới chiếm 71% với tỉ lệ nam/nữ là 2,44/1. Trong 31 người bệnh nghiên cứu, tuổi trung bình của người bệnh là $34,1 \pm 12,62$ tuổi, người bệnh trẻ nhất là 18 tuổi, người bệnh cao tuổi nhất là 57 tuổi, tập trung 18 – 40 tuổi chiếm 61,3%. Nguyên nhân chính gây nên đứt DCCS chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm 45,2% và tai nạn thể thao chiếm 45,2%. Thời gian trung bình từ khi chấn thương đến khi được thăm khám và phẫu thuật là 79.87 ± 67.45 ngày.

Bảng 1: Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=31)

Đặc điểm	Phân loại	Tỷ lệ (%)
Cơ chế chấn thương	Tai nạn giao thông	45.2
	Tai nạn thể thao	45.2
	Tai nạn sinh hoạt	9.6

Triệu chứng cơ năng	Lỏng khớp	100
	Đau	80,6
	Sưng nề gối	38,7
Ngăn kéo sau	Độ II	32,3
	Độ III	67,7
Lachman ngược	Độ II	35,5
	Độ III	64,5
Thời gian từ khi chấn thương đến khi mổ	≤3 tháng	83,9
	>3 tháng	16,1

100% người bệnh có triệu chứng lỏng gối ở các mức độ khác nhau, kèm theo triệu chứng đau gối xuất hiện ở 25/31 người bệnh chiếm 80,6%, triệu chứng sưng nề gối xuất hiện ở 12/31 người bệnh chiếm 38,7%.

MRI trước mổ: đứt hoàn toàn DCCS 74,2% (23/31), đứt bán phần 25,8% (8/31). Tổn thương phối hợp: rách sụn chêm trong 16,1% (5/31), rách sụn chêm ngoài 9,7% (3/31), rách cả hai 3,2% (1/31).

3.2. Đánh giá trong mổ. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều sử dụng mảnh ghép gân tự thân để tái tạo DCCS. Trong đó, mảnh ghép gân hamstring có 20/31 người bệnh, chiếm 64,5%, còn lại là mảnh ghép gân mạc bên dài có 11/31 người bệnh, chiếm 35,5%. Mảnh ghép gân sử dụng có đường kính trung bình là $8,16 \pm 0,78$ mm. Chiều dài trung bình là $70,77 \pm 3,40$ mm. 100% NB được phẫu thuật được sử dụng phương tiện cố định gân bằng treo 2 đầu.

Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm nghiên cứu là $74,68 \pm 22,17$ phút. Trong đó, thời gian phẫu thuật của nhóm người bệnh không có tổn thương phối hợp là $67,5 \pm 18,12$ phút, trong khi thời gian phẫu thuật của nhóm người bệnh có tổn thương phối hợp là $99,29 \pm 16,94$ phút.

3.3. Đánh giá sau mổ. Sau mổ và trong nằm viện: không ghi nhận sốt, tràn dịch khớp hay nhiễm trùng vết mổ; thời gian nằm viện trung bình $12,84 \pm 4,9$ ngày. Tại lần thăm khám gần nhất, tất cả người bệnh trong nghiên cứu đều có nghiệm pháp ngăn kéo trước và Lachman ngược ở mức âm tính và độ I.

Bảng 2: Phân loại chức năng khớp gối sau mổ theo thang điểm Lysholm và Gilquist (n=31)

Phân loại điểm Lysholm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rất tốt (95- 100)	13	41,9
Tốt (84- 94)	16	51,6
Khá (65- 83)	2	6,5
Kém (≤ 64)	0	0
Trung bình ± Độ lệch chuẩn: $90,94 \pm 5,4$		
Biên độ giao động: 78 – 98		

Bảng 3: Đánh giá thang điểm IDKC 2000 khách quan sau phẫu thuật (n=31)

IDKC	A	B	C	D	Tổng
Số lượng	20	10	1	0	31
Tỷ lệ %	64,5	32,3	3,2	0	100

Bảng 4: Đánh giá cải thiện chức năng khớp gối trước và sau mổ theo thang điểm Lysholm và Gilquist (n=31)

Điểm Lysholm và Gilquist	Trước mổ	Sau mổ
Trung bình ± độ lệch chuẩn (điểm)	$68,77 \pm 7,77$	$90,94 \pm 5,4$
Biên độ dao động	55–82	78–98
Chênh lệch sau mổ và trước mổ	$90,94 \pm 5,4$	
Khoảng tin cậy 95% của chênh lệch sau mổ và trước mổ	19.45–24.87	
P	<0,05	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 18 người bệnh được chụp cộng hưởng từ khớp gối sau mổ nội soi tái tạo DCCS với kết quả có 17/18 người bệnh được chụp MRI hình ảnh mảnh ghép gân có tín hiệu bình thường chiếm 94,4 %. Có 1 trường hợp tín hiệu mảnh ghép gân mất liên tục một phần. Không ghi nhận trường hợp nào mất tín hiệu dây chằng và viêm xương, tiêu xương tại đường hầm.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của người bệnh là $34,10 \pm 12,62$ tuổi, người bệnh trẻ nhất là 18 tuổi, người bệnh cao tuổi nhất là 57 tuổi, tập trung 18 – 40 tuổi chiếm 61,3%. Kết quả cho thấy bệnh nhân đứt DCCS chủ yếu ở lứa tuổi lao động phù hợp với đặc thù cơ chế chấn thương (tai nạn thể thao và giao thông chiếm đa số).

Tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng đau và sưng nề hạn chế vận động khớp gối ngay sau chấn thương, mức độ sưng đau khớp gối tùy thuộc vào từng bệnh nhân, tùy từng hoàn cảnh chấn thương. Sưng đau khớp gối sau chấn thương là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân chấn thương gối giai đoạn cấp, nhưng ít giá trị chẩn đoán đặc hiệu cho đứt DCCS. Sau giai đoạn cấp tính, tình trạng đau gối và lỏng gối là các triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân đứt DCCS đến khám với tỷ lệ 100% người bệnh có dấu hiệu lỏng gối, 80,6% người bệnh có triệu chứng đau vùng gối. Tại thời điểm nhập viện, các nghiệm pháp đánh giá mất vững khớp gối do tổn thương DCCS (nghiệm pháp Lachman ngược và ngăn kéo sau độ II và độ III) đều xuất hiện ở 100% các người bệnh nghiên cứu. Trong đó, dấu

hiệu ngắn kéo sau độ III dương tính là 21/31 người bệnh (chiếm 67,7%), so với các nghiên cứu có kết quả tương đồng như nghiên cứu của Lê Thành Tùng² là 77,8% cũng như các nghiên cứu của Phạm Quốc Hùng³, Phùng Văn Tuấn⁴, Tăng Hà Nam Anh⁵

Cộng hưởng từ là phương tiện chẩn đoán hình ảnh giá trị cao nhất trong đánh giá tổn thương khớp gối. Chụp MRI khớp gối rất có giá trị trong chẩn đoán đứt DCCS nói riêng và đứt dây chằng khớp gối nói chung. Chụp MRI có độ nhạy từ 96-100% và độ đặc hiệu lên đến 100% trong chẩn đoán đứt DCCS cấp tính⁷. DCCS được đánh giá tốt nhất trên phim T2. Hình ảnh DCCS bình thường là một dải cường độ tín hiệu thấp liên tục được xác định rõ trong tất cả các xung. Trong trường hợp đứt hoàn toàn DCCS, các bó sợi không liên tục với tín hiệu chất lỏng đi qua hoàn toàn trong các sợi. Trong rách một phần DCCS dày lên, tăng tín hiệu, một số sợi DCCS còn nguyên vẹn, và một số xuất hiện không liên tục. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% NB có biểu hiện tổn thương DCCS trên MRI với các mức độ tổn thương khác nhau, bao gồm: 74,2% NB đứt hoàn toàn DCCS và 25,8% người bệnh đứt bán phần DCCS. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán đứt DCCS ở các mức độ khác nhau trên phim chụp MRI khớp gối đều có tổn thương DCCS được chẩn đoán trong khi nội soi khớp gối.

Vấn đề lựa chọn mảnh ghép gân đồng loại hay gân tự thân trong phẫu thuật tái tạo dây chằng khớp gối vẫn còn được tranh cãi. Ưu điểm của mảnh ghép gân tự thân là: không có nguy cơ nhiễm bệnh, nguồn gân an toàn và đáng tin cậy, tuy nhiên việc lấy gân tự thân làm gia tăng thời gian phẫu thuật, thêm đường mổ để lấy gân làm gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, đau tại vị trí lấy gân và đặc biệt là việc hạn chế về kích thước gân lấy được phụ thuộc vào từng người bệnh. Với nghiên cứu của chúng tôi, 100% người bệnh được phẫu thuật tái tạo DCCS được sử dụng mảnh ghép gân tự thân. Trong đó, 20/31 người bệnh (chiếm 64,5%) được sử dụng mảnh ghép gân Hamstring và 11/31 người bệnh (chiếm 35,5%) được sử dụng mảnh ghép gân mạc bên dài. Mảnh ghép gân tự thân được sử dụng với đường kính trung bình là $8,16 \pm 0,78\text{mm}$, chiều dài trung bình là $70,77 \pm 3,40\text{mm}$. Theo Đỗ Văn Minh⁶, với chiều dài trung bình của DCCS đoạn trong khớp khoảng 35mm, chiều dài mỗi đầu của mảnh ghép nằm trong đường hầm xương tối thiểu là 15mm. Do đó, chiều dài mảnh ghép trung bình theo nghiên cứu của chúng tôi là $70,77 \pm 3,40\text{mm}$ là đủ để tạo hình DCCS bằng kỹ thuật tất cả bên trong.

Để đánh giá chức năng khớp gối sau mổ, chúng tôi sử dụng thang điểm Lysholm và Gilquist đánh giá theo chủ quan người bệnh trước và sau phẫu thuật. Theo kết quả nghiên cứu, chức năng khớp gối trước mổ của tất cả người bệnh đều thuộc nhóm khá và kém với trung bình của nhóm NB là 68.77 ± 7.77 điểm, biên độ dao động từ 55 – 82 điểm. Chức năng khớp gối sau mổ đạt mức tốt và rất tốt chiếm 93,5%, 2 người bệnh có chức năng khớp gối ở mức khá. Chức năng khớp gối sau mổ đạt trung bình 90.94 ± 5.4 điểm, có sự thay đổi rõ rệt so với trước mổ ở người bệnh tái tạo DCCS. So với các tác giả khác như Đỗ Văn Minh⁶, Tăng Hà Nam Anh⁵, Lê Thanh Tùng², kết quả của chúng tôi cũng chỉ ra sự thay đổi đáng kể chức năng khớp gối sau mổ của người bệnh đứt DCCS

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS kỹ thuật một bó all-inside tại Bệnh viện E cho thấy hiệu quả cải thiện độ vững và chức năng khớp gối, tỉ lệ rất tốt/tốt cao theo Lysholm-Gillquist và hạng IKDC ưu thế A-B. Kỹ thuật khả thi, an toàn và có thể áp dụng thường quy với lựa chọn mảnh ghép tự thân phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Janousek AT, Jones DG. Posterior cruciate ligament injuries of the knee joint. Sports Med. 1999;28(6):429-441.
2. Lê Thanh Tùng. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật tạo hình DCCS khớp gối qua nội soi bằng mảnh ghép gân đồng loại. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
3. Phạm Quốc Hùng. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tái tạo DCCS khớp gối bằng gân Hamstrings. Luận án BSCKII. Học viện Quân y; 2014.
4. Phùng Văn Tuấn, Lê Hồng Hải, Nguyễn Quốc Dũng, và cs. Đánh giá kết quả xa và yếu tố ảnh hưởng đến tái tạo DCCS. Tạp chí Chấn thương Chính hình Việt Nam. 2017; Số đặc biệt: 366-371.
5. Tăng Hà Nam Anh, Cao Bá Hường. Tái tạo DCCS qua nội soi gối bằng hai đường sau. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2012;16(1):362-364.
6. Đỗ Văn Minh. Nghiên cứu ứng dụng tạo hình DCCS qua nội soi kỹ thuật all-inside. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
7. Sonin AH, Fitzgerald SW, Hoff FL, et al. MRI of the posterior cruciate ligament: normal, abnormal, and associated injury patterns. RadioGraphics. 1995;15(3):551-561.
8. Martin RK, Melugin HP, Freychet B, et al. Posterior cruciate ligament all-inside reconstruction. Curr Rev Musculoskelet Med. 2020; 13: 585-595.
9. Prince MR, Stuart MJ, King AH, Sousa PL, Levy BA. All-inside posterior cruciate ligament reconstruction: GraftLink technique. Arthrosc Tech. 2015;4(2): e147-e153.
10. Nguyễn Xuân Thùy. Phẫu thuật nội soi khớp gối. NXB Y học; 2014:166-228.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT U MÔ ĐỆM DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Khắc Đông^{1,3}, Dương Trọng Hiền², Nguyễn Hoàng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật u mô đệm dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 48 bệnh nhân được chẩn đoán GIST dạ dày và được phẫu thuật cắt u tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023. Dữ liệu thu thập hồ sơ từ bệnh án, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình $56,0 \pm 15,2$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,09/1. Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng vùng thượng vị (56,3%), khối u kích thước dao động từ 10 đến 285 mm, chủ yếu là u tế bào hình thoi với 47/48 trường hợp chiếm 97,9%, 22 bệnh nhân (45,8%) được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi, 26 bệnh nhân (54,2%) trường hợp được mổ mở, cắt hình chêm là phương án được áp dụng chủ yếu (81,3%), thời gian mổ trung bình là $116,1 \pm 54,7$ phút, thời gian hậu phẫu trung bình $7,1 \pm 2,1$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu cho GIST dạ dày. Chẩn đoán cần kết hợp lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào cơ sở y tế và thói quen phẫu thuật viên.

Từ khóa: U mô đệm dạ dày, GIST, phẫu thuật.

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AS WELL AS THE EARLY SURGICAL OUTCOMES OF GASTRIC GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS (GISTS) AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical, paraclinical characteristics and early surgical outcomes of gastric gastrointestinal stromal tumors (GIST) at Viet Duc University Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted on 48 patients diagnosed with gastric gastrointestinal stromal tumors (GIST) who underwent surgical resection at Viet Duc University Hospital from January 2019 to December 2023. Data were collected from medical records and analyzed using SPSS 20.0. **Results:** The mean age was 56.0 ± 15.2 years; male-to-female ratio was 1.09:1. The most common presenting symptom was epigastric pain (56.3%). Tumor size ranged from 10 to 285 mm, predominantly spindle cell type (97.9%). Laparoscopic surgery was

performed in 22 cases (45.8%) and open surgery in 26 cases (54.2%). Wedge resection was the most common surgical technique (81.3%). The mean operative time was 116.1 ± 54.7 minutes, and the mean postoperative hospital stay was 7.1 ± 2.1 days. **Conclusions:** Surgery remains the primary treatment modality for gastric GIST. Diagnosis requires a combination of clinical evaluation, imaging, and histopathology. The choice of surgical approach depends on institutional facilities and surgeon's experience. **Keywords:** GastroIntestinal Stroma Tumors, GIST, surgery,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mô đệm đường tiêu hóa - GastroIntestinal Stroma Tumors (GIST) là khối u trung mô có nguồn gốc từ tế bào kẻ Cajal. Bệnh chiếm khoảng 0,2% các bệnh lý đường tiêu hóa, với tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1,5/100.000 dân. GIST dạ dày có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Phần lớn u được phát hiện một cách tình cờ hoặc khi u đã có kích thước lớn, bệnh được phát hiện chủ yếu bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như, chụp cắt lớp vi tính, nội soi dạ dày, siêu âm nội soi. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định là hóa mô miễn dịch. GIST là bệnh lý điều trị đa mô thức tuy nhiên phẫu thuật đóng vai trò chính trong điều trị với phương pháp cắt bỏ hoàn toàn khối u với diện cắt âm tính và tránh làm vỡ u. Imatinib được chỉ định cho những BN nguy cơ trung bình – nguy cơ cao.

Để thống kê lại thực trạng điều trị GIST tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian gần đây, chúng tôi làm đề tài này với mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị u mô đệm dạ dày bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm: Từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

2.3. Đối tượng nghiên cứu: BN được chẩn đoán là GIST dạ dày, điều trị bằng phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học, hóa mô miễn dịch là GIST dạ dày tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023.

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán là u mô đệm dạ dày, có kết quả giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch sau mổ là GIST dạ dày.

BN được phẫu thuật cắt bỏ khối u mô đệm

¹Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Khắc Đông

Email: nkdong.dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

dạ dày kể cả mổ mở và mổ nội soi.

Có đầy đủ hồ sơ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ: BN GIST dạ dày tái phát di căn xa, hồ sơ không đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.5. Cỡ mẫu: Chọn tất cả BN đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. n=48

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử bệnh lý

Triệu chứng lâm sàng, kết quả cận lâm sàng (nội soi, siêu âm, cắt lớp vi tính)

Đặc điểm khối u: vị trí, kích thước, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch

Đặc điểm phẫu thuật: Phương pháp phẫu thuật, cách thức phẫu thuật, thời gian mổ tại bệnh, biến chứng sau mổ.

Kết quả phẫu thuật: thời gian dùng thuốc giảm đau, thời gian trung tiện, thời gian hậu phẫu.

2.7. Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được hội đồng đạo đức Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức chấp nhận. Thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 48 BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $56,0 \pm 15,2$, nhỏ nhất 18 tuổi và cao nhất là 94 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là 60-70 tuổi chiếm 37,4%, độ tuổi dưới 40 ít gặp trong nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ nam / nữ là 1,09/1.

Bảng 1. Tiền sử bệnh lý

	Tiền sử	Số lượng	Tỷ lệ %
Ngoại khoa	Cắt lách	1	2,1
	Cắt túi mật	5	10,4
	Khâu lỗ thủng dạ dày	1	2,1
	Cắt ruột thừa	3	6,3
	Khác	1	2,1
Nội khoa	THA	9	18,8
	Đái tháo đường	6	12,5
	Tim mạch	3	6,25
	Khác	3	6,25

Có 11 trường hợp mổ cũ chiếm 22,9 %. Các bệnh lý nội khoa trong đó THA chiếm tỷ lệ cao nhất với 18,8%.

3.2. Triệu chứng lâm sàng. Đa phần BN nhập viện vì đau bụng chiếm 56,3%, có 18 trường hợp (37,4 %) vào viện do vô tình phát hiện bệnh. Triệu chứng xuất huyết tiêu hóa ít gặp hơn với 3 BN chiếm 6,3%.

3.3. Triệu chứng cận lâm sàng. Siêu âm ổ bụng Tất cả BN được siêu âm ổ bụng tuy nhiên chỉ 26 trường hợp (54,2%) phát hiện u trên SA, trong đó có 10 trường hợp (79,5%) hình ảnh đồng âm, chỉ 1 trường hợp giảm âm (3,8%) và 15 trường hợp (57,7%) hỗn hợp âm. Kích thước trung bình trên siêu âm $64,8 \pm 35,8$ mm.

Bảng 2. Nội soi dạ dày

Nội soi dạ dày	Tần số (N)	Tỷ lệ %
Không thấy u	4	8,3%
Niêm mạc bình thường	26	54,2%
Niêm mạc loét, chảy máu	18	37,5%
Tổng	48	100

Tất cả BN được nội soi dạ dày, trong đó có 4 trường hợp không phát hiện u dưới nội soi chiếm 8,3%. 26 trường hợp niêm mạc bình thường (54,2%) và 18 trường hợp niêm mạc có loét, chảy máu (37,5%).

Bảng 3. Cắt lớp vi tính ổ bụng

Tính chất trên CLVT		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Tính chất u	Đồng tỷ trọng	28	58,3%
	Giảm tỷ trọng	1	2,1%
	Hỗn hợp	19	39,6%
Ngấm thuốc	Ngấm ít	6	12,5%
	Ngấm mạnh	41	85,4%
	Không ngấm thuốc	1	2,1%
Ranh giới	Rõ	42	87,5%
	Xâm lấn, đè đẩy xung quanh	6	12,5
Kích thước u	<2 cm	6	12,5%
	2-5 cm	20	41,7%
	5-10 cm	16	33,3%
	>10 cm	6	12,5%

Trên hình ảnh CT khối u đồng tỷ trọng có 28 trường hợp (58,3%) 19 trường hợp hỗn hợp tỷ trọng (39,6%), 41 trường hợp ngấm thuốc mạnh sau tiêm chiếm 85,4%, 42 trường hợp (87,5%) ranh giới rõ xung quanh.

Kích thước u trung bình trên CT là $57,4 \pm 45,9$ mm, trong đó khối u từ 2-5cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 20 trường hợp (41,7%), khối u kích thước trên 10 cm chiếm 12,5% (6 trường hợp).

3.4. Kết quả phẫu thuật. Vị trí hay gặp nhất là thân vị chiếm tới 50% trường hợp, trong nhóm nghiên cứu có 2 trường hợp nhiều u ở các vị trí khác nhau chiếm 4,2%.

Kích thước u được tính theo kích thước trên giải phẫu bệnh: Kích thước trung bình $63,9 \pm 54,8$ mm, khối u nhỏ nhất ghi nhận là 10mm, u kích thước lớn nhất là 285mm.

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật

PPPT	Tần số (N)	Tỷ lệ %
Nội soi	22	45,8%

Mổ mở	24	50%
Nội soi chuyển mổ	2	4,2%
Tổng	48	100%

Có 22 trường hợp (45,8%) được phẫu thuật nội soi, 24 trường hợp (50%) mổ mở ngay từ đầu và 2 trường hợp nội soi chuyển mổ mở.

Bảng 5. Cách thức phẫu thuật

Cách thức phẫu thuật	Tần số (N)	Tỷ lệ %
Bóc u dưới niêm mạc	2	4,2%
Cắt dạ dày hình chêm	39	81,3%
Cắt đoạn dạ dày	4	8,3%
Cắt dạ dày mở rộng	3	6,3%
Tổng	48	100%

81,3% BN được cắt dạ dày hình chêm (39 trường hợp), 2 trường hợp bóc u dưới niêm mạc, 3 trường hợp cắt dạ dày mở rộng kèm cắt bỏ tổn thương kèm theo.

- Tính triệt căn: tất cả BN có diện cắt âm tính trên giải phẫu bệnh.

- Tai biến trong mổ: có 1 trường hợp làm vỡ u, 1 trường hợp tổn thương lách được cầm máu trong mổ và 1 trường hợp gây thủng đại tràng được khâu lỗ thủng.

- Thời gian phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình 116,1±54,7 phút, trong đó ca mổ nhanh nhất trong 30 phút, dài nhất 260 phút. Thời gian mổ nội soi trung bình 108±52,7 phút, thời gian mổ mở trung bình 122,9±56,4 phút

- Mô bệnh học: có 47/48 trường hợp u giàu tế bào hình thoi (97,9%) chỉ 1 trường hợp u GIST dạng biểu mô.

Bảng 6. Hóa mô miễn dịch

	CD117	CD34	DOG1	Ki67	SMA	S100
Tần suất	41	6	41	30	17	17
Dương tính	40	5	40	30	1	0
Âm tính	1	1	1	0	16	17
Tỷ lệ dương tính	97,6%	83,3%	97,6%	100%	5,9%	0%
Tỷ lệ âm tính	2,6%	16,7%	2,6%	0%	94,1%	100%

Có 41/48 BN (85,4%) được nhuộm hóa mô miễn dịch trong tỷ lệ dương tính với CD117 (97,6%), 97,6% dương tính với DOG1, chỉ 6 trường hợp được làm CD34 với tỷ lệ dương tính 83,3%, 100% dương tính với Ki67, 94,1% âm tính với SMA, 100% âm tính với S100.

Bảng 7. Phân chia giai đoạn theo TNM

Giai đoạn	Tần số (N)	Tỷ lệ %
Giai đoạn I	26	54,2%
Giai đoạn II	7	14,6%
Giai đoạn III	13	27,1%

Giai đoạn IV	2	4,2%
Tổng	48	100%

BN đến chủ yếu trong giai đoạn I với 54,2%, có 13 trường hợp (27,1%) đến giai đoạn III, chỉ có 2 trường hợp (4,2%) đến giai đoạn IV.

- Thời gian dùng giảm đau sau mổ trung bình là 3,6±1,2 ngày, thời gian trung tiện là 3,1±0,8 ngày.

- Thời gian hậu phẫu trung bình 7,1± 2,1 ngày. Thời gian lâu nhất là 15 ngày.

- Biến chứng sau mổ gặp 5 trường hợp, chủ yếu liên quan tới nhiễm trùng vết mổ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là 56,0 ± 15,2 tuổi với tuổi thấp nhất là 18 cao nhất là 94, chủ yếu ở nhóm tuổi 50-70 tuổi. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu ghi nhận GIST dạ dày thường gặp ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi¹⁻³. Tỷ lệ nam/nữ gần tương đương nhau (1,09/1) tương tự kết quả của tác giả như Hoàng Anh¹.

Triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng đau bụng thượng vị thường gặp nhất (56,3%), đây là một triệu chứng phổ biến, tương đồng với các nghiên cứu khác như Hoàng Anh (đau bụng chiếm 73%)¹. Nguyễn Hồng Sơn (2023) đau bụng là lý do khám bệnh chủ yếu (47,7%)⁴. Đáng chú ý có tới 37,4% các trường hợp tình cờ phát hiện bệnh.

Các triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, tuy nhiên một số triệu chứng khác có thể gặp bao gồm chảy máu, sờ thấy khối u, thiếu máu, gầy sút cân³.

Đặc điểm Cận lâm sàng. Nghiên cứu cho thấy chỉ 26/48 trường hợp (54,2%) phát hiện u trên siêu âm. Đa phần là hình ảnh hỗn hợp âm với 57,7%. Kích thước trung bình trên siêu âm là 64,8±35,8 mm.

Tất cả BN trong nhóm nghiên cứu được nội soi dạ dày, tuy nhiên chỉ 91,7% trường hợp u được phát hiện. Trong đó 54,2% bệnh nhân có niêm mạc bình thường và 37,5% có loét hoặc chảy máu niêm mạc. Hoàng Anh (2021) cũng chỉ ra nội soi dạ dày phát hiện 86,5% trường hợp, với 16,2% có tổn thương loét¹. Nguyễn Hồng Sơn (2023) cũng ghi nhận loét niêm mạc là đặc trưng cho u mô đệm (26,6%)⁴.

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) là cận lâm sàng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng điều trị^{5,6}. Tất cả BN được chụp CT, trong đó u đồng tỷ trọng có 28 trường hợp (58,3%) 19 trường hợp hỗn hợp tỷ trọng (39,6%), 42 trường hợp (87,5%) ranh giới rõ xung quanh. Kích thước u trung bình trên CT là 57,4±45,9 mm, trong đó

khối u từ 2-5cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 20 trường hợp (41,7%), khối u kích thước trên 10 cm chiếm 12,5% (6 trường hợp).

Đặc điểm Giải phẫu bệnh và Hóa mô miễn dịch

Đại thể: kích thước khối u mô mềm dao động từ 10mm tới 285 mm, kích thước trung bình $63,9 \pm 54,8$ mm.

Vi thể: GIST dạ dày được chia thành 3 dạng chính: dạng tế bào hình thoi, dạng biểu mô và dạng hỗn hợp. Trong nhóm nghiên cứu có 47/48 trường hợp u tế bào hình thoi (97,9%) chỉ 1 trường hợp u GIST dạng biểu mô. Kết quả cho tương đương với một số nghiên cứu khác^{1,7}.

Hóa mô miễn dịch được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt với các một số u trung mô khác của đường tiêu hóa. Chúng tôi tiến hành làm hóa mô miễn dịch với các dấu ấn CD117, DOG, Ki67, CD34, SMA, S100... Kết quả ghi nhận được dấu ấn CD117 và DOG1 có tỷ lệ dương tính cao với 97,6%, 83,3% dương tính với CD34, 100 % dương tính với Ki67, 100 % âm tính với S100, và 94,1% âm tính với SMA. Kết quả trên tương tự với nhiều nghiên cứu^{1,5,7,8} chỉ ra tỷ lệ dương tính với CD117 và DOG trên 95%, thường âm tính với SMA và S100^{3,8}. Gần đây dấu ấn DOG1 được chú ý nhiều hơn cả do độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

Giai đoạn bệnh BN đến ở giai đoạn I và III chiếm ưu thế với lần lượt 54,2% và 27,1 %, chỉ 2 trường hợp đến trong giai đoạn IV chiếm 4,2%.

Kết quả điều trị. Vị trí u hay gặp nhất trong nhóm nghiên cứu là vùng thân vị chiếm tới 50% trường hợp, trong đó có 2 trường hợp nhiều u ở các vị trí khác nhau chiếm 4,2%. Tương tự như kết quả nghiên cứu của Hoàng Anh và Lun Panha^{1,2} với khối u hay gặp vùng thân vị.

Phương pháp phẫu thuật: Trong nghiên cứu có 45,8% mổ nội soi, 50% mổ mở, và 4,2% BN mổ nội soi phải chuyển mổ mở. Gần đây phẫu thuật nội soi đang từng bước khẳng định được ưu việt và là xu hướng trong điều trị GIST dạ dày. Tuy nhiên cần cân nhắc nhiều yếu tố đặc biệt là kích thước và vị trí khối u trước khi quyết định phương pháp phẫu thuật.

Chúng tôi có 81,3% BN được cắt dạ dày hình chêm (39 trường hợp), 2 trường hợp (4,2%) bóc u dưới niêm, 4 trường hợp (8,3%) cắt đoạn dạ dày và 3 trường hợp cắt dạ dày mở rộng kèm cắt bỏ tổn thương kèm theo.

Phẫu thuật cắt bỏ khối u với diện cắt R0 (diện cắt âm tính) và tránh làm vỡ u trong mổ là nguyên tắc điều trị GIST dạ dày^{3,8}. Việc nạo vét hạch thường quy không được khuyến cáo. Chúng tôi thực hiện diện cắt cách khối u tối thiểu

1 cm đảm bảo được diện cắt âm tính trên giải phẫu bệnh.

Về tai biến có 1 trường hợp làm vỡ u, 1 trường hợp tổn thương chảy máu lách và 1 trường hợp tổn thương đại tràng ngang đều được xử trí trong mổ.

Thời gian mổ trung bình là $116,1 \pm 54,7$ phút, trong đó ca mổ nhanh nhất trong 30 phút, dài nhất 260 phút. Trong đó nhóm phẫu thuật nội soi thời gian trung bình là $108 \pm 52,7$ phút, nhóm mổ mở với thời gian trung bình là $122,9 \pm 56,4$ phút.

Thời gian trung tiện trung bình $3,1 \pm 0,8$ ngày, phần lớn BN có trung tiện sau 2-4 ngày (64,6%). Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình $3,7 \pm 1,2$ ngày. Việc rút sonde dạ dày và cho ăn trở lại trung bình là $3,4 \pm 0,7$ ngày.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nghiên cứu là $7,1 \pm 2,1$ ngày. Kết quả này dài hơn so với một số nghiên cứu khác như của Hoàng Anh là $6,02 \pm 1,18$ ngày¹ và của Nguyễn Hồng Sơn là $4,96 \pm 1,86$ ngày⁴. Sự khác nhau được giải thích do phương pháp phẫu thuật khác nhau.

Chúng tôi ghi nhận có trường hợp (10,4%) có biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ đều liên quan tới những BN mổ mở, không ghi nhận trường hợp nào biến chứng khác.

V. KẾT LUẬN

U mô mềm dạ dày (GIST) thường gặp ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi với tỷ lệ nam và nữ gần tương đương nhau. Triệu chứng lâm sàng của bệnh không đặc hiệu trong đó đau bụng vùng thượng vị là hay gặp nhất.

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị khác nhau trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh. Hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính và nội soi dạ dày có giá trị cao hơn.

Chẩn đoán xác định và mức độ ác tính phải dựa vào giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch, đặc biệt là các dấu ấn CD117, DOG1, Ki67.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị mang tính quyết định với mục tiêu cắt bỏ hoàn toàn khối u với diện cắt âm tính và tránh làm vỡ u. Phẫu thuật cắt dạ dày hình chêm được áp dụng chủ yếu cho cả các trường hợp.

Phẫu thuật nội soi gần mang lại nhiều ưu việt hơn và có kết quả lâu dài không có sự khác biệt với mổ mở, tuy nhiên việc lựa chọn BN phụ thuộc vào các yếu tố như tuổi, vị trí u, kích thước u, kinh nghiệm phẫu thuật viên và trang thiết bị hiện có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Anh, Kim Văn Vụ, Phạm Trung Thông, Nguyễn Tiến Trung. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị GIST dạ dày tại bệnh viện K.

- Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;505(2)
2. **Lun Panha, Trần Quốc Sơn, Trần Hiếu Học.** Kết quả sớm phẫu thuật cắt u mô đệm (GIST) dạ dày tại khoa Ngoại - Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;506(1)
 3. **Nguyễn Hoàng, Vũ Tiến Tùng.** U mô đệm dạ dày, một số quan điểm mới về chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;540(1)
 4. **Nguyễn Hồng Sơn.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị u mô đệm dạ dày, Luận án Tiến Sĩ. 2023; Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
 5. **Trần Hoàng Cường, Đào Đức Tiên.** Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) tại Bệnh viện Quân Y 175. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;549(3)
 6. **Wang T-T, Liu W-W, Liu X-H, et al.** Relationship between multi-slice computed tomography features and pathological risk stratification assessment in gastric gastrointestinal stromal tumors. World Journal of Gastrointestinal Oncology. 2023;15(6):1073.
 7. **Miettinen M, Sobin LH, Lasota JTAJosp.** Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 1765 cases with long-term follow-up. 2005;29(1):52-68.
 8. **Von Mehren M, Kane JM, Riedel RF, et al.** NCCN Guidelines(R) Insights: Gastrointestinal Stromal Tumors, Version 2.2022. J Natl Compr Canc Netw. Nov 2022;20(11):1204-1214. doi:10.6004/jnccn.2022.0058

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY VÙNG MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG NẸP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

Nguyễn Văn Đức¹, Nguyễn Vũ Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 48 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ 01/2023 đến 03/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm 62,5% trong khi đó có 37,5% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân $60,5 \pm 13,8$ trong đó nhóm tuổi từ 60 đến 69 chiếm 43,8%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 52,1%. Chấn thương bên phải chiếm 62,5%, tỷ lệ bệnh nhân chấn thương bên trái chiếm 37,5%. Chấn thương do tai nạn sinh hoạt chiếm 60,4%, Triệu chứng điển hình đau chói xuất hiện ở tất cả các trường hợp, có 01 bệnh nhân chiếm 2,1% xuất hiện sốc mất máu. Gãy xương loại A2.1 và A2.2 đều có tỷ lệ là 25%, trong khi đó có 1 bệnh nhân (2,1%) gãy loại A3.2. Bệnh nhân phục hồi xương gãy sau phẫu thuật là 85,4% phục hồi ở mức tốt và 4,6% phục hồi ở mức chấp nhận được. Tất cả bệnh nhân đều liền xương tại thời điểm khám lại, trong đó tỷ lệ liền xương tốt chiếm 70,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa là phương pháp an toàn và đem lại hiệu quả cao.

Từ khóa: Gãy vùng mẫu chuyển xương đùi, nẹp khóa mẫu chuyển xương đùi.

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT

¹Trung tâm Y tế Từ Sơn

²Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đức

Email: ducngoaiavts1978@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

OF FEMORAL TRANSACTION FRACTURES WITH LOCKING PLATE AT BAC NINH PROVINCE GENERAL

Objective: To evaluate the results of the treatment of femoral trochanter fractures with locking plate at Bac Ninh Province General Hospital. **Subjects and methods:** The study describes 48 patients who underwent surgical treatment of femoral trochanter fractures with locking plate at Bac Ninh Province General Hospital from January 2023 to March 2025. **Results:** Male patients accounted for 62.5% while 37.5% were female patients. The average age of the patients was 60.5 ± 13.8 years, of which the age group from 60 to 69 years old accounted for 43.8%. Occupation was farmer accounting for 52.1%. Right-sided trauma accounted for 62.5%, the proportion of patients with left-sided trauma accounted for 37.5%. Injuries due to domestic accidents accounted for 60.4%. Sharp pain symptoms appeared in all cases, 1 patient (2.1%) had hemorrhagic shock. A2.1 and A2.2 fractures both accounted for 25%, while 1 patient (2.1%) had A3.2 fractures. The rate of patients with post-operative fracture recovery was 85.4% with good recovery and 4.6% with acceptable recovery. All patients had bone union at the time of re-examination, of which the rate of good bone union was 70.8%. **Conclusion:** Surgical treatment of femoral trochanter fractures with locking plate is a safe and highly effective method. **Keywords:** Femoral trochanter fractures, femoral trochanter locking plate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy vùng mẫu chuyển xương đùi (VMCXĐ) là loại gãy khá phổ biến chiếm 55% các trường hợp gãy đầu trên xương đùi, hay xảy ra ở người cao tuổi. Người cao tuổi có thể bị gãy xương chỉ do một chấn thương nhẹ như trượt chân ngã, tai nạn giao thông hay tai nạn sinh hoạt. Gãy

VMCXĐ có thể gây ra tàn tật và tử vong, nó đang là một vấn đề quan tâm lớn của các bác sĩ lâm sàng¹.

Hiện nay, có nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng cho gãy VMCXĐ như kết hợp xương (đinh nội tủy, nẹp DHS, nẹp uốn, nẹp khóa) thay khớp háng đối với các trường hợp gãy VMCXĐ. Mỗi kỹ thuật phẫu thuật đều có những ưu điểm và nhược điểm riêng. Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa có ưu điểm là các vít được bắt cố định vào nẹp ở một góc cố định mang lại sự vững chắc cho cấu trúc giải phẫu mà không phụ thuộc vào lực ma sát giữa vít - nẹp - xương tạo nên sự vững chắc cho vùng mẫu chuyển.

Gãy VMCXĐ nếu được phẫu thuật sớm, có chế độ chăm sóc phù hợp và phục hồi chức năng tốt sau mổ sẽ cải thiện được kết quả điều trị, mang lại chức năng hàng ngày và giảm thiểu tỷ lệ tử vong cũng như tiết kiệm chi phí. Ở Việt Nam chưa có thống kê đầy đủ, nhưng qua thực tế điều trị chúng tôi thấy những năm gần đây tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh số bệnh nhân gãy VMCXĐ ngày càng gia tăng, gặp ở mọi lứa tuổi, chủ yếu ở người già từ 60 tuổi trở lên. Nhằm nâng cao chất lượng điều trị gãy VMCXĐ chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu đánh giá kết quả trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 48 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ 01/2023 đến 03/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín VMCXĐ theo lâm sàng, cận lâm sàng đã được phẫu thuật và được chỉ định phẫu thuật bằng nẹp khóa.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Gãy xương bệnh lý.
- Gãy xương ở chi thể đã có sẵn các di chứng chấn thương.
- Có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Không đủ hồ sơ bệnh án.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, đặc điểm Xquang, phân loại gãy theo AO.

+ Kết quả gần (trong 3 tháng đầu sau mổ): Tai biến sau phẫu thuật, tình trạng phục hồi xương

gãy, tình trạng vết mổ, thời gian nằm viện.

+ Kết quả xa (sau 6 tháng sau phẫu thuật): Đánh giá kết quả liền xương, đánh giá mức độ phục hồi chức năng: theo phương pháp đánh giá của Merle d'Aubigné – Postel.

Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm phục vụ mục đích điều trị, không nhằm mục đích cá nhân nào khác, không gây nguy hại cho đối tượng nghiên cứu và đã được thông qua hội đồng khoa học. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin cá nhân của các đối tượng nghiên cứu đều được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân nam chiếm 62,5% trong khi đó có 37,5% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân $60,5 \pm 13,8$ trong đó nhóm tuổi từ 60 đến 69 chiếm 43,8%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 52,1%. Chấn thương bên phải chiếm 62,5%, tỷ lệ bệnh nhân chấn thương bên trái chiếm 37,5%. Chấn thương do tai nạn sinh hoạt chiếm 60,4%, tỷ lệ bệnh nhân được sơ cứu trước khi vào viện chiếm 93,8%. Triệu chứng điểm đau chói xuất hiện ở tất cả các trường hợp, có 01 bệnh nhân chiếm 2,1% xuất hiện sốc mất máu. Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng khác dao động từ 79,2% đến 97,9%.

Bảng 1. Phân loại gãy xương

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
A1	A1.1	02
	A1.2	06
	A1.3	07
A2	A2.1	12
	A2.2	12
	A2.3	03
A3	A3.1	05
	A3.2	01
Tổng	48	100

Nhận xét: Bệnh nhân gãy xương loại A2.1 và A2.2 đều có tỷ lệ là 25%, trong khi đó có 1 bệnh nhân (2,1%) gãy loại A3.2, không có bệnh nhân gãy loại A3.3, các phân loại còn lại dao động từ 4,2% đến 14,6%.

Bảng 2. Kết quả gần sau phẫu thuật

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tai biến trong mổ	Có	04
	Không	44
Phục hồi xương gãy	Tốt	41
	Chấp nhận được	07
	Không tốt	0
Tình trạng vết mổ	Nhiễm trùng	01
	Tốt	47
Tổng	48	100

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều phục hồi xương gãy sau phẫu thuật trong đó 85,4% phục hồi ở mức tốt và 4,6% phục hồi ở mức chấp nhận được. Trong các đối tượng nghiên cứu có 8,3% bệnh nhân xuất hiện tai biến trong mổ và 01 bệnh nhân chiếm 2,1% nhiễm trùng vết mổ.

Bảng 3. Thời gian nằm viện

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ
≤10 ngày	31	64,6
>10 ngày	17	35,4
Trung bình	10,3 ± 3,9	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân 10,3 ± 3,9 ngày trong đó bệnh nhân có thời gian nằm viện từ 10 ngày trở xuống chiếm 64,6%, có 35,4% bệnh nhân có thời gian nằm viện trên 10 ngày.

Bảng 4. Đặc điểm liên xương khi khám lại (>6 tháng)

Kết quả		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh X-quang	Liên tốt	34	70,8
	Chậm liền	14	29,2
Góc cổ thân	1200° - 1300°	9	81,3
	1100° - < 1200°	09	18,8
	Trung bình	127,1 ± 4,7 (110 – 130)	
Độ dài chi phẫu thuật so với chi lành	Không ngắn chi	31	61,4
	Ngắn chi < 1cm	15	31,3
	Ngắn chi 1 - <2cm	01	2,1
	Ngắn chi 2 - 3cm	01	2,1
	Ngắn chi > 3cm	0	0
Vị trí vít cổ trôm	Đúng vị trí	46	95,8
	Sai vị trí	02	4,2
Tổng		48	100

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều liền xương tại thời điểm khám lại, trong đó tỷ lệ liền xương tốt chiếm 70,8%. Góc cổ thân trung bình tại thời điểm khám lại 127,1 ± 4,7 (thấp nhất 110 và lớn nhất 130) trong đó góc cổ thân từ 120° - 130° chiếm 81,3%. Bệnh nhân không ngắn chi tại thời điểm khám lại chiếm 61,4%, không có bệnh nhân nào ngắn chi > 3cm, tỷ lệ ngắn chi < 1cm chiếm 31,3%. Tại thời điểm khám lại vít cổ trôm đúng vị trí chiếm 95,8%.

Bảng 5. Biên độ vận động khớp háng và khả năng đi lại tại thời điểm khám lại

Kết quả		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biên độ vận động khớp háng	Bình thường (>90°)	33	68,8
	Hạn chế (80°-90°)	13	27,1
	Hạn chế (60°-<80°)	02	4,2
Khả năng đi lại	Bình thường	25	52,1
	Đau khi đi lại gắng sức	22	45,8
	Phải dùng nạng	01	2,1

	Không đi lại được	0	0
Tổng		48	100

Nhận xét: Bệnh nhân có biên độ vận động bình thường tại thời điểm khám lại chiếm 68,8%, tầm vận động hạn chế từ 80° - 90° chiếm 27,1%, có 02 bệnh nhân chiếm 4,2% có tầm vận động hạn chế ở mức 60° - < 80°. Bệnh nhân đi lại bình thường tại thời điểm khám lại chiếm 52,1%, tỷ lệ bệnh nhân còn đau khi đi lại gắng sức chiếm 45,8%, chỉ có 01 bệnh nhân (2,1%) phải dùng nạng khi đi lại.

Bảng 6. Mức độ phục hồi chức năng theo Merle d'Aubigné

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ đau	Không đau	21	43,8
	Đau ít	19	39,6
	Đau khi đi lại, hết đau khi nghỉ ngơi	06	12,5
	Đau nhưng có thể chịu đựng được, có thể tham gia hoạt động hàng ngày	01	2,1
	Đau nhiều, cản trở hoạt động hàng ngày	0	0
	Đau dữ dội	01	2,1
	Rất đau, đau liên tục	0	0
Đi lại	Bình thường	29	60,4
	Khập khiễng	17	35,4
	Cần gậy khi đi xa	0	0
	Cần 1 gậy chống	01	2,1
	Cần 2 gậy chống	0	0
	Dùng 2 nạng	01	2,1
	Không đi lại được	0	0
Tầm vận động	Gấp háng >900 Dạng >300	29	60,4
	Gấp háng >800-900 Dạng >250	14	29,2
	Gấp háng 400-600	02	4,2
	Gấp háng < 400	01	2,1
	Cứng khớp nhẹ	01	2,1
	Cứng khớp nặng	01	2,1
Tổng		48	100

Nhận xét: Bệnh nhân không đau và đau ít chiếm tỷ lệ lần lượt 43,8% và 39,6%. Bệnh nhân đi lại bình thường và tầm gấp háng Gấp háng > 90° ở thời điểm khám lại chiếm đều chiếm 60,4%.

Bảng 7. Phân loại kết quả xa

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ
Rất tốt	29	60,4
Tốt	09	18,8
Khá	07	14,6
Trung bình	01	2,1
Kém	02	4,2
Tổng	48	100
Điểm trung bình	16,0 ± 2,8 (3 – 18)	

Nhận xét: Điểm phục hồi trung bình của bệnh nhân $16,0 \pm 2,8$ (thấp nhất 3 điểm và lớn nhất 18 điểm), trong đó bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt chiếm 79,2%, có 14,6% bệnh nhân có kết quả khá. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị kém chiếm 4,2%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 48 bệnh nhân gãy vùng mẫu chuyển xương đùi (VMCXĐ) được phẫu thuật bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh, tuổi trung bình là $60,5 \pm 13,8$, nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất (43,8%). Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ khi gãy VMCXĐ thường gặp ở người cao tuổi, nhất là phụ nữ sau mãn kinh do loãng xương. Độ tuổi trung bình này thấp hơn khi so sánh với một số nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân gãy VMCXĐ: Nghiên cứu của Hà Phan Thăng (2014) có độ tuổi trung bình $74,9 \pm 15$ tuổi², Nguyễn Văn Ngẫu (2017) có độ tuổi trung bình 74,84 tuổi, nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm chủ yếu 89,1%³.

Nam giới chiếm 62,5% trong nghiên cứu này, cao hơn so với một số nghiên cứu trong nước. Nguyễn Văn Ngẫu (2017) trong 55 BN nghiên cứu, có 22 BN nam, 33 BN nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1/1,5 Sự khác biệt có thể do đặc điểm dân số nghiên cứu và tần suất lao động nặng ở nam giới tại địa phương.

Về cơ chế chấn thương, nghiên cứu cho thấy tai nạn sinh hoạt chiếm đa số (60,4%), phù hợp với nhận định gãy VMCXĐ thường do ngã cùng mức ở người cao tuổi. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Haentjens et al. (2010) khi ghi nhận phần lớn gãy VMCXĐ do té ngã nhẹ trong sinh hoạt hàng ngày⁴.

Phân loại gãy theo AO, nhóm A2 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,3%). Đây cũng là xu hướng chung được nhiều tác giả ghi nhận. Theo nghiên cứu của Zha và cs. (2012), gãy type A2 chiếm 52% trong tổng số ca gãy VMCXĐ⁵.

Kết quả gần sau mổ: Tất cả bệnh nhân đều phục hồi xương gãy sau phẫu thuật trong đó 85,4% phục hồi ở mức tốt và 4,6% phục hồi ở mức chấp nhận được. Trong các đối tượng nghiên cứu có 8,3% bệnh nhân xuất hiện tai biến trong mổ và 01 bệnh nhân chiếm 2,1% nhiễm trùng vết mổ. Tỷ lệ này gần giống với nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngẫu (2017) Trong số 55 BN có 01 BN bị nhiễm trùng vết mổ, đã tiến hành thay băng vết mổ, tăng cường kháng sinh theo kháng sinh đồ, sau đó vết mổ ổn định hết chảy dịch. 54 BN liền vết mổ kỳ đầu chiếm 98,2%.

Kết quả xa cho thấy 70,8% bệnh nhân liền

xương tốt trên X-quang, 61,4% không có ngăn chi, 60,4% bệnh nhân đạt phục hồi chức năng rất tốt theo thang điểm Merle d'Aubigné – Postel. Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên cả mức độ phục hồi chức năng theo thang điểm của Merle -d'Aubigné – Postel, như đã bàn luận ở phần trên do chúng tôi đánh giá bệnh nhân ở thời điểm trên 6 tháng sau phẫu thuật nên nhiều bệnh nhân vẫn còn chưa hồi phục hoàn toàn chức năng vận động khớp háng cũng như đi lại bình thường. Tuy nhiên vẫn còn có 2 bệnh nhân có kết quả điều trị đạt mức kém. Một trong hai bệnh nhân này có tình trạng tổn thương nặng, có tổn thương phổi hợp và cơ thể có bệnh kèm theo khiến việc hồi phục tiến triển chậm. Bên cạnh đó, bệnh nhân còn lại là không tuân thủ điều trị, không tập phục hồi chức năng, đắp thuốc nam tại nhà dẫn đến hiện tượng xơ hóa, dính khớp gây khó khăn trong việc vận động khớp. Những lý do này khiến cho kết quả điều trị của bệnh nhân chỉ đạt ở mức độ kém, cần thời gian lâu dài và tập luyện kiên trì để cải thiện kết quả điều trị. Kết quả điều trị xa ở một số nghiên cứu khác như: Nguyễn Huy Thành (2018) Rất tốt 41,82%; tốt 40%; TB 12,73%; kém 5,45%⁶; Trần Quang Toàn (2008) điều trị 45 bệnh nhân: Rất tốt và tốt (88,5%), trung bình (11,5%), không có kết quả kém⁷.

Một số biến chứng được ghi nhận gồm: tai biến trong mổ 8,3%, nhiễm trùng vết mổ 2,1%, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với báo cáo của Kim và cs. (2014), trong đó biến chứng sau mổ dao động 10–15%⁸. Điều này có thể nhờ kỹ thuật mổ ngày càng được chuẩn hóa và kiểm soát vô khuẩn tốt hơn.

Nhìn chung, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa cho gãy VMCXĐ tại bệnh viện của chúng tôi cho kết quả khả quan, tỷ lệ liền xương cao, biến chứng thấp. Tuy nhiên, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để có đánh giá toàn diện.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa trong điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi mang lại tỷ lệ liền xương cao phục hồi chức năng tốt và ít biến chứng, là phương pháp an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Health, A.I.o.& Welfare**, Hip fracture incidence and hospitalisations in Australia 2015-16 edn. Canberra, 2018)
2. **Thăng, H.P.** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín vùng mẫu chuyển xương đùi bằng đinh Gamma tại Bệnh viện quân y 354. Luận văn Chuyên khoa

- cấp II, Học viện Quân y, Hà Nội.(2014)
3. **Ngẫu, N.V.** Nghiên cứu điều trị gãy kín vùng mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS.Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.(2017)
4. **Haentjens, P., & cộng sự.** Meta-analysis: excess mortality after hip fracture among older women and men. *Annals of internal medicine* 152, 380-390.(2010)
5. **Zeng, C., & cộng sự.** Treatment of trochanteric fractures with proximal femoral nail antirotation or dynamic hip screw systems: a meta-analysis. *Journal of International Medical Research* 40, 839-851.(2012)
6. **Thành, N.H.** Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.(2018)
7. **Toàn, T.Q.** Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương nẹp DHS tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y, Hà Nội.(2013)
8. **Kim, W.-Y., C.-H. Han, J.-I. Park, & J.-Y. Kim.** Failure of intertrochanteric fracture fixation with a dynamic hip screw in relation to pre-operative fracture stability and osteoporosis. *International orthopaedics* 25, 360-362.(2001)

KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT TỔ CHỨC VÙNG MŨI - MẮT SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TẾ BÀO ĐÁY BẰNG VẬT TRÁN GIỮA

Nguyễn Đình Quân¹, Nguyễn Cảnh Tùng¹,
Vũ Nguyên Bình¹, Vũ Đình Tâm¹, Lê Thanh Hiền¹

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tế bào đáy (UTBMTBĐ) là loại ung thư da thường gặp nhất với phân bố chủ yếu ở vùng mặt. Đặc biệt với các tổn thương UTBMTBĐ ở vùng mũi - mắt thường gây ra các tổn khuyết rộng và sâu sau phẫu thuật cắt bỏ, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng và thẩm mỹ. Do đó, việc tạo hình lại ổ khuyết sau phẫu thuật gặp rất nhiều khó khăn và đòi hỏi sử dụng một hoặc kết hợp nhiều phương pháp tạo hình phức tạp. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng tổn khuyết vùng mũi - mắt sau phẫu thuật UTBMTBĐ và kết quả tạo hình bằng vật trán giữa tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 17 bệnh nhân từ tháng 1/2020 đến 10/2024. Kết quả cho thấy tổn thương phân bố chủ yếu ở cánh mũi (36,1%) và mi dưới (75%). Khối u được cắt bỏ chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật Mohs (chiếm 64,71%), tổn khuyết sau cắt bỏ khối u có kích thước 4,0 [3,0 – 5,5] cm, trong đó 82,35% là khuyết toàn bộ chiều dày. Vật trán giữa đơn thuần được áp dụng trong 52,94% trường hợp. Tỷ lệ kết quả tốt sau phẫu thuật và sau 6 tháng đều đạt 76,5%. Biến chứng chủ yếu là vật không đều (quá dày hoặc mỏng) và sẹo xấu. Kết quả cho thấy vật trán giữa là phương pháp an toàn, hiệu quả trong tạo hình vùng mũi - mắt sau phẫu thuật ung thư tế bào đáy. Các yếu tố có thể ảnh hưởng tới kết quả điều trị bao gồm kích thước, hình thái và tổn khuyết sau phẫu thuật cắt u.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào đáy, ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mũi, ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mắt, vật trán giữa.

SUMMARY

OUTCOMES OF NASAL-PERIORBITAL DEFECT RECONSTRUCTION USING MEDIAN FOREHEAD FLAP FOLLOWING BASAL CELL CARCINOMA EXCISION

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common type of skin cancer, predominantly affecting the facial area. Particularly, BCC lesions in the nasal-periorbital region often result in extensive and deep defects after surgical excision, significantly impairing both function and aesthetics. Therefore, reconstructing these postoperative defects presents substantial challenges and often requires the use of one or multiple complex reconstructive techniques. This study aimed to evaluate the characteristics of nasal-periorbital defects following BCC excision and the outcomes of median forehead flap reconstruction at the National Hospital of Dermatology and Venereology. A retrospective cross-sectional study was conducted on 17 patients from January 2020 to October 2024. The lesions were primarily located on the nasal ala (36.1%) and lower eyelid (75%). Most tumors were excised using Mohs micrographic surgery (64.71%). The resulting defects had a median size of 4.0 [3.0 – 5.5] cm, with 82.35% involving full-thickness tissue loss. The median forehead flap alone was used in 52.94% of cases. The proportion of good outcomes at both immediate postoperative and 6-month follow-up was 76.5%. The main complications were uneven flap thickness (too thick or too thin) and unsatisfactory scarring. The results indicate that the median forehead flap is a safe and effective method for reconstructing nasal-periorbital defects following BCC excision. Factors that may influence the treatment outcome include the size, morphology, and location of the defect following tumor excision. **Keywords:** basal cell carcinoma, median forehead flap, nasal basal cell carcinoma, periorbital basal cell carcinoma.

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Quân

Email: drdinhquan@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTBMTBD là loại ung thư da thường gặp nhất với đặc trưng là tiến triển chậm, hiếm khi di căn và gây tử vong nhưng có thể xâm lấn tổ chức xung quanh ảnh hưởng lớn tới thẩm mỹ và chức năng. UTBMTBD phân bố chủ yếu ở vùng đầu mặt (chiếm tới 70% – 80%)¹. Trong đó, vùng mũi hay gặp nhất chiếm từ 25% đến 30%, đặc biệt vùng cánh mũi và đầu mũi^{2,3}; tiếp đến là vùng mí mắt. Mặc dù, tổn thương UTBMTBD vùng mũi – mắt được loại bỏ chủ yếu bằng phẫu thuật Mohs – phương pháp giúp tiết kiệm da lành nhưng vẫn để che phủ ổ khuyết sau phẫu thuật cắt u vẫn còn rất khó khăn. Mặc dù có nhiều phương pháp tạo hình có thể được áp dụng nhưng đối với các khuyết tổ chức lớn vùng mí mắt như mất toàn bộ cấu trúc giải phẫu (da, cơ, sụn, kết mạc), hay các khuyết tổ chức lớn hơn 1,5 cm đường kính vùng mũi thì vật trán giữa có ưu điểm hơn cả vì nó đáp ứng được đầy đủ các yêu cầu về tạo hình như màu sắc, độ dày chất liệu và đặc biệt là sức sống của vật. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả của vật trán giữa trong tạo hình các tổn khuyết vùng mũi và mắt sau phẫu thuật cắt bỏ UTBMTBD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án của 17 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào đáy của da vùng mũi – mắt bằng mô bệnh học tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và phục hồi chức năng – Bệnh viện Da liễu Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 1/2020 tới tháng 10/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân thỏa mãn đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mũi – mắt bằng mô bệnh học

- Được tạo hình lại ổ khuyết sau khi loại bỏ khối u bằng vật trán giữa hoặc vật trán giữa kết hợp với phương pháp tạo hình khác.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về bệnh sử, tiền sử, các xét nghiệm giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định, quy trình phẫu thuật và diễn biến quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin về bệnh sử, tiền sử, các xét nghiệm giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định, quy trình phẫu thuật hoặc diễn biến quá trình điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: tháng 05/2024 đến tháng 05/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và phục hồi chức năng, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Vật liệu nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án, phiếu thu thập số liệu phục vụ cho nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu: Tất cả các hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Dựa trên các hồ sơ bệnh án này chúng tôi thực hiện thu thập các thông tin về tuổi, giới của bệnh nhân; thời gian bệnh tiến triển; kích thước tổn thương trước phẫu thuật và kích thước tổn khuyết sau phẫu thuật; phân bố của tổn thương trước phẫu thuật và phân bố của tổn khuyết sau phẫu thuật theo các tiểu đơn vị giải phẫu; mức độ xâm lấn các lớp (da, mỡ dưới da, cơ, xương/sụn, niêm mạc); phương pháp cắt bỏ khối u và phương pháp tạo hình ổ khuyết. Đồng thời, dựa vào hồ sơ bệnh án, chúng tôi đánh giá kết quả tạo hình ổ khuyết tại 2 thời điểm ngay sau cắt chỉ (kết quả gần) và tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật (kết quả xa) theo thang điểm tương ứng tại Bảng 1 và Bảng 2. Bên cạnh đó, các biến chứng được ghi nhận trong bệnh án cũng được thu thập để phân tích, đánh giá kết quả điều trị.

Bảng 1. Thang điểm đánh giá kết quả gần sau phẫu thuật tạo hình tổn khuyết

STT	Tiêu chí	3 điểm	2 điểm	1 điểm
1	Mức độ sống của vật/ghép	Vật/mảnh ghép sống hoàn toàn	Hoại tử <1/3	Hoại tử >1/3
2	Mức độ che phủ	Che phủ đủ và theo tiểu đơn vị	Che phủ đủ nhưng không theo tiểu đơn vị	Che phủ thiếu
3	Biến chứng	Không biến chứng	Biến chứng không ảnh hưởng đến kết quả	Biến chứng ảnh hưởng kết quả
4	Liên vết mổ	Liên kỳ đầu	Liên chậm không ảnh hưởng đến kết quả	Liên chậm ảnh hưởng đến kết quả
5	Biến dạng thứ phát	Không gây biến dạng thứ phát	Biến dạng nhưng chấp nhận được	Biến dạng nhiều
Kết quả: Tốt (13-15 điểm); Khá (10-12 điểm); Trung bình (7-9 điểm); Kém (5-6 điểm)				

Bảng 2. Thang điểm đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật tạo hình tổn khuyết

STT	Tiêu chí	3 điểm	2 điểm	1 điểm
1	Hình thể mũi – mắt	Không biến dạng	Biến dạng nhẹ, chấp nhận được	Biến dạng nhiều ảnh hưởng chức năng
2	Chức năng mũi – mắt	Thở/nhìn bình thường	Ngạt nhẹ, chấp nhận được	Ngạt nặng, hạn chế nhiều
3	Màu sắc vạt/ghép	Đồng màu	Không đồng nhất nhưng chấp nhận được	Thay đổi sắc tố rõ
4	Độ dày vạt/ghép	Đủ dày	Dày/mỏng nhưng chấp nhận được	Quá dày hoặc quá mỏng
5	Tính chất sẹo	Sẹo đẹp	Sẹo không đẹp nhưng chấp nhận	Sẹo xấu, tăng/giảm sắc tố nhiều
Kết quả: Tốt (13-15 điểm); Khá (10-12 điểm); Trung bình (7-9 điểm); Kém (5-6 điểm)				

Phân tích và xử lý số liệu: Nhập liệu trên Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (phân bố chuẩn) hoặc trung vị (phân bố không chuẩn). Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số (tỉ lệ phần trăm).

Khác biệt trong so sánh biến định lượng trong cùng 1 nhóm (trước-sau) phân bố không chuẩn bằng Wilcoxon signed – rank test. Khác biệt trong so sánh biến định tính sẽ được kiểm định bằng Chi-bình phương hoặc Fisher's exact test. Khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các quy định về đạo đức nghiên cứu. Việc khai thác hồ sơ bệnh án đảm bảo các

thông tin cá nhân liên quan tới bệnh nhân và quá trình điều trị được mã hoá khi nhập liệu và được giữ bí mật. Các thông tin và hình ảnh của bệnh nhân chỉ được sử dụng vì mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm về khối u trước phẫu thuật và tổn khuyết sau khi cắt bỏ tổn thương. Có 17 hồ sơ bệnh án thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu với một số đặc điểm được ghi nhận chi tiết ở bảng 3. Tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là $66,89 \pm 13,22$ tuổi (48 - 84 tuổi). Tỉ lệ nam và nữ trong nghiên cứu tương đương nhau với tỉ lệ lần lượt là 41,18% và 58,82%.

Bảng 3. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

		Số lượng (%)		p – value
Cách thức cắt u (n=17)	Mohs	11 (64,71)		0,057*
	Cắt rộng	3 (17,65)		
	Phối hợp	3 (17,65)		
Cách thức che phủ ổ khuyết (n=17)	Vạt trán giữa đơn thuần	9 (52,94)		1,00*
	Vạt trán giữa kết hợp vạt khác	8 (47,06)		
	Trung vị [khoảng tứ phân vị]	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	
Thời gian tiến triển bệnh (năm) (n=17)	3 [1 – 5]	1	10	Không áp dụng
Kích thước tổn thương trước phẫu thuật (cm) (n=17)	2,5 [2,0 – 4,0]	1,0	6,0	<0,001**
Kích thước tổn khuyết sau phẫu thuật (cm) (n=17)	4,0 [3,0 – 5,5]	2,0	8,0	

*Fisher's exact test; **Wilcoxin signed-rank test

Về mức độ xâm lấn các lớp giải phẫu của tổn khuyết sau phẫu thuật cắt bỏ u được mô tả theo biểu đồ 1. Trong đó, đa số các tổn khuyết gây mất toàn bộ chiều dày (toàn bộ lớp da, mỡ dưới da, cơ, sụn/xương và niêm mạc) với tỉ lệ 82,35% (14/17 bệnh nhân).

Biểu đồ 1. Đặc điểm xâm lấn các lớp giải phẫu của tổn khuyết sau cắt bỏ khối u

Trong số 17 bệnh nhân hồi cứu hồ sơ bệnh án, có 11/17 bệnh nhân (chiếm 64,71%) có tổn

khuyết sau cắt bỏ u phân bố ở 3 tiểu đơn vị thẩm mỹ trở lên, 5/17 bệnh nhân (chiếm 29,41%) có tổn khuyết phân bố ở 2 tiểu đơn vị thẩm mỹ và chỉ có 1 trường hợp phân bố trên 1 tiểu đơn vị thẩm mỹ (chiếm 5,88%). Về phân bố theo tiểu đơn vị thẩm mỹ vùng mũi – mắt của tổn thương u và tổn khuyết sau phẫu thuật, cánh mũi là vị trí phân bố thường gặp nhất của tổn khuyết ở vùng mũi (chiếm 36,11% và 26,92%) và mi dưới là vị trí phân bố thường gặp nhất của tổn khuyết ở vùng mắt (chiếm 75,0% và 50,0%) (Bảng 4).

Bảng 4. Phân bố tổn thương và tổn khuyết sau cắt u theo tiểu đơn vị giải phẫu mũi – mắt

Tiểu đơn vị	Tổn thương trước phẫu thuật		Tổn khuyết sau phẫu thuật cắt u	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Vùng mũi (n=36/52)				
Gốc mũi	0	0,0	1	1,92
Sống mũi	5	13,90	7	13,46
Sườn mũi	7	19,44	10	19,23
Đầu mũi	7	19,44	9	17,31
Cánh mũi	13	36,11	14	26,92
Trụ mũi	0	0,0	2	3,85
Tam giác mềm	4	11,11	9	17,31
Vùng mắt (n=4/6)				
Mi trên	0	0,0	0	0
Mi dưới	3	75,0	3	50
Góc mắt trong	0	0,0	1	16,67
Góc mắt ngoài	1	25,0	2	33,33
Vùng khác				
Vùng khác	7	Không áp dụng	9	Không áp dụng

Kết quả tạo hình tổn khuyết sau phẫu thuật. Kết quả của tạo hình tổn khuyết sau phẫu thuật được đánh giá tại hai thời điểm là ngay sau khi cắt chỉ (kết quả gần) và tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật (kết quả xa). Kết quả gần và xa sau phẫu thuật khá tương đồng với 76,5% (14/17 BN) các trường hợp cho kết quả tốt sau phẫu thuật, 17,6% (2/17 BN) cho kết quả khá, 5,9% cho kết quả trung bình (1/17 BN) và không có trường hợp nào cho kết quả kém.



Hình 1. Bệnh nhân nam 65 tuổi với tổn

thương ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mũi má trái trước phẫu thuật, sau phẫu thuật cắt bỏ u và tạo hình bằng vật trăn giữa kết hợp với vật đẩy cho kết quả tốt



Hình 2. Bệnh nhân nữ 55 tuổi với tổn thương ung thư biểu mô tế bào đáy vùng cánh mũi trái trước phẫu thuật, sau phẫu thuật cắt bỏ u và tạo hình bằng vật trăn giữa kết hợp với ghép titanium dựng khung cho kết quả tốt

Biến chứng sau phẫu thuật. Trong số 17 BN được phẫu thuật, có 52,94% các trường hợp có ghi nhận một hay nhiều biến chứng khác nhau sau phẫu thuật. Trong đó, biến chứng vạt dày/mỏng quá là thường gặp nhất (41,18%); tiếp đến là các biến chứng sẹo xấu (29,41%), chậm liền và biến dạng mũi – mắt (23,53%); các biến chứng không đồng màu da, hoại tử vạt hoặc hạn chế thở/nhìn (17,65%); các biến chứng tụ máu và che phủ thiếu tổn khuyết ít gặp hơn với 5,88% và không gặp trường hợp nào xuất hiện biến chứng nhiễm khuẩn.

Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Theo biểu đồ 2, các yếu tố có xu hướng ảnh hưởng kém tới kết quả điều trị là kích thước tổn khuyết lớn, thời gian bị bệnh lâu và các tổn khuyết ở sống mũi (với OR có giá trị dương). Trong khi đó các yếu tố như tổn khuyết ở mi dưới, tuổi và hình thái tổn khuyết ở các lớp nông (khuyết tới lớp cơ hoặc lớp xương/sụn) có xu hướng ảnh hưởng tốt hơn tới kết quả (với OR có giá trị âm).



Biểu đồ 2. Chiều hướng ảnh hưởng tới kết quả điều trị (hệ số hồi quy) của một số yếu tố liên quan

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân mắc ung thư tế bào đáy vùng mũi – mắt là $66,89 \pm 13,22$ tuổi, tương tự với các nghiên cứu trước đó như của Phương

Quỳnh Hoa⁴ hay M.G. Moore⁵. Tỷ lệ nam : nữ trong nghiên cứu là 1 : 1,43, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian tiến triển bệnh trung vị là 3[1 – 5] năm, phần lớn bệnh nhân đến khám muộn sau khi tổn thương đã tiến triển. Phần lớn các tổn khuyết sau phẫu thuật nằm ở tiểu đơn vị thẩm mỹ như cánh mũi (26,92%), đầu mũi, sườn mũi và mí dưới. Những vị trí này có đặc điểm giải phẫu phức tạp, độ đàn hồi mô thấp, gần cấu trúc sụn/xương và cần khối mô thay thế lớn – điều này giải thích vì sao vật trán giữa được lựa chọn chủ yếu. Kích thước tổn khuyết trung vị là 4,0 [3,0 – 5,5] cm, lớn hơn kích thước tổn thương trước phẫu thuật trung vị 2,5 [2,0 – 4,0] cm ($p < 0,001$) mặc dù đã áp dụng phương pháp Mohs để loại bỏ khối u trong 64,71% trường hợp. Đa số tổn khuyết là mất toàn bộ chiều dày tổ chức (82,35%) – loại khuyết phức tạp cần tái tạo cả khung, niêm mạc và lớp da che phủ. Trong nghiên cứu của tác giả Dương Mạnh Chiến năm 2023 cũng cho thấy các tổn khuyết cần phải sử dụng vật trán để tạo hình với khuyết vùng cánh mũi có diện tích tổn khuyết trung bình là 38cm², đặc biệt là các tổn khuyết xuyên tổ chức (khuyết toàn bộ chiều dày)⁶.

Tỷ lệ kết quả tốt sau cắt chỉ và sau 6 tháng đều đạt 76,5%, không có trường hợp nào cho kết quả kém. Kết quả này cho thấy hiệu quả ổn định và lâu dài của phương pháp tạo hình bằng vật trán giữa trong nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp.

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng ghi nhận 31 biến chứng, trong đó thường gặp nhất là vật dày hoặc mỏng quá (41,18%), sẹo xấu (29,41%) và biến dạng mũi – mắt (23,53%). Những biến chứng này tập trung ở nhóm bệnh nhân có tổn khuyết lớn ($> 3,5$ cm) và cần kết hợp nhiều vật. Kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng và cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Bùi Văn Cường (2015)⁷, Bạch Minh Tiến (2002)⁸ và các tác giả quốc tế như Park và cs⁹.

Về các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả tạo hình sau phẫu thuật, kích thước tổn khuyết sau phẫu thuật là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả tạo hình. Trong số các bệnh nhân có kết quả gần và xa không tốt (khá hoặc trung bình), phần lớn đều có tổn khuyết kích thước lớn (thường $> 3,5$ cm). Hình thái tổn khuyết (mức độ xâm lấn hoặc mức độ mất tổ chức) cũng là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Những trường hợp tổn khuyết mất toàn bộ chiều dày tổ chức thường phải sử dụng phối hợp nhiều vật, kỹ thuật phức tạp hơn, và có nguy cơ kết

quả thấp hơn so với tổn khuyết nông. Kích thước tổn thương trước phẫu thuật và thời gian bị bệnh ảnh hưởng không rõ rệt tới kết quả điều trị theo kết quả nghiên cứu. Bên cạnh đó, tất cả các bệnh nhân có kết quả trung bình đều có biến chứng như hoại tử vật, chậm liền hoặc biến dạng vùng mũi – mắt. Như vậy, kích thước tổn khuyết sau phẫu thuật cắt u, mức độ xâm lấn hoặc mất tổ chức sau cắt u, vị trí của tổn khuyết và biến chứng có thể là những yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị là nhưng chưa đủ để kết luận do cỡ mẫu nhỏ, số lượng bệnh nhân ở mỗi nhóm hình thái tổn khuyết khác nhau không tương đương nên không thể so sánh được.

V. KẾT LUẬN

Vật trán giữa là phương pháp tạo hình hiệu quả, an toàn trong phục hồi khuyết hồng vùng mũi – mắt sau cắt bỏ ung thư tế bào đáy. Kỹ thuật này giúp đạt tỷ lệ kết quả tốt cao (76,5%) cả kết quả gần và xa, đặc biệt phù hợp với tổn khuyết sâu, phức tạp. Kích thước, hình thái tổn khuyết và vị trí tổn khuyết có xu hướng ảnh hưởng tới kết quả tạo hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Skellton LA.** The effective treatment of basal cell carcinoma. Br J Nurs Mark Allen Publ. 2009;18(6): 346,348-350.doi:10.12968/bjon.2009.18.6.40766
2. **Surgical Treatment of Basal Cell Carcinoma: Goals and Options, Electrodesiccation and Curettage, Curettage Without Desiccation.** Accessed July 7, 2025. <https://emedicine.medscape.com/article/277783-overview#a1>
3. **Wollina U, Bennewitz A, Langner D.** Basal cell carcinoma of the outer nose: overview on surgical techniques and analysis of 312 patients. J Cutan Aesthetic Surg. 2014;7(3): 143-150. doi:10.4103/0974-2077.146660
4. **Phương Quỳnh H.** Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Kết Quả Điều Trị Ung Thư Tế Bào Đáy Bằng Phẫu Thuật Mohs. Đại học Y Hà Nội; 2015.
5. **Basal cell carcinoma in asians: a retrospective analysis of ten patients - PubMed.** Accessed July 7, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22830031/>
6. **Dương MC, Lưu VQ.** Kết quả tạo hình tổn khuyết vùng cánh mũi sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy. Tạp chí Nghiên cứu Y học. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v168i7.1766>. 2023.
7. **Bùi Văn C.** Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Tạo Hình Tổn Thương Khuyết Đầu Mũi, Cánh Mũi. Đại học Y Hà Nội; 2014.
8. **Bạch Minh T.** Đánh Giá Kết Quả Sử Dụng Vật Trán và Vật Rãnh Mũi Má Trong Điều Trị Tổn Khuyết Phần Mềm Vùng Mũi. Đại học Y Hà Nội; 2002.
9. **Park SS.** Reconstruction of nasal defects larger than 1.5 centimeters in diameter. The Laryngoscope. 2000;110(8): 1241-1250. doi:10.1097/00005537-200008000-00001

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRI ĐỒNG THỜI TRIỆT CĂN UNG THƯ THỰC QUẢN 1/3 GIỮA – DƯỚI BẰNG PHÁC ĐỒ XELOX TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Thị Hồng Vân, Vũ Hồng Thăng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới được hoá xạ trị triệt căn bằng phác đồ XELOX tại bệnh viện K giai đoạn 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 52 ca bệnh ung thư thực quản giai đoạn Ib-III được điều trị hoá xạ trị triệt căn bằng phác đồ XELOX từ 2022-2024, được đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 và liên quan đáp ứng bệnh với một số yếu tố. **Kết quả:** Tuổi trung bình $65,6 \pm 6,7$ gặp phần lớn ở nam giới 51/52 bệnh nhân (98,1%). Tỷ lệ u gặp nhiều hơn ở 1/3 giữa thực quản (67,3%), hình thái đại thể hay gặp là thể sùi (53,8%) và mô bệnh học 51/52 (98,1%) bệnh nhân SCC, u T3 chiếm 67,3%, 71,2% đã di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán. Có 94,3% bệnh nhân hoàn thành đủ phác đồ điều trị, có 2 bệnh nhân dừng lại do độc tính và 1 bệnh nhân do tiến triển. Đáp ứng điều trị: 28,8% đáp ứng hoàn toàn, 50% đáp ứng một phần. Thời gian theo dõi trung bình 22,7 tháng, OS 12 tháng đạt 61,5%, PFS $19,6 \pm 1,64$ (CI 95% 16,4 -22,8). Độc tính hay gặp do xạ hoặc hoá chất chủ yếu độ 1, 2; chỉ có 1 trường hợp thiếu máu độ 3, 1 trường hợp hạ tiểu cầu độ 3 và 1 bệnh nhân hạ bạch cầu trung tính độ 4. **Kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng khả quan tổng trên 70%, có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn hay không hoàn toàn liên quan đến giai đoạn bệnh.

Từ khóa: ung thư thực quản, hoá xạ trị triệt căn, XELOX.

SUMMARY

OUTCOMES OF DEFINITIVE CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH XELOX REGIMEN IN MIDDLE - LOWER ESOPHAGEAL CANCER: CLINICAL OUTCOME FROM K HOSPITAL

Objective: The aims of our study were to investigate response rate and related factors of definitive concurrent chemoradiotherapy treatment with XELOX regimen. **Patients and Methods:** A retrospective analysis was conducted on 52 patients with stage Ib-III esophageal cancer treated with XELOX-based concurrent chemoradiotherapy between 2022 and 2024. Treatment response was assessed according to RECIST version 1.1. Tumor response rate, other related factors were determined. **Results:** Mean age $65,6 \pm 6,9$; common in male (98.1%). Tumors in the middle third of the esophagus (67.3%),

with exophytic morphology 53.8%. Squamous cell carcinoma 98.1% cases. T3 stage 67.3%, and lymph node metastases 71.2% at diagnosis. Schedule completed rate was 94.3%. Treatment was discontinued in two patients due to toxicity and in one due to disease progression. The complete response rate 28.8%, and partial response rate 50%. The median follow-up duration was 22.7 months. The 12-month overall survival rate was 61.5%. Median progression-free survival was $19,6 \pm 1.64$ months (95% CI: 16,4-22,8). Adverse events were primarily grade 1-2. One case of grade 3 anemia, one case of grade 3 thrombocytopenia, and one case of grade 4 neutropenia were observed. **Conclusion:** Concurrent chemoradiotherapy with XELOX regimen demonstrated a high overall response rate exceeding 70%, with treatment response significantly associated with disease stage. **Keywords:** Esophageal cancer, definitive chemoradiotherapy, XELOX.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị UTTQ là điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật, hóa chất và xạ trị. Lựa chọn phương thức điều trị phù hợp phụ thuộc chủ yếu vào giai đoạn bệnh, vị trí u và thể trạng của người bệnh. Trong quá trình đến khám và điều trị, có những bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn có khả năng điều trị triệt căn và cho tiên lượng sống thêm rất khả quan. Phẫu thuật hiện nay vẫn được xem như là lựa chọn hàng đầu trên những bệnh nhân phù hợp. Tuy nhiên không phải bệnh nhân nào cũng đủ điều kiện cho một cuộc phẫu thuật lớn như phẫu thuật ung thư thực quản, như toàn trạng kém, dự trữ phổi kém, xơ gan hay mắc các bệnh lý tim mạch nặng nề đi kèm. Hơn nữa những lo lắng về biến chứng chu phẫu là rất đáng kể, như rò rỉ miệng nối, chấn thương thần kinh thanh quản quặt ngược, viêm phổi, thậm chí nhồi máu cơ tim (1). Sau phẫu thuật một số bệnh nhân tiếp tục rối loạn chức năng tiêu hóa bao gồm khó nuốt do hẹp, chậm làm rỗng dạ dày, trào ngược hay hội chứng Dumping sau cắt dạ dày (2). Điều trị hóa xạ trị triệt căn được xem như một phương pháp điều trị tiêu chuẩn trong những trường hợp này và lợi ích cũng đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu, đặc biệt đối với các ung thư thực quản có mô bệnh học là SCC. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng dCRT cho kết quả đáp ứng bệnh học hoàn toàn ở 20-25% bệnh nhân hoặc cho thời gian sống thêm dài hạn so sánh được với điều trị phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo (3). Với ung thư thực quản cổ hóa xạ trị triệt căn là phương pháp

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Vân

Email: vandotroi@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

điều trị điều trị tiêu chuẩn (6).

Do tính hiệu quả và an toàn của phối hợp Paclitaxel và Carboplatin trong phác đồ hóa xạ tiền phẫu như báo cáo trong thử nghiệm CROSS, NCCN cũng khuyến nghị phác đồ này như một lựa chọn ưu tiên cho hóa xạ trị triệt căn. Phác đồ FOLFOX cũng đã được chứng minh mang lại hiệu quả. Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên pha III (PRODIGE5/ACCORD17), FOLFOX không cho thấy lợi ích về PFS so với fluorouracil kết hợp với cisplatin nhưng nó ít gây ra tác dụng phụ liên quan đến điều trị (4). Các loại hoá chất đường uống như Capecitabin khi thay thế cho 5 FU truyền trong điều trị giúp giảm thời gian bệnh nhân nằm nội trú, đặc biệt thuận lợi trong các trường hợp dịch bệnh, như trong đại dịch Covid 19. Việc sử dụng capecitabin thay cho thuốc truyền fluorouracil trong phác đồ FOLFOX cũng được chấp nhận theo hướng dẫn của NCCN.

Tại bệnh viện K, phác đồ XELOX trong hóa xạ triệt căn ung thư thực quản mới được triển khai gần đây. Hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của phác đồ này cho bệnh nhân ung thư thực quản. Với mong muốn cải thiện thời gian sống thêm, nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và không ngừng cải thiện kết quả trong điều trị ung thư thực quản chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu sau: *Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới được hoá xạ trị triệt căn bằng phác đồ XELOX tại Bệnh viện K giai đoạn 2022-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ung thư thực quản giữa-dưới giai đoạn T1-4aN0-2M0 được điều trị hóa xạ trị triệt căn bằng phác đồ XELOX tại bệnh viện K từ 2022-2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô thực quản (biểu mô vảy và tuyến) vị trí 1/3 giữa và dưới trên sinh thiết mô bệnh học
- Giai đoạn bệnh T1-3N0-2M0 theo UICC/AJCC bản thứ 8

- Chỉ số toàn trạng ECOG 0-1

- Được hóa xạ triệt căn bằng phác đồ XELOX

- Có đầy đủ bệnh án điều trị

- Tuân thủ theo dõi điều trị theo hướng dẫn

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã từng xạ trị vùng cổ, ngực, bụng trước đó
- Mặc ung thư thứ hai trong 5 năm gần đây
- Đã điều trị phẫu thuật, xạ trị hoặc hóa chất ung thư thực quản trước đó

- Mặc các bệnh mạn tính nặng có nguy cơ tử vong gần

- Nhồi máu cơ tim trong vòng 6 tháng

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu

Các bước tiến hành nghiên cứu. Thông tin thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án lưu trữ tại kho hồ sơ phòng kế hoạch tổng hợp của địa điểm nghiên cứu. Thu thập số liệu và thông tin bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 vào thời điểm sau khi kết thúc điều trị 4-6 tuần dựa trên hình ảnh cắt lớp vi tính và nội soi thực quản dạ dày.

2.3. Xử lý số liệu: Nhập số liệu, làm sạch, mã hoá số liệu: dùng phần mềm SPSS 20.0

Phương pháp thống kê được sử dụng bao gồm: Thống kê mô tả: Trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh các tỷ lệ: Test Fisher's Exact ($p < 0,05$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ giới trong UTTQ

Giới	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nam	51	98,1
Nữ	1	1,9

Bảng 2. Phân bố nhóm tuổi trong UTTQ

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
50-59	12	23,1
60-69	24	46,2
≥70	16	30,8

Độ tuổi trung bình: $65,6 \pm 6,6$

Về đặc điểm phân bố triệu chứng, tỷ lệ nuốt nghẹn tới 75%, trong đó 63,5% nuốt nghẹn độ 1; 28% bệnh nhân gây sút cân.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng thường gặp

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nuốt nghẹn	Độ 1	33	63,5
	Độ 2	6	11,5
	Độ 3-4	0	0
MTDD		13	25
	Độ 1	9	27,3
Sút cân	Độ 2	4	66,7
	Không sút cân	37	71,2
	<5kg	13	25
Nuốt đau	>5kg	3	3,8
	Có	16	30,8
	Không	36	69,2

Về đặc điểm u và giai đoạn bệnh, vị trí 1/3 giữa chiếm phần lớn 67,3%, và thể sùi là hình thái chủ yếu. Chỉ có 1 bệnh nhân có mô bệnh học AC (1,9%), còn lại SCC. Trong nghiên cứu, giai đoạn III chiếm đa số (55,7%), tiếp theo giai đoạn II (36,6%) và có 4 bệnh nhân giai đoạn I (7,7%).

3.2. Kết quả đáp ứng điều trị

Bảng 4. Tỷ lệ hoàn thành liệu trình điều trị

Mức độ đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
----------------	--------------	---------

Đủ liệu trình		49	94,3
Không đủ liệu trình	Độc tính điều trị	2	3,8
	Bệnh tiến triển	1	1,9

Nhận xét: Tỷ lệ hoàn thành đủ liệu trình điều trị (xạ trị + 03 chu kỳ hoá chất XELOX) là 94,3%.

- Đánh giá tỷ lệ đáp ứng

Bảng 5. Đáp ứng cơ năng (nuốt nghẹn)

Mức độ đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không đáp ứng	4	7,7
Một phần	36	69,2
Hoàn toàn	9	17,3
Tiến triển	3	5,8

Nhận xét: Tỷ lệ hết nuốt nghẹn hoàn toàn chiếm 17,3%; đáp ứng cơ năng một phần chiếm 69,2%; có 4 bệnh nhân (7,7%) không đáp ứng trên lâm sàng vào 03 bệnh nhân tiến triển (5,8%) khi điều trị.

Bảng 5. Tỷ lệ đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

Mức độ đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không đáp ứng	6	11,6
Một phần	26	50
Hoàn toàn	15	28,8
Bệnh tiến triển	5	9,6

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn chiếm 28,8%, tiếp theo là đáp ứng một phần 50%, tỷ lệ không đáp ứng và tiến triển lần lượt là 11,6% và 9,6%.

- Liên quan đến tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và giai đoạn bệnh

Bảng 6. Liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn với giai đoạn bệnh

	ĐUHT (n, %)	ĐUKHT (n, %)	Tổng	P=0,012
GĐ I	3 (75%)	1 (25%)	4	
GĐ II	8 (42,1%)	11 (57,9%)	19	
GĐ III	4 (13,8%)	25 (86,2%)	29	
Tổng	15 (28,8%)	37 (71,2%)	52	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn khác nhau giữa các giai đoạn bệnh, giai đoạn I chiếm 75%, đến giai đoạn II chiếm 42,1%, giai đoạn III chỉ còn 14,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,012.

- Thời gian sống thêm toàn bộ chưa đạt được, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) $19,6 \pm 1,64$ (CI 95% 16,4 - 22,8).

Bảng 7. Thời gian sống thêm không bệnh theo giai đoạn

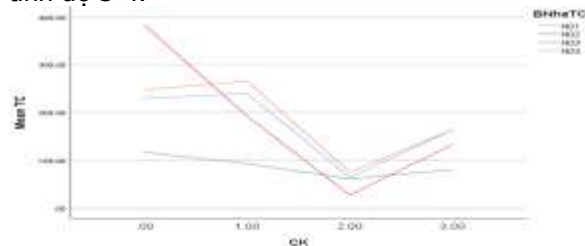
PFS	Giai đoạn	Tháng
I		$25,2 \pm 0,2$
II		$22,9 \pm 2,4$
III		$17,3 \pm 2,1$

Nhận xét: PFS giai đoạn II và giai đoạn III

lần lượt là 22,9 tháng và 17,3 tháng.

3.3. Tác dụng không mong muốn. Độc tính huyết học chiếm chủ yếu, có 2 bệnh nhân dừng điều trị do độc tính hạ tiểu cầu. Tăng men gan có 4 bệnh nhân, tất cả ở độ 1-2, và 1 bệnh nhân suy thận độ 1.

Liên quan đến xạ trị, viêm da có 7 bệnh nhân (13,5%); viêm phổi, thực quản lần lượt 4 và 6 bệnh nhân (7,7% và 11,5%); không có độc tính độ 3-4.



Biểu đồ 1. TDKMM hạ tiểu cầu trên 4 bệnh nhân điều trị

IV. BÀN LUẬN

- **Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và đáp ứng lâm sàng.** Độ tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu là 65 tuổi, trong đó tất cả đều trên 50 tuổi, điều này phù hợp với các nghiên cứu về ung thư thực quản. 98,1% bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nam giới, tương đồng với đặc điểm trong nhóm bệnh nhân hoá xạ đồng thời ung thư thực quản bằng phác đồ Folfox của tác giả Vũ Văn Thạch (5). Phần lớn bệnh nhân có tiền sử lạm dụng rượu và thuốc lá, trong đó cả hai chiếm 36,5%.

Nuốt nghẹn thường là triệu chứng đưa bệnh nhân đi khám bệnh, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nuốt nghẹn lên tới 75%, tất cả ở độ 1 và độ 2, phù hợp với đặc điểm lựa chọn bệnh nhân có khả năng uống hoá chất Capecitabin. Do đó, tỷ lệ đáp ứng cơ năng rất khả quan, chỉ có 4 trường hợp không đáp ứng (7,7%) và 3 trường hợp nuốt nghẹn tiến triển (5,8%).

- **Về đáp ứng điều trị.** Thời gian theo dõi trung bình 22,7 tháng, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển 19,6 tháng. Kết quả này kém hơn so với một nghiên cứu pha III, nhãn mở tại Trung Quốc (6). Trong nghiên cứu này, 249 bệnh nhân với thể giải phẫu bệnh SCC (T2-4N0-2) được phân ngẫu nhiên vào 3 nhóm là nhóm X(Capecitabin 625mg/m², 2 lần/ ngày từ ngày 1-5 trong 6 tuần), nhóm XELOX (Oxaliplatin 65mg/m² vào ngày 1,8, 22, 29 kết hợp với Capecitabin 625mg/m², 2 lần/ ngày từ ngày 1-5 trong 6 tuần) hoặc CF (Cisplatin 75mg/m² ngày 1 và 29, 5FU 750mg/m² truyền liên tục trong 96h, ngày 1-4 và 29-32), xạ trị đồng thời bằng

kỹ thuật IMRT, liều xạ 50Gy/25Fx. Nhánh bệnh nhân được hoá xạ đồng thời triệt căn với phác đồ XELOX (85 bệnh nhân) đạt được OS và PFS trung bình lần lượt là 53,3 và 39,5 tháng, điểm cuối chính OS 2 năm đạt 66,7%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng chung theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 chiếm 78,8% (28,8% đáp ứng hoàn toàn và 50% đáp ứng một phần), so sánh được với nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Thạch (5) đạt đáp ứng chung 75,6% và đáp ứng hoàn toàn 22,6%. Trong nghiên cứu của các tác giả Trung Quốc, nhánh hoá xạ đồng thời với phác đồ XELOX, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 37,6%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu trên phác đồ FOLFOX của tác giả Vũ Văn Thạch. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng liên quan giai đoạn bệnh ($p=0,012$), giai đoạn càng sớm, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ càng cao.

- Về dung nạp điều trị. Tỷ lệ hoàn thành liệu trình điều trị là 94,3%. Có 3 trường hợp bệnh nhân không hoàn thành đủ phác đồ, trong đó có 1 bệnh nhân dừng điều trị sau 2 chu kỳ Xelox do tăng men gan độ 1, hạ tiểu cầu độ 2 trên một bệnh nhân có nhiều bệnh nền đái tháo đường, xơ gan rượu và tai biến mạch máu não. Một trường hợp không thể tiếp tục hoá chất Oxaliplatin ngày 29, trong khi vẫn duy trì Capecitabin do hạ tiểu cầu độ 3. Một bệnh nhân tiến triển sau điều trị XELOX 2 chu kỳ, và có hạ tiểu cầu độ 2.

Về tác dụng không mong muốn, chủ yếu là độc tính ở độ 1-2. Độc tính huyết học độ 3-4 có 3 trường hợp, trong đó tác dụng phụ gây hạ tiểu cầu là đáng chú ý nhất. Theo như biểu đồ đã trình bày ở trên, tiểu cầu hạ thấp nhất sau chu kỳ thứ 2, trong đó có 3 trường hợp không thể tiếp tục phác đồ, chỉ có 1 trường hợp hạ tiểu cầu độ 1 hoàn thành phác đồ điều trị, và tiểu cầu hồi phục sau chu kỳ hoá chất thứ 3. Có một bệnh nhân thiếu máu độ 3, và hạ bạch cầu độ 4, nhưng vẫn tiếp tục và hoàn thành phác đồ điều trị. Liên quan đến độc tính lên chức năng gan, thận tất cả ở độ 1-2. Về xạ trị, có 7 bệnh nhân viêm da, viêm phổi và thực quản lần lượt 4 và 6 bệnh nhân, không có độc tính độ 3-4. So sánh với tỷ lệ dung nạp điều trị đối với phác đồ XELOX của các tác giả Trung Quốc(6) đã đạt được 100% liệu điều trị trên tất cả các bệnh nhân, trong đó 31 bệnh nhân (36,5%) có tác dụng phụ không mong muốn từ độ 3 trở nên, trong đó có 6 bệnh nhân hạ bạch cầu và 4 bệnh nhân hạ tiểu cầu. Không có bệnh nhân nào tử vong do các tác dụng phụ này.

- Về đánh giá đáp ứng điều trị. Bệnh

nhân được đánh giá sau kết thúc điều trị từ 4-6 tuần bằng cắt lớp vi tính và nội soi dạ dày thực quản. Những bệnh nhân không còn tồn dư u trên hình ảnh, nội soi và sinh thiết mô bệnh học đạt đáp ứng hoàn toàn. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không thực hiện sinh thiết lại tổn thương sau điều trị, tương tự với phương pháp đánh giá của nhóm tác giả Trung Quốc(6), điều này khác với thực hành hiện tại trên thế giới và có thể ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu. Hơn nữa, PET-CT và siêu âm nội soi (EUS) hiện tại được dùng để đánh giá có độ nhạy cao hơn so với CT(7), các giá trị chung tối đa cho độ nhạy và độ đặc hiệu là 54% với CT, 86% với EUS và 85% với PET-CT.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ Xelox kết hợp xạ trị trong điều trị triệt căn ung thư thực quản cho kết quả đáp ứng khả quan và mối liên hệ giữa tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn với giai đoạn bệnh.

Dung nạp với phác đồ tốt, phần lớn hoàn thành đủ phác đồ điều trị. Độc tính chủ yếu ở mức độ 1-2. Do đó XELOX có thể là một lựa chọn phù hợp cho bệnh nhân có khả năng nuốt và thuận lợi trong điều trị do thời gian truyền ngắn, giảm thời gian nằm nội trú. Đặc biệt mang lại lợi ích trong các giai đoạn dịch bệnh như thời kỳ Covid, giảm thiểu được số lượng bệnh nhân nội trú.

Tuy nhiên cần có những nghiên cứu lớn hơn với số lượng bệnh nhân đủ nhiều để khẳng định hiệu quả phác đồ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Seely AJE, Ivanovic J, Threder J, Al-Hussaini A, Al-Shehab D, Ramsay T, và c.s. Systematic Classification of Morbidity and Mortality After Thoracic Surgery. *Ann Thorac Surg.* 1 Tháng Chín 2010;90(3):936-42.
2. Bailey SH, Bull DA, Harpole DH, Rentz JJ, Neumayer LA, Pappas TN, và c.s. Outcomes after esophagectomy: a ten-year prospective cohort. *Ann Thorac Surg.* 1 Tháng Giêng 2003;75(1):217-22.
3. Wang SX, Marshall MB. Chemoradiation Therapy as Definitive Treatment of Esophageal Cancer. *Surg Clin North Am.* Tháng Sáu 2021;101(3):443-51.
4. Conroy T, Galais MP, Raoul JL, Bouché O, Gourgou-Bourgade S, Douillard JY, và c.s. Definitive chemoradiotherapy with FOLFOX versus fluorouracil and cisplatin in patients with oesophageal cancer (PRODIGE5/ACCORD17): final results of a randomised, phase 2/3 trial. *Lancet Oncol.* 1 Tháng Ba 2014;15(3):305-14.
5. Vũ Văn Thạch. Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư thực quản giai đoạn II-IVa bằng phác đồ FOLFOX tại bệnh viện ung bướu Hà Nội.
6. Jia R, Shan T, Zheng A, Zhang Y, Lu P,

Zhang G, và c.s. Capecitabine or Capecitabine Plus Oxaliplatin Versus Fluorouracil Plus Cisplatin in Definitive Concurrent Chemoradiotherapy for Locally Advanced Esophageal Squamous Cell Carcinoma (CRTCOESC): A Multicenter, Randomized, Open-Label, Phase 3 Trial. J Clin Oncol. 6 Tháng Năm 2024;JCO.23.02009.

7. Westerterp M, van Westreenen HL, Reitsma JB, Hoekstra OS, Stoker J, Fockens P, và c.s. Esophageal cancer: CT, endoscopic US, and FDG PET for assessment of response to neoadjuvant therapy--systematic review. Radiology. Tháng Chín 2005;236(3):841–51.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẠP KHÓA ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lương Văn Tiệp¹, Nguyễn Vũ Hoàng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy đầu trên xương cánh tay là vị trí hay gặp nhất trong gãy xương cánh tay, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa được sử dụng tại nhiều bệnh viện và đã cho kết quả tốt. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 57 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm 31,6%, có 39 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 68,4% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân $55,2 \pm 17,0$ trong đó nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ 45,6%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 26,3%. Tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ lần lượt 50,9% và 45,6%. Tỷ lệ bệnh nhân không được xử trí trước phẫu thuật chiếm 56,1%, có 3% bệnh nhân bỏ thuốc nam. Độ nghiêng của chỏm xo với trục xương cánh tay từ 30° đến 60° chiếm tỷ lệ 71,9%, dưới 30° hoặc trên 60° chiếm tỷ lệ 28,1%. Bệnh nhân có phân loại III theo Neer trên X-quang trước mổ chiếm 35,1%. Bệnh nhân được đặt nẹp đúng chiếm tỷ lệ 87,7%. Tỷ lệ bắt vít đúng và đủ chiếm 84,2%, chỉ có 15,8% trường hợp vít xuyên qua chỏm. Điểm đánh giá mức độ đau trung bình $29,8 \pm 2,5$, điểm trung bình phục hồi chức năng chi gãy $26,3 \pm 2,2$. Điểm trung bình phục hồi biên độ vận động khớp vai và phục hồi giải phẫu khớp vai $22,3 \pm 2,5$ và $8,6 \pm 0,7$. Kết quả tốt chiếm 52,6%, kết quả khá có 45,6%, kết quả trung bình 1,8% và không có bệnh nhân có kết quả điều trị kém. **Kết luận:** phẫu thuật gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa là phương pháp thông dụng và đem lại hiệu quả cao.

Từ khóa: Gãy đầu trên xương cánh tay, nẹp khóa xương cánh tay.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF LOCKING PLATE FIXTATION IN THE TREATMENT OF CLOSED PROXIMAL HUMERAL FRACTURES AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Background: Proximal humeral fractures are the most common type of humeral fractures. Surgical fixation with locking plate has been widely applied in many hospitals with good outcomes. **Objective:** To evaluate the results of surgical fixation using locking plate in the treatment of proximal humeral fractures at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive study of 57 patients who underwent surgical fixation with locking plate for proximal humeral fractures at Thai Nguyen National Hospital from January 2020 to March 2025. **Results:** Male patients accounted for 31.6%, and female patients accounted for 68.4%. The mean age was 55.4 ± 17.0 years, with patients aged 40–60 making up 45.6%. Farmers accounted for 26.3%, and traffic accidents and daily activity injuries were the leading causes, at 50.9% and 45.6% respectively. Osteoporosis was present in 56.1% of patients. According to Neer's classification, type III fractures accounted for 35.1%. Preoperative radiographs showed that fractures with displacement between 30° – 60° accounted for 71.9%, and $>60^\circ$ for 28.1%. Postoperative anatomical reduction was achieved in 87.7% of patients. The overall rate of good and excellent outcomes was 84.2%, while 15.8% had fair or poor results. The mean VAS pain score was 2.5 ± 2.2 . The mean Constant-Murley score for shoulder joint function was 29.8 ± 2.5 , with pain 22.3 ± 2.5 , activities of daily living 8.6 ± 0.7 . Excellent outcomes were achieved in 52.6% of patients, good in 45.6%, fair in 1.8%, and no patients had poor results. **Conclusion:** Surgical fixation of proximal humeral fractures with a locking plate is an appropriate treatment method that provides high effectiveness.

Keywords: Proximal humeral fracture, locking plate fixation, humerus fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay chiếm 4-5% trong tất cả các loại gãy xương là vị trí gãy hay gặp nhất trong gãy xương cánh tay, biểu hiện

¹Trung tâm Y tế Định Hóa

²Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lương Văn Tiệp

Email: luongtiemps@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

trên lâm sàng đa dạng có thể gặp gãy kín, gãy hở, kèm theo trật khớp vai, kèm theo gãy thân xương cánh tay và các tổn thương thần kinh.... Mỗi hình thái gãy khác nhau đều có phương pháp điều trị phù hợp. Tuy vậy mục đích chính là kết hợp xương vững chắc, phục hồi giải phẫu và chức năng vận động khớp vai¹.

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị gãy đầu trên xương cánh tay như điều trị bảo tồn bất động bằng bó bột, đeo áo Dessaul... điều trị phẫu thuật theo các phương pháp kết xương bằng găm đinh kirschner, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa, phẫu thuật thay khớp vai bán phần... Tuy nhiên phương pháp kết hợp xương bằng nẹp khóa vẫn là phương pháp thông dụng và đem lại hiệu quả cao².

Tại Việt Nam nhiều năm gần đây đã sử dụng nẹp khóa để phẫu thuật kết hợp xương cánh tay nói chung, đầu trên xương cánh tay nói riêng cho rất nhiều bệnh nhân gãy đầu trên xương cánh tay và đã có nhiều đánh giá về kết quả phẫu thuật này. Để làm phong phú thêm nhìn nhận về phẫu thuật gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 57 bệnh nhân (BN) gãy đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2020 – 03/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Khám lâm sàng bệnh nhân có đau, mất vận động cánh tay, có dấu hiệu bầm tím mặt trong cánh tay và thành ngực, đau có thể làm lu mờ triệu chứng tê, mất cảm giác vùng cơ Delta.

- Chẩn đoán hình ảnh thông qua Xquang có hình ảnh gãy đầu trên xương cánh tay phân độ theo Neer C.S gãy độ III, IV, V, VI.

- Không phân biệt giới, bệnh án có đầy đủ dữ liệu đáp ứng đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

- Được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa.

- Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thời gian tối thiểu theo dõi sau phẫu thuật là 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là gãy đầu trên xương cánh tay được điều trị bảo tồn hay phẫu thuật bằng các phương pháp khác.

- Bệnh nhân không liên lạc được hay không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Bệnh nhân gãy xương bệnh lý.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, các phương pháp điều trị trước khi vào viện, đặc điểm Xquang phân loại gãy ĐTXCT theo Neer C.S 2002.

+ Kết quả gần (trong 3 tháng đầu sau mổ): Diễn biến vết mổ, các biến chứng sau mổ, mức độ di lệch của gãy đầu trên xương cánh tay được tính bằng góc nắn chỉnh(góc α), kỹ thuật đặt nẹp, bắt vít.

+ Kết quả xa (sau 6 tháng sau phẫu thuật): Tình trạng sẹo mổ cũ, tình trạng liền xương tại ổ gãy, kết quả hồi phục chức năng khớp vai, kết quả chung.

Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm phục vụ mục đích điều trị, không nhằm mục đích cá nhân nào khác, không gây nguy hại cho đối tượng nghiên cứu và đã được thông qua hội đồng khoa học. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin cá nhân của các đối tượng nghiên cứu đều được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân nam chiếm 31,6%, có 39 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 68,4% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân $55,2 \pm 17,0$ trong đó nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ 45,6%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 26,3%. Bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ lần lượt 50,9% và 45,6%. Tỷ lệ bệnh nhân không được xử trí trước phẫu thuật chiếm 56,1%, có 3% bệnh nhân bó thuốc nam. Độ nghiêng của chỏm xo với trục XCT từ 30° đến 60° chiếm tỷ lệ 71,9%, dưới 30° hoặc trên 60° chiếm tỷ lệ 28,1%. Bệnh nhân có phân loại III theo Neer trên X-quang trước mổ chiếm 35,1%.

Bảng 1. Kết quả đặt nẹp trong phẫu thuật

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đúng	50	87,7
Cao	0	0
Thấp	0	0
Ra trước	05	8,8
Ra sau	02	3,5
Tổng	57	100

Nhận xét: Bệnh nhân được đặt nẹp đúng chiếm tỷ lệ 87,7%, không có bệnh nhân nào đặt nẹp ở vị trí cao hoặc thấp. Trường hợp nẹp đặt ra

trước hoặc sau chiếm tỷ lệ lần lượt 8,8% và 3,5%.

Bảng 2. Kết quả bắt vít trong phẫu thuật

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đúng, đủ	48	84,2
Vít xuyên qua chỏm	09	15,8
Vít ra ngoài	0	0
Tổng	57	100

Nhận xét: Không có trường hợp nào bắt vít ra ngoài, tỷ lệ bắt vít đúng và đủ chiếm 84,2%, chỉ có 15,8% trường hợp vít xuyên qua chỏm.

Bảng 3. Đặc điểm độ nghiêng của chỏm so với trục XCT trước và trong phẫu thuật

Kết quả	Trước phẫu thuật	Trong phẫu thuật
30° đến 60°	41 (71,9%)	0 (0%)
<30° hoặc >60°	16 (28,1%)	57 (100%)

Nhận xét: Trước phẫu thuật, kết quả độ nghiêng của chỏm so với trục XCT trên X-quang ở mức < 30° hoặc > 60° chiếm 28,1%, trong phẫu thuật tỷ lệ này chiếm 100%.

Bảng 4. Kết quả phục hồi chức năng khớp vai khi khám lại

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ đau	Không đau	29	50,9
	Đau nhẹ không thường xuyên	28	49,1
	Đau vừa phải có thể chịu đựng được	0	0
	Rất nhiều liên tục	0	0
Chức năng chi gậy	Tốt	44	77,2
	Khá	13	22,8
	Trung bình	0	0
	Kém	0	0
Biên độ vận động khớp vai	Tốt	47	82,5
	Khá	10	17,5
	Trung bình	0	0
	Kém	0	0
Phục hồi giải phẫu khớp vai	Tốt	33	57,9
	Khá	24	42,1
	Trung bình	0	0
	Kém	0	0
Tổng		57	100

Nhận xét: bệnh nhân không đau và đau ít chiếm tỷ lệ lần lượt 50,9% và 9,1%. Bệnh nhân phục hồi chức năng chi gậy và biên độ vận động khớp vai ở mức tốt chiếm tỷ lệ lần lượt 77,2% và 82,5%. Đối với phục hồi giải phẫu khớp vai, bệnh nhân phục hồi ở mức tốt chiếm tỷ lệ 57,9% trong khi đó 42,1% bệnh nhân phục hồi ở mức khá.

Bảng 5. Điểm trung bình phục hồi chức năng tại thời điểm khám lại

Đặc điểm	Điểm trung bình	Điểm giới hạn
----------	-----------------	---------------

Mức độ đau	29,8±2,5 (26-35)	0-35
Phục hồi chức năng chi gậy	26,3±2,2 (21-30)	0-30
Phục hồi biên độ vận động khớp vai	22,3±2,5 (18-25)	0-25
Phục hồi giải phẫu khớp vai	8,6±0,7 (7-10)	0-10

Nhận xét: Tại thời điểm khám lại, điểm đánh giá mức độ đau trung bình $29,8 \pm 2,5$ trong khi đó điểm trung bình phục hồi chức năng chi gậy $26,3 \pm 2,2$. Điểm trung bình phục hồi biên độ vận động khớp vai và phục hồi giải phẫu khớp vai $22,3 \pm 2,5$ và $8,6 \pm 0,7$.

Bảng 6. Phân loại kết quả điều trị

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	30	52,6
Khá	26	45,6
Trung bình	01	1,8
Kém	0	0
Tổng	57	100
Điểm trung bình	$87,0 \pm 5,8$ (73-99)	

Nhận xét: Điểm kết quả điều trị trung bình của bệnh nhân $87,0 \pm 5,8$ (thấp nhất 73 điểm và lớn nhất 99 điểm), trong đó bệnh nhân có kết quả tốt chiếm 52,6%, có 45,6% bệnh nhân có kết quả khá. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình chiếm 1,8% và không có bệnh nhân có kết quả điều trị kém.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nam chiếm 31,6%, có 39 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 68,4% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân $55,2 \pm 17,0$ trong đó nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ 45,6%. Nghề nghiệp là nông dân chiếm 26,3%. Bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ lần lượt 50,9% và 45,6%. So sánh với các nghiên cứu khác như của Phạm Anh Tuấn (2020) nam chiếm 62,5%, nữ chiếm 37,5% và tuổi trung bình là $44,2 \pm 16,8$ tuổi; nguyên nhân chấn thương hay gặp nhất là tai nạn giao thông chiếm 67,5%³. Trong khi đó nghiên cứu của Nguyễn Đức Vương (2021) thì nam chiếm 51,5% còn nữ thì chiếm 48,5% với tuổi trung bình là $59,68 \pm 18,51$, nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn giao thông chiếm 67,5%⁴. Như vậy kết quả của chúng tôi có sự khác biệt về giới tính nhưng lại có tương đồng về độ tuổi và nguyên nhân chấn thương với nghiên cứu của Phạm Anh Tuấn và Nguyễn Đức Vương. Kết quả trên cho thấy gãy xương cánh tay phần lớn gặp ở độ tuổi có nguy cơ loãng xương và hay gặp ở người trên 60 tuổi với lực tác động nhẹ cũng có thể dẫn đến tình trạng gãy xương. Nguyên nhân chủ yếu do

tai nạn giao thông, điều này phản ánh thực tế ở Việt Nam, phương tiện đi lại chủ yếu của người dân là xe gắn máy, với mật độ giao thông trong các thành phố lớn ngày càng cao. Thêm vào đó, ý thức chấp hành luật lệ giao thông của người dân chưa tốt, cho nên tỷ lệ tai nạn giao thông vẫn rất cao.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân có phân loại III theo Neer trên X-quang trước mổ chiếm 35,1%, phân loại IV là 15,8%, phân loại V là 29,8%, phân loại VI là 19,3%. So với nghiên cứu của Đặng Nhật Anh gãy loại III chiếm 43,14%, loại IV chiếm 33,32%, loại V chiếm 11,77%, loại VI chiếm 11,77%⁵. Theo Salah Fallatah, Geoffrey F. Dervin, Jacques A. Brunet (2008): loại III chiếm 31,11%, loại IV chiếm 37,78%, loại V chiếm 15,56%, loại VI chiếm 8,89%⁶. So với hầu hết các tác giả khác trong nước đều dùng phân loại Neer C.S 1970 chia làm 4 loại gãy, chúng tôi dùng phân loại Neer C.S 2002 do đó có sự khác biệt lớn về tỉ lệ giữa các loại gãy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 57 BN gãy ĐTXCT: Bệnh nhân được đặt nẹp đúng chiếm tỷ lệ 87,7%, không có bệnh nhân nào đặt nẹp ở vị trí cao hoặc thấp. Trường hợp nẹp đặt ra trước hoặc sau chiếm tỷ lệ lần lượt 8,8% và 3,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả nắn chỉnh không di lệch chiếm tỷ lệ 96,5%, chỉ có 02 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,5% có kết quả chấp nhận được. Không có trường hợp nào bắt vít ra ngoài, tỷ lệ bắt vít đúng và đủ chiếm 84,2%, chỉ có 15,8% trường hợp vít xuyên qua chỏm. Kết xương trong gãy ĐTXCT thực chất là dùng các vít cố định chỏm vào phía ngoại vi XCT, điều này ngược với các kết xương ở vị trí khác. Các vít tạo ngẫu lực liên kết các phần của xương. Muốn vững thì phải tạo được lực đủ lớn. Vị trí của nẹp trên xương phụ thuộc vào diện gãy chính. Thường diện gãy nhìn ra ngoài, ra trước và xuống dưới. Vì thế nẹp đặt ở vị trí trước ngoài là phù hợp (khi đó nẹp đối diện với mặt gãy). Với các trường hợp bắt vít trong nẹp vẫn không đủ để cố định hết các mảnh có thể bắt thêm vít ngoài nẹp hoặc khâu buộc các phần đó bằng chỉ vào các lỗ nhỏ được thiết kế sẵn trên nẹp.

Trước phẫu thuật, kết quả độ nghiêng của chỏm so với trục XCT trên X-quang ở mức < 30° hoặc > 60° chiếm 28,1%, trong phẫu thuật tỷ lệ này chiếm 100%. So với nghiên cứu của Đặng Nhật Anh nghiên cứu của chúng tôi có góc nắn chỉnh tốt hơn, theo Đặng Nhật Anh (2018) tỉ lệ góc nắn chỉnh chấp nhận được chiếm 68,62%, không di lệch chiếm 17,65%, di lệch nhiều chiếm 13,73%. Trên thực tế phẫu thuật cho BN chúng tôi nhận thấy, góc di lệch càng lớn thì phẫu thuật

càng gặp nhiều khó khăn, nguyên nhân do gãy nhiều mảnh làm trục giải phẫu của đầu trên xương cánh tay bị biến dạng, kết hợp xương gặp nhiều khó khăn gây nên tình trạng di lệch sau phẫu thuật.

Tập phục hồi chức năng sau mổ rất quan trọng trong điều trị gãy ĐTXCT, chính mục đích kết xương bên trong vững chắc để tạo điều kiện vận động sớm. Vận động sớm chống teo cơ, xơ dính trong trạng thái co rút, giúp các mô phần mềm xung quanh sớm được hồi phục, cải thiện lưu lượng máu tới ổ gãy, tạo được lực nén ép sinh lý vào diện gãy, tạo điều kiện liền xương. Tại thời điểm khám lại, bệnh nhân không đau và đau ít chiếm tỷ lệ lần lượt 50,9% và 49,1%. Bệnh nhân phục hồi chức năng chi gãy và biên độ vận động khớp vai ở mức tốt chiếm tỷ lệ lần lượt 77,2% và 82,5%. Đối với phục hồi giải phẫu khớp vai, bệnh nhân phục hồi ở mức tốt chiếm tỷ lệ 57,9% trong khi đó 42,1% bệnh nhân phục hồi ở mức khá.

Trong nghiên cứu, kết quả chung của chúng tôi như sau: kết quả tốt chiếm 52,6%, có 45,6% bệnh nhân có kết quả khá. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình chiếm 1,8% và không có bệnh nhân có kết quả điều trị kém. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, sau một chấn thương nặng ở vùng vai, đầu trên xương cánh tay đều ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng vận động của khớp vai. Đặc biệt trong các trường hợp gãy nát thanh nhiều mảnh, gãy có trật làm cho diện khớp bị tổn thương, sau phẫu thuật nếu không được tập phục hồi chức năng thì khớp vai sẽ cứng và có nhiều tổ chức xơ làm ảnh hưởng trực tiếp đến biên độ vận động của khớp vai sau này. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Kumar Anshuman, Gourishankar Patnaik nghiên cứu trên 30 BN trong đó 15 BN dùng nẹp khóa và 15 BN dùng chùm đinh kirschner để so sánh kết quả. Với nẹp khóa: kết quả tốt chiếm 60%, khá chiếm 33,33%, trung bình chiếm 6,67%, không có kết quả kém⁷. Chúng tôi thấy rằng loại gãy và kết quả nắn chỉnh đều có ảnh hưởng tới kết quả chung. Gãy càng phức tạp thì nắn chỉnh càng khó, việc phục hồi lại giải phẫu là vấn đề quan trọng trong phẫu thuật là tiền đề cho phục hồi chức năng khớp vai sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay là phương pháp phổ biến, dễ sử dụng, có thể áp dụng cho mọi loại gãy, kết quả mang lại tương đối tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murray, I., A. Amin, T. White, & C. Robinson. Proximal humeral fractures: current concepts in classification, treatment and outcomes. The Journal of Bone Joint Surgery British Volume 93, 1-11. (2011)
2. Maier, D., M. Jaeger, K. Izadpanah, P.C. Strohm, & N.P. Suedkamp. Proximal humeral fracture treatment in adults. JBJS 96, 251-261. (2014)
3. Tuấn, P.A. Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. (2020)
4. Vương, N.Đ. Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y. (2021)
5. Anh, Đ.N. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Luận văn thạc sĩ y học. (2018)
6. Fallatah, S., G.F. Dervin, J.A. Brunet, A.F. Conway, & H. Hrushowy. Functional outcome after proximal humeral fractures treated with hemiarthroplasty. Canadian Journal of Surgery 51, 361. (2008)
7. Anshuman, K. & P. Gourishankar. A comparative study of closed reduction and fixation with percutaneous k-wires versus open reduction and internal fixation with philos plate for proximal humerus fractures in the elderly. International Journal of Orthopaedics 4, 398-407. (2018)

KẾT QUẢ XỬ TRÍ U BUỒNG TRỨNG Ở BỆNH NHÂN VÔ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Văn Hoạt¹, Nguyễn Quốc Tuấn^{1,2}, Nguyễn Phương Tú^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả phẫu thuật u buồng trứng ở bệnh nhân vô sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 50 bệnh nhân vô sinh có u buồng trứng được phẫu thuật từ 01/01/2022 đến 31/12/2024 tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình $30,8 \pm 5,3$, chủ yếu nhóm tuổi 30 – 39 (52%), trong đó vô sinh nguyên phát chiếm 58% với thời gian vô sinh trung bình 2,41 năm, 28% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng. Kích thước u chủ yếu 5 – 10 cm (74%), tính chất giảm âm chủ yếu (56%). Phần lớn là phẫu thuật bóc u hoặc cắt u (94%) và 100% được thăm dò vô sinh kèm theo có 32% bệnh nhân có tắc VTC. Kết quả mô bệnh học chủ yếu là nang LNMTTC (52%), tỷ lệ có thai sau mổ là 38%, chủ yếu sau 6 – 12 tháng phẫu thuật. **Kết luận:** Khối u buồng trứng ở bệnh nhân vô sinh chủ yếu là nang LNMTTC, phẫu thuật bóc nang ưu tiên giúp bảo tồn khả năng sinh sản và cải thiện tình trạng vô sinh.

Từ khóa: vô sinh, u buồng trứng

SUMMARY

MANAGEMENT OUTCOMES OF OVARIAN TUMORS IN INFERTILE PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the surgical outcomes of ovarian tumors in infertile patients at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Materials and Methods:** A descriptive retrospective and prospective study was conducted on 50 infertile patients with ovarian tumors who underwent surgery from January 1, 2022, to December 31, 2024, at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Results:** The mean age of patients was 30.8 ± 5.3 years, with the majority in the 30–39 age group (52%). Primary infertility accounted for 58% with an average infertility duration of 2.41 years; 28% had a history of abdominal surgery. Most ovarian tumors measured 5–10 cm (74%) and were predominantly hypoechoic (56%). The main surgical procedures were cystectomy or tumor excision (94%); all patients underwent concomitant infertility assessment, of which 32% were found to have tubal occlusion. Histopathology revealed endometriotic cysts as the most common type (52%). The postoperative pregnancy rate was 38%, mainly achieved within 6–12 months after surgery. **Conclusion:** In infertile patients, ovarian tumors are most frequently endometriotic cysts. Cystectomy is the preferred surgical approach, helping to preserve fertility and improve reproductive outcomes.

Keywords: infertility, ovarian tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là một trong những khối u của đường sinh dục nữ thường gặp và có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng hay gặp nhất trong độ tuổi hoạt động sinh sản, có thể gây tình trạng vô sinh ở người phụ nữ. Tỷ lệ u buồng trứng ở bệnh nhân vô sinh là 10,7%¹. Tác động của khối u đến quá trình phát triển nang trứng phụ thuộc vào bản chất, kích thước, số lượng khối u. Tuy

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hoạt

Email: hoatbinh304@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

nhiên không phải lúc nào cũng dễ dàng xác định mối quan hệ giữa khối u buồng trứng và tình trạng vô sinh của người phụ nữ. Hiện nay, người ta biết đến cơ chế vô sinh và tác động mạnh mẽ của khối u đến chức năng sinh sản người phụ nữ là nang dạng lạc mạc tử cung (LNMTTC) tại buồng trứng². Tại Việt Nam, nghiên cứu về u buồng trứng ở phụ nữ vô sinh còn hạn chế, chủ yếu tập trung về nang LNMTTC tại buồng trứng. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả phẫu thuật u buồng trứng ở bệnh nhân vô sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân vô sinh có chẩn đoán u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân vô sinh có chẩn đoán u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

- Có kết quả giải phẫu bệnh lý.
- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin cần cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư buồng trứng di căn từ nơi khác tới
- Phẫu thuật u buồng trứng từ nơi khác chuyển đến

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu và tiến cứu

Cỡ mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm 50 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu

Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Phân tích thống kê bao gồm: thống kê số lượng, tính tỷ lệ phần trăm, kiểm định Chi-square để so sánh tỷ lệ và kiểm định T-test để so sánh trung bình giữa hai biến.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu phục vụ nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe cộng đồng đã được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của nhóm nghiên cứu

	Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Từ 20-29	22	44,0
	Từ 30-39	26	52,0
	Từ 40-49	2	4,0
	Tổng	50	100
Vô sinh	Nguyên phát	29	58

Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	Thứ phát	21	42
	Tổng	50	100
	Mổ lấy thai	10	20
	Mổ u buồng trứng	4	8
	Tổng	14	28

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $30,8 \pm 5,3$ (22 – 43), trong đó độ tuổi hay gặp nhất là 30 – 39 tuổi chiếm tỷ lệ 52%. Tỷ lệ vô sinh nguyên phát chiếm tỷ lệ cao hơn vô sinh thứ phát, chiếm tỷ lệ 58%, thời gian vô sinh trung bình 2,41 năm. Có 14/50 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, trong đó mổ lấy thai và mổ u buồng trứng chiếm tỷ lệ lần lượt 20% và 8%.

Bảng 2. Đặc điểm khối u trên lâm sàng và siêu âm

Đặc điểm khối u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí u		
Phải	21	42,0
Trái	20	40,0
Hai bên	9	18,0
Kích thước khối u		
< 5 cm	12	24,0
5-10 cm	37	74,0
>10 cm	1	2,0
Âm vang khối u		
Tăng âm	4	8,0
Hỗn hợp âm	13	26,0
Giảm âm	28	56,0
Trống âm	5	10,0
Di động		
Dễ	26	52,0
Hạn chế	12	24,0
Không	12	24,0

Nhận xét: Vị trí phát hiện khối u buồng trứng bên phải hoặc bên trái là tương đồng (40% và 42%), có 9 bệnh nhân (18%) phát hiện khối u ở cả hai bên buồng trứng. Kích thước khối u, khối u được phát hiện khi kích thước tương đối lớn với nhóm 5-10 cm chiếm 74%. Về âm vang khối u: đa số bệnh nhân có khối u đặc điểm giảm âm (56%), hoặc hỗn hợp âm (26,0%), khối u có dấu hiệu trống âm hoặc tăng âm chiếm tỷ lệ thấp (tương ứng là 10% và 8%). Về độ di động của khối u: đa số bệnh nhân có khối u với độ di động dễ (52%), các trường hợp di động hạn chế hoặc không di động chiếm tỷ lệ thấp hơn là 24%.

Bảng 3. Liên quan giữa cách thức phẫu thuật và nhóm vô sinh

Đặc điểm	Vô sinh nguyên phát	Vô sinh thứ phát	Tổng	p
----------	---------------------	------------------	------	---

Bóc u hoặc cắt u	27 (57,4)	20 (42,6)	47 (94,0)	0,676
Cắt buồng trứng hoặc phần phụ	1 (100,0)	0	1 (2,0)	
Chọc hút nang	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (4,0)	
Tổng	29 (58,0)	21 (42,0)	50 (100,0)	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đều được phẫu thuật bóc hoặc cắt u (94%), 2 bệnh nhân được chọc hút nang (4%), 1 bệnh nhân được phẫu thuật cắt buồng trứng hoặc phần phụ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cách thức phẫu thuật theo nhóm vô sinh ($p > 0,05$).

Bảng 4. Liên quan giữa kết quả mô bệnh học và nhóm vô sinh

Đặc điểm	Vô sinh nguyên phát	Vô sinh thứ phát	Tổng	p
U bì	9 (75,0)	3 (25,0)	12 (24,0)	0,4
U nhầy	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (8,0)	
U thanh dịch	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (14,0)	
U lạc nội mạc	12 (46,2)	14 (53,8)	26 (52,0)	
Ung thư	1 (100,0)	0	1 (2,0)	
Tổng	29 (58,0)	21 (42,0)	50 (100,0)	

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học khối u cho thấy, đa số bệnh nhân có kết quả khối u là u LNMTCT (52,0%), u bì buồng trứng (24,0%), u nang nước (14,0%), u nhầy (8,0%), 1 trường hợp có kết quả ung thư (2,0%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả mô bệnh học theo nhóm vô sinh ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Thăm dò vô sinh và kết quả

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biện pháp	Soi buồng tử cung	1	2,0
	Bơm xanh metylen	30	60,0
	Cả hai phương pháp	19	38,0
	Tổng	50	100,0
Kết quả thăm dò	Buồng tử cung bình thường và vòi tử cung thông	34	68,0
	Vòi tử cung tắc	16	32,0
	Tắc 1 bên	7	14
	Tắc 2 bên	9	18
	Tổng	50	100,0

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân được thăm dò vô sinh kèm theo, có 34 bệnh nhân có kết quả thăm dò vô sinh bình thường (soi BTC bình thường và vòi tử cung thông) chiếm 68%, có 16 bệnh nhân kết quả thăm dò vô sinh có tắc vòi tử cung chiếm 32%. Trong đó, VTC tắc 1 bên chiếm 14% (7/16 trường hợp), VTC tắc 2 bên chiếm 18% (9/16 trường hợp).

Bảng 6. Thời gian có thai sau phẫu thuật

		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có thai sau phẫu thuật	Có thai	19	38
	Tự nhiên	15	30,0
	Kích thích buồng trứng	4	8,0
	Không có thai	31	62
	Tổng	50	100,0
Thời gian có thai (tháng)	<3	4	21,0
	3 – 5	5	26,4
	6 – 12	10	52,6
	Tổng	19	100,0

Nhận xét: Trong 12 tháng sau phẫu thuật, có 19 trường hợp có thai trong số 50 bệnh nhân vô sinh, chiếm 38%. Trong đó, có 15 trường hợp có thai tự nhiên chiếm 30% và 4 trường hợp cần phải kích thích buồng trứng làm IVF chiếm 8%. Đa số bệnh nhân có thai trong khoảng 6 – 12 tháng sau phẫu thuật (52%). Trường hợp có thai sớm nhất là 4 tuần sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân vô sinh có u buồng trứng phẫu thuật, tuổi trung bình $30,8 \pm 5,3$, nhóm tuổi hay gặp nhất là 30 – 39 tuổi, chiếm 52%, tỷ lệ vô sinh nguyên phát cao hơn vô sinh thứ phát. Kết quả cũng gần tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Tú Huyền, tuổi trung bình $33,5 \pm 5,4$ tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất < 35 tuổi, chiếm 68,1%, tỷ lệ vô sinh nguyên phát 66%³, cho thấy độ tuổi vô sinh càng ngày càng trẻ hóa và do nhu cầu có con ngày càng tăng nên bệnh nhân đi khám sớm và điều trị, tỷ lệ vô sinh nguyên phát ngày càng tăng cao, có thể khác nhau giữa các khu vực. Tiền sử phẫu thuật trong ổ bụng đặc biệt là can thiệp tại vùng tiểu khung như mổ lấy thai, mổ u buồng trứng có thể ảnh hưởng đến mô buồng trứng, đặc biệt bóc u LNMTCT tăng nguy cơ dính vùng tiểu khung, ảnh hưởng tới khả năng thụ thai.

Về đặc điểm khối u trên lâm sàng và siêu âm, tỷ lệ khối u kích thước 5 – 10 cm chiếm tỷ lệ cao nhất, di động tốt 52% tương đồng với nghiên cứu của Vũ Văn Du⁴. Dù đối tượng phụ nữ nói chung hay phụ nữ vô sinh nói riêng thì kích thước khối u đa phần 5 – 10 cm, đây là giai đoạn bệnh nhân dễ cảm nhận triệu chứng cơ năng đến khám và cũng là giai đoạn can thiệp để tránh biến chứng của u và gặp ít khó khăn khi phẫu thuật. Bên cạnh đó, tỷ lệ khối u kích thước lớn trên 10 cm chiếm tỷ lệ thấp ở nhóm bệnh nhân vô sinh này có thể lý giải bởi những bệnh nhân vô sinh thường được theo dõi và khảo sát sớm qua siêu âm định kỳ trong quá trình khảo sát nguyên nhân vô sinh. Tính chất âm vang của khối u, nhú vách trong u và độ di động của khối

u liên quan chặt chẽ tới bản chất của khối u, độ lành hay ác tính của khối u.

Đa số bệnh nhân là bóc u hoặc cắt u chiếm 94%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác⁴ và cũng phù hợp với thực tế lâm sàng, bệnh nhân vô sinh hiếm muộn cần phải bảo tồn mô buồng trứng tối đa. Có 1 trường hợp cắt phần phụ do trong quá trình mổ nghi ngờ ác tính, 1 trường hợp chọc hút nang do khối u kích thước lớn dạng LNMTC, dính chặt cùng đồ, thành chậu, khó bóc tách u. Đối với u LNMTC việc bóc u rất là quan trọng, cần kinh nghiệm và kỹ thuật tốt vì có thể làm tổn thương mô buồng trứng lành trong quá trình phẫu thuật, dẫn đến làm giảm dự trữ buồng trứng⁵.

Kết quả mô bệnh học cho thấy, chủ yếu u buồng trứng ở bệnh nhân vô sinh là u LNMTC, không có sự khác biệt giữa hai nhóm vô sinh nguyên phát và thứ phát. Nang LNMTC được biết tới nhiều nhất gây vô sinh theo nhiều cơ chế khác nhau trong đó cơ chế làm giảm dự trữ buồng trứng và rối loạn viêm dính vùng tiểu khung là các tác giả đồng thuận nhiều nhất⁵. Kết quả của chúng tôi khác với Vũ Văn Du, tỷ lệ u bì cao nhất do đối tượng của chúng tôi là phụ nữ vô sinh, còn đối tượng nghiên cứu của Vũ Văn Du là phụ nữ nói chung⁴.

Tất cả bệnh nhân của chúng tôi được thăm dò vô sinh kèm theo, kết quả 68% bệnh nhân có kết quả bình thường, 16/50 (32%) có tắc VTC trong đó 11 trường hợp có kết quả mô bệnh học là LNMTC, điều này giải thích bởi cơ chế gây viêm của bệnh lý LNMTC làm tắc nghẽn, hình thành dính, ứ dịch vòi tử cung (VTC) làm giảm khả năng có thai của người phụ nữ. Khoảng 30% phụ nữ có LNMTC biểu hiện một số dạng liên quan tới VTC⁶. Tùy theo mức độ tắc VTC mà phẫu thuật viên có hướng xử trí khác nhau có thể gỡ dính đơn thuần, mở thông VTC, trường hợp tắc nghẽn nặng tiên lượng không có thai tự nhiên, phải làm IVF, có thể cắt 2 VTC, làm tăng hiệu quả của kỹ thuật IVF.

Tỷ lệ có thai tích lũy sau 12 tháng phẫu thuật là 38%, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất (52,63%) là khoảng 6 – 12 tháng sau phẫu thuật. Trong 19/50 trường hợp có thai, có 15 bệnh nhân có thai tự nhiên, 4 bệnh nhân có thai bằng hỗ trợ sinh sản. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Đình Vinh (2012), tỷ lệ có thai sau phẫu thuật nang LNMTC là 35%, tuy nhiên tỷ lệ có thai sau phẫu thuật 3 – 5 tháng là cao nhất (42,9%)⁷. Maggiore và cộng sự đã nghiên cứu tỷ lệ có thai tự nhiên ở những phụ nữ cố gắng thụ thai trong vòng một năm có LNMTC trực tràng –

âm đạo, có hoặc không kèm theo nang LNMTC buồng trứng được điều trị theo dõi hoặc phẫu thuật⁸. Kết quả cho thấy tỷ lệ có thai tự nhiên thô và tích lũy đều cao hơn ở nhóm có nang LNMTC được phẫu thuật so với nhóm chỉ theo dõi (30,4% và 34,5% so với 11,7% và 18,0% tương ứng). Cần nhấn mạnh rằng những dữ liệu này chỉ áp dụng cho phụ nữ có tiền sử vô sinh, và sẽ khó có thể khuyến cáo phẫu thuật nang LNMTC thường quy nhằm cải thiện khả năng thụ thai tự nhiên ở những người chưa được chứng minh vô sinh.

V. KẾT LUẬN

U buồng trứng ở bệnh nhân vô sinh chủ yếu là nang LNMTC và có thể tổn thương vòi tử cung kèm theo. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là bóc hoặc cắt u có thể xử trí tổn thương VTC kèm theo nếu có để bảo tồn tối đa chức năng sinh sản cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agrawal SP, Kedia N, Jani SK, Agrawal SP.** Role of hysterolaparoscopy in the diagnosis and management of infertility. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2020;9(4):1585. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20201228
2. **Exploring the Relationship between Endometriomas and Infertility - Nicola Berlanda, Daniela Alberico, Giusy Barbara, Maria Pina Frattaruolo, Paolo Vercellini,** 2015. Accessed September 10, 2025. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.2217/WHE.14.74>
3. **Trần Thị Tú Huyền và cộng sự.** Nghiên cứu tình trạng đau và sự ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống của phụ nữ lạc nội mạc tử cung vô sinh. 1. 2023;21(4-5):94-100. doi:10.46755/vjog.2023.4-5.1649
4. **Vũ Văn Du và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u buồng trứng lành tính tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* Published online March 3, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i3.762
5. **Legendre G, Catala L, Morinière C, et al.** Relationship between ovarian cysts and infertility: what surgery and when? *Fertil Steril.* 2014;101(3): 608-614. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.01.021
6. **Cuttino JTJ.** Hysterosalpingography: A Text and Atlas. *Investigative Radiology.* 1993;28(1):91.
7. **Trần Đình Vinh.** Nghiên cứu mối liên quan giữa vị trí tổn thương, mức độ dính và giai đoạn lạc nội mạc tử cung với triệu chứng đau vùng chậu ở bệnh nhân lạc nội mạc tử cung điều trị tại bệnh viện đa năng. Published online 2013.
8. **Leone Roberti Maggiore U, Scala C, Tafi E, et al.** Spontaneous fertility after expectant or surgical management of rectovaginal endometriosis in women with or without ovarian endometrioma: a retrospective analysis. *Fertility and Sterility.* 2017;107(4): 969-976.e5. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.02.106

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 TỪ THÁNG 4 NĂM 2023 ĐẾN THÁNG 4 NĂM 2024

Nguyễn Văn Ninh¹, Lê Văn Hải¹, Lê Việt Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 145 bệnh nhân cao tuổi gãy đầu dưới xương quay, được điều trị bảo tồn tại Bộ môn - Trung tâm Ngoại Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2023 - 4/2024. **Kết quả:** kiểm tra kết quả xa được 145 bệnh nhân (100%) với thời gian theo dõi từ 6 đến 12 tháng; kết quả chung: rất tốt đạt: 65,51%, tốt 24,82%, trung bình 9,65%. **Kết luận:** nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt, bệnh nhân cần được nắn chỉnh và bó bột sớm trong tuần đầu, giải quyết tốt một số biến chứng thường gặp, hướng dẫn bệnh nhân tập vận động sớm. **Từ khóa:** Gãy đầu dưới xương quay; điều trị bảo tồn.

SUMMARY

RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF LOWER RADIUS FRACTURES AT MILITARY HOSPITAL 103 FROM APRIL 2023 TO APRIL 2024

Objective: To assess some clinical, paraclinical characteristics and evaluation of conservative treatment results of distal radius fractures in the elderly. **Methods:** Retrospective, cross-sectional study of 145 elderly patients with distal radius fractures, treated conservatively at the Field Surgery Center, Military Hospital 103 from April 2023 to April 2024. **Results:** 145 patients (100%) were examined for long-term results with a follow-up period of 6 to 12 months; overall results: very good: 65,51%, good 24,82%, average 9,65%. **Conclusion:** The main cause is due to domestic accidents, patients need to be adjusted and casted early in the first week, to effectively resolve some common complications, and to instruct patients on early exercise. **Keywords:** Distal radius fracture; conservative treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gây nên gãy đầu dưới xương quay là thường gặp, chiếm gần 20% trong tất cả các loại gãy xương. Gãy đầu dưới xương quay gặp ở mọi lứa tuổi, hay gặp ở người cao tuổi do ngã chống tay xuống đất. Gãy đầu dưới xương

quay nếu không được điều trị đúng và kịp thời sẽ để lại di chứng nặng nề, làm mất hoặc giảm chức năng khớp cổ tay [1].

Xương quay là xương quan trọng ở cẳng tay, đầu dưới xương quay có diện khớp với các xương tụ cốt vùng cổ tay, vận động cẳng tay và cổ tay phụ thuộc rất nhiều vào sự toàn vẹn của đầu dưới xương quay. Gãy đầu dưới xương quay thường là gãy xương đơn giản, dễ điều trị, dễ liền xương, có nhiều phương pháp điều trị gãy đầu dưới xương quay [2], [3].

Phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay có nhiều ưu điểm như nắn chỉnh ổ gãy xương về đúng tư thế giải phẫu, bất động ổ gãy chắc chắn, sau mổ bệnh nhân (BN) được tập vận động sớm, tránh được biến chứng do bất động lâu dài. Có nhiều phương pháp điều trị phẫu thuật được áp dụng cho gãy kín đầu dưới xương quay như phương pháp kết xương nẹp vít, kết xương nẹp khóa, kết xương bằng khung cố định ngoài... tuy nhiên BN thường phải qua hai lần phẫu thuật, kết xương và tháo phương tiện kết xương, chi phí phẫu thuật tốn kém hơn các phương pháp khác, giải phẫu vùng cổ tay chật hẹp, ít tổ chức phần mềm nên đôi làm lộ phương tiện kết xương sau phẫu thuật [4], [5].

Điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nắn chỉnh bó bột là phương pháp đơn giản mà hiệu quả, dễ thực hiện ở các tuyến y tế, giá thành rẻ, BN được điều trị nhanh và thường không cần nằm viện. Phương pháp này đã được áp dụng thường xuyên và từ lâu tại Bệnh viện Quân y 103 nói chung và Bộ môn - Trung tâm Ngoại dã chiến Bệnh viện Quân y 103 nói riêng, đã và đang mang lại kết quả rất tốt [6], [7].

Tuy nhiên, phương pháp này cũng có những hạn chế nhất định như đã ghi nhận một số trường hợp di lệch thứ phát, cứng khớp, rối loạn dinh dưỡng do bất động lâu, ngoài ra sưng nề vùng bàn tay, đau nhức tại ổ gãy do chèn ép bột ở các mức độ cũng hay xảy ra trong tuần đầu sau bó bột.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi. Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi.*

¹Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Hải

Email: bshaibv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 145 BN gãy đầu dưới xương quay (31 nam, 114 nữ), tuổi từ 60 đến 94 tuổi, trung bình 70 tuổi, được điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh và bó bột tại Bộ môn - Trung tâm Ngoại Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024.

*** Tiêu chuẩn chọn BN:** BN gãy đầu dưới xương quay, loại A2, A3, B1, B2, B3, C1, theo phân loại gãy đầu dưới xương quay của AO (2008), thời gian gãy xương dưới 2 tuần, tuổi từ 60 trở lên, có phiếu khám bệnh hoặc hồ sơ bệnh án đầy đủ, được điều trị nắn chỉnh và bó bột, có phim X quang trước, sau bó bột và ở các thời điểm tái khám sau bó bột 5-7 ngày, thời điểm tháo bột 5-7 tuần, 3 tháng, và sau 6 tháng [5].

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Gãy đầu dưới xương quay bệnh lý.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, kết hợp theo dõi dọc, không nhóm chứng.

*** Phương pháp chọn mẫu:** Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

* Các bước nghiên cứu:

- Lập danh sách, thu thập phiếu khám bệnh, bệnh án, phim X quang trước, sau bó bột và ở các thời điểm tái khám sau bó bột 5-7 ngày, thời điểm tháo bột 5-7 tuần, 3 tháng, và sau 6 tháng. Nghiên cứu các vấn đề: nguyên nhân, cơ chế chấn thương, phân loại gãy xương theo AO, thời gian xử trí, đánh giá các tham số X quang đầu dưới xương quay trước khi nắn chỉnh bó bột, kết quả sau nắn chỉnh bó bột (gần, xa), các biến chứng và di chứng ở các BN.

- Đánh giá kết quả xa (>6 tháng) dựa vào sự liền xương, phục hồi chức năng, khả năng lao động và các biến chứng.

*** Xử lý số liệu:** Bằng chương trình SPSS 24.0.

*** Đánh giá kết quả gần:** Sự phục hồi về giải phẫu, dựa vào phim X quang chụp hai tư thế sau nắn chỉnh, theo Lê Ngọc Quyên và cộng sự [3]

*** Tình trạng liền xương tại ổ gãy:** Đánh giá sự liền xương qua hình ảnh can xương trên film chụp X quang.

***Các biến chứng:** Phát hiện các biến chứng sớm, biến chứng muộn, di chứng

- Biến chứng sớm: Phát hiện các tổn thương mạch máu và thần kinh, gây kín thành gãy hở do đầu xương gãy gây nên, chèn ép bột.

- Biến chứng muộn: phát hiện các tổn thương di lệch thứ phát, can lệch đầu dưới xương quay, chậm liền xương và khớp giả, rời

loạn dinh dưỡng (hội chứng loạn dưỡng Sudeck), biến chứng thần kinh (hội chứng ống cổ tay), thoái hoá khớp cổ tay.

* Các căn cứ để đánh giá kết quả:

- Đau cổ tay theo tiêu chuẩn của Fernandez D.L. [8].

+ Rất đau: Đau nhiều khi hoạt động bình thường hằng ngày và cả lúc nghỉ ngơi.

+ Đau vừa: Đau khi nắm mạnh bàn tay, lao động nặng bằng tay, gây ảnh hưởng đến thể chất và tâm lý người bệnh.

+ Đau nhẹ: Đau khi vận động cổ tay ở biên độ tối đa, không ảnh hưởng đến chức năng, thể chất và tâm lý của người bệnh.

+ Không đau: Không cảm thấy đau hoặc đau rất ít.

* Đánh giá kết quả chung: Theo tiêu chuẩn của Fernandez D.L. [8].

- Đau (tại mỗi vị trí khớp quay trụ dưới và quay cổ tay: Rất đau: 0 điểm; đau vừa: 1 điểm; đau nhẹ: 2 điểm; không đau: 4 điểm

- Biên độ gấp duỗi cổ tay: > 1300: 4 điểm; 1000 – 1300: 3 điểm; 800 – 990: 2 điểm; < 800: 1 điểm

- Biên độ sấp ngửa cẳng tay: 1600 – 1800: 4 điểm; 1400 – 1590: 3 điểm; 1200 – 1390: 2 điểm; < 1200: 1 điểm.

- Lực nắm bàn tay (% so với tay lành): >80%: 4 điểm; 65% – 80%: 3 điểm; 40% – 64%: 2 điểm; < 40%: 1 điểm

- Sự trở lại làm việc: Làm công việc cũ bình thường: 4 điểm; làm công việc cũ nhưng khả năng làm việc bị hạn chế: 3 điểm; không thể tiếp tục làm nghề cũ, phải đổi nghề: 2 điểm; không thể lao động: 1 điểm.

Đánh giá kết quả chung theo tổng các điểm: Rất tốt: ≥ 18 điểm; Tốt: 15 – 17 điểm; trung bình: 12 – 14 điểm; kém: ≤ 11 điểm.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Căn cứ Quyết định số 966/QĐ- HVQY, ngày 26/3/2025 "Về việc giao nhiệm vụ chủ nhiệm các đề tài khoa học và công nghệ cấp Học viện của Bệnh viện Quân y 103 năm 2025". Số liệu được chỉ huy Bộ môn – Trung Tâm Ngoại dã chiến và Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu. Toàn bộ số liệu được thu thập trong nghiên cứu là hoàn toàn trung thực, chính xác theo trình tự các bước kể trên. Các BN trong nghiên cứu được điều trị theo đúng quy trình điều trị của Bộ y tế, BN được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành nhằm phục vụ mục đích điều trị và không gây nguy hại cho BN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Nguyên nhân chấn thương và thời gian BN được điều trị (n=145).

	Nguyên nhân chấn thương				Thời điểm điều trị	
	Tai nạn giao thông	Tai nạn lao động	Tai nạn sinh hoạt	Nguyên nhân khác	≤7 ngày	8-14 ngày
Số BN (n)	12	15	110	8	138	7
Tỷ lệ (%)	8,27	10,34	75,86	5,51	95,17%	4,82%

Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt chiếm 75,86%, phù hợp với cơ chế chấn thương ở người cao tuổi gãy đầu dưới xương quay. Thời điểm nắn chỉnh bó bột ≤ 7 ngày có 138 BN (95,17%), đây cũng là thời gian thuận lợi cho việc nắn chỉnh ổ gãy nhất.

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ gãy đầu dưới xương quay (n=145).

	Nam	Nữ	60-79 tuổi	>80 tuổi	Tay phải	Tay trái	Hai tay
Tổng số	31	114	133	12	52	91	2
Tỷ lệ	21,37%	78,62%	91,72%	8,27%	35,86%	62,75%	1,37%

Tỷ lệ gãy đầu dưới xương quay ở lứa tuổi từ 60 tuổi đến 79 tuổi (91,72%). Nữ giới (78,6%) cao hơn nam giới (21%). Gãy tay trái (63%), là tay không thuận với hầu hết BN, tương đồng nghiên cứu của Lê Quốc Hùng [6].

Bảng 3. Phân loại gãy đầu dưới xương quay (n=145).

Loại gãy	Gãy không phạm khớp (A2, A3)		Gãy phạm khớp ít di lệch			
	Gãy kiểu Colles	Gãy kiểu Smith	B1	B2	B3	C1
Tổng	112 (77,24)	11 (7,58%)	7 (4,82%)	5 (3,44%)	6 (4,13%)	4 (2,75%)

Trong các loại gãy, loại gãy di lệch ra ngoài, ra sau và lên trên còn gọi là gãy kiểu Pouteau – Colles hay gãy nhất (77,24%), phù hợp với cơ chế chấn thương hay gặp là BN ngã chống gan bàn tay xuống đất tư thế bàn tay ngửa ra sau.

Bảng 4. Các biến chứng (n=145)

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Sưng nề	75	51,17%
Hạn chế vận động khớp cổ tay	14	9,65%
Các biến chứng về gân	0	0
Chậm liền, khớp giả	0	0
Đau cổ tay sau tháo bột	15	10,34%
Hội chứng ống cổ tay	0	0
Di lệch thứ phát	4	2,75%
Rối loạn dinh dưỡng (hội chứng loạn dưỡng Sudeck)	0	0

Biến chứng sưng nề gặp ở 75 BN (51,17%), có 5 BN sưng nề nhiều phải nới lỏng bột, sau 5 ngày, đỡ sưng nề, tiến hành chụp x quang kiểm tra thì có 4/5 này có di lệch ổ gãy thứ phát nhưng mức độ không nhiều, BN được nắn chỉnh

lại và thay bột tròn kín.

***Kết quả điều trị theo thời điểm nắn chỉnh, bó bột.** Thời điểm nắn chỉnh, bó bột được tính từ lúc BN bị gãy xương đến lúc được nắn chỉnh, bó bột. Thời điểm nắn chỉnh, bó bột trung bình là 2,5 ngày.

Bảng 5. Kết quả điều trị theo thời gian nắn chỉnh bó bột (n=145)

Thời gian Kết quả	≤7 ngày	8-14 ngày	Tổng
Rất tốt	95(65,51%)	0(0,0%)	95(65,51%)
Tốt	36(24,82%)	0(0,0%)	36(24,82%)
Trung bình	7(4,82%)	7(4,82%)	14(9,65%)
Kém	0	0	0
Tổng	138(95,17%)	7(4,82%)	145(100%)

Nhóm BN thời điểm nắn chỉnh bó bột ≤ 7 ngày là 138/145 (95,17%) có kết quả rất tốt và tốt là 131/145 (90,34%), trung bình 7/145 (4,82%). Nhóm BN thời điểm nắn chỉnh bó bột 8-14 ngày là 7/145 (4,82%), tất cả 7/7 (100%) BN đều có kết quả trung bình.

Bảng 6. Kết quả điều trị chung (n = 145)

Kết quả	Phân loại gãy						Tổng
	A2	A3	B1	B2	B3	C1	
Rất tốt	73(50,34%)	17(11,72%)	2(1,37%)	1(0,68%)	2(1,37%)	0(0,00%)	95(65,51%)
Tốt	15(10,34%)	10(6,89%)	3(2,06%)	3(2,06%)	3(2,06%)	2(1,37%)	36(24,82%)
Trung bình	3(2,06%)	5(3,44%)	2(1,37%)	1(0,68%)	1(0,68%)	2(1,37%)	14(9,65%)
Kém	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Tổng	91(62,75%)	32(22,06%)	7(4,82%)	5(3,44%)	6(4,13%)	4(2,75%)	145(100%)

123/145 (84,82%) BN thuộc các nhóm gãy xương loại A2, A3, kết quả điều trị rất tốt 90/123 (73,17%). BN gãy xương phạm khớp kết quả

điều trị rất tốt 5/22 (22,72%), điều này cho thấy kết quả điều trị các gãy xương phạm khớp kém hơn các gãy không phạm khớp.

IV. BÀN LUẬN

Gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi là loại gãy hay gặp trong các gãy xương mới, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt 75,86%, phù hợp với cơ chế chấn thương ở người cao tuổi gãy đầu dưới xương quay chủ yếu do trượt chân ngã chống tay xuống đất.

Gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi trong nghiên cứu ở nữ giới (78,6%) cao hơn nam giới (21%), tỷ lệ này phù hợp với một số nghiên cứu về tỷ lệ loãng xương ở người cao tuổi là nữ giới chiếm tỷ lệ cao nhất.

Từ trước tới nay nhiều tác giả đã nghiên cứu và đưa ra nhiều phương pháp điều trị khác nhau. Trong đó ưu tiên hàng đầu là phương pháp điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh bó bột.

Tại Bệnh viện Quân y 103 phương pháp nắn chỉnh bó bột thường được thực hiện bằng tay bởi 1 bác sĩ thực hiện thao tác nắn trực tiếp lên ổ gãy và 2 điều dưỡng phụ kéo nắn bằng việc 1 người nắm vào ngón tay 1 và tay còn lại nắm vào ngón 2,3,4, tập trung lực kéo vào ngón 1, người thứ 2 hai tay ôm giữ phần cánh tay làm đối lực, trường hợp chỉ có một điều dưỡng thì phần cánh tay được cố định bằng 1 đai vải đủ lớn vào bàn nắn chỉnh (chúng tôi thường dùng 1 tấm trải giường), tuy nhiên nếu không đệm lót chu đáo sẽ khiến BN bị đau do phần mềm bị tỳ đè vào đai cố định dẫn đến bầm tím vùng cánh tay, chúng tôi nhận thấy rằng việc thành công ngay từ lần nắn đầu tiên phụ thuộc rất nhiều vào lực kéo của hai người phụ, phải kéo đủ lực đối với từng BN, kéo liên tục, phối hợp với bác sĩ nắn chỉnh một cách nhịp nhàng và đúng kỹ thuật.

Tư thế cổ định cổ tay gấp 20° - 25°, bàn tay nghiêng trụ 10° - 15° trong gãy kiểu Pouteau-colles, hay cổ tay ngửa 20° - 25°, bàn tay nghiêng trụ 10° - 15° trong gãy kiểu Smith, giữ xương quay ở tư thế giải phẫu khắc phục di lệch ra ngoài, ra sau của đầu dưới xương quay trong gãy kiểu Pouteau-colles và giữ xương quay ở tư thế giải phẫu khắc phục di lệch ra ngoài, ra trước của đầu dưới xương quay trong gãy kiểu Smith.

Bột rạch dọc trong một tuần đầu, nếu có hiện tượng sưng nề nhiều cần nới lỏng bột để tránh chèn ép bột, sau một tuần hiện tượng sưng nề thường giảm nhiều hoặc hết cần thay bột tròn kín để tránh lỏng bột và di lệch thứ phát.

Biến chứng sưng nề thường gặp ở các mức độ khác nhau, đa số sưng nề quan sát thấy rõ ở vùng bàn tay từ ít đến nhiều, với những BN sưng nề nhiều phải nới lỏng bột, sau 5 - 7 ngày tiến hành chụp X - quang kiểm tra nếu có di lệch ổ gãy thứ phát BN cần được nắn chỉnh lại ngay và

thay bột tròn kín.

Biến chứng hạn chế vận động khớp cổ tay là 14/145 BN chiếm tỷ lệ 9,65%. Nguyên nhân sau tháo bột các BN này ít tập vận động phục hồi chức năng, qua đó thấy được vai trò quan trọng của điều dưỡng viên, những người thường xuyên hướng dẫn BN tập vận động cho BN

BN thuộc nhóm gãy xương không phạm khớp: gãy kiểu Pouteau-colles, Smith kết quả điều trị rất tốt 90/123 (73,17%). Nhóm BN gãy xương phạm khớp đơn giản kết quả điều trị rất tốt 5/22 (22,72%), điều này cho thấy kết quả điều trị các gãy xương phạm khớp dù là phạm khớp đơn giản kết quả cũng còn nhiều hạn chế.

Các BN thời điểm nắn chỉnh bó bột ≤ 7 ngày có kết quả rất tốt và tốt là (90,34%). Nhóm BN thời điểm nắn chỉnh bó bột 8-14 ngày có 7 BN, tất cả 7 BN này (100%) BN đều có kết quả trung bình, do đầu dưới xương quay là xương xấp rất nhanh liền xương, sau một tuần thì đã các mảnh xương gãy đã khó nắn chỉnh.

Công tác điều dưỡng trong quá trình điều trị bảo tồn, nắn chỉnh bó bột gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi là rất quan trọng, trợ giúp bác sĩ nắn chỉnh tốt ổ gãy xương, chăm sóc hạn chế sưng nề, theo dõi sát phát hiện kịp thời các biến chứng, trực tiếp hướng dẫn BN luyện tập phục hồi chức năng làm giảm tỷ lệ di chứng đau, hạn chế vận động khớp cổ tay.

V. KẾT LUẬN

Gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt, chiếm 110/145 (75,86%) BN, nữ giới gặp nhiều hơn nam giới, có 114/145 (78,62%) BN là nữ giới.

Kết quả chung: các BN gãy xương không phạm khớp cho kết quả rất tốt đạt 90/123 (73,17%). Các BN gãy xương phạm khớp cho kết quả rất tốt đạt 5/22 (22,72%).

Thời điểm nắn chỉnh bó bột ≤ 7 ngày là 138/145 (95,17%) có kết quả rất tốt và tốt là 131/145 (90,34%), trung bình 7/145 (4,82%). Nhóm BN thời điểm nắn chỉnh bó bột 8-14 ngày là 7/145 (4,82%) BN, 7/7 (100%) BN này đều có kết quả trung bình.

Một số biến chứng, di chứng: sưng nề 75/145 (51,17%), đau 15/145 (10,34%), hạn chế vận động khớp cổ tay 14/145 (9, 65%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Phúc** (2010), "Gãy đầu dưới xương quay", Chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 260 - 262.
2. **Netter F.H** (2015), "Phần 6 - Chi trên", Atlas giải phẫu người, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 423 - 442.

3. **Boehler L** (1980), "Gãy đầu dưới xương quay", Kỹ thuật điều trị gãy xương- Bản dịch của Nguyễn Quang Long, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 231 - 245.
4. **Trương Việt Cường** (2019), "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa tại bệnh viện quân y 103", LV Thạc sĩ y học HVQY.
5. **Lê Ngọc Uyên** (2010), "Nhận xét kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay C2, C3 (AO) bằng cố định ngoài", Y học thực hành (732), tr. 102-105.
6. **Bộ y tế** (2016), "Điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay", HD quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh ngoại khoa, Nhà xuất bản YH, Hà Nội, tr. 443 - 445.
7. **Lê Quốc Hùng** (1995), "Nhận xét kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng phương pháp nắn chỉnh bó bột tại bệnh viện Việt Đức", Luận văn Thạc sĩ y học Học viện quân y, Hà Nội.
8. **Fernandez D.L** (1988), "Radial osteotomy and Bowers arthroplasty for malunited fractures of the distal end of the radius", J Bone Joint Surg Am. 70(10), pp. 1538 - 1551.

KẾT QUẢ TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG BẰNG BƠM CEMENT SINH HỌC CÓ BÓNG QUA CUỐNG Ở BỆNH NHÂN XEP ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Minh Đức^{1,2}, Trần Cửu Long Giang², Trần Mạnh Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bơm cement có bóng ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương giúp giảm đau sớm, khôi phục chiều cao đốt xẹp, chỉnh gù hiệu quả và giảm biến chứng rò cement. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả bơm cement có bóng ở khoa Ngoại Thần kinh - Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không đối chứng 46 bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương với 46 đốt xẹp được phẫu thuật tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng qua cuống tại Khoa Ngoại Thần kinh - Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 80.4 ± 7.4 ; tuổi > 75 chiếm 82.6%; tỉ lệ nữ 71.7%; nam 28.3%; 95.7% xẹp do nguyên nhân chấn thương; VAS trung bình trước mổ 7.8 ± 1.5 ; 67.4% đốt xẹp nằm ở vùng bản lể (T11 - L1), 30.4% thắt lưng (L2 - L4), 2.2% ngực (T10). Điểm VAS trung bình sau mổ 24h 1.5 ± 1.3 , VAS trung bình sau 3 tháng 0.4 ± 0.9 ; VAS cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$). Góc xẹp thân đốt, góc gù cột sống, góc Cobb cải thiện rõ rệt so với trước bơm ($p < 0.001$). Hiệu quả khôi phục chiều cao sau bơm ở mức tốt và rất tốt 87%; Hiệu quả chỉnh gù ở mức cao và rất cao 67.4%. Tai biến tràn cement bờ trước thân đốt sống 17.4%; 2.2% tràn đĩa đệm; 2.2% tràn mạch máu trước thân đốt sống. Biến chứng: xẹp đốt sống mới sau bơm 4.3%. Đánh giá chất lượng cuộc sống qua thang điểm MacNab sau 3 tháng: 93.5% tốt và rất tốt; 6.5% trung bình. **Kết luận:** Tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương cho kết quả cải thiện lâm sàng tốt, giúp khôi phục chiều cao, chỉnh gù hiệu

quả và ít biến chứng. **Từ khóa:** Loãng xương, xẹp đốt sống, bơm cement có bóng.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF TRANSPEDICULAR BALLOON KYPHOPLASTY IN PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURE AT HUU NGHİ HOSPITAL

Objective: Kyphoplasty treatment in patients with osteoporotic vertebral compression fractures helps achieve early pain relief, restoration of vertebral body height, effective kyphosis correction and reduction of cement leakage. This study was conducted to evaluate the surgical outcomes of transpedicular kyphoplasty at the Department of Neurosurgery - Orthopedics, Huu Nghi Hospital. **Subjects and Method:** A prospective, non-controlled study was conducted on 46 patients with osteoporotic vertebral compression fractures (46 vertebrae) who were treated by transpedicular kyphoplasty at the Department of Neurosurgery - Orthopedics, Huu Nghi Hospital, from June 2024 to March 2025. **Result:** Mean age 80.4 ± 7.4 years; 82.6% were older than 75 years; female ratio 71.7%; male ratio 28.3%; 95.7% cases had trauma fractures correlated; the average VAS before surgery was 7.8 ± 1.5 ; 67.4% of collapsed vertebrae are located in the thoracolumbar junction (T11 - L1), 30.4% at the thoracic spine (L2 - L4) and 2.2% at the thoracic spine (T10). The average VAS after surgery 24 hours was 1.5 ± 1.3 and 0.4 ± 0.9 at 3 months; showing significant improvement ($p < 0.001$). Vertebral body height, kyphotic angle, Cobb angle improved significantly after surgery ($p < 0.001$). Restoration of vertebral height was rated good and very good in 87%; Kyphosis correction was rated good and very good in 67.4%. Cement leakage was observed in 17.4% anterior vertebral body, 2.2% intervertebral disc and 2.2% paravertebral veins. Complications: vertebral fractures after surgery 4.3%. After 3 months, MacNab score: 93.5% of patients have a good and very good quality of life; 6.5% average quality of life. **Conclusion:** Kyphoplasty

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Đức

Email: dr.minhducbvhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

treatment in patients with osteoporotic vertebral compression fracture provided effective pain relief, restoration of vertebral body height, kyphosis correction and low complications.

Keywords: Osteoporotic, vertebral compression fracture, kyphoplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là bệnh được đặc trưng bởi sự giảm khối xương, tổn hại đến vi cấu trúc của mô xương dẫn đến giòn xương và nguy cơ gãy xương tăng. Theo thống kê tại Mỹ có khoảng 700.000 - 1.000.000 trường hợp gãy xẹp đốt sống do loãng xương mỗi năm, với hơn 1/3 trở thành đau mạn tính^{1,2}. Tại Việt Nam, trong một nghiên cứu trên 4200 người tại thành phố Hồ Chí Minh có 45% người trên 50 tuổi, trong số này có tới 14% nữ và 5% nam được chẩn đoán loãng xương³. Do đó XĐS do loãng xương đang trở thành một vấn đề sức khỏe toàn cầu, cần được quan tâm khi tuổi thọ ngày càng tăng.

XĐS gây đau lưng dai dẳng, hạn chế vận động ở các mức độ khác nhau, gây giảm khả năng lao động và chất lượng cuộc sống. Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến các di chứng như gù cột sống, trượt đốt sống, thậm chí liệt hoàn toàn^{4,5}. Về điều trị, điều trị nội khoa bằng bất động tại chỗ, dùng thuốc giảm đau, mặc áo nẹp và điều trị loãng xương chỉ đạt hiệu quả rất hạn chế. Mặt khác, người cao tuổi bị bất động dài ngày sẽ lại làm tăng nguy cơ mất xương, dễ dẫn đến các biến chứng như loét tỳ đè, viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm tắc tĩnh mạch... và cuối cùng là tử vong. Về phẫu thuật, có nhiều phương pháp như cố định cột sống bằng nẹp vít, chỉnh gù cột sống, cắt thân đốt sống chèn ép thần kinh khi có di chứng nhưng do chất lượng xương quá kém làm tăng nguy cơ nhổ vít, lỏng vít sau mổ, không liền xương gây thất bại cuộc mổ. Hơn nữa, người cao tuổi thể trạng yếu, nhiều bệnh nền phối hợp như tim mạch, tăng huyết áp, tiểu đường... có thể gây nên những biến chứng không mong muốn khi gây mê và sau mổ.

Năm 1985, tại Pháp, Hervé Deramond lần đầu tiên điều trị XĐS bằng phương pháp phẫu thuật bơm cement không bóng. Đây là phương pháp có nhiều ưu điểm như làm vững cột sống, giảm đau và khôi phục vận động sớm, ít xâm lấn, không sử dụng dụng cụ cố định, không gây mê, nên khắc phục được các nhược điểm của phương pháp mổ mở thông thường. Tuy vậy, phương pháp này vẫn chưa khôi phục được chiều cao cho đốt sống bị xẹp, làm tăng nguy cơ gù cột sống và xẹp đốt sống mới, nguy cơ rò cement ra ngoài cao, tỷ lệ này chiếm tới 30%⁶.

Năm 1990, Mark Reiley đưa ra ý tưởng chỉnh hình đốt sống bị xẹp bằng bơm cement có bóng. Phương pháp này đã khắc phục được các nhược điểm của bơm cement không bóng, không chỉ giúp giảm đau sớm, mà còn giúp khôi phục được chiều cao đốt sống bị xẹp, giảm biến chứng rò cement ra ngoài⁷. Chính vì vậy cho đến nay, kỹ thuật này đã được áp dụng phổ biến ở các nước tiên tiến trên thế giới cũng như ở Việt Nam.

Từ năm 2020, Khoa Ngoại Thần kinh - Chấn thương chỉnh hình đã áp dụng phương pháp THTĐS bằng bơm cement sinh học có bóng để điều trị XĐS trên bệnh nhân loãng xương với kết quả đáng khích lệ. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng qua cuống ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương tại khoa Ngoại Thần kinh - Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả tiến cứu, can thiệp không đối chứng tại khoa Ngoại Thần kinh - Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 06/2024 đến tháng 03/2025.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: 46 bệnh nhân được chẩn đoán XĐS do loãng xương với 46 đốt xẹp được phẫu thuật tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng qua cuống tại khoa Ngoại thần kinh - Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị. Các BN này được thăm khám lâm sàng, đánh giá mức độ đau bằng thang điểm VAS. Chẩn đoán hình ảnh bằng Xquang qui ước thẳng nghiêng; chụp CLVT và CHT có hình ảnh phủ tủy xương, đo MĐX T-Score $\leq -2,5$; các xét nghiệm cơ bản trước mổ.

- Tiêu chuẩn loại trừ nghiên cứu: Bệnh nhân đã phẫu thuật cố định cột sống, bơm cement không bóng hoặc có bóng trước nghiên cứu; bệnh nhân trượt đốt sống mất vững; hồ sơ bệnh án không đầy đủ; bệnh nhân không được theo dõi sau điều trị; bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Các biến số nghiên cứu

Lâm sàng: Đặc điểm chung (tuổi, giới, tiền sử bệnh), thời gian, yếu tố khởi phát cơn đau (tự nhiên, sau cú bê vật nặng, chấn thương cột sống), mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS, đặc điểm đau (đau tại chỗ, đau rễ), hạn chế vận động các mức độ, biến dạng cột sống, rối loạn hô hấp, rối loạn tiểu tiện.

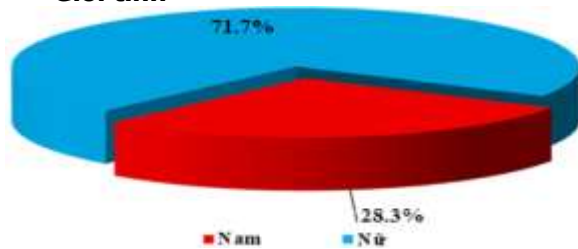
Cận lâm sàng: Trên Xquang qui ước thẳng nghiêng đo các số đo tường trước, tường giữa,

tường sau đốt xẹp (mm), đo các góc xẹp thân đốt, góc gù cột sống, góc Cobb ở các thời điểm trước và sau bơm; đặc điểm đốt xẹp trên phim CLVT/CHT (đường nứt vỡ thân đốt, khí trong thân đốt), mức độ ngấm cement trên phim Xquang thẳng.

Đánh giá kết quả điều trị: Đánh giá sự cải thiện điểm VAS ở các thời điểm trước bơm, sau bơm 24h và sau 3 tháng; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả chỉnh hình cột sống: số đo (mm) các tường trước, tường giữa, tường sau đốt xẹp sau bơm; đo các góc xẹp thân đốt, góc gù cột sống và góc Cobb; so sánh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Hiệu quả khôi phục chiều cao được đánh giá ở các mức độ: ít, tốt và rất tốt; hiệu quả chỉnh gù cột sống (hiệu số góc Cobb trước và sau bơm) đánh giá ở các mức độ: vừa phải, cao và rất cao; đáng giá các tai biến và biến chứng. Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị qua thang điểm MacNab (rất tốt, tốt, trung bình và xấu).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Giới tính



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Tỷ lệ nữ / nam: 5/2, trong đó tỷ lệ nữ là 88.5%, nam chiếm 11.5%.

Tuổi

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	n (số bệnh nhân)	%
<60	0	0%
60-75	8	17.4%
76-90	35	76.1%
>90	3	6.5%
Tổng	46	100%
Mean $\pm$ SD (Min - Max)	80.4 $\pm$ 7.4 (62 - 98)	

Yếu tố khởi phát cơn đau

Bảng 2. Yếu tố khởi phát cơn đau

Yếu tố khởi phát	n (số bệnh nhân)	%
Tự nhiên	2	4.3%
Sau cúi bê vật nặng, sai tư thế...	8	17.4%
Chấn thương cột sống	36	78.3%

VAS trung bình trước bơm cement

Bảng 3. VAS trung bình trước bơm cement

VAS	n (số bệnh nhân)	%
0. Không đau	0	0%
1-2. Đau ít	0	0%
3-4. Đau vừa	0	0%
5-6. Đau nhiều	15	32.6%
7-8. Đau rất nhiều	18	39.1%
9-10. Đau không chịu đựng nổi	13	28.3%
Tổng	46	100%
Mean $\pm$ SD	7.8 $\pm$ 1.5	

Phân bố vị trí đốt sống bị tổn thương

Bảng 4. Vị trí đốt sống bơm cement

Vị trí	n (số đốt xẹp)	%
Ngực (D10 trở lên)	1	2.2%
Bàn lể ngực – thắt lưng (D11-L1)	31	67.4%
Thắt lưng (L2 – L4)	14	30.4%
Tổng	46	100%

Độ gù cột sống trên XQ

Bảng 5. Độ gù cột sống trên XQ

Độ gù	Số đốt xẹp (n=46)	
Góc xẹp thân đốt	Mean $\pm$ SD	14.5° $\pm$ 5.3
	Min – Max	(5.4° - 27.8°)
Góc gù cột sống	Mean $\pm$ SD	10.9° $\pm$ 4.1
	Min – Max	(4.0° - 24.4°)
Góc Cobb	Mean $\pm$ SD	18.3° $\pm$ 7.1
	Min – Max	(4.9° - 34.6°)

Chiều cao đốt xẹp trên XQ

Bảng 6. Chiều cao đốt xẹp trên XQ

Chiều cao đốt xẹp (mm)	Số đốt xẹp (n = 46)	
Tường trước	Mean $\pm$ SD	17.7 $\pm$ 5.1
	Min – Max	(5.0 - 26.3)
Tường giữa	Mean $\pm$ SD	15.0 $\pm$ 4.4
	Min – Max	(8.4 - 23.9)
Tường sau	Mean $\pm$ SD	25.1 $\pm$ 4.7
	Min – Max	(14.6 - 33.3)

Đặc điểm đốt xẹp trên CLVT / CHT

Bảng 7. Đặc điểm trên CLVT / CHT

Đặc điểm trên CLVT/CHT	n (số đốt xẹp)	%
Đường nứt gãy trong ĐS	43	93.5%
Khí trong ĐS	3	6.5%
Tổng	46	100%

VAS sau bơm cement 24h

Bảng 8. Điểm VAS sau bơm cement 24h

VAS	n (số bệnh nhân)	%
0. Không đau	17	37.0%
1-2. Đau ít	18	39.1%
3-4. Đau vừa	11	23.9%
5-6. Đau nhiều	0	0%
7-8. Đau rất nhiều	0	0%
9-10. Đau không chịu đựng được	0	0%

Tổng	46	100%
Mean $\pm$ SD	1.5 $\pm$ 1.3	

VAS sau bơm cement 3 tháng**Bảng 9. Điểm VAS sau bơm 3 tháng**

VAS	n (số bệnh nhân)	%
0. Không đau	38	82.6%
1-2. Đau ít	4	8.7%
3-4. Đau vừa	4	8.7%
5-6. Đau nhiều	0	0%
7-8. Đau rất nhiều	0	0%
9-10. Đau không chịu đựng được	0	0%
Tổng	46	100%
Mean $\pm$ SD	0.4 $\pm$ 0.9	

Kết quả chỉnh gù**Bảng 10. Kết quả chỉnh gù sau bơm**

Kết quả chỉnh gù cột sống	Trước bơm (1)	Sau bơm 24h (2)	p
Góc xẹp thân đốt	14.5 ^o $\pm$ 5.3	6.5 ^o $\pm$ 4.5	p1,2<0.001
Góc gù cột sống	10.9 ^o $\pm$ 4.1	5.4 ^o $\pm$ 4.1	p1,2<0.001
Góc Cobb	18.3 ^o $\pm$ 7.1	11.7 ^o $\pm$ 6.7	p1,2<0.001

Kết quả khôi phục chiều cao**Bảng 11. Kết quả khôi phục chiều cao**

Số đo chiều cao đốt sống (mm)	Trước bơm (1)	Sau bơm 24h (2)	p
Tường trước	17.7 $\pm$ 5.1 (5.0-26.3)	23.4 $\pm$ 3.7 (14.5-30.9)	p1,2<0.001
Tường giữa	15.0 $\pm$ 4.4 (8.4-23.9)	20.9 $\pm$ 3.8 (11.8-30.6)	p1,2<0.001
Tường sau	25.1 $\pm$ 4.7 (14.6-33.3)	28.1 $\pm$ 3.9 (16.4-35.2)	p1,2<0.001

Hiệu quả khôi phục chiều cao sau bơm**Bảng 12. Hiệu quả khôi phục chiều cao**

Hiệu quả	n (số đốt xẹp)	%
Ít ($\leq$ 10%)	6	13.0%
Tốt (11 – 20%)	9	19.6%
Rất tốt (> 20%)	31	67.4%

Hiệu quả chỉnh gù**Bảng 13. Hiệu quả chỉnh gù**

Hiệu quả chỉnh gù n (số bệnh nhân)	%
0 - 4 ^o	15 32.6%
5 - 9 ^o	22 47.8%
10 - 14 ^o	7 15.2%
$\geq$ 15 ^o	2 4.3%
Tổng	46 100%

Biến chứng tràn cement**Bảng 14. Biến chứng tràn cement**

Biến chứng tràn cement	n (số đốt xẹp)	%
Tràn qua bờ trước thân đốt sống	8	17.4%
Tràn qua bờ sau đốt sống	0	0%

Tràn qua cạnh thân đốt sống	0	0%
Tràn vào lỗ liên hợp	0	0%
Tràn vào đĩa đệm đốt sống	1	2.2%
Tràn vào mạch máu trước thân đốt sống	1	2.2%

Biến chứng sau bơm**Bảng 15. Biến chứng sau bơm**

Biến chứng sau bơm n (số bệnh nhân)	%
Tụ máu cơ thắt lưng	0 0%
Nhiễm trùng	0 0%
TMTKMP	0 0%
Chèn ép thần kinh	0 0%
Tắc mạch phổi	0 0%
NMCT	0 0%
Đau tăng	0 0%
XĐS mới	2 4.3%

Hiệu quả điều trị qua thang điểm MacNab sau 3 tháng**Bảng 16. Điểm MacNab sau bơm 3 tháng**

%	n	Đánh giá	
56.5%	26	Rất tốt	Không đau, không hạn chế vận động, công việc
37%	17	Tốt	Không bị đau lưng hoặc đau chân thường xuyên, còn ảnh hưởng đến khả năng làm việc bình thường hoặc các hoạt động giải trí
6.5%	3	Trung bình	Cải thiện một phần chức năng nhưng còn đau dữ dội từng cơn khiến bệnh nhân phải rút ngắn hoặc giảm bớt công việc cũng như các hoạt động giải trí khác
0%	0	Xấu	Không hoặc ít cải thiện tình trạng đau của bệnh nhân, có thể mức độ đau còn tăng lên, thậm chí đòi hỏi sự can thiệp phẫu thuật
100%	46		Tổng

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân nằm trong nhóm tuổi người già trên 75 tuổi chiếm 82.6%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 80.4 $\pm$ 7.4, tuổi nhỏ nhất là 62 tuổi, lớn nhất là 98 tuổi. Trong 46 bệnh nhân nghiên cứu có 71.7% là nữ giới, 28.3% là nam giới. Các nghiên cứu đều khẳng định rằng tỷ lệ XĐS ở nữ giới cao hơn nam giới rất nhiều và 25% XĐS xảy ra ở phụ nữ trên 50 tuổi. Nguyên nhân LX ở nữ giới chủ yếu do thiếu hụt estrogen, ngoài ra có sự giảm tiết PTH, tăng thải calci qua nước tiểu. LX thường gặp ở phụ nữ 50 - 60 tuổi đã mãn kinh. XĐS ở nam giới thường do nguyên nhân LX ở người cao tuổi và thường có yếu tố chấn thương kèm theo.

So sánh chiều cao đốt xẹp trước và sau bơm cement của 46 đốt sống, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$ trên tất cả các tầng của cột sống. Số đo trung bình của tường trước, tường giữa và tường sau trước bơm lần lượt là 17.7mm, 15mm và 25.1mm. Sau bơm trung bình số đo tường trước, tường giữa và tường sau được cải thiện là 23.4mm, 20.9mm và 28.1mm, trung bình số đo tường trước và giữa cải thiện nhiều hơn tường sau. Sự cải thiện chiều cao trên cả 3 loại XDS: hình chêm, lõm 2 mặt và lùn ép thân đốt sống, hiệu quả khôi phục tại thời điểm theo dõi sau 3 tháng chúng tôi không thấy sự thay đổi đáng kể. Khi đánh giá tỷ lệ khôi phục chiều cao sau bơm, chúng tôi nhận thấy 67.4% đốt sống có tỷ lệ khôi phục rất tốt (trên 20%), 19.6% số đốt có tỷ lệ khôi phục tốt (11 - 20%) và chỉ có 13% khôi phục ít (dưới 10%). Khi so sánh mối liên quan giữa mức độ khôi phục chiều cao với mức độ XDS, chúng tôi nhận thấy những đốt sống xẹp mức độ nặng và trung bình cải thiện rõ rệt chiều cao thân đốt sau bơm. Kết quả này khẳng định hiệu quả khôi phục chiều cao của phương pháp bơm cement có bóng, sự khác biệt có mối liên quan tuyến tính có ý nghĩa thống kê với kiểm định χ^2 ($p < 0.05$).

Kết quả chỉnh gù cột sống sau bơm cement có bóng cho 46 đốt sống chúng tôi ghi nhận sự cải thiện có ý nghĩa thống kê, trong đó số đo góc xẹp thân đốt, góc gù cột sống và góc Cobb cải thiện trước và sau bơm lần lượt là 14.5 - 6.5°, 10.9 - 5.4° và 18.3 - 11.7°. Như vậy hiệu quả chỉnh gù cải thiện rõ rệt sau bơm, trong đó góc xẹp thân đốt và góc Cobb cải thiện nhiều nhất, sau đó là góc gù cột sống. Khi đánh giá hiệu quả chỉnh gù sau bơm cement có bóng chúng tôi ghi nhận 22/46 trường hợp (47.8%) đạt mức chỉnh gù cao từ 5 - 9°, 7/46 trường hợp đạt mức chỉnh gù rất cao từ 10 - 14°, mức chỉnh gù trên 15° có 2/46 trường hợp (4.3%) và có 15/46 trường hợp (32.6%) có mức chỉnh gù ở mức vừa phải từ 0 - 4°. Qua các kết quả nghiên cứu, có thể khẳng định rằng phương pháp bơm cement có bóng đạt hiệu quả cao trong việc chỉnh gù cột sống, giúp khôi phục sự thẳng hàng trên cân bằng dọc của toàn bộ cấu trúc cột sống.

Theo Frank M. Phillips cơ chế giảm đau sau bơm cement cho bệnh nhân XDS do LX là do làm vững đốt sống bị vỡ, hàn gắn các gãy xương siêu nhỏ và ngăn chặn sự dẫn truyền xung động thần kinh do tác dụng làm nóng các đầu tận cùng thần kinh bằng cement hóa học⁸. 100% bệnh nhân đều được giảm đau ngay sau bơm cement. Điểm VAS trung bình của bệnh nhân sau

ra viện là 1.5 ± 1.3 , sau bơm 3 tháng là 0.4 ± 0.9 và khi so sánh với VAS trung bình trước bơm cement 7.8 ± 1.5 , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Mức độ cải thiện vận động của bệnh nhân cũng được cải thiện rõ rệt so với thời điểm trước bơm, một số triệu chứng sau bơm như đau âm ỉ hay mỏi cơ vùng cột sống được điều trị với thuốc giảm đau, giãn cơ và vật lý trị liệu. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước, điều này phản ánh hiệu quả của phương pháp là rất cao trong việc giảm đau cho bệnh nhân sau bơm cement có bóng.

Đánh giá hiệu quả của phương pháp bơm cement có bóng, chúng tôi sử dụng thang điểm MacNab. Kết quả sau 3 tháng: 56.5% bệnh nhân rất tốt, 37% tốt, 6.5% trung bình và không có bệnh nhân nào đạt kết quả xấu, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thạch với kết quả tốt và rất tốt là 94.4%, nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng trên 73 bệnh nhân với kết quả sau 3 tháng đạt 38.4% rất tốt, 47.9% tốt, 13.3% trung bình và không có kết quả xấu. Như vậy có thể khẳng định phương pháp bơm cement có bóng đạt tỷ lệ kết quả rất tốt và tốt cao (93.5%), cải thiện chất lượng cuộc sống người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng điều trị xẹp đốt sống do loãng xương cho kết quả cải thiện lâm sàng tốt, giúp khôi phục chiều cao thân đốt và hiệu quả chỉnh gù cao, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Evans AJ, Jensen ME, Kip KE, et al.** Vertebral compression fractures: pain reduction and improvement in functional mobility after percutaneous polymethylmethacrylate vertebroplasty retrospective report of 245 cases. *Radiology*. 2003;226(2):366-372.
2. **Melton LJ, Kan SH, Frye MA, Wahner HW, O'Fallon WM, Riggs BL.** Epidemiology of vertebral fractures in women. *Am J Epidemiol*. 1989;129(5):1000-1011.
3. **Hồ Phạm Thực Lan, Nguyễn Văn Tuấn.** Hội nghị khoa học thường niên 2017, Hội loãng xương Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 05 tháng 8 năm 2017, tr 9-13. Bộ Y tế.
4. **Fink HA, Milavetz DL, Palermo L, et al.** What proportion of incident radiographic vertebral deformities is clinically diagnosed and vice versa? *J Bone Miner Res*. 2005;20(7):1216-1222.
5. **Delmas PD, van de Langerijt L, Watts NB, et al.** Underdiagnosis of vertebral fractures is a worldwide problem: the IMPACT study. *J Bone Miner Res*. 2005;20(4):557-563.
6. **Mathis JM, Barr JD, Belkoff SM, Barr MS, Jensen ME, Deramond H.** Percutaneous

vertebroplasty: a developing standard of care for vertebral compression fractures. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2001;22(2):373-381.

7. **McGirt MJ, Parker SL, Wolinsky JP, Witham TF, Bydon A, Gokaslan ZL.** Vertebroplasty and kyphoplasty for the treatment of vertebral

compression fractures: an evidenced-based review of the literature. *Spine J.* 2009;9(6):501-508.

8. **Phillips FM, Pfeifer BA, Lieberman IH, Kerr EJ, Choi IS, Pazianos AG.** Minimally invasive treatments of osteoporotic vertebral compression fractures: vertebroplasty and kyphoplasty. *Instr Course Lect.* 2003;52:559-567.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU ĐẠO MỘT THÌ ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT LỖ TIỂU LỆCH THẤP THỂ NẶNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Châu Văn Việt¹, Nguyễn Thị Phương Thảo²
Dương Văn Cần¹, Lò Minh Trọng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật một thì bằng phương pháp Duckett có cải tiến điều trị lỗ tiểu lệch thấp thể nặng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang trên 28 bệnh nhân lỗ tiểu lệch thấp thể nặng (gốc dương vật - bìu), được phẫu thuật một thì tạo hình niệu đạo từ 08/2023 đến tháng 06/2024 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $4,1 \pm 3$. Có 4 bệnh nhân (14,3%) dị tật ẩn tinh hoàn 1 bên và 1 bệnh nhân ẩn tinh hoàn 2 bên (3,6%). Cong dương nặng ($>45^\circ$) có 19 (67,9%) bệnh nhân. Chiều dài đoạn niệu đạo thiếu trung bình là $5,2 \pm 1,4$ cm. Có 4 bệnh nhân (14,3%) sử dụng vật có cuống và vật tại chỗ. Kết quả phẫu thuật sớm: Tắc sonde có 2 trường hợp (7,15%); chảy máu có 1 trường hợp (3,6%); phù nề 16 bệnh nhân (57,1%); hoại tử da 2 bệnh nhân (7,1%); chảy dịch bìu có 2 bệnh nhân (7,1%). Ngay sau rút sonde có 5 bệnh nhân rò niệu đạo (17,9%), 1 bệnh nhân hẹp niệu đạo (3,6%). Sau 6 tháng khám lại có 5 bệnh nhân rò (17,9%) và hẹp niệu đạo có 2 bệnh nhân (7,1%). **Từ khóa:** Lỗ tiểu lệch thấp, hẹp niệu đạo, rò niệu đạo, cong dương vật

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF SINGLE-STAGE URETHROPLASTY FOR SEVERE HYPOSPADIAS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of one-stage surgery using the modified Duckett method to treat severe hypospadias. **Research method:** A cross-sectional descriptive study on 28 patients with severe hypospadias (penile base - scrotum), who underwent one-stage urethroplasty from August 2023 to June 2024 at Thai Nguyen Central Hospital. **Results:** The

average age was 4.1 ± 3 years. There were 4 patients (14.3%) with unilateral cryptorchidism and 1 patient with bilateral cryptorchidism (3.6%). Severe penile curvature ($> 45^\circ$) was present in 19 (67.9%) patients. The average length of the missing urethral segment was 5.2 ± 1.4 cm. There were 4 patients (14.3%) who used pedicled flaps and local flaps. Early surgical results: Prosthesis obstruction occurred in 2 cases (7.15%); bleeding in 1 case (3.6%); edema in 16 patients (57.1%); skin necrosis in 2 patients (7.1%); scrotal discharge in 2 patients (7.1%). Immediately after catheter removal, 5 patients had urethral fistula (17.9%), 1 patient had urethral stricture (3.6%). After 6 months of re-examination, 5 patients had fistula (17.9%) and 2 patients had urethral stricture (7.1%).

Keywords: Hypospadias, urethral stricture, urethral fistula, penile curvature

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ tiểu lệch thấp (LTLT) là dị tật phức tạp mà lỗ tiểu đổ ra bất thường ở mặt dưới quy đầu, dương vật, bìu hoặc tăng sinh môn; thường kèm theo biến dạng của dương vật như cong, xoay trục hay lún gục vào bìu. Đây là dị tật bẩm sinh phổ biến thứ hai ở trẻ em trai, sau tinh hoàn ẩn, với tỷ lệ ước tính là 1/150-300 ca sinh nam [1]. Dị tật lỗ tiểu lệch thấp không chỉ gây ảnh hưởng về mặt giải phẫu và chức năng, mà còn để lại tổn thương lâu dài về tâm lý và chất lượng sống. Mục tiêu của phẫu thuật là phục hồi được chức năng giải phẫu (đưa miệng sáo niệu đạo lên đỉnh dương vật), cải thiện được chức năng (giúp trẻ đi tiểu được tư thế đứng), nâng cao chất lượng cuộc sống (tái tạo lại hình thái dương vật, cải thiện chức năng hoạt động tình dục). Tuy nhiên, điều trị phẫu thuật LTLT, đặc biệt là thể nặng, luôn là một trong những thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên Tiết niệu.

Trong nhiều năm, phương pháp phẫu thuật hai thì thường được lựa chọn cho LTLT thể nặng. Thì 1: dựng thẳng dương vật, tạo máng niệu đạo; sau 6 tháng đến 1 năm mới tiến hành thì 2:

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Châu Văn Việt

Email: vietngoaitn@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 29.11.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

cuộn ống niệu đạo nhằm nâng cao tỷ lệ thành công. Cách tiếp cận này cho kết quả khả quan, song cũng bộc lộ nhiều hạn chế, nhất là ở trẻ em: phải gây mê nhiều lần, phẫu thuật nhiều lần, kéo dài thời gian nằm viện và làm tăng gánh nặng chi phí cho gia đình [1], [2], [3].

Gần đây, xu hướng phẫu thuật một thì trong điều trị LTLT ngày càng được áp dụng rộng rãi trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Phẫu thuật một thì có ưu điểm giảm số lần mổ, rút ngắn thời gian điều trị, nhưng thường phức tạp, nguy cơ biến chứng cao và thẩm mỹ đôi khi còn hạn chế. Đặc biệt là hẹp niệu đạo vẫn còn cao nên chưa được áp dụng phổ biến [4].

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi đã triển khai kỹ thuật Duckett có cải tiến trong điều trị LTLT thể nặng tại vị trí gốc dương vật và bìu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật một thì bằng phương pháp Duckett cải tiến trong điều trị LTLT thể nặng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 28 bệnh nhân lỗ tiểu lệch thấp thể gốc dương vật và thể bìu, được phẫu thuật một thì tạo hình niệu đạo bằng phương pháp Duckett có cải tiến, thực hiện bởi một kíp phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 08/2023 đến tháng 06/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Phương pháp phẫu thuật. Rạch da quanh chu vi quy đầu cách rãnh quy đầu 0,5 cm; phẫu tích vật da, bảo tồn mạch nuôi. Gây cương dương vật, nếu dương vật cong tiến hành cắt bỏ tổ chức xơ ở bụng dương vật, sau đó đo lại độ cong dương vật, nếu vẫn cong thì tiến hành làm thẳng dương vật bằng kỹ thuật Nesbit. Đo chiều dài từ lỗ niệu đạo vừa giải phóng đến đỉnh quy đầu để lấy vật tạo niệu đạo.

- Phẫu tích lấy vật da - niêm mạc bao quy đầu có cuống mạch trực ngang, chiều dài bằng với chiều dài đoạn niệu đạo, chiều rộng theo kích thước chu vi niệu đạo của bệnh nhân.

- Tạo đường hầm qua quy đầu lên đỉnh quy đầu để chuẩn bị cho thì tạo miệng sáo ở đỉnh quy đầu.

- Chuyển vật da xuống để cuống mạch nuôi, một đầu khâu nối với niệu đạo, đặt sonde cho ăn số 8 Fr làm nòng và khâu cuộn ống niệu đạo. Đưa đầu ống niệu đạo vừa tạo qua đường hầm lên đỉnh quy đầu, khâu tạo miệng sáo ở đỉnh quy đầu bằng chỉ PDS 7.0

- Chuyển tổ chức mô ở cuống mạch nuôi phủ

thêm một lớp bên ngoài niệu đạo vừa tạo, cố định sonde tiểu.

- Trường hợp sau khi đã lấy tối đa độ dài của da - niêm mạc bao quy đầu nhưng vẫn không đủ chiều dài đoạn niệu đạo thiếu thì sử dụng sàn niệu đạo cuộn ống tại chỗ, khâu nối với vật da và cuộn ống niệu đạo vật da - niêm mạc bao quy đầu

- Chia da bao quy đầu thành hai vạt chuyển xuống mặt bụng dương vật, nếu thiếu da che phủ thì chuyển da bìu lên che phủ thân dương vật và khâu phục hồi da bìu.

- Băng ép dụng thẳng dương vật bằng băng có tẩm mỡ kháng sinh

- Điều trị sau mổ: Dùng phối hợp 2 kháng sinh đường tĩnh mạch sau mổ 7 ngày; giảm đau; bỏ băng 3 - 4 ngày sau mổ; lưu ống sonde 8 - 10 ngày sau mổ.

2.4. Biến số nghiên cứu. Đặc điểm tuổi, dị tật ẩn tinh hoàn kèm theo, khảo sát lâm sàng (độ dài đoạn niệu đạo thiếu, độ cong dương vật, vật da tạo niệu đạo), đặc điểm phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, vật da tạo niệu đạo), biến chứng sau mổ (tắc sonde, chảy máu, phù nề dương vật, hoại tử da che phủ dương vật, chảy dịch bìu), kết quả phẫu thuật (rò niệu đạo, hẹp niệu đạo ngay sau rút sonde và sau 6 tháng).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

Giá trị Biến (n=28)	Mean ± SD	Minimum	Maximum
Tuổi	4,1±3	1	12
Thời gian mổ (phút)	136,3 ±26,3	70	180
Chiều dài niệu đạo cần tạo (cm)	5,2±1,4	3	9

Nhận xét: 28 bệnh nhân có tuổi trung bình là $4,1 \pm 3$ tuổi. Chiều dài niệu đạo cần tạo là $5,2 \pm 1,4$ cm. Thời gian mổ trung bình là $136,3 \pm 26,3$ phút.

Bảng 3.2. Cong dương vật ẩn tinh hoàn và chất liệu tạo niệu đạo

Cong dương vật trước phẫu thuật	<15 độ	15–45 độ	>45 độ
	2(7,1%)	7(25,0%)	19(67,9%)
Dị tật ẩn tinh hoàn	Không	Ẩn một bên	Ẩn hai bên
	23(82,1%)	4(14,3%)	1(3,6%)
Vật tạo niệu đạo	Vật tại chỗ phối hợp vật trực ngang	Vật trực ngang	
	4 (14,3%)	24(85,7%)	

Nhận xét: Dị tật cong dương vật >45° chiếm tỷ lệ cao nhất 19 (67,9%). Ẩn tinh hoàn hai bên 1 bệnh nhân chiếm (3,6%), ẩn tinh hoàn một bên 4 bệnh nhân (14,3%).

Bảng 3.3. Biến chứng trong thời gian hậu phẫu

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Tắc sonde	2	7,1
Chảy máu	1	3,6
Phù nề	16	57,1
Hoại tử da	2	7,1
Nhiễm trùng	1	3,6
Chảy dịch búi	2	7,1
Không có biến chứng	4	14,3
Tổng	28	100

Nhận xét: Phù nề dương vật chiếm tỷ lệ nhiều nhất 16 (57,1%). Nhiễm trùng chỉ có 1 bệnh nhân (3,6%). 4 bệnh nhân không có biến chứng trong thời gian hậu phẫu (14,3%).

Bảng 3.4. Biến chứng sau rút sonde

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rò niệu đạo	5	17,9
Hẹp niệu đạo	1	3,6
Không biến chứng	22	78,5
Tổng	28	100

Nhận xét: Ngay sau rút sonde có 5 bệnh nhân rò niệu đạo chiếm tỷ lệ (17,9%). Có 1 bệnh nhân hẹp niệu đạo ngay sau rút sonde chiếm tỷ lệ (3,6%).

Bảng 3.5. Kết quả phẫu thuật sau 6 tháng khám lại

Nhóm tuổi	Rò niệu đạo	Hẹp niệu đạo
<3 tuổi	0	0
3-5 tuổi	2	1
Từ 6-10 tuổi	3	1
Từ 11-16 tuổi	0	0
Cong dương vật		
Dương vật thẳng	0	0
15°-<45°	0	0
>45°	5	2
Chiều dài đoạn niệu đạo thiếu		
Từ 1- <4 cm	0	0
4 ≤ đến ≤ 6 cm	3	1
>6 cm	2	1
Vật tạo niệu đạo		
Vật trực ngang	4	2
Vật tại chỗ & trực ngang	1	0

Nhận xét: Khám lại sau 6 tháng, nhóm tuổi từ 6 - 10 có 3 bệnh nhân rò niệu đạo chiếm nhiều nhất.

IV. BÀN LUẬN

Theo phân loại của Duckett, lỗ tiểu lệch thấp được chia thành hai nhóm: thể xa (thể nhẹ), với vị trí lỗ tiểu ở quy đầu, vành hoặc giữa thân dương vật; và thể gần (thể nặng), khi lỗ tiểu nằm ở gốc dương vật, dương vật-búi, búi hoặc tầng sinh môn. Đây là hệ thống phân loại được

sử dụng phổ biến nhất hiện nay [4]. So với thể xa, việc tạo hình niệu đạo trong điều trị lỗ tiểu lệch thấp thể gần phức tạp hơn nhiều và thường đi kèm tỷ lệ biến chứng cao. Các biến chứng thường gặp gồm: rò niệu đạo, hẹp niệu đạo, túi thừa niệu đạo và cong dương vật tái phát.

Để hạn chế số lần can thiệp phẫu thuật, chúng tôi lựa chọn phương pháp phẫu thuật một thì tạo hình niệu đạo cho các trường hợp lỗ tiểu lệch thấp (LTLT) thể nặng tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2023. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã phẫu thuật cho 28 bệnh nhi bị LTLT thể nặng, với độ tuổi trung bình $4,1 \pm 3$ tuổi; nhỏ nhất là 1 tuổi và lớn nhất là 12 tuổi. Kết quả này khác biệt so với một số nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Wang Chao-xu và cộng sự trên 320 bệnh nhân LTLT thể nặng phẫu thuật theo phương pháp Duckett cho thấy tuổi trung bình chỉ 1,31 tuổi [5]. Tương tự, Mostafa Magdi Ali và cộng sự báo cáo trên 31 bệnh nhân LTLT thể nặng có tuổi trung bình 1,5 tuổi [6]. Như vậy, có thể thấy độ tuổi trung bình khi phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với các tác giả quốc tế. Nguyên nhân có thể xuất phát từ việc phát hiện sớm dị tật LTLT trẻ em tại Thái Nguyên chưa được chú trọng trong quá trình chăm sóc của gia đình.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả theo dõi sau 6 tháng cho thấy nhóm trẻ dưới 2 tuổi không ghi nhận trường hợp nào bị rò hoặc hẹp niệu đạo, trong khi nhóm từ 3 đến 10 tuổi có tới 5 bệnh nhân rò niệu đạo và 2 bệnh nhân hẹp niệu đạo. Điều này cho thấy phẫu thuật ở lứa tuổi nhỏ có nhiều thuận lợi cả về mặt kỹ thuật lẫn kết quả hậu phẫu. Cụ thể, khi phẫu thuật cho trẻ dưới 2 tuổi, vật da niêm mạc sử dụng để tạo niệu đạo thường mềm mại, có độ chun giãn tốt, giúp việc phẫu tích bảo tồn cuống mạch và phân bố da che phủ thân dương vật dễ dàng hơn. Ở nhóm này, chúng tôi không phải sử dụng thêm vật tại chỗ để hỗ trợ tạo niệu đạo và diễn biến sau mổ cũng rất thuận lợi. Chỉ ghi nhận một trường hợp phù nề da che phủ thân dương vật, hoàn toàn không có biến chứng tắc sonde hay hoại tử vật. Ngược lại, ở nhóm trẻ trên 2 tuổi, việc phẫu thuật gặp nhiều khó khăn hơn, thường phải sử dụng thêm vật tại chỗ để tạo hình niệu đạo.

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Dale và cộng sự trên 98 bệnh nhân phẫu thuật LTLT lần đầu, chia thành 2 nhóm: trước 2 tuổi và sau 2 tuổi. Nhóm trẻ phẫu thuật trước 2 tuổi không gặp biến chứng trong giai đoạn hậu phẫu, trong khi nhóm phẫu thuật

sau 2 tuổi có tới 11% (3/7 bệnh nhân) tuột sonde dẫn lưu, 2/7 đau nhiều kéo dài sau phẫu thuật, 2/7 tắc sonde phải đặt dẫn lưu trên xương mu và thời gian nằm viện cũng kéo dài hơn [7]. Những kết quả này cho thấy phẫu thuật một thì ở lứa tuổi nhỏ, đặc biệt trước 2 tuổi, có ưu thế rõ rệt: giảm biến chứng, thuận lợi về kỹ thuật, rút ngắn thời gian hậu phẫu và nâng cao tỷ lệ thành công lâu dài.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chiều dài đoạn niệu đạo cần tạo trung bình là $5,2 \pm 1,4$ cm. Kết quả theo dõi 6 tháng cho thấy: Nhóm có đoạn niệu đạo thiếu 4–6 cm có 3 trường hợp rò và 1 trường hợp hẹp; nhóm có đoạn thiếu > 6 cm có 2 trường hợp rò và 1 trường hợp hẹp; nhóm có đoạn thiếu < 4 cm: không ghi nhận biến chứng. Kết quả này cho thấy chiều dài đoạn niệu đạo thiếu càng lớn thì nguy cơ xuất hiện rò và/hoặc hẹp niệu đạo càng cao. Nhận định này phù hợp với nghiên cứu của Xujun Xeng và cộng sự trên 120 bệnh nhân LTLT: ở nhóm có đoạn niệu đạo thiếu trung bình $4,86 \pm 1,58$ cm, tỷ lệ rò sau mổ là 39 bệnh nhân, trong khi nhóm có đoạn thiếu trung bình $3,75 \pm 3,04$ cm không có bệnh nhân nào xuất hiện rò ($p = 0,034$) [8]. Nguyên nhân có thể do khi đoạn niệu đạo thiếu dài, dẫn tới kích thước và chiều dài vật da – niêm mạc sử dụng bổ sung phải lớn hơn, do đó việc kiểm soát trong phẫu thuật cũng khó khăn hơn, đồng thời khả năng nuôi dưỡng đoạn dài bị hạn chế. Do đó, trong phẫu thuật những trường hợp niệu đạo thiếu nhiều, chúng tôi luôn cố gắng tận dụng tối đa chiều dài của sàn niệu đạo để giảm bớt chiều dài vật da niêm mạc bao quy đầu cần lấy giữ lại phần da bao quy đầu để che phủ thân dương vật. Trong nghiên cứu này có 4 trường hợp chúng tôi phải sử dụng sàn niệu đạo kết hợp với vật da niêm mạc bao quy đầu để tạo niệu đạo. Khi tạo hoàn chỉnh niệu đạo thiếu, tiến hành khâu cố định niệu đạo vào thân dương vật từ gốc đến vành quy đầu, chuyển tổ chức ở cuống mạch nuôi khâu phủ thêm một lớp ở ngoài niệu đạo mới tạo. Mục đích của việc khâu này để cho niệu đạo mới tạo không di chuyển giúp tăng khả năng nuôi dưỡng và tạo thêm lớp che phủ cho đoạn niệu đạo mới tạo. Tại vị trí máng niệu đạo, khâu thêm lớp tổ chức ở bìu phủ niệu đạo sau đó mới khâu tạo hình bìu, lưu ý khi khâu ở vị trí gốc dương vật hay bìu tránh để có khoảng ở các lớp để tránh tụ dịch gây chảy dịch và nhiễm trùng bìu sau mổ.

Kinh nghiệm lâm sàng cũng cho thấy không chỉ chiều dài mà cả chiều rộng mảnh ghép cũng ảnh hưởng đến kết quả. Gina M. Cambareri và cộng sự, qua tổng kết 25 năm điều trị LTLT với

theo dõi dài hạn, nhận định rằng cứ tăng thêm 1 mm chiều rộng mảnh ghép thì tỷ lệ biến chứng giảm 56% ($p = 0,013$) [9]. Như vậy, chiều dài và chiều rộng của đoạn ghép niệu đạo là những yếu tố quyết định quan trọng liên quan trực tiếp đến biến chứng, cần được cân nhắc kỹ trong phẫu thuật một thì điều trị LTLT thể nặng.

Kết quả theo dõi sau 6 tháng cho thấy, trong nhóm bệnh nhi phẫu thuật LTLT có độ cong dương vật > 45° , xuất hiện 5 trường hợp rò niệu đạo và 2 trường hợp hẹp niệu đạo, trong khi nhóm có độ cong < 45° không ghi nhận biến chứng. Tuy nhiên, với số lượng bệnh nhân nghiên cứu chỉ 28 trẻ, chưa đủ để đưa ra kết luận chắc chắn về mối liên quan giữa độ cong dương vật và nguy cơ biến chứng hậu phẫu. Trên thực tế lâm sàng, mức độ cong dương vật càng lớn thì việc giải phóng dưng thẳng dương vật càng cần thiết, và điều này thường làm tăng thêm chiều dài đoạn niệu đạo thiếu so với ước lượng ban đầu. Do đó, phẫu thuật những trường hợp này có nguy cơ cao gặp biến chứng do vật da niêm mạc cần sử dụng dài hơn, khó kiểm soát nuôi dưỡng sau mổ. Kết quả nghiên cứu của Xujun Xeng và cộng sự trên 120 bệnh nhân LTLT cũng cho thấy xu hướng tương tự. Tỷ lệ rò niệu đạo hậu phẫu được ghi nhận ở 39 bệnh nhân, trong đó: 13 trường hợp có độ cong dương vật $0-20^\circ$, 14 trường hợp ở mức cong $30-40^\circ$ và 12 trường hợp khi độ cong > 50° [8]. Những dữ liệu này củng cố giả thuyết rằng mức độ cong dương vật có thể là một yếu tố nguy cơ góp phần làm tăng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật LTLT.

V. KẾT LUẬN

Đi tật lỗ tiểu lệch thấp thể nặng là một thách thức lớn trong phẫu thuật tạo hình niệu đạo, với nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả. Tuổi phẫu thuật sớm (< 2 tuổi) được chứng minh có ít biến chứng hơn, trong khi chiều dài đoạn niệu đạo thiếu và mức độ cong dương vật lại làm tăng nguy cơ rò và hẹp sau mổ.

Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy phẫu thuật một thì trong điều trị LTLT thể nặng có thể mang lại hiệu quả khả quan, với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được. Tuy nhiên, để khẳng định giá trị và tính an toàn lâu dài của phương pháp, cần có các nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi lâu dài nhằm đưa ra đánh giá toàn diện và đáng tin cậy hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bouty A, Ayers KL, Pask A, Heloury Y, Sinclair AH (2015), "The genetic and environmental factors underlying hypospadias", Sex. Dev, 9, pg 239–259

2. **Misra D, Elbourne C, Vareli A et al (2019)**, "Challenges in managing proximal hypospadias: a 17-year single-center experience", *J Pediatr Surg*, 54(10), pg2125–2129.
3. **Castagnetti M, El-Ghoneimi A (2010)**, "Surgical management of primary severe hypospadias in children: systematic 20-year review", *J Urol*, 184(4), pg1469–1474
4. **Duckett JW Jr (1989)**, "Hypospadias", *Pediatr Rev*, 11, pg37–42.
5. **Wang, Chao-xu et al (2019)**, "Complications of proximal hypospadias repair with transverse preputial island flap urethroplasty: a 15-year experience with long-term follow-up", *Asian Journal of Andrology*, 21(3), pg 300-303.
6. **Mostafa Magdi Ali, Ahmed ZZaki Anwar (2022)**, "Experience with modified two stage inner preputial flap for repair of proximal hypospadias with chordee: A single institution study with intermediate follow up", *Journal of Pediatric Surgery*, 57(7), pg 1404-1408.
7. **J. Dale B, Woodward H, Elagami (2023)**, "Age-dependent early complications of hypospadias repair: a single institutional experience", *Pediatric Surgery International*, 39, pg115.
8. **Xujun Sheng et al (2018)**, "The risk factors of Urethrocuteaneous fistula after hypospadias surgery in the youth population", *BMC Urol*, 18(64).
9. **Gina M. Cambareri et al (2016)**, "Hypospadias repair with onlay preputial graft: a 25-year experience with long-term follow-up", *BJU International*, 118(3), pg 451-457.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN HO RA MÁU ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Đinh Văn Lượng^{1,2}, Trịnh Thị Hằng¹, Hoàng Thuý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ho ra máu được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 205 người bệnh ≥16 tuổi, được phẫu thuật ho ra máu, tại Bệnh viện Phổi Trung ương, từ tháng 1/2018 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 50 tuổi, nam giới chiếm 76%. Có 41% các bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện, đa số các bệnh nhân có tiền sử bệnh phổi trước đó, trong đó hay gặp nhất là lao phổi, chiếm 55.6%. Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình là 15 ngày. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 99 bệnh nhân ho ra máu mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ 48.3%, có 58 bệnh nhân ho ra máu mức độ trung bình, chiếm tỷ lệ 28.3%, có 47 bệnh nhân ho ra máu mức độ nặng, chiếm tỷ lệ 22.9%. Tổn thương mô bệnh gặp nhiều nhất là nấm *Aspergillus* (chiếm 40.5%), đứng thứ 2 là viêm lao và giãn phế quản, chiếm lần lượt 22.9% và 16.1%. Hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính khá đa dạng, 3 tổn thương hay gặp nhất là nốt, đông đặc và u nấm, với tỷ lệ lần lượt là 33.7%, 41.5%, 48.3%. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 109 bệnh nhân có bất thường mạch, chiếm tỷ lệ 53.2% tổng số bệnh nhân. Tổn thương mạch máu chủ yếu ở hệ động mạch phế quản. Các hình thái tổn thương mạch: giãn cứng, tăng sinh, thân xoắn vặn, giả phình. Tổn thương hay gặp nhất là giãn cứng (84/109 bệnh nhân có tổn thương mạch). Tổn thương dạng xoắn vặn thân mạch máu và giả phình ít gặp hơn. **Kết luận:** Tuổi trung

bình của các bệnh nhân là 50. Số bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 76.1%. Có 41% số bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện. Có 55.6 % bệnh nhân có tiền sử bệnh lao phổi trước đó. Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình là 15 ngày. Mức độ ho ra máu: nhẹ (99 bệnh nhân, chiếm 48.3%), trung bình (58 bệnh nhân, 28.3 %), nặng (47 bệnh nhân, 22.9%). Tổn thương trên cắt lớp vi tính rất đa dạng, 3 tổn thương hay gặp nhất là nốt đông đặc, hang. Tổn thương mạch hay gặp nhất là giãn cứng.

Từ khóa: ho ra máu.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH HEMOPTYSIS UNDERGOING SURGICAL TREATMENT AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with hemoptysis who underwent surgical treatment at the National Lung Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 205 patients aged ≥16 years who underwent surgery for hemoptysis at the National Lung Hospital from January 2018 to December 2023. **Results:** The mean age was 50 years, with males accounting for 76%. Forty-one percent of patients had a history of hemoptysis prior to hospitalization. Most patients had a history of pulmonary disease, with pulmonary tuberculosis being the most common (55.6%). The mean duration from onset of hemoptysis to hospital admission was 15 days. Among the study population, 99 patients (48.3%) had mild hemoptysis, 58 patients (28.3%) had moderate hemoptysis, and 47 patients (22.9%) had severe hemoptysis. Histopathological findings showed *Aspergillus* infection as the most common lesion (40.5%), followed by tuberculous inflammation (22.9%) and bronchiectasis (16.1%). CT imaging revealed diverse lesions, with the three most common being nodules (33.7%), consolidations (41.5%), and

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Lượng

Email: dinhvanluong66@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

fungal balls (48.3%). Vascular abnormalities were detected in 109 patients (53.2%), mainly involving the bronchial artery system. Vascular lesion types included trunk dilatation, proliferation, tortuosity, and pseudoaneurysm. The most frequent was trunk dilatation (observed in 84/109 patients with vascular lesions), while tortuous vessels and pseudoaneurysms were less common. **Conclusion:** The mean age of the patients was 50 years. Male patients accounted for 76.1%. A total of 41% had a history of hemoptysis prior to hospital admission. Pulmonary tuberculosis was reported in 55.6% of patients. The average interval from the onset of hemoptysis to hospital admission was 15 days. The severity of hemoptysis was classified as mild (99 patients, 48.3%), moderate (58 patients, 28.3%), and severe (47 patients, 22.9%). Computed tomography revealed diverse lesions, with the three most common findings being consolidation nodules and cavities. The most frequent vascular abnormality was bronchial trunk dilatation.

Keywords: hemoptysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho ra máu là một trong những triệu chứng hô hấp thường gặp, có thể xuất hiện ở nhiều bệnh cảnh khác nhau: lao phổi, giãn phế quản, ung thư phổi, nấm phổi, bệnh lý mạch máu phổi. Điều trị ho ra máu gồm nhiều phương pháp: nội khoa, gây tắc động mạch phế quản và phẫu thuật. Ho ra máu số lượng nhiều hoặc tái diễn là tình trạng cấp cứu, có thể đe dọa tính mạng nếu không được xử trí kịp thời. Chỉ định điều trị phẫu thuật và tiên lượng phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân [1],[2].

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm nhóm bệnh nhân phẫu thuật ho ra máu, Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm tất cả các bệnh nhân ho ra máu được điều trị phẫu thuật, tại bệnh viện Phổi Trung Ương, từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán ho ra máu, được điều trị phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chảy máu ở đường hô hấp trên, nôn ra máu, bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật nội soi lồng ngực sinh thiết để chẩn đoán nguyên nhân, phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu, lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, được phẫu thuật ho ra máu tại Bệnh viện Phổi Trung Ương, thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2023.

Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử ho ra máu, tiền sử bệnh phổi, thời gian từ khi ho ra máu đến khi nhập viện, triệu chứng cơ năng, mức độ ho ra máu, kết quả mô bệnh học, hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính ngực, vị trí và hình thái động mạch tổn thương, vị trí chảy máu trên nội soi phế quản.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu. Tính trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. So sánh các tỷ lệ bằng Fisher's test, Chi-square test, -So sánh các giá trị trung bình bằng T-test, Mann-Whitney test, Anova test, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của Ban giám đốc, Hội đồng khoa học Bệnh viện Phổi Trung Ương. Các thông tin cá nhân về đối tượng được giữ bí mật bằng cách mã hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Tuổi	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
< 20	3	1.5
20 – 40	42	20.5
40 – 60	96	47
> 60	64	31
Tổng	205	
X ± SD	50 ± 14	
Min	16	
Max	81	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 50, bệnh nhân cao tuổi nhất là 81 tuổi, thấp tuổi nhất là 16 tuổi. Đa số các bệnh nhân ở độ tuổi 40- 60 tuổi, chiếm 47%.

3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nam	156	76.1
Nữ	49	23.9
Tổng	205	100

Nhận xét: Số bệnh nhân nam là 156 bệnh nhân, chiếm 76.1%. Số bệnh nhân nữ là 49 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 23.9%. Tỉ lệ nam/nữ : 3/1.

3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Tiền sử bệnh lý

Bảng 3.3. Tiền sử bệnh lý

Tiền sử bệnh lý	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tiền sử ho ra máu		
Không	121	59
1 lần	46	22.4
2 lần	20	9.8
3 lần	13	6.3
≥4 lần	5	2.5
Tiền sử bệnh phổi		
Lao phổi	114	55.6
Giãn phế quản	28	13.7
Nấm phổi	27	13.2
Viêm phổi	5	2.4

Nhận xét: - Có 84 bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện, chiếm 41 % tổng số bệnh nhân,

- Có 114 bệnh nhân có tiền sử bệnh lao phổi trước đó, chiếm tỷ lệ 55.6 %, cao nhất trong các bệnh.

3.2.2. Thời gian diễn biến bệnh

Bảng 3.4. Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện

Thời gian	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
1 ngày	37	18
2-7 ngày	79	38.6
>7 ngày	89	43.4
X ± SD (ngày)	15±2	
Mín	1	
Max	240	

Nhận xét: Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình là 15 ngày, ngắn nhất là 1 ngày (có 37 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 18%), dài nhất là 240 ngày. Số bệnh nhân có thời gian diễn biến bệnh >7 ngày chiếm 43.4%.

3.2.3. Mức độ ho ra máu

Bảng 3.6. Mức độ ho ra máu

Mức độ ho ra máu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhẹ	99	48.3
Trung bình	58	28.3
Nặng	47	22.9
Tắc nghẽn	1	0.5
Tổng	205	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 99 bệnh nhân ho ra máu mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ 48.3%, có 58 bệnh nhân ho ra máu mức độ trung bình, chiếm tỉ lệ 28.3%, có 47 bệnh nhân ho ra máu mức độ nặng, chiếm tỉ lệ 22.9%, chỉ có 1 bệnh nhân ho ra máu tắc nghẽn.

3.2.4. Kết quả mô bệnh học

Bảng 3.7. Kết quả mô bệnh học

Mô bệnh học	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Viêm mạn tính	32	15.6
Viêm lao điển hình	37	18
Viêm lao không điển hình	7	3.4
Nấm Aspergillus	83	40.5

Ung thư	5	2.4
Khối giả phình động mạch	2	1.0
Giãn phế quản	33	16.1
Kén phế quản	2	1.0
U quái	1	0.5
Lao + nấm	3	1.5
Tổng	205	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tổn thương mô bệnh gặp nhiều nhất là nấm Aspergillus (chiếm 40.5%), đứng thứ 2 là viêm lao và giãn phế quản, chiếm lần lượt 22,9% và 16.1%. Ngoài ra có thể gặp viêm mạn tính, u quái, ung thư, khối giả phình động mạch.

3.2.5. Hình thái tổn thương trên cắt lớp vi tính

Bảng 3.8. Hình thái tổn thương trên cắt lớp vi tính

Hình thái tổn thương	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nốt	69	33.7
Đông đặc	85	41.5
Kính mờ	45	22
Hang	77	37.6
Giãn phế quản	99	48.3
U nấm	60	29.3
Xẹp phổi	16	7.8
Xơ	9	4.4

Nhận xét: Hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính khá đa dạng: nốt (33.7%), đông đặc (41.5%), kính mờ (22%), hang (37.6%), giãn phế quản (48.3%), u nấm (29.3%).

Có 16 bệnh nhân có tổn thương xẹp phổi, chiếm tỉ lệ 7.8%, 9 bệnh nhân có tổn thương dạng dải xơ, chiếm tỉ lệ 4.4%.

3.2.6. Vị trí động mạch tổn thương

Bảng 3.9. Vị trí động mạch tổn thương

Mạch tổn thương	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Không có tổn thương	96	46.8
ĐMPQ	84	41
ĐMKTHPQ	15	7.3
Cả hai	10	4.9

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 109 bệnh nhân có bất thường mạch, chiếm tỷ lệ 53.2% tổng số bệnh nhân. Tổn thương mạch máu chủ yếu ở hệ động mạch phế quản. Trong 109 bệnh nhân có tổn thương mạch, có 84 bệnh nhân tổn thương ở hệ động mạch phế quản, 15 bệnh nhân tổn thương ở hệ động mạch không tuỷ hành phế quản, có 10 bệnh nhân tổn thương ở cả 2 hệ mạch.

3.2.7. Hình thái động mạch tổn thương

Bảng 3.10. Hình thái động mạch tổn thương

Hình thái	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Không	95	46.3
Giãn cứng	48	23.4

Thân xoắn vặn	2	1.0
Tăng sinh ngoại vi	10	4.9
Giãn + tăng sinh	36	17.6
Xoắn + tăng sinh	4	2.0
Giãn + xoắn + tăng sinh	3	1.5
Giả phình	7	3.4
Tổng	205	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp các hình thái tổn thương mạch: giãn cuống, tăng sinh, thân xoắn vặn, giả phình. Tổn thương hay gặp nhất là giãn cuống (84/109 bệnh nhân có tổn thương mạch), thứ hai là tổn thương phổi hợp cả giãn cuống và tăng sinh (36/109 bệnh nhân có tổn thương mạch). Tổn thương dạng xoắn vặn thân mạch máu và giả phình ít gặp hơn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 205 người bệnh, độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 50 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 81 tuổi, thấp tuổi nhất là 16 tuổi. Đa số các bệnh nhân ở độ tuổi 40- 60 tuổi, chiếm tỉ lệ 47%. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, AndreJak và cộng sự (2009), khi nghiên cứu 111 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, tuổi trung bình của bệnh nhân là 50 [3], Bing Wang và cộng sự (2023), khi nghiên cứu 102 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, tuổi trung bình của bệnh nhân là 55 [4], Alexander và cộng sự (2014), tuổi trung bình của bệnh nhân là 50 [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân nam là 156 bệnh nhân, chiếm 76.1%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, Bing Wang và cộng sự (2023), khi nghiên cứu 102 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân nam là 76.5%.[4], AndreJak và cộng sự (2009), khi nghiên cứu 111 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân nam là 74%[3], Ahmed và cộng sự (2023), khi nghiên cứu 172 bệnh nhân nhập viện vì ho ra máu, tỉ lệ bệnh nhân nam là 84% [6]

Phẫu thuật là một phương pháp được chỉ định để điều trị triệt để ho ra máu, đặc biệt là các trường hợp ho ra máu dai dẳng tái phát, điều trị nội khoa không hiệu quả, hoặc tái phát sau khi đã được gây tắc động mạch phế quản [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật thường có tiền sử ho ra máu trước đó. Trong 205 bệnh nhân nghiên cứu, có 84 bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện, chiếm 41%. Trong đó có 46 bệnh nhân có tiền sử ho ra máu 1 lần, chiếm 22.4% tổng số bệnh nhân. Có 5 bệnh

nhân có tiền sử ho ra máu >4 lần trước khi nhập viện, chiếm 2.5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Andrejak và cộng sự, khi nghiên cứu 111 bệnh nhân ho ra máu được phẫu thuật, có 48 bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước đó, chiếm tỷ lệ 43%[3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 114 bệnh nhân có tiền sử bệnh lao phổi trước đó, chiếm tỷ lệ 55.6%, cao nhất trong các bệnh. Sau đó là nhóm bệnh nhân tiền sử bệnh giãn phế quản, nấm phổi (chiếm tỷ lệ khoảng 13%). Chỉ có 2 bệnh nhân có tiền sử viêm phổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Andrejek và cộng sự (2009), trong 111 bệnh nhân được phẫu thuật ho ra máu, có 65 bệnh nhân có tiền sử lao, chiếm tỉ lệ 59%.[3]

Ho ra máu là một cấp cứu nội khoa, khó tiên lượng, có thể ho ra máu tái phát nặng, nguy hiểm tính mạng. Bệnh nhân cần được nhập viện sớm, tại các bệnh viện chuyên khoa để được chẩn đoán nguyên nhân và điều trị triệt để[1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình của là 15 ngày, chỉ có 37 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 18%) được nhập viện trong ngày đầu tiên khi xuất hiện ho ra máu. Nguyên nhân có thể do ho ra máu số lượng ít, dây máu, không ảnh hưởng đến sức khỏe toàn trạng nên người bệnh không nhập viện hoặc chỉ khám tại các phòng khám đa khoa. Điều này cho thấy người bệnh vẫn còn chủ quan trước triệu chứng ho ra máu. Tuy nhiên, so với năm 2010, Đoàn Thị Thu Trang nghiên cứu 162 bệnh nhân ho ra máu nhập viện tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, thấy thời gian trung bình từ khi ho ra máu đến khi nhập viện là 33 ngày, dài hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do từ năm 2008 đến nay, nhận thức về bệnh tật của người bệnh cũng đã có sự thay đổi [7]

Ngược lại, khi so sánh với nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới, Ahmed và cộng sự (2023), khi nghiên cứu 172 bệnh nhân ho ra máu phải nhập viện, thời gian trung bình từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện là 1.72 ngày, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [6]. Vì vậy, việc giáo dục sức khỏe nâng cao nhận thức cho người bệnh và giúp người bệnh được tiếp cận với các dịch vụ y tế chuyên khoa là rất cần thiết tại Việt Nam.

Hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính khá đa dạng: nốt (33.7%), đông đặc (41.5%), kính mờ (22%), hang (37.6%), giãn phế quản (48.3%), u nấm (29.3%). Trong đó tổn thương gặp nhiều nhất là giãn phế quản. Có 16 bệnh nhân có tổn thương xẹp phổi, chiếm tỉ lệ 7.8%,

9 bệnh nhân có tổn thương dạng dải xơ, chiếm tỉ lệ 4.4%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trương Quốc Thanh (2015), tổn thương hay gặp nhất trên cắt lớp vi tính ở bệnh nhân ho ra máu là giãn phế quản [8]

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp các hình thái tổn thương mạch: Giãn cuống, tăng sinh, thân xoắn vặn, giả phình. Tổn thương hay gặp nhất là giãn cuống (84/109 bệnh nhân có tổn thương mạch), thứ hai là tổn thương phổi hợp cả giãn cuống và tăng sinh (36/109 bệnh nhân có tổn thương mạch). Tổn thương dạng xoắn vặn thân mạch máu và giả phình ít gặp hơn.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Hồng (2015), hình thái tổn thương mạch máu hay gặp nhất là giãn và tăng sinh động mạch phế quản [9].

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 50. Số bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 76.1%. Có 41% số bệnh nhân có tiền sử ho ra máu trước khi nhập viện. Có 55.6% bệnh nhân có tiền sử bệnh lao phổi trước đó. Thời gian từ lúc ho ra máu đến khi nhập viện trung bình là 15 ngày. Mức độ ho ra máu: nhẹ (99 bệnh nhân, chiếm 48.3%), trung bình (58 bệnh nhân, 28.3%), nặng (47 bệnh nhân, 22.9%). Tổn thương trên cắt lớp vi tính rất đa dạng, 3 tổn thương hay gặp nhất là nốt đông đặc, hang. Tổn thương mạch hay gặp nhất là giãn cuống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Khắc Hưng**. Chẩn đoán và điều trị ho ra

máu bằng chụp và gây tắc động mạch phế quản. Nhà xuất bản Y học; 2010

2. **Hoàng Minh**. Cấp cứu ho ra máu - Trần khí màng phổi - Trần dịch màng phổi. Nhà xuất bản Y học; 2008.
3. **Andréjak C, Parrot A, Bazelly B, et al.** Surgical Lung Resection for Severe Hemoptysis. *Ann Thorac Surg.* 2009;88(5):1556-1565. doi:10.1016/j.athoracsur.2009.06.011
4. **Wang B, Yao L, Sheng J, et al.** Is VATS suitable for lung diseases with hemoptysis? Experience from a hemoptysis treatment center in China. *BMC Pulm Med.* 2023;23:208. doi:10.1186/s12890-023-02506-4
5. **Alexander GR**. A retrospective review comparing the treatment outcomes of emergency lung resection for massive haemoptysis with and without preoperative bronchial artery embolization. *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg.* 2014;45(2):251-255. doi:10.1093/ejcts/ezt336
6. **Ahmed S, Hameed M, Al-Tikriti M, et al.** Etiology, diagnostic modalities, and short-term outcomes of hemoptysis—a retrospective cross-sectional study from a tertiary care center in Qatar. *J Thorac Dis.* 2023;15(12):6634. doi:10.21037/jtd-23-93
7. **Đoàn Thị Thu Trang**, Nhân xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ho ra máu tại khoa hô hấp Bệnh viện Bạch Mai Từ 01.01.2008 Đến 31.12.2008. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2010.
8. **Trương Quốc Thanh**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân ho ra máu tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa. Đại học Y Hà Nội; 2015
9. **Nguyễn Ngọc Hồng**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ho ra máu bằng phương pháp nút động mạch phế quản. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2015

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐIỆN RỘNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢM ÁP

Nguyễn Trọng Hiệp¹, Trần Trung Kiên^{1,2}, Nguyễn Vũ^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu 30 bệnh nhân nhồi máu não điện rộng được phẫu thuật mở sọ giảm áp từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 1 năm 2025 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tuổi trung bình là 59,1 ± 11,2; tỉ lệ nam/nữ là

2,75/1; điểm NIHSS trung bình trước phẫu thuật là 18,4 ± 3,0; toàn bộ bệnh nhân có điểm ASPECTS ≤ 5. Cắt lớp vi tính: 76,7% bệnh nhân có di lệch đường giữa < 10 mm, 23,3% vượt quá 10 mm. Ra viện: 90% bệnh nhân sống, tử vong 10%. 27 bệnh nhân sau 6 tháng: 55,6% đạt kết quả chức năng tốt (mRS 0–3) và 44,4% có kết quả xấu (mRS 4–6). Phẫu thuật mở sọ giảm áp ở bệnh nhân nhồi máu não điện rộng là một phương pháp khả thi, an toàn với tỷ lệ tử vong thấp sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Nhồi máu não điện rộng, mở sọ giảm áp, điểm NIHSS, ASPECTS

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, IMAGING FEATURES, AND FACTORS ASSOCIATED

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ

Email: nguyenvu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

WITH SURGICAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH LARGE HEMISPHERIC INFARCTION UNDERGOING DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY

We conducted a study on 30 patients with large cerebral infarction who underwent decompressive craniectomy between January 2019 and January 2025 at Hanoi Medical University Hospital. The mean age was 59.1 ± 11.2 years, with a male-to-female ratio of 2.75:1. The mean preoperative NIHSS score was 18.4 ± 3.0 , and all patients had ASPECTS ≤ 5 . On CT imaging, 76.7% of patients presented with a midline shift < 10 mm, while 23.3% had a shift > 10 mm. At hospital discharge, 90% of patients survived and 10% died. At 6-month follow-up (27 patients), 55.6% achieved a favorable functional outcome (mRS 0–3), whereas 44.4% had an unfavorable outcome (mRS 4–6). Decompressive craniectomy in large cerebral infarction proved to be a feasible and safe therapeutic option, with a low postoperative mortality rate.

Keywords: Large cerebral infarction, decompressive craniectomy, NIHSS, ASPECTS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu, với hơn 12 triệu ca mới và 6,5 triệu ca tử vong mỗi năm, trong đó nhồi máu não chiếm khoảng 60–85%.¹ Nhồi máu não diện rộng là thể nặng nhất, thường liên quan động mạch não giữa đoạn gần, gây phù não, tăng áp lực nội sọ và tụt kẹt não, với tỷ lệ tử vong lên đến 70–80% nếu không can thiệp kịp thời.² Phẫu thuật mở sọ giảm áp đã được chứng minh là phương pháp hiệu quả giúp giảm đáng kể tỷ lệ tử vong trong nhóm bệnh nhân này.³

Tuy nhiên, khả năng hồi phục chức năng sau phẫu thuật còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bệnh lý nền mạch máu kèm theo. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về mối liên quan giữa các yếu tố này và kết quả phẫu thuật mở sọ giảm áp ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cũng như phân tích vai trò của các yếu tố tiên lượng, góp phần cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn cho lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 30 bệnh nhân nhồi máu não diện rộng được phẫu thuật mở sọ giảm áp phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các bệnh nhân có triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng của nhồi máu diện cấp máu động mạch não giữa, điểm NIHSS ≥ 16 , giảm mức độ ý thức ≥ 1 điểm trên mục 1a của thang điểm NIHSS.⁴
- Vùng nhồi máu $> 50\%$ diện cấp máu của động mạch não giữa trên hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não.⁴

- Người bệnh được theo dõi trong và sau mổ ít nhất 6 tháng, được đánh giá thống nhất bởi các bảng kiểm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân nhồi máu não không được xác định là nhồi máu não diện rộng
- Bệnh nhân giãn đồng tử hai bên cố định không còn phản xạ ánh sáng
- Có rối loạn đông máu nặng không thể kiểm soát

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu chùm ca bệnh, hồi cứu.
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 1/2025 tại Khoa phẫu thuật thần kinh - cột sống, Khoa Cấp cứu – Hồi sức tích cực, và Khoa Gây mê hồi sức và chống đau – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Công cụ nghiên cứu: Bộ câu hỏi nghiên cứu gồm 2 phần:

Phần 1: Thông tin cơ bản (Bao gồm: Tên, tuổi, giới tính, nghề nghiệp, chẩn đoán trước mổ, thời gian vào viện, thời gian mổ, thời gian ra viện, tiền sử bệnh, thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến lúc được phẫu thuật...). Phương pháp phẫu thuật: mở nắp sọ, vá chùng màng cứng.

Phần 2: Các thang điểm đánh giá tình trạng bệnh trước và sau mổ.

Đánh giá tình trạng tri giác theo thang điểm Glasgow.

Đánh giá mức độ đột quỵ theo thang điểm NIHSS.

Đánh giá diện tích nhồi máu theo thang điểm ASPECTS.

Đánh giá mức độ tàn tật sau phẫu thuật theo thang điểm mRS

Đánh giá mối liên quan của các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong lúc ra viện và kết quả 6 tháng sau phẫu thuật

- Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS.22. Tính chuẩn của phân bố được kiểm định bằng thuật toán Fisher's Exact test, Chi-square nếu là biến định tính, T-test, Mann-Whitney nếu biến định lượng. Một số thuật toán thống kê mô tả được sử dụng như: tần số, trung bình và phần trăm...

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Được người bệnh chấp nhận tham gia nghiên cứu: đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có quyền từ chối tham gia trong quá trình nghiên cứu. Thông tin về bệnh nhân được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, nghiên cứu đảm bảo không ảnh hưởng đến chất lượng điều trị của bệnh viện, sức khỏe, quyền lợi kinh tế của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=30)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Mean ± SD (Min - max)	59,1 ± 11,2 (21 - 76)	
Giới	Nam	22	73,3
	Nữ	8	26,7
Tiền sử	Tăng huyết áp	17	56,7
	Đái tháo đường	4	13,3
	Xơ vữa động mạch	9	30
	Rối loạn lipid máu	7	23,3
	Rung nhĩ	6	20
	Suy tim	4	13,3
	Bệnh van tim	5	16,6
	Tai biến mạch não cũ	6	20
Thời gian phẫu thuật tính từ khi khởi phát	Trước 48 giờ	18	60
	Sau 48 giờ	12	40
Điểm NIHSS trước phẫu thuật	3-5	3	
	6-8	7	
	9-12	3	
	13-15	14	
	Mean ± SD	18,4 ± 3,0	
Điểm Glasgow trước phẫu thuật	0-3 điểm	0	0
	6-8 điểm	5	16,7
	9-12 điểm	20	66,7
	13-15 điểm	5	16,7
	Mean ± SD	10,5 ± 2,1	
Mức độ di lệch đường giữa trên phim chụp cắt lớp vi tính	Dưới 10mm	23	76,7
	Trên 10mm	7	23,3
Diện tích nhồi máu theo thang điểm ASPECTS	1 điểm	5	16,7
	2 điểm	4	13,3
	3 điểm	10	33,3
	4 điểm	5	16,7
	5 điểm	6	20

Trong nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân nhồi máu não diện rộng được phẫu thuật mở sọ giảm áp, tuổi trung bình là 59,1 ± 11,2 (dao động từ 21–76 tuổi). Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn rõ rệt so với nữ (73,3% so với 26,7%). Về yếu tố nguy cơ, tăng huyết áp là bệnh lý kèm theo phổ biến nhất (56,7%), tiếp đến là xơ vữa động mạch (30%), rối loạn lipid máu (23,3%) và rung nhĩ (20%). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử tai biến mạch não cũ chiếm 20%, cho thấy nhiều trường hợp có nền bệnh lý mạch máu não từ trước.

Trước phẫu thuật, điểm NIHSS trung bình là 18,4 ± 3,0, với 66,7% (20/30) bệnh nhân ở mức

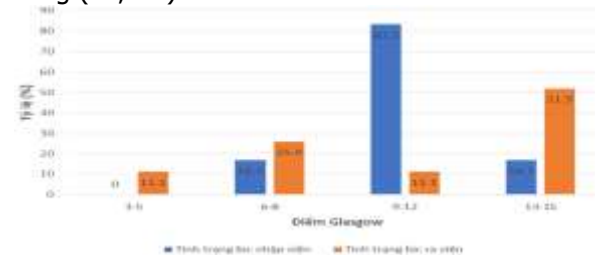
độ trung bình (NIHSS từ 16 đến 20) và 20% (6/30) bệnh nhân ở mức độ nặng (NIHSS từ 21 đến 42). Điểm Glasgow tập trung chủ yếu trong khoảng 9–12 điểm (66,7%), cho thấy đa số bệnh nhân nhập viện trong tình trạng rối loạn tri giác mức độ trung bình. Trên phim cắt lớp vi tính, 76,7% bệnh nhân có di lệch đường giữa <10 mm, trong khi 23,3% vượt quá 10 mm. Theo thang điểm ASPECTS, 100% bệnh nhân có điểm ≤5, phần lớn bệnh nhân có diện nhồi máu rộng với điểm từ 1–3 chiếm 63,3%, khẳng định mức độ tổn thương nghiêm trọng của nhóm nghiên cứu.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả sau phẫu thuật mở sọ giảm áp sau 6 tháng (n=27)

	Đặc điểm	Số lượng	%
Kết quả sau 6 tháng theo thang điểm mRS	Tốt	mRS 0	0
		mRS 1	0
		mRS 2	2
		mRS 3	13
	Xấu	mRS 4	3
		mRS 5	3
		Tử vong	6
	Tổng	27	100

Sau 6 tháng phẫu thuật mở sọ giảm áp, không có bệnh nhân nào đạt mRS 0–1. Trong nhóm kết quả tốt (mRS 0–3), có 2 bệnh nhân (7,4%) ở mức mRS 2 và 13 bệnh nhân (48,2%) ở mức mRS 3, tổng cộng 15 bệnh nhân đạt kết quả tốt, chiếm 55,6%. Ở nhóm kết quả xấu, có 3 bệnh nhân (11,1%) ở mức mRS 4, 3 bệnh nhân (11,1%) ở mức mRS 5 và thêm 6 trường hợp tử vong (22,2%).



Biểu đồ 1. Tình trạng tri giác bệnh nhân theo thang điểm Glasgow lúc nhập viện và ra viện

Tại thời điểm ra viện, phân bố điểm Glasgow thay đổi rõ rệt: tỷ lệ bệnh nhân đạt Glasgow 13–15 điểm (mức độ nhẹ) tăng từ 16,7% lên 51,9%, trong khi nhóm Glasgow 9–12 điểm (mức độ trung bình) giảm mạnh từ 66,7% xuống 11,1%. Sự thay đổi giữa hai nhóm này có ý nghĩa thống kê cao (kiểm định Chi-square, $p < 0,001$). Đồng thời, xuất hiện nhóm bệnh nhân có Glasgow 3–5 điểm chiếm 11,1% và nhóm Glasgow 6–8 điểm (mức độ nặng) tăng lên 25,9%.

Bảng 3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong tại thời điểm ra viện (n=30)

Kết quả khi ra viện		Sống		Tử vong		p
Yếu tố ảnh hưởng		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	≤60 tuổi	13	86,7	2	13,3	1,000
	>60 tuổi	14	93,3	1	6,7	
Thời gian PT	≤48 giờ	15	83,3	3	16,7	0,255
	>48 giờ	12	100	0	0	
Độ di lệch đường giữa	≤10 mm	21	91,3	2	8,7	1,000
	>10 mm	6	85,7	1	14,3	
Đồng tử	Giãn đồng tử	10	76,9	3	23,1	0,07
	Không	17	100	0	0	
Tăng huyết áp	Có	15	88,2	2	11,8	1,000
	Không	12	91,7	1	8,3	
Đái tháo đường	Có	4	100	0	0	1,000
	Không	23	88,5	3	11,5	
Xơ vữa động mạch	Có	9	100	0	0	0,534
	Không	18	85,7	3	14,3	
Rối loạn lipid máu	Có	6	85,7	1	14,3	1,000
	Không	21	91,3	2	8,7	
Rung nhĩ	Có	5	83,3	1	16,7	0,501
	Không	22	91,7	2	8,3	
Suy tim	Có	4	80,0	1	20,0	1,000
	Không	23	88,5	3	11,5	
Bệnh van tim	Có	4	80,0	1	20,0	0,433
	Không	23	92,0	2	8,0	
Tai biến mạch não cũ	Có	5	83,3	1	16,7	0,501
	Không	22	91,7	2	8,3	

Kết quả cho thấy: không có yếu tố nào đạt ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở nhóm tuổi > 60 và ≤ 60 , tỷ lệ tử vong lần lượt là 6,7% và 13,3% ($p = 1,000$), cho thấy tuổi không phải yếu tố tiên lượng rõ rệt trong mẫu nghiên cứu này. Thời gian phẫu thuật ≤ 48 giờ có tỷ lệ tử vong 16,7%, trong khi nhóm > 48 giờ không có ca tử vong nào ($p = 0,255$), gợi ý xu hướng phẫu thuật sớm có thể giúp cải thiện kết quả nhưng chưa đủ bằng chứng.

Đáng chú ý, bệnh nhân có giãn đồng tử trước mổ có tỷ lệ tử vong cao hơn (23,1%) so với nhóm không giãn đồng tử (0%), sự khác biệt này có xu hướng gần mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,07$), cho thấy đây có thể là yếu tố tiên lượng quan trọng. Các yếu tố nguy cơ mạch máu thường gặp như tăng huyết áp, đái tháo đường, xơ vữa động mạch, rối loạn lipid máu, rung nhĩ, suy tim, bệnh van tim hay tiền sử tai biến mạch não cũ đều không liên quan có ý nghĩa đến tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giãn đồng tử trước phẫu thuật có tỷ lệ tử vong cao hơn rõ rệt so với nhóm không giãn (23,1% so với 0%), mặc dù sự khác biệt chỉ ở mức xu hướng ($p = 0,07$). Giãn đồng tử là biểu hiện điển hình của tình trạng tăng áp lực nội sọ nặng và tụt kẹt

não, khi khối chún chỗ hoặc phù não gây chèn ép dây thần kinh số III. Đây là giai đoạn bệnh đã tiến triển nặng, thường đi kèm với giảm tưới máu não và tổn thương thần kinh không hồi phục, do đó khả năng cải thiện sau phẫu thuật hạn chế. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Chen và cộng sự (2021), khi ghi nhận giãn đồng tử là yếu tố tiên lượng độc lập dự đoán tử vong sớm (30 ngày) sau phẫu thuật mở sọ giảm áp.⁵ Vì vậy, việc can thiệp sớm, trước khi xuất hiện giãn đồng tử, có thể có ý nghĩa quan trọng trong cải thiện kết quả điều trị.

Về vai trò của tuổi và thời điểm phẫu thuật, khuyến cáo của Hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA/ASA)⁴ nhấn mạnh rằng phẫu thuật mở sọ giảm áp nên được thực hiện trong vòng 48 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng ở những bệnh nhân nhồi máu não diện rộng có diễn tiến nặng bất chấp điều trị nội khoa. Ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, lợi ích của phẫu thuật ít rõ rệt hơn và cần được cân nhắc thận trọng. Tuy nhiên, điều này không hoàn toàn trùng khớp với một số kết quả nghiên cứu gần đây. Gopireddy và cộng sự (2025) tại Ai Cập ghi nhận rằng tuổi đơn lẻ không phải là yếu tố quyết định tiên lượng, trong khi phẫu thuật sớm (< 48 giờ) kết hợp với việc không có bệnh lý kèm theo lại mang lại cải thiện chức năng đáng kể ($p \approx 0,001$).⁶ Tương tự, một

ngiên cứu thuần tập đơn trung tâm kết hợp với tổng quan hệ thống và phân tích gộp tại Hà Lan (2020) cũng cho thấy việc phẫu thuật muộn hơn 48 giờ không làm xấu hơn tỷ lệ tử vong so với phẫu thuật sớm.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi không chứng minh được vai trò rõ rệt đối với tử vong sau phẫu thuật: nhóm ≤ 60 tuổi có tỷ lệ tử vong 13,3% so với 6,7% ở nhóm > 60 tuổi ($p = 1,000$). Về thời điểm can thiệp, tỷ lệ tử vong ở nhóm mổ ≤ 48 giờ là 16,7%, trong khi nhóm phẫu thuật muộn hơn 48 giờ không ghi nhận ca tử vong nào, song sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,255$). Những kết quả này gợi ý rằng việc áp dụng cứng nhắc ngưỡng 60 tuổi và mốc thời gian 48 giờ có thể chưa thực sự phù hợp trong thực hành lâm sàng.

Thực tế lâm sàng cho thấy, phù não sau nhồi máu não thường tiến triển trong vòng 3–5 ngày đầu và có thể kéo dài tới 7–10 ngày. Đây chính là giai đoạn bệnh nhân có nguy cơ cao xuất hiện tăng áp lực nội sọ, đè đẩy đường giữa và tụt kẹt não. Vì vậy, AHA/ASA khuyến nghị sử dụng cắt lớp vi tính sọ não không tiêm thuốc như phương pháp theo dõi đầu tiên ở những bệnh nhân nhồi máu não diện rộng hoặc tiểu não có phù nề. Đặc biệt, việc chụp lại phim CT hoặc phim MRI sọ não trong vòng 24 - 48 giờ đầu giúp phát hiện sớm nguy cơ phù nề tiến triển nặng,⁴ từ đó hỗ trợ phẫu thuật viên trong việc đưa ra quyết định mở sọ giảm áp ở cả những trường hợp có thời gian khởi phát triệu chứng vượt quá 48 giờ, bên cạnh việc đánh giá lâm sàng (điểm NIHSS và điểm Glasgow).

Về đặc điểm hình ảnh học, một nghiên cứu trên 50 bệnh nhân của Kim và cộng sự (2021) đã chứng minh rằng thể tích nhồi máu lớn là yếu tố độc lập dự đoán kết cục tử vong sau phẫu thuật, đặc biệt duy trì tình trạng tri giác thấp sau 6 tháng can thiệp.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, dù không đo thể tích nhồi máu một cách định lượng, nhưng toàn bộ bệnh nhân đều có điểm ASPECTS ≤ 5 , phản ánh diện nhồi máu rộng. Điều này có thể coi như một chỉ dấu gián tiếp, tương tự thể tích nhồi máu lớn, đóng vai trò tiên lượng bất lợi. So sánh với các nghiên cứu trước đó, phát hiện này củng cố nhận định rằng mức độ lan rộng của tổn thương não - dù được lượng hóa bằng thể tích hay gián tiếp qua thang điểm ASPECTS - đều có giá trị quan trọng trong dự đoán kết cục tử vong sau phẫu thuật.

Ngoài ra, các yếu tố đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, rung nhĩ, xơ vữa động mạch, suy tim, bệnh van tim, tiền sử tai biến mạch máu não cũ cũng như mức độ di lệch đường giữa (>10 mm so với ≤ 10 mm)

không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế, kết quả này cần được kiểm chứng thêm qua các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để có thể rút ra kết luận chắc chắn.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu trên 30 bệnh nhân nhồi máu não diện rộng (tuổi trung bình $59,1 \pm 11,2$; điểm NIHSS trước phẫu thuật $18,4 \pm 3,0$), tỷ lệ sống khi ra viện đạt 90% và sau 6 tháng có 50% bệnh nhân đạt kết quả chức năng tốt theo thang điểm mRS. Kết quả này khẳng định phẫu thuật mở sọ giảm áp vẫn là một lựa chọn khả thi để điều trị nhóm bệnh nhân nhồi máu não diện rộng bên cạnh điều trị nội khoa. Tuy nhiên, giãn đồng tử trước mổ nổi bật như một yếu tố tiên lượng xấu, trong khi các yếu tố khác (tuổi, thời điểm phẫu thuật, mức độ di lệch đường giữa, bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, xơ vữa động mạch, rung nhĩ, suy tim, bệnh van tim, tiền sử đột quỵ) chưa chứng minh được vai trò độc lập trong cải thiện tỷ lệ tử vong. Do đó, quyết định phẫu thuật nên được cá thể hóa dựa trên đánh giá lâm sàng toàn diện (NIHSS, Glasgow, tình trạng đồng tử) kết hợp với hình ảnh học (CT sọ não lúc nhập viện và chụp lại sau 24 - 48 giờ), thay vì áp dụng cứng nhắc ngưỡng 60 tuổi và thời gian 48 giờ theo khuyến cáo AHA/ASA.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu còn hạn chế về cỡ mẫu nhỏ, thiết kế hồi cứu và thiếu nhóm chứng. Vì vậy, cần thêm các nghiên cứu đa trung tâm, tiến cứu, với số lượng bệnh nhân lớn hơn và phân tích đa biến để xác định rõ ràng các yếu tố tiên lượng độc lập, từ đó hỗ trợ tối ưu hóa chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Feigin, Valery L et al.** "World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025." *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society* vol. 20,2 (2025): 132-144. doi:10.1177/17474930241308142
2. **GBD 2021 Forecasting Collaborators.** "Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022-2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021." *Lancet* (London, England) vol. 403,10440 (2024): 2204-2256. doi:10.1016/S0140-6736(24)00685-8
3. **Vahedi, Katayoun et al.** "Sequential-design, multicenter, randomized, controlled trial of early decompressive craniectomy in malignant middle cerebral artery infarction (DECIMAL Trial)." *Stroke* vol. 38,9 (2007): 2506-17. doi:10.1161/STROKEAHA.107.485235

4. **Powers, William J et al.** "2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association." *Stroke* vol. 49,3 (2018): e46-e110. doi:10.1161/STR.000000000000158
5. **Chen, Xin et al.** "Improvement in Midline Shift Is a Positive Prognostic Predictor for Malignant Middle Cerebral Artery Infarction Patients Undergoing Decompressive Craniectomy." *Frontiers in neurology* vol. 12 652827. 20 May. 2021, doi:10.3389/fneur.2021.652827
6. **Gopireddy, P. K. R., R. Sharma, A. Katkar, et al.** "Does Age Matter? Unveiling the Impact of Age on Decompressive Craniectomy Outcomes in Malignant Middle Cerebral Artery Infarction: Insights from an Indian Single-Center Study." *Egyptian Journal of Neurosurgery*, vol. 40, no. 99, 2025, <https://doi.org/10.1186/s41984-025-00453-2>
7. **Goedemans, Taco et al.** "Outcome After Decompressive Craniectomy for Middle Cerebral Artery Infarction: Timing of the Intervention." *Neurosurgery* vol. 86,3 (2020): E318-E325. doi:10.1093/neuros/nyz522
8. **Kim, Dong Wook, et al.** "Volumetric Analysis of Malignant Middle Cerebral Infarction (MMI): Infarction Volume Before Decompressive Hemispheric Craniectomy for MMI Is Associated With Poor Consciousness." *Journal of Neurointensive Care*, vol. 4, no. 1, 2021, pp. 13-20. Korean Neurointensive Care Society, <https://doi.org/10.32587/jnic.2021.00332>

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH NỘI SOI MŨI XOANG, CT-SCAN VÀ MRI CỦA VIÊM XOANG DO NẤM XÂM LẤN CẤP TÍNH

Lý Xuân Quang^{1,2}, Lê Quang Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi mũi xoang, CT-scan và MRI ở bệnh nhân (BN) AIFRS được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 90 BN, chia làm 3 nhóm: 30 BN AIFRS, 30 BN viêm xoang cấp do vi khuẩn và 30 BN ung thư mũi xoang. Các dữ liệu về lâm sàng, nội soi, CT-scan và MRI được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Nhóm AIFRS có tỷ lệ đài thảo đường cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không nấm (non-AIFRS) (63,3% so với 31,7%, $p=0,004$). Trên nội soi, "hoại tử niêm mạc quan sát trong phẫu thuật" là dấu hiệu đặc trưng (86,2% ở AIFRS so với <24% ở các nhóm khác). Trên CT-scan, các dấu hiệu thường gặp là "thâm nhiễm mỡ quanh xoang hàm" (63,3%) và "hủy xương xoang bướm" (46,7%), ngoài ra "phì đại cơ vận nhãn" là một dấu hiệu nổi bật (43,3% ở AIFRS so với 0% ở nhóm vi khuẩn). MRI cho thấy các dấu hiệu xâm lấn mạch máu là đặc trưng nhất, nổi bật là "thuyên tắc động mạch bướm khẩu cái" (79,3% so với <8%), "huyết khối xoang hang" (26,7% so với <4%) và "hẹp/tắc động mạch cảnh trong" (30,0% so với 0%) ở các nhóm còn lại. **Kết luận:** AIFRS có những đặc điểm hình ảnh học đặc trưng trên cả ba phương tiện. Nội soi phát hiện hoại tử niêm mạc; CT-scan nhạy với hủy xương và xâm lấn mô mềm ngoài xoang; MRI vượt trội trong việc xác định các biến chứng mạch máu. Việc nhận diện sớm các dấu hiệu này có ý nghĩa quyết định trong việc định hướng chẩn đoán và điều trị.

Từ khóa: viêm xoang do nấm xâm lấn cấp tính, nội soi mũi xoang, CT-scan, MRI, đặc điểm hình ảnh.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF NASAL ENDOSCOPY, CT-SCAN, AND MRI IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE INVASIVE FUNGAL RHINOSINUSITIS

Objective: To describe the imaging characteristics of nasal endoscopy, CT-scan, and MRI in patients with histopathologically confirmed AIFRS. **Materials and Methods:** A retrospective, descriptive study was conducted on 90 patients, divided into three groups: 30 AIFRS patients, 30 patients with acute bacterial rhinosinusitis, and 30 patients with sinonasal cancer. Clinical, endoscopic, CT-scan, and MRI data were collected and analyzed. **Results:** The AIFRS group had a significantly higher rate of diabetes mellitus compared with the non-AIFRS group (63.3% versus 31.7%, $p=0.004$). On endoscopy, "intraoperative mucosal necrosis" was the characteristic sign (86.2% in AIFRS compared with <24% in other groups). On CT-scan, common findings were "perimaxillary sinus fat stranding" (63.3%) and "sphenoid bone destruction" (46.7%), while "extraocular muscle enlargement" was a prominent finding (43.3% in AIFRS compared with 0% in the bacterial group). MRI revealed vascular invasion signs as the most characteristic features, notably "sphenopalatine artery occlusion" (79.3% compared with <8%), "cavernous sinus thrombosis" (26.7% compared with <4%), and "internal carotid artery stenosis/occlusion" (30.0% compared with 0%) in the other groups. **Conclusion:** AIFRS presents with distinct imaging characteristics across all three modalities. Endoscopy detects mucosal necrosis; CT is sensitive to bone destruction and extrasinus soft tissue infiltration; MRI excels at identifying vascular complications. Early recognition of these signs is

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

critical for diagnostic orientation and treatment planning. **Keywords:** acute invasive fungal rhinosinusitis, nasal endoscopy, CT-scan, MRI, imaging characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm xoang do nấm xâm lấn cấp tính (Acute Invasive Fungal Rhinosinusitis - AIFRS) là bệnh lý nhiễm trùng hiếm gặp nhưng có tiên lượng nặng, đặc biệt ở BN suy giảm miễn dịch hoặc đái tháo đường không kiểm soát.¹ Bệnh đặc trưng bởi sự xâm nhập nhanh chóng của sợi nấm vào niêm mạc, mạch máu và các cấu trúc lân cận, có thể lan đến ổ mắt và nội sọ chỉ trong vài ngày, với tỷ lệ tử vong dao động từ 30% đến trên 80%.²

Thách thức lớn nhất trong thực hành lâm sàng là chẩn đoán sớm AIFRS, do các triệu chứng ban đầu như sốt, đau mặt, nghẹt mũi thường không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với viêm xoang cấp do vi khuẩn thể nặng hoặc ung thư vùng mũi xoang.³ Việc chẩn đoán chậm trễ dẫn đến trì hoãn phẫu thuật loại bỏ mô hoại tử và sử dụng thuốc kháng nấm toàn thân, làm giảm đáng kể cơ hội sống còn của BN.

Trong bối cảnh đó, các phương tiện hình ảnh học như nội soi mũi xoang, chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) và cộng hưởng từ (MRI) đóng vai trò then chốt. Nội soi giúp phát hiện sớm các vùng niêm mạc hoại tử,⁴ CT có giá trị trong đánh giá phá hủy xương,⁵ trong khi MRI vượt trội trong khảo sát tổn thương mô mềm sâu và các biến chứng mạch máu, nội sọ.⁶

Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu mô tả một cách có hệ thống và so sánh đặc điểm hình ảnh của AIFRS với các bệnh lý khác có biểu hiện tương tự vẫn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi mũi xoang, CT-scan và MRI ở bệnh nhân viêm xoang do nấm xâm lấn cấp tính*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả phân tích.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 90 BN điều trị tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y Dược

TP.HCM (BVDHYD) từ 01/2019 đến 03/2025, chia thành 3 nhóm:

- Nhóm AIFRS (n=30): Chẩn đoán xác định dựa trên mô bệnh học có bằng chứng nấm xâm lấn mô, tiêu chuẩn của EORTC/MSG 2020.

- Nhóm viêm xoang cấp do vi khuẩn (n=30): Chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của EPOS 2020 (khởi phát cấp tính < 4 tuần các triệu chứng mũi xoang), kết quả cấy mủ xoang dương tính với vi khuẩn và đáp ứng lâm sàng với điều trị kháng sinh.

- Nhóm ung thư mũi xoang (n=30): Chẩn đoán xác định là carcinoma hoặc lymphoma dựa trên mô bệnh học.

Tất cả BN được đưa vào nghiên cứu đều phải có đầy đủ dữ liệu hình ảnh học chất lượng cao (CT-scan có tiêm cản quang hoặc MRI chuỗi xung T1 sau tiêm thuốc tương phản, T1W+C) và hình ảnh nội soi mũi xoang được thực hiện trong vòng 48 giờ kể từ thời điểm chụp CT-scan, MRI. Trường hợp không đáp ứng các tiêu chuẩn trên hoặc dữ liệu không đầy đủ sẽ bị loại trừ.

2.3 Cỡ mẫu. Dựa trên các nghiên cứu trước đây về độ nhạy của CT-scan và MRI trong chẩn đoán AIFRS (ước tính $p \approx 85\%$),⁵ với độ chính xác mong muốn (d) là 15%, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nhóm AIFRS là 22 trường hợp. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thu thập đủ 30 trường hợp AIFRS, cùng với 60 trường hợp trong hai nhóm chứng, đạt sai số thực tế 12,8% ở mức tin cậy 95%.

2.4. Phương pháp nghiên cứu. Dữ liệu lâm sàng và hình ảnh học được truy xuất từ bệnh án điện tử. Hình ảnh nội soi, CT-scan và MRI được hai bác sĩ (Tai Mũi Họng và Chẩn đoán hình ảnh) có kinh nghiệm đánh giá độc lập và làm mù thông tin chẩn đoán cuối cùng. Các định nghĩa và tiêu chí đánh giá hình ảnh học được xây dựng dựa trên các nghiên cứu nền tảng và hướng dẫn thực hành về AIFRS, đặc biệt là các tiêu chuẩn được hệ thống hóa bởi Middlebrooks⁵ và Safder.⁶

Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 17.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm, so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm chung - lâm sàng của mẫu nghiên cứu theo 3 nhóm bệnh

Đặc điểm	AIFRS (n=30)	Viêm xoang vi khuẩn (n=30)	Ung thư mũi xoang (n=30)
Đặc điểm chung			
Tuổi (năm), trung bình $\pm$ ĐLC	55,6 $\pm$ 11,9	54,6 $\pm$ 13,8	52,1 $\pm$ 14,2
Tuổi $\geq$ 60	11 (36,7%)	12 (40,0)	8 (26,7)
Nữ giới	19 (63,3%)	13 (43,3)	10 (33,3)

Tiền căn đài tháo đường	19 (63,3%)	11 (36,7)	8 (26,7)
Tiền căn tăng huyết áp	10 (33,3%)	5 (16,7)	11 (36,7)
Triệu chứng cơ năng			
Đau đầu/đau mặt	22 (73,3%)	22 (73,3)	17 (56,7)
Nghẹt mũi	14 (46,7%)	15 (50,0)	14 (46,7)
Triệu chứng thực thể			
Nhảy mũi mũi xoang	19 (63,3%)	21 (70,0)	15 (50,0)
Liệt vận nhãn	10 (33,3%)	10 (33,3%)	7 (23,3)
Liệt dây thần kinh sọ	11 (36,6%)	15 (50,0)	8 (26,7)

Do không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm chung và lâm sàng giữa nhóm ung thư mũi xoang và nhóm viêm xoang do vi khuẩn ($p>0,05$, kèm với chênh lệch trung bình chuẩn hóa $<0,2$), hai nhóm này được gộp thành một nhóm đối chứng chung là "nhóm không nấm" (non-AIFRS, $n=60$). Khi so sánh, nhóm AIFRS có tỷ lệ nữ giới cao hơn (63,3% so với 38,3%, $p=0,025$). Đặc biệt, tiền căn đài tháo đường là yếu tố khác biệt rõ rệt nhất, chiếm

63,3% ở nhóm AIFRS so với chỉ 31,7% ở nhóm không nấm ($p=0,004$) (Bảng 1).

3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi mũi xoang: Các dấu hiệu hoại tử niêm mạc (Hình 1a) là đặc điểm nổi bật và khác biệt nhất của nhóm AIFRS. Dấu hiệu có tần suất cao nhất là "hoại tử quan sát trong phẫu thuật", hiện diện ở 86,2% ca AIFRS, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm vi khuẩn (23,3%) và ung thư (6,7%) ($p<0,001$) (Bảng 3).

Bảng 2: So sánh đặc điểm nội soi giữa nhóm AIFRS và hai nhóm còn lại

Đặc điểm nội soi	AIFRS (n=30)	Viêm xoang Vi khuẩn (n=30)	Ung thư mũi xoang (n=30)	Giá trị p (AIFRS vs Vi khuẩn)	Giá trị p (AIFRS vs Ung thư)
Nhảy mũi khe mũi	27 (90,0%)	20 (69,0%)	15 (50,0%)	0,057	0,002*
Hoại tử xám/tái cuốn giữa/vách ngăn	9 (30,0%)	3 (10,0%)	0 (0%)	0,104	0,002*
Hoại tử đen cuốn giữa	9 (30,0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,002*	0,002*
Hoại tử quan sát trong phẫu thuật	25 (86,2%)	7 (23,3%)	2 (6,7%)	<0,001	<0,001

3.3. Đặc điểm hình ảnh CT-scan

Trên CT, các dấu hiệu phản ánh sự xâm lấn ra ngoài xoang được ghi nhận với tần suất cao hơn ở nhóm AIFRS so với hai nhóm còn lại. Cụ thể, "thâm nhiễm mỡ quanh xoang hàm" là đặc điểm phổ biến nhất (63,3%). Các dấu hiệu xâm

lấn sâu hơn như "hủy xương xoang bướm" (46,7%) (Hình 1b) và xâm lấn hốc mắt, biểu hiện qua phi đại cơ vận nhãn (43,3%), cũng có tỷ lệ cao và khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh với nhóm viêm xoang do vi khuẩn (lần lượt $p=0,001$ và $p<0,001$) Bảng 4.

Bảng 3: Đặc điểm CT-scan giữa các nhóm

Đặc điểm CT-scan (n, %)	AIFRS (n=30)	Viêm xoang Vi khuẩn (n=30)	Ung thư mũi xoang (n=30)
Hủy xương xoang hàm	17 (56,7%)	8 (26,7%)	17 (56,7%)
Hủy xương xoang bướm	14 (46,7%)	2 (6,7%)	8 (26,7%)
Thâm nhiễm mỡ quanh xoang hàm	19 (63,3%)	9 (30,0%)	11 (36,7%)
Thâm nhiễm mỡ chân bướm khẩu cái	17 (56,7%)	8 (26,7%)	11 (36,7%)
Thâm nhiễm mô mềm trong nón	7 (23,3%)	0 (0%)	2 (6,7%)
Phi đại cơ vận nhãn	13 (43,3%)	0 (0%)	4 (13,3%)

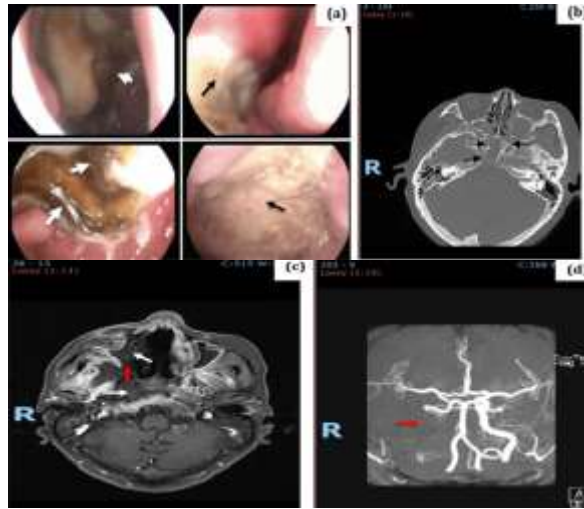
3.4. Đặc điểm hình ảnh MRI. MRI cho thấy các dấu hiệu xâm lấn mạch máu và mô mềm sâu là đặc trưng nhất của AIFRS. "Thuyên tắc động mạch bướm khẩu cái" (Hình 1c) là dấu hiệu phổ biến nhất (79,3%), có sự khác biệt rất

lớn so với hai nhóm còn lại ($p<0,001$). Các biến chứng mạch máu nặng khác như "huyết khối xoang hang" (26,7%) và "hẹp/tắc động mạch cảnh trong" (30,0%) (Hình 1d) cũng chủ yếu được ghi nhận ở nhóm AIFRS (Bảng 5).

Bảng 4: Đặc điểm MRI giữa các nhóm

Đặc điểm MRI (n, %)	AIFRS (n=30)	Viêm xoang Vi khuẩn (n=30)	Ung thư mũi xoang (n=30)
Thuyên tắc động mạch bướm khẩu cái	23 (79,3%)	2 (7,7%)	1 (4,0%)
Tổn thương đỉnh hốc mắt	14 (46,7%)	6 (20,0%)	7 (23,3%)
Thâm nhiễm mô mềm trong nón	9 (30,0%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)

Huyết khối xoang hang	8 (26,7%)	1 (3,3%)	0 (0%)
Hẹp/tắc động mạch cảnh trong	9 (30,0%)	0 (0%)	0 (0%)

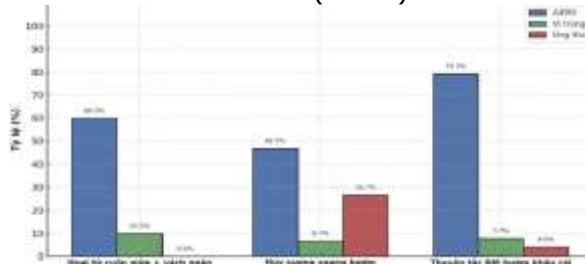


Hình 1: Các dấu hiệu đặc trưng nhất ở nhóm AIFRS

(Nguồn: BVDHYD)

(a): Nội soi: hoại tử xám vách ngăn, vòm khẩu cái (mũi tên đen), hoại tử đen cuốn giữa và khe giữa (mũi tên trắng). (b): CT- axial: hủy mòn xương bướm 2 bên (mũi tên đen). (c) MRI-axial: hủy xương xoang hàm, sàng, bướm phải (mũi tên trắng), thuyên tắc động mạch (ĐM) bướm khẩu cái phải (mũi tên đỏ). (d): MRA: tắc ĐM cảnh trong phải (mũi tên đỏ).

Biểu đồ 1 trình bày tần suất của ba dấu hiệu hình ảnh đặc trưng nhất trên từng phương tiện. Có thể thấy rõ, cả ba dấu hiệu này đều có tỷ lệ xuất hiện cao vượt trội ở nhóm AIFRS so với hai nhóm chứng, đặc biệt là "thuyên tắc động mạch bướm khẩu cái" trên MRI (~80%).



Biểu đồ 1: So sánh các dấu hiệu đặc trưng nhất giữa 3 nhóm bệnh

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tiền căn đái tháo đường là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất ở BN AIFRS (63,3% so với 31,7% ở nhóm không năm, $p=0,004$), phù hợp với y văn thế giới về vai trò của tình trạng tăng đường

huyết và toan chuyển hóa trong sinh bệnh học của nấm, đặc biệt là Mucorales.²

Về hình ảnh học, các dấu hiệu hoại tử niêm mạc trên nội soi là chỉ điểm đặc trưng của AIFRS. Tỷ lệ ghi nhận dấu hiệu "hoại tử đen cuốn giữa" trong nghiên cứu này (30%), tương đồng với báo cáo của Roland⁷, khẳng định đây là một dấu hiệu quan trọng của tình trạng hoại tử do thiếu máu cục bộ. Tuy nhiên, dấu hiệu hoại tử bề mặt này có độ nhạy thấp. Ngược lại, dấu hiệu "hoại tử quan sát trong phẫu thuật" (ghi nhận ở 86,2% ca AIFRS) là một chỉ điểm vừa nhạy vừa đặc hiệu, phản ánh quá trình hoại tử sâu và xâm lấn mô, vốn là một tiêu chí chẩn đoán xác định của AIFRS theo các hướng dẫn mới nhất, giúp nhận diện các trường hợp mà quan sát bề mặt chưa đủ để kết luận.

Trên CT-scan, các dấu hiệu xâm lấn ra ngoài xoang là những phát hiện có giá trị nhất. Tỷ lệ "thâm nhiễm mỡ quanh xoang hàm" (63,3%) và "hủy xương xoang bướm" (46,7%) ở nhóm AIFRS cao hơn rõ rệt so với nhóm viêm xoang do vi khuẩn (tương ứng là 30,0% và 6,7%). Điều này phù hợp với mô hình chẩn đoán trên CT của Middlebrooks,⁵ trong đó thâm nhiễm mỡ ngoài xoang và hủy xương là các yếu tố tiên lượng mạnh cho AIFRS.

MRI đã chứng tỏ sự vượt trội trong việc phát hiện các biến chứng mạch máu, vốn là bản chất của AIFRS. Dấu hiệu "thuyên tắc động mạch bướm khẩu cái" được ghi nhận với tần suất rất cao (79,3%), cao hơn đáng kể so với tỷ lệ các dấu hiệu gián tiếp liên quan đến vùng hố chân bướm (35-45%) được báo cáo bởi Safder.⁶ Sự khác biệt này có thể được lý giải do đa số BN trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán ở giai đoạn muộn với tổn thương lan rộng, đồng thời việc sử dụng các chuỗi xung MRI nhạy có thuốc tương phản cho phép phát hiện các dấu hiệu gián tiếp của tắc mạch thông qua biến đổi mô xung quanh. Các biến chứng mạch máu nặng khác như "huyết khối xoang hang" (26,7%) và "tắc động mạch cảnh trong" (30,0%), gần như chỉ xuất hiện ở nhóm AIFRS, là những dấu hiệu của bệnh ở giai đoạn tiến triển và có tiên lượng rất nặng.⁸

V. KẾT LUẬN

AIFRS có những đặc điểm hình ảnh học đặc trưng, giúp định hướng chẩn đoán sớm. Về Nội soi mũi xoang nổi bật là sự hiện diện của hoại tử niêm mạc, đặc biệt là hình ảnh hoại tử lan rộng

được xác nhận trong phẫu thuật. Trong CT-scan có dấu hiệu đặc trưng bao gồm hủy xương, nhất là ở xoang bướm, và các dấu hiệu xâm lấn ngoài xoang như thâm nhiễm mỡ quanh xoang và phì đại cơ vận nhãn. Về MRI vượt trội trong phát hiện các dấu hiệu xâm lấn mạch máu, trong đó thuyên tắc động mạch bướm khẩu cái là dấu hiệu đặc trưng và thường gặp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lafont, E., et al., [Fungal sinusitis]. Rev Mal Respir, 2017. 34(6): p. 672-692.
2. Skiada, A., I. Pavleas, and M. Drogari-Apiranthitou, Epidemiology and Diagnosis of Mucormycosis: An Update. J Fungi (Basel), 2020. 6(4).
3. Aribandi, M., V.A. McCoy, and C. Bazan, 3rd, Imaging features of invasive and noninvasive fungal sinusitis: a review. Radiographics, 2007. 27(5): p.1283-96.
4. DelGaudio, J.M. and L.A. Clemson, An early detection protocol for invasive fungal sinusitis in neutropenic patients successfully reduces extent of disease at presentation and long term morbidity. Laryngoscope, 2009. 119(1): p. 180-3.
5. Middlebrooks, E.H., et al., Acute Invasive Fungal Rhinosinusitis: A Comprehensive Update of CT Findings and Design of an Effective Diagnostic Imaging Model. AJNR Am J Neuroradiol, 2015. 36(8): p. 1529-35.
6. Safder, S., et al., The "Black Turbinate" sign: An early MR imaging finding of nasal mucormycosis. AJNR Am J Neuroradiol, 2010. 31(4): p. 771-4.
7. Roland, L.T., et al., Diagnosis, Prognosticators, and Management of Acute Invasive Fungal Rhinosinusitis: Multidisciplinary Consensus Statement and Evidence-Based Review with Recommendations. Int Forum Allergy Rhinol, 2023. 13(9): p. 1615-1714.
8. Turner, J.H., et al., Survival outcomes in acute invasive fungal sinusitis: a systematic review and quantitative synthesis of published evidence. Laryngoscope, 2013. 123(5): p. 1112-8.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC NGỘ ĐỘC CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIỀN GIANG

Nguyễn Ngọc Trang¹, Trần Đỗ Thanh Phong¹,
Lý Việt Phúc¹, Nguyễn Thành Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học ngộ độc cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca có phân tích trên 267 trẻ em dưới 16 tuổi được chẩn đoán ngộ độc cấp nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Trẻ nữ chiếm 55,8% và trẻ nam 44,2%. Trẻ em trong độ tuổi từ 1 đến dưới 3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (31,5%); nhóm tuổi từ 7 đến dưới 12 tuổi (25,1%); 3 đến dưới 6 tuổi (21,3%); trẻ trên 12 tuổi chiếm 18% và trẻ dưới 1 tuổi 4,1%. 77,2% trẻ cư trú ở khu vực nông thôn, 22,8% ở khu vực thành thị. Độc tố sinh học (nọc rắn), với chiếm tỷ lệ 70,4%; hóa chất (15,4%); thuốc tân dược (7,5%) và ngộ độc thực phẩm với 16 trường hợp (6,0%); ít gặp nhất là phân su (0,7%). Đường qua da và niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất (70,4%), tiêu hóa (28,9%) và đường hô hấp (0,7%). Ngộ độc xảy ra chủ yếu tại nhà (92,6%), ngộ độc tại trường học đứng thứ hai (6,7%) và 0,7% trường hợp ngộ độc xảy ra trong bụng mẹ.

Từ khóa: dịch tễ, ngộ độc cấp, trẻ em.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE POISONING IN CHILDREN AT TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Objective: The study has objectives: Describe the epidemiological characteristics of acute poisoning in children at Tien Giang General Hospital. **Methods:** Retrospective study design describing a series of cases with analysis of 267 children under 16 years old diagnosed with acute poisoning admitted to Tien Giang General Hospital from January 2022 to December 2024. **Result:** Epidemiological characteristics: Of the total 267 cases of acute poisoning in children recorded, girls accounted for 55.8% and boys 44.2%. Children aged 1 to under 3 years old accounted for the highest proportion (31.5%); age group from 7 to under 12 years old (25.1%); 3 to under 6 years old (21.3%); children over 12 years old accounted for 18%. and children under 1 year old 4.1%. 77.2% of children live in rural areas, 22.8% in urban areas. Biological toxins (snake venom), accounting for 70.4%; chemicals (15.4%); modern medicine (7.5%) and food poisoning with 16 cases (6.0%); the least common is meconium (0.7%). The highest rate is through the skin and mucous membranes (70.4%), followed by the digestive tract (28.9%) and the respiratory tract (0.7%). Poisoning occurs mainly at home (92.6%), poisoning at school is second (6.7%) and 0.7% of poisoning cases occur in the womb. **Keywords:** epidemiology, acute poisoning, children.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

²Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Nam

Email: ntnam@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc cấp ở trẻ em là một thách thức y tế công cộng toàn cầu do tính chất đột ngột, diễn tiến nhanh và nguy cơ để lại di chứng lâu dài về thần kinh, hô hấp và tâm lý. Trẻ nhỏ đặc biệt dễ tổn thương vì đặc điểm sinh lý, hành vi khám phá môi trường và khả năng tự bảo vệ còn hạn chế. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới cho thấy mỗi năm có khoảng 2 triệu trẻ dưới 5 tuổi phải nhập viện do ngộ độc cấp, với khoảng 60.000 trường hợp tử vong liên quan đến phơi nhiễm các tác nhân độc hại trong môi trường sống như thuốc, hóa chất và sản phẩm tiêu dùng không an toàn [5]. Những con số này nhấn mạnh gánh nặng bệnh tật đáng kể và nhu cầu cấp thiết của các biện pháp dự phòng—từ kiểm soát nguồn phơi nhiễm, cải thiện ghi nhãn—bao gói an toàn đến giáo dục sức khỏe cộng đồng.

Tại Việt Nam, gánh nặng ngộ độc ở trẻ em vẫn hiện hữu và có sự khác biệt theo vùng miền, mức đô thị hóa và tập quán sinh hoạt. Thống kê năm 2021 của Bộ Y tế ghi nhận khoảng 4.000 ca ngộ độc cấp trẻ em được báo cáo tại các bệnh viện, trong đó ngộ độc do thuốc chiếm khoảng 20%, hóa chất gia dụng 15%, và thuốc trừ sâu/các hóa chất nông nghiệp khoảng 10% [1]. Dù đa số trường hợp có thể cứu sống nếu được nhận diện sớm và xử trí ban đầu phù hợp, việc phát hiện muộn hoặc can thiệp không đúng quy cách vẫn dẫn đến tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề, làm tăng chi phí điều trị và gánh nặng cho gia đình—xã hội.

Mô hình ngộ độc ở trẻ thay đổi theo thời gian và bối cảnh địa phương (nguồn phơi nhiễm, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, mức độ sẵn có của các sản phẩm tiềm ẩn nguy cơ). Tuy nhiên, dữ liệu mô tả chi tiết theo địa phương còn hạn chế, đặc biệt tại tuyến tỉnh. Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang là cơ sở tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhi trong khu vực, do đó việc cập nhật đặc điểm dịch tễ học ngộ độc cấp tại đây có ý nghĩa thực tiễn, từ bối cảnh trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đặc điểm dịch tễ học ngộ độc cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang”, những bằng chứng này sẽ hỗ trợ hoạch định các can thiệp dự phòng tại cộng đồng, chuẩn hóa quy trình xử trí ban đầu, và tối ưu phân bổ nguồn lực, nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho các chiến lược phòng ngừa và cải thiện chăm sóc bệnh nhi tại địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ em dưới 16 tuổi được chẩn đoán ngộ độc cấp nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang từ tháng

01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các bệnh nhi được chọn vào nghiên cứu khi có một trong ba tiêu chuẩn sau: Có bằng chứng tiếp xúc chất độc, có biểu hiện lâm sàng của ngộ độc cấp, xét nghiệm xác định độc chất trực tiếp hoặc gián tiếp dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhi sốc phản vệ và các phản ứng dị ứng khác, ngộ độc mạn tính, thân nhân bệnh nhi không đồng ý tham gia nghiên cứu và hồ sơ bệnh án dưới 80% thông tin cần thu thập hoặc thất lạc.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca có phân tích.

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

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

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, d = 0,05

- p: là tỷ lệ điều trị thành công ngộ độc cấp ở trẻ em theo Nguyễn Tân Hùng (2021) là 91,5% [2]. Thay vào công thức trên: $n \approx 120$ bệnh nhân. Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 267 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, chọn tất cả trẻ em thỏa tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm dịch tễ học: Phân bố trẻ em ngộ độc cấp theo giới tính, nhóm tuổi, nơi cư trú, tác nhân gây ngộ độc, đường vào của chất độc, nơi xảy ra ngộ độc và mức độ nặng khi nhập viện theo PSS.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 26.0. Các thống kê mô tả (sử dụng tần số và tỷ lệ % cho biến số định tính; sử dụng trung bình và độ lệch chuẩn cho biến số định lượng).

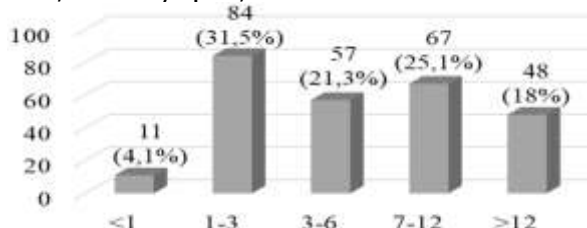
2.3. Y đức: Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật, những người tham gia thu thập số liệu đảm bảo tính trung thực khi tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Phân bố trẻ em ngộ độc cấp theo giới tính

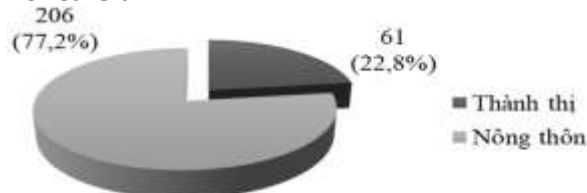
Trong tổng số 267 trường hợp trẻ em bị ngộ độc cấp được ghi nhận, có 149 trường hợp là trẻ nữ, chiếm tỷ lệ 55,8% và 118 trường hợp là trẻ nam, chiếm tỷ lệ 44,2%.



Biểu đồ 2. Phân bố trẻ em ngộ độc cấp theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trẻ em trong độ tuổi từ 1 đến dưới 3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số các trẻ em ngộ độc cấp, với 84 trường hợp, tương ứng 31,5%. Nhóm tuổi từ 7 đến dưới 12 tuổi ghi nhận 67 trường hợp (25,1%), tiếp theo là nhóm tuổi từ 3 đến dưới 6 tuổi với 57 trường hợp (21,3%). Nhóm trẻ trên 12 tuổi có 48 trường hợp, chiếm 18%. Nhóm trẻ dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11 trường hợp, tương ứng 4,1%.

3.3. Phân bố trẻ em ngộ độc cấp theo nơi cư trú



Biểu đồ 3. Phân bố trẻ em ngộ độc cấp theo nơi cư trú

Nhận xét: Trẻ em bị ngộ độc cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang chủ yếu cư trú ở khu vực nông thôn với 206 trường hợp, chiếm 77,2%. Trong khi đó, số trẻ em ngộ độc cấp sống tại khu vực thành thị là 61 trường hợp, chiếm 22,8%.

Bảng 1. Tác nhân gây ngộ độc cấp ở trẻ em

Tác nhân gây ngộ độc	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Độc tố sinh học (nọc rắn)	188	70,4
Hóa chất	41	15,4
Thuốc tân dược	20	7,5

Ngộ độc thực phẩm	16	6,0
Phân su	2	0,7
Tổng	267	100

Nhận xét: Tác nhân gây ngộ độc cấp ở trẻ em chủ yếu là do độc tố sinh học (nọc rắn), với 188 trường hợp, chiếm tỷ lệ 70,4%. Hóa chất là tác nhân đứng thứ hai với 41 trường hợp (15,4%), tiếp theo là thuốc tân dược với 20 trường hợp (7,5%) và ngộ độc thực phẩm với 16 trường hợp (6,0%). Tác nhân ít gặp nhất là phân su, chỉ ghi nhận 2 trường hợp, chiếm tỷ lệ 0,7%.

Bảng 2. Đường vào của chất độc

Đường vào của chất độc	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Da, niêm mạc	188	70,4
Tiêu hóa	77	28,9
Hô hấp	2	0,7
Tổng	267	100

Nhận xét: Đường qua da và niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất với 188 trường hợp, tương ứng 70,4%. Đường tiêu hóa ghi nhận 77 trường hợp (28,9%) và đường hô hấp chỉ có 2 trường hợp, chiếm tỷ lệ 0,7%.

Bảng 3. Nơi ngộ độc của trẻ

Nơi ngộ độc	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tại nhà	247	92,6
Trường học	18	6,7
Trong bụng mẹ	2	0,7
Tổng	267	100

Nhận xét: Ngộ độc xảy ra chủ yếu tại nhà, với 247 trường hợp, chiếm 92,6%. Ngộ độc tại trường học đứng thứ hai với 18 bé, chiếm 6,7%. 2 trường hợp ngộ độc xảy ra trong bụng mẹ, chiếm 0,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố trẻ em ngộ độc cấp theo giới tính. Kết quả nghiên cứu ghi nhận trong 267 trường hợp trẻ em bị ngộ độc cấp tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang, tỷ lệ trẻ nữ chiếm ưu thế với 149 trường hợp (55,8%), trong khi trẻ nam là 118 trường hợp (44,2%). Điều này cho thấy trẻ nữ có nguy cơ bị ngộ độc cấp cao hơn trẻ nam trong quần thể nghiên cứu.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tân Hùng tại Bệnh viện Nhi Trung ương, giai đoạn 2017–2020, khi ghi nhận tỷ lệ trẻ nữ chiếm 52,6% trong tổng số ca ngộ độc nhập viện, cao hơn so với tỷ lệ trẻ nam (47,4%) [2].

Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại cho thấy tỷ lệ trẻ nam ngộ độc cao hơn trẻ nữ như nghiên cứu của Nguyễn Phan Trọng Hiếu (2024) tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 ghi nhận trẻ nam chiếm 51,7% tổng số ca ngộ độc, so với 48,3% ở trẻ nữ [3].

4.1. Phân bố trẻ em ngộ độc cấp theo nhóm tuổi. Về phân bố trẻ em ngộ độc cấp theo nhóm tuổi, có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ mắc ngộ độc cấp ở trẻ em theo từng nhóm tuổi. Nhóm trẻ từ 1 đến dưới 3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (31,5%) trong tổng số các trường hợp, tiếp theo là nhóm từ 7 đến dưới 12 tuổi (25,1%), nhóm từ 3 đến dưới 6 tuổi (21,3%), nhóm trên 12 tuổi (18%), và cuối cùng là nhóm dưới 1 tuổi với tỷ lệ thấp nhất (4,1%).

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tại Nepal của Surabhi Aryal và cộng sự (2024) cũng ghi nhận 35,2% trẻ bị ngộ độc thuộc nhóm tuổi từ 1 - 3 [8]. Nghiên cứu của Lee và cộng sự (2019) tại Đài Loan cho thấy tỷ lệ ngộ độc ở nhóm tuổi 7 - 12 là 24,8% [6]. Với nhóm trẻ trên 12 tuổi, tỷ lệ mắc ngộ độc cấp là 18%. Nghiên cứu của Lovegrove và cộng sự (2019) tại Hoa Kỳ cũng ghi nhận 17,5% trường hợp ngộ độc cấp xảy ra ở trẻ trên 12 tuổi [7].

4.3. Phân bố trẻ em ngộ độc cấp theo nơi cư trú. Tỷ lệ trẻ em bị ngộ độc cấp cư trú tại khu vực nông thôn chiếm ưu thế (77,2%), trong khi chỉ 22,8% trường hợp sống tại thành thị. Kết quả trên phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Phan Trọng Hiếu (2024), trong đó ghi nhận tỷ lệ ngộ độc cấp ở trẻ em khu vực nông thôn cao hơn đáng kể so với khu vực thành thị [3]. Xu hướng này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu quốc tế. Cụ thể, nghiên cứu của Aryal và cộng sự tại Nepal (2024) ghi nhận tới 80,5% trẻ em bị ngộ độc cấp sống tại khu vực nông thôn [8].

4.4. Tác nhân gây ngộ độc cấp ở trẻ em. Nọc rắn là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất trong các trường hợp ngộ độc (70,4%). Điều này cho thấy nét đặc điểm môi trường sinh thái tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long – nơi có hệ sinh thái tự nhiên thuận lợi cho sự sinh sống và phát triển của các loài rắn độc. Nghiên cứu của Nguyễn Phan Trọng Hiếu (2024) tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 ghi nhận thuốc tân dược là nguyên nhân ngộ độc phổ biến nhất (50%), tiếp theo là hóa chất (42,2%) [3]. Tỷ lệ ngộ độc thực phẩm chiếm 6,0%, thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Xuân và Đỗ Ngọc Sơn (2021) tại Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch Mai, nơi ghi nhận tỷ lệ này là 16,5% [4].

4.5. Đường vào của chất độc. Phần lớn các trường hợp ngộ độc ở trẻ em xảy ra qua da và niêm mạc, chiếm tới 70,4%. Đường tiêu hóa là con đường phổ biến thứ hai với tỷ lệ 28,9%, trong khi ngộ độc qua đường hô hấp chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ, 0,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Phan Trọng Hiếu (2024)

tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, khi 68,9% trẻ nhập viện do ngộ độc cấp có tiếp xúc với hóa chất qua da hoặc niêm mạc [3].

4.6. Nơi ngộ độc. Phần lớn các trường hợp ngộ độc ở trẻ em xảy ra tại nhà, chiếm 92,6% tổng số ca. Trong khi đó, ngộ độc tại trường học chiếm tỷ lệ thấp hơn, với 6,7%, và ngộ độc trong bụng mẹ chỉ chiếm 0,7%. Thực trạng này được ghi nhận không chỉ ở Việt Nam mà còn phổ biến tại nhiều quốc gia khác. Chẳng hạn, nghiên cứu của Nguyễn Phan Trọng Hiếu (2024) tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 cho thấy 89,3% ca ngộ độc ở trẻ xảy ra tại nhà [3]. Kết quả tương tự được báo cáo bởi Aryal và cộng sự (2024) tại Nepal với tỷ lệ 85,96% [8], và Lee cùng cộng sự (2019) tại Đài Loan với tỷ lệ lên tới 94,7% [6].

V. KẾT LUẬN

Trong tổng số 267 trường hợp trẻ em bị ngộ độc cấp được ghi nhận, trẻ nữ chiếm 55,8% và trẻ nam là 44,2%. Trẻ em trong độ tuổi từ 1 đến dưới 3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (31,5%); nhóm tuổi từ 7 đến dưới 12 tuổi (25,1%); 3 đến dưới 6 tuổi (21,3%); trẻ trên 12 tuổi chiếm 18%. và trẻ dưới 1 tuổi 4,1%. 77,2% trẻ cư trú ở khu vực nông thôn, 22,8% ở khu vực thành thị. Độc tố sinh học (nọc rắn), với chiếm tỷ lệ 70,4%; hóa chất (15,4%); thuốc tân dược (7,5%) và ngộ độc thực phẩm với 16 trường hợp (6,0%); ít gặp nhất là phân su (0,7%). Đường qua da và niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất (70,4%), tiêu hóa (28,9%) và đường hô hấp (0,7%). Ngộ độc xảy ra chủ yếu tại nhà (92,6%), ngộ độc tại trường học đứng thứ hai (6,7%) và 0,7% trường hợp ngộ độc xảy ra trong bụng mẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2021)**, Báo cáo thống kê về tình hình ngộ độc cấp ở trẻ em. Hà Nội.
2. **Nguyễn Tân Hùng (2021)**, Nguyên nhân và kết quả điều trị ngộ độc cấp trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2017- 2020, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Phan Trọng Hiếu, Tạ Văn Trâm, Nguyễn Đức Toàn (2024)**, "Đặc điểm dịch tễ ngộ độc cấp ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 1", Tạp Chí Y học Việt Nam, 536(2).
4. **Đặng Thị Xuân, Đỗ Ngọc Sơn (2021)**, "Đặc điểm dịch tễ và tác nhân thường gây ngộ độc cấp ở trẻ em tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai", Tạp Chí Y học Việt Nam, 501(2).
5. **Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., et al. (Eds.). (2008)**. World report on child injury prevention: Chapter 6 – Poisoning. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310644>
6. **Jung Lee, et al. (2019)**, "Clinical spectrum of acute poisoning in children admitted to the pediatric emergency department", Pediatrics and Neonatology, 60, 59-67.

7. Maribeth C. et al. Lovegrove (2019), "Ingestion of over-the-counter liquid medications: emergency department visits by children aged less than 6 years", American Journal of Preventive Medicine, 56(2), 288 - 292.
8. Susmin Karki Surabhi Aryal, Machhindra Lamichhane (2024), "Acute Poisoning among Children Admitted in a Tertiary Care Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study", J Nepal Med Assoc, 62(271):160-4.

THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG Ở HỌC SINH TIỂU HỌC HUYỆN ĐÔNG SƠN TỈNH THANH HOÁ NĂM 2022

Hà Văn Chiến¹, Lê Đức Cường², Nguyễn Đức Thanh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng bệnh sâu răng ở học sinh tiểu học huyện Đông Sơn tỉnh Thanh Hoá năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1.153 học sinh tại 4 trường tiểu học thuộc huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa. Tình trạng sâu răng sữa và sâu răng vĩnh viễn được đánh giá theo tiêu chuẩn chẩn đoán của chương trình nha học đường. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ sâu răng sữa và sâu răng vĩnh viễn chiếm 65,1% và 51,5%. Tỷ lệ sâu răng sữa của học sinh khối 1 là 68,7%; khối 2 là 67,7%; khối 3 là 60,2% và khối 4 là 52,2%. Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn lần lượt là 38,0%-54,2%-52,7%- 45,4%. Tỷ lệ chung là 80,1%-89,6%-70,2% -82,1%. Tỷ lệ sâu răng sữa, răng vĩnh viễn và sâu răng chung ở cả nam nữ lần lượt là: 63,5%-45,8%-80,7% và 61,1%-48,3%-83,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ sâu răng ở học sinh tiểu học huyện Đông Sơn còn ở mức cao ở cả răng sữa và răng vĩnh viễn. Không ghi nhận sự khác biệt theo giới. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần thiết tăng cường các biện pháp dự phòng và can thiệp sức khỏe răng miệng cho học sinh tiểu học. **Từ khóa:** Sâu răng, Bệnh răng miệng, Học sinh tiểu học

SUMMARY

STATUS OF DENTAL CARIES AMONG PRIMARY SCHOOL STUDENTS IN ĐÔNG SON DISTRICT, THANH HOA PROVINCE, IN 2022

Objective: To describe the status of dental caries among primary school students in Đông Sơn District, Thanh Hóa Province, in 2022. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 1,153 students from four primary schools in Đông Sơn District, Thanh Hóa Province. The status of dental caries in primary and permanent teeth was assessed according to the diagnostic criteria of the School Oral Health Program. **Results:** The

prevalence of dental caries in primary and permanent teeth was 65.1% and 51.5%, respectively. The prevalence of primary tooth caries among first-, second-, third-, and fourth-grade students was 68.7%, 67.7%, 60.2%, and 52.2%, respectively. Corresponding rates of permanent tooth caries were 38.0%, 54.2%, 52.7%, and 45.4%. Overall caries prevalence across the four grades was 80.1%, 89.6%, 70.2%, and 82.1%. The prevalence of primary tooth caries, permanent tooth caries, and overall caries among boys and girls was 63.5%–45.8%–80.7% and 61.1%–48.3%–83.3%, respectively. No statistically significant differences were observed between sexes ($p > 0.05$). **Conclusion:** The prevalence of dental caries among primary school students in Đông Sơn District remains high in both primary and permanent teeth. No sex-related differences were identified. The findings highlight the need to strengthen preventive measures and oral health interventions for primary school students. **Keywords:** Dental caries, Oral diseases, Primary school students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng là một trong ba mối nguy hàng đầu cho sức khỏe sau ung thư và các bệnh tim mạch. Hiện nay trên thế giới, bệnh sâu răng trở thành vấn đề được quan tâm. Liên đoàn Nha khoa quốc tế (FDI) cũng cảnh báo nước ta là một trong những nước có tỷ lệ trẻ em mắc bệnh sâu răng cao trên thế giới [1]. Hiện nay, Việt Nam tỷ lệ mắc bệnh đang ở mức độ cao và có chiều hướng tăng lên, nhất là các vùng nông thôn và miền núi. Nghiên cứu của một tác giả tại thành phố Hà Nội cho biết Tỷ lệ mắc bệnh sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm của học sinh 7-8 tuổi tại Đông Ngạc là 78,8% sâu răng vĩnh viễn tính từ mức tổn thương sớm D1, 48,4% sâu răng vĩnh viễn tính từ mức D2, 20,3% sâu răng vĩnh viễn tính từ mức D3 [2]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả thực trạng bệnh sâu răng ở học sinh tiểu học huyện Đông Sơn tỉnh Thanh Hoá.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

* Đối tượng: Học sinh tiểu học tại 4 trường

¹Trung tâm y khoa 261

²Trường đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Chiến

Email: havanchien1741972gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

- **Tiêu chuẩn chọn:** Học sinh khối lớp 1 đến lớp 4 tại 4 trường được chọn điều tra. Có sự đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu của cả học sinh và phụ huynh học sinh.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những học sinh đang có lý do về sức khoẻ hoặc bất cứ lý do gì mà phải nghỉ học tại thời điểm điều tra hoặc không thể trả lời phỏng vấn

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu:

Công thức tính cỡ mẫu.

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

Trong đó: - n: Cỡ mẫu nghiên cứu

- $Z_{(1-\alpha/2)}$: là giá trị Z được lấy ở ngưỡng $\alpha = 0,05$, $Z = 1,96$

- p = 0,63: Tỷ lệ sâu răng theo nghiên cứu của Nguyễn Anh Sơn [2].

- e: là tỷ lệ sai số cho phép, với nghiên cứu chọn d = 0,05

- DE: Hiệu lực thiết kế, với nghiên cứu này, chọn DE = 2

Sau khi tính toán có n = 717 học sinh cộng với 15% dự trữ mẫu và làm tròn là 900 em. Như vậy mỗi trường sẽ điều tra là 225 học sinh. Thực tế các lớp học sinh ở các khối không đồng đều, nên chúng tôi đã điều tra mỗi khối toàn bộ học sinh của 2 lớp. Tổng số điều tra được 1153 học sinh;

Chọn mẫu

+ Chọn trường: Lập danh sách các trường tiểu học (mỗi xã có 01 trường) của huyện Đông Sơn, sau đó chọn chủ đích 4 trường vào điều tra đó là: Trường tiểu học Đông Hoàng, Đông Quang, Đông Thanh và Đông Thịnh. Đây là những trường có điều kiện kinh tế, văn hóa, xã hội khá tương đồng nhau về nhiều mặt.

+ Chọn lớp học sinh: Tại mỗi trường được chọn, mỗi trường có 4 khối học sinh, chọn ngẫu nhiên mỗi khối 2 lớp: khối 1, khối 2, khối 3, khối 4.

+ Chọn học sinh để điều tra: Tiến hành điều tra toàn bộ số học sinh của 2 lớp trong mỗi khối đã được chọn

2.3. Biến số trong nghiên cứu

- Tỷ lệ bệnh sâu răng chung
- Tỷ lệ bệnh sâu răng theo tuổi, giới, lớp, trường,
- Tỷ lệ các loại bệnh sâu răng: sâu răng sữa, răng vĩnh viễn,...

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu điều tra được xử lý bằng chương trình Epi Data, SPSS được thực hiện trên máy tính tại khoa YTCC của trường đại học Y Dược Thái Bình

- Sử dụng tần số, tỷ lệ % và biểu diễn dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại 4 trường tiểu học thuộc huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa. Bao gồm trường tiểu học Đông Hoàng, Đông Quang; Đông Thanh và trường tiểu học Đông Thịnh

Thời gian nghiên cứu: thực hiện vào 3/2022 (giữa học kỳ 2)

3. Đạo đức nghiên cứu. Tuân thủ quy trình xét duyệt của Hội đồng Đạo đức và Hội đồng Đề cương của trường Đại học Y Dược Thái Bình. Được sự cho phép của Sở Y tế và sở Giáo dục và Đào tạo tỉnh Thanh hoá và các phòng chức năng của huyện Đông Sơn

- Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Một số thông tin về học sinh được nghiên cứu (n=1153)

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	592	51,3
	Nữ	561	48,7
Khối (độ tuổi)	1 (6 tuổi)	323	28,0
	2 (7 tuổi)	260	22,5
	3 (8 tuổi)	275	23,9
	4 (9 tuổi)	295	25,6
p	>0,05		
Trường	Đông Quang	295	25,6
	Đông Thịnh	304	26,3
	Đông Thanh	269	23,3
	Đông Hoàng	285	24,8
p	>0,05		

Kết quả bảng 3.1 cho thấy các học sinh được điều tra với nam chiếm 51,3%; nữ là 48,7 %. Tỷ lệ học sinh giữa các khối lớp cao nhất là khối 1 chiếm 28,0%; khối 2 thấp nhất là 22,5%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Học sinh ở 4 trường điều tra cũng chiếm tỷ lệ từ 23,3% đến 26,3%. Sự khác biệt không ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ học sinh bị sâu răng theo trường

Trường điều tra	n	Loại răng sâu					
		Răng sữa		Răng vĩnh viễn		Sâu răng chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
Đông Quang	295	190	64,4	134	45,4	237	80,3
Đông Thịnh	304	196	64,5	136	44,7	250	82,2
Đông Thanh	269	176	65,4	126	46,8	203	75,5
Đông Hoàng	285	188	66,0	147	51,5	256	89,8
Chung	1153	750	65,1	543	47,1	946	82,1
Giá trị p		>0,05		>0,05		>0,05	

Bảng 3.2. cho thấy tỷ lệ sâu răng sữa ở các trường chiếm tỷ lệ là 64,4%-64,5%-65,4% và 66,0%; Tỷ lệ chung cho các trường là 65,1%. Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn lần lượt là: 45,4%-44,7%-46,8% và 51,5%; tỷ lệ chung cho các trường là 47,1%. Tỷ lệ sâu răng chung là 82,1%; Trường Đông Thanh thấp nhất là 75,5% và trường Đông Hoàng cao nhất 89,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$

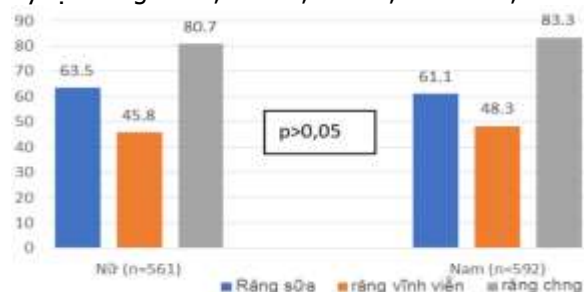
**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ học sinh bị sâu răng theo vị trí hàm (n=1153)**

Về tỷ lệ mắc sâu răng theo giới, kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ sâu răng của học sinh ở hàm dưới với răng sữa và răng vĩnh viễn đều cao hơn hàm trên với tỷ lệ là 9,5%; 12,1% và 53,8%; 38,9%

Bảng 3.3. Tỷ lệ học sinh bị sâu răng theo khối học

Trẻ theo lớp	n	Loại răng sâu					
		Răng sữa		Răng vĩnh viễn		Sâu răng chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
Khối 1 (6 tuổi)	323	222	68,7	123	38,0	278	86,1
Khối 2 (7 tuổi)	260	192	73,8	141	54,2	233	89,6
Khối 3 (8 tuổi)	275	182	66,2	145	52,7	228	70,2
Khối 3 (8 tuổi)	275	182	66,2	145	52,7	228	70,2
Khối 4 (9 tuổi)	295	154	52,2	134	45,4	207	82,1
Chung	1153	750	65,1	543	47,1	946	82,1
Giá trị p		>0,05					

Kết quả bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ sâu răng theo các khối học: tỷ lệ sâu răng sữa của học sinh khối 1 là 68,7%; khối 2 là 73,8%; khối 3 là 66,2% và khối 4 là 52,2%. Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn lần lượt là 38,0%-54,2%-52,7% và 45,4%. Tỷ lệ chung là 80,1%-89,6%-70,2% và 82,1%.

**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ học sinh bị sâu răng theo giới tính**

Biểu đồ 3.2 cho thấy tỷ lệ sâu răng sữa, răng vĩnh viễn và sâu răng chung ở cả nam nữ

lần lượt là: 63,5%-45,8%-80,7% và 61,1%-48,3%-83,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại các trường tiểu học tại huyện Đông Sơn tỉnh Thanh Hóa. Ở các trường chúng tôi thực hiện nghiên cứu các khối lớp 1,2,3 và 4 ở giai đoạn 1 và giai đoạn 2 sau 1 năm can thiệp thì các học sinh khối 1 lên khối 2, khối 2 lên khối 3 và khối 3 lên khối 4 và khối 4 lên khối 5 nên nghiên cứu thực hiện là khối 2,3,4 và 5. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Kết quả ở tổng số đối tượng nghiên cứu là 1153 học sinh, được phân bố tương đối đồng đều ở các khối lớp (độ tuổi từ 6 đến 9 tuổi). Cụ thể: Khối 1 (6 tuổi) chiếm 28,0%; Khối 2 (7 tuổi) chiếm 22,5%; Khối 3 (8 tuổi) chiếm 23,9% và Khối 4 (9 tuổi) chiếm 25,6%. Tỷ lệ các khối dao động trong khoảng từ

22,5% đến 28,0%; kết quả cho thấy phân bố mẫu khá đồng đều giữa các độ tuổi, không có sự chênh lệch đáng kể giữa các nhóm tuổi. Kết quả kiểm định thống kê cho thấy $p > 0,05$; điều này có nghĩa là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố độ tuổi giữa các nhóm nghiên cứu. Nói cách khác, việc chọn mẫu theo khối lớp là tương đối cân bằng, đảm bảo tính đại diện cho quần thể học sinh trong độ tuổi tiểu học được khảo sát. Điều này rất quan trọng trong nghiên cứu, vì giúp loại trừ được ảnh hưởng của yếu tố độ tuổi đối với các biến số khác. Khi các nhóm có phân bố tương đương, kết quả so sánh giữa các nhóm khác sẽ đáng tin cậy hơn. Kết quả cũng cho thấy trong số học sinh điều tra có 51,3% là nam và 48,7% là nữ; như vậy tỷ lệ giữa hai giới tương đối cân bằng, không có sự khác biệt đáng kể về giới tính trong mẫu nghiên cứu. Trong 4 trường tiểu học được điều tra đó là Đông Quang, Đông Hoàng, Đông Thịnh và Đông Thanh. Kết quả phân bố mẫu theo trường cho thấy số lượng học sinh tham gia nghiên cứu ở 4 trường là tương đối đồng đều. Tỷ lệ học sinh giữa các trường dao động trong khoảng 23,3% đến 26,3%; không có sự chênh lệch đáng kể giữa các nhóm ($p > 0,05$). Điều này cũng chứng tỏ quá trình chọn mẫu được thực hiện hợp lý, đảm bảo tính đại diện giữa các trường. Qua kết quả nghiên cứu cho thấy về địa điểm nghiên cứu của chúng tôi cũng khá đồng nhất số đối tượng nghiên cứu cả về số lượng theo trường, khối lớp và giới tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của tác giả Trần Tấn Tài là tương đương nhau, với tỷ lệ nam là 53,2% và nữ là 46,8% [3]; so với nghiên cứu của Phouphet cũng tương đương với tỷ lệ nam là 58,01% và nữ là 49,99% [4].

Răng vĩnh viễn là thể hệ răng thứ hai trong bộ răng của con người, mọc thay thế răng sữa và tồn tại suốt đời nếu được chăm sóc tốt. Tổng cộng có 32 răng vĩnh viễn, chia đều cho hai hàm, bao gồm: 8 răng cửa (4 trên, 4 dưới). 4 răng nanh. 8 răng tiền hàm. 12 răng hàm (trong đó 4 răng khôn mọc sau cùng, thường ở tuổi 17-25). Răng vĩnh viễn bắt đầu mọc khoảng 6 tuổi (răng hàm lớn thứ nhất) và hoàn thiện khoảng 17-25 tuổi. Khi răng vĩnh viễn mới mọc, men răng còn non, ít khoáng hóa, dễ bị vi khuẩn tấn công nên nguy cơ sâu răng cao, đặc biệt ở răng hàm lớn thứ nhất. Quá trình khoáng hóa hoàn thiện sau khi mọc 1-2 năm. Răng vĩnh viễn không có khả năng thay thế nếu bị mất, vì không còn mầm răng dự trữ. Do vậy, việc chăm sóc răng miệng và hạn chế sự sâu răng và tổn thương răng vĩnh

viễn là vô cùng cần thiết không chỉ với bản thân học sinh, gia đình học sinh, mà vai trò nhà trường cũng rất quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra: Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn lần lượt theo các trường là 45,4%-44,7%-46,8% và 51,5%; tỷ lệ chung cho các trường là 47,1%. Như vậy, tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn dao động giữa các trường không lớn (khoảng 7%), cho thấy tình hình sâu răng vĩnh viễn khá đồng đều giữa các trường. Tỷ lệ chung 47,1% là tương đối cao, phản ánh rằng gần một nửa học sinh đã có răng vĩnh viễn bị sâu. Kết quả phù hợp với trung bình toàn quốc. Mặc dù học sinh ở độ tuổi này đã bắt đầu thay răng và có ý thức hơn trong chăm sóc răng miệng, song tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn vẫn cao, chứng tỏ các biện pháp dự phòng chưa được thực sự hiệu quả. Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn gần bằng 50% cho thấy một nửa trẻ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức nhai, phát âm và thẩm mỹ. nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Minh và cộng sự cũng cho kết quả là sâu răng vĩnh viễn xuất hiện sớm và tăng nhanh theo tuổi. Tỷ lệ sâu răng cao nhất ở nhóm tuổi 12 - 15 (43,7%) và trung bình mỗi trẻ có một đến hai răng sâu không được hàn, tỷ lệ răng được điều trị rất thấp [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ sâu răng sữa, sâu răng vĩnh viễn và sâu răng chung của các trường chúng tôi điều tra còn khá cao. Đây cũng là một kết quả và cũng là dữ liệu quan trọng để chúng tôi áp dụng các biện pháp can thiệp sau này để nhằm giảm tỷ lệ sâu răng chung cho học sinh

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sâu răng sữa và sâu răng vĩnh viễn còn cao chiếm 65,1% và 51,5%. Tỷ lệ sâu răng sữa của học sinh khối 1 là 68,7%; khối 2 là 67,7%; khối 3 là 60,2% và khối 4 là 52,2%. Tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn lần lượt là 38,0%-54,2%-52,7%- 45,4%. Tỷ lệ chung là 80,1%-89,6%-70,2% -82,1%. Tỷ lệ sâu răng sữa, răng vĩnh viễn và sâu răng chung ở cả nam nữ lần lượt là: 63,5%-45,8%-80,7% và 61,1%-48,3%-83,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

KIẾN NGHỊ

Cần triển khai đồng bộ các biện pháp về truyền thông, dự phòng bằng fluor, khám răng định kỳ và phối hợp chặt chẽ giữa nhà trường - gia đình - y tế để cải thiện sức khỏe răng miệng cho học sinh tiểu học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2022), Global oral health status report, Towards universal health coverage for oral health

- by 2030.
2. **Vũ Mạnh Tuấn, Trần Văn Trường và Vũ Duy Hưng (2013)**, "Đánh giá thực trạng sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm của học sinh 7-8 tuổi trường tiểu học Đồng Ngọc A, Tứ Liêm, Hà Nội", Tạp chí Y học thực hành, số 1, TR. 43-47.
 3. **Trần Tân Tài (2016)**, Thực trạng bệnh sâu răng và hiệu quả biện pháp can thiệp cộng đồng của học sinh tại một số trường tiểu học Thừa Thiên Huế., Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Dược Huế.
 4. **Phouphet Kanolath, Hà Ngọc Chiêu, Nguyễn Đức Hoàng (2024)**, Kiến thức và thực hành chăm sóc vệ sinh răng miệng của học sinh trường tiểu học Khương Thượng Hà Nội năm 2022-2023, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 507, Số 2, Tr.321 -324
 5. **Nguyễn Thị Hồng Minh, Trịnh Đình Hải (2020)**, "Tình trạng sâu răng sữa ở trẻ em Việt nam năm 2019", Tạp chí Y học dự phòng, Tập 30, số 1, tr.123

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU ĐỘNG MẠCH MẶT TRÊN HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH MẠCH MÁU VÙNG HÀM MẶT

Trần Anh Bích¹, Nguyễn Thị Cẩm Tiên², Lương Hữu Đăng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc hiểu rõ đặc điểm giải phẫu về động mạch mặt có ý nghĩa quyết định đối với tính an toàn và hiệu quả của các thủ thuật, phẫu thuật vùng mặt như tiêm chất làm đầy, tạo hình - tái tạo vạt, hay các phẫu thuật hàm mặt phức tạp. Do đó, đề tài được thực hiện nhằm nghiên cứu đặc điểm động mạch mặt ở người Việt Nam, góp phần nâng cao độ chính xác và an toàn trong thực hành lâm sàng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 35 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính mạch máu vùng hàm mặt tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 12/2024 đến tháng 06/2025. Trong đó, động mạch mặt xuất phát độc lập từ động mạch cảnh ngoài chiếm 80%, từ thân chung lưỡng - mặt chiếm 20%. Đường kính trung bình tại nguyên uỷ và tại bờ dưới xương hàm dưới lần lượt là $2,82 \pm 0,38$ mm và $1,99 \pm 0,34$ mm. Đường kính trung bình ở nam lớn hơn nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Động mạch mặt cho từ 1-5 nhánh bên ở vùng mặt, thường gặp nhất là động mạch môi dưới (91,43%) và động mạch môi trên (74,29%). Động mạch góc có tỉ lệ ít nhất (14,28%), trong đó, dạng động mạch góc biến thể có nhánh bên trội chiếm 2,86%. Có 5 dạng phân nhánh tận, trong đó dạng I (41,42%) và dạng II (42,86%) là hai dạng phổ biến. Ghi nhận 1 trường hợp động mạch mặt dạng thiếu sản - dạng V (1,43%). Liên quan giữa động mạch mặt và rãnh mũi - má ghi nhận được có cả 4 vị trí, trong đó động mạch mặt đi phía trong rãnh mũi má chiếm tỉ lệ cao nhất (64,29%). Khoảng cách trung bình từ động mạch mặt đến góc hàm cùng bên là $25,6 \pm 5$ mm, khác biệt giữa nam và nữ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Động mạch mặt biến thiên đa dạng về nguyên uỷ, phân nhánh, đường đi và dạng kết thúc. Do đó, việc ứng dụng các phương tiện hình ảnh học

hiện đại như chụp cắt lớp vi tính mạch máu trong nghiên cứu lâm sàng không chỉ dừng lại ở việc mô tả đặc điểm giải phẫu, mà còn mở rộng thành công cụ hỗ trợ thiết thực cho phẫu thuật và điều trị. **Từ khoá:** động mạch mặt, cắt lớp vi tính mạch máu, giải phẫu mạch máu, biến thể giải phẫu, mô tả cắt ngang.

SUMMARY

ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF THE FACIAL ARTERY ON COMPUTED TOMOGRAPHY ANGIOGRAPHY

Background: The facial artery is a principal branch of the external carotid artery, supplying most of the superficial facial structures. Its highly variable branching patterns and course present challenges in clinical practice. Comprehensive anatomical understanding is critical for ensuring the safety of procedures such as filler injections, reconstructive flaps, and complex maxillofacial surgeries. **Methods:** We performed a descriptive cross-sectional study of 35 patients (70 facial arteries) who underwent computed tomography angiography (CTA) of the maxillofacial region at Cho Ray Hospital. **Results:** The facial artery originated directly from the external carotid artery in 80% of cases and from the linguofacial trunk in 20%. The mean diameters at the origin and at the inferior mandibular border were 2,82 mm and 1,99 mm, respectively, with significantly larger values observed in males ($p < 0,05$). Each artery gave 1-5 branches; the inferior labial (91,4%) and superior labial (74,3%) arteries were most frequently identified. The angular artery was the least common branch (14,3%), and a variant form with a dominant side branch was present in 2,9% of cases. Five terminal branching patterns were classified, with type I (41,4%) and type II (42,9%) predominating. A hypoplastic variant was detected in one case (1,4%). Relative to the nasolabial fold, the artery most commonly coursed medially (64,3%). The mean distance from the artery to the ipsilateral mandibular angle was 25,6 mm, with significant sex-related differences ($p < 0,05$). **Conclusion:** The facial artery demonstrates considerable variation in its origin, branching, and course. These results provide clinically

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hữu Đăng

Email: luonghuudang167@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

relevant anatomical data to enhance the safety and efficacy of facial interventions in the Vietnamese population. **Keywords:** Facial Artery; Computed Tomography Angiography; Anatomy; Vascular System; Anatomic Variation; Cross-Sectional.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vùng mặt là một khu vực giải phẫu phức tạp, tập trung nhiều cấu trúc quan trọng, vừa đảm bảo chức năng sinh lý, vừa đóng vai trò thẩm mỹ. Các thành phần điển hình như hệ thống cơ mặt điều khiển biểu cảm, các tuyến nước bọt, mạng lưới thần kinh cảm giác và vận động tinh vi, đặc biệt là hệ thống mạch máu dày đặc, cung cấp máu nuôi dưỡng các phần mềm. Chính sự đa dạng và mật độ cấu trúc dày, vùng mặt trở thành khu vực dễ bị tổn thương trong các can thiệp ngoại khoa hay thủ thuật xâm lấn. Việc mở rộng can thiệp phẫu thuật vùng mặt, nguy cơ tổn thương các cấu trúc mạch máu, đặc biệt là các mạch máu lớn cũng tăng lên. Trong số đó, động mạch mặt đóng vai trò trung tâm trong việc cấp máu cho hầu hết các cấu trúc phần mềm vùng mặt giữa và dưới. Động mạch mặt xuất phát từ động mạch cảnh ngoài, trên đường đi uốn lượn và phân chia thành nhiều nhánh tại vùng mặt và cổ. Các dạng phân nhánh của động mạch mặt rất đa dạng và biến đổi đáng kể giữa các cá thể, thậm chí không hoàn toàn giống nhau giữa bên phải và bên trái trên cùng một người. Ngoài ra, động mạch mặt còn có sự thông nối với động mạch mặt, một nhánh của động mạch cảnh trong. Do đó, các tổn thương động mạch mặt không chỉ gây ra các biến chứng thiếu máu, hoại tử, tắc mạch tại chỗ mà còn có thể gây ảnh hưởng đến cơ quan lân cận như mù mắt hay tắc mạch máu não. Trong bối cảnh đó, nghiên cứu đặc điểm động mạch mặt nhằm cung cấp thêm bằng chứng khoa học về cấu trúc động mạch mặt ở người Việt Nam, góp phần nâng cao độ chính xác và an toàn trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca

Đối tượng: 70 mẫu động mạch mặt từ phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu vùng hàm mặt của 35 bệnh nhân người Việt Nam tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 12/2024 đến tháng 06/2025. Tiêu chuẩn chọn mẫu là hình ảnh động mạch mặt được hiển thị rõ ràng. Tiêu chuẩn loại trừ gồm: chấn thương, xạ trị vùng hàm mặt, xảo ảnh do kim loại răng.

Kỹ thuật chụp phim: Tất cả bệnh nhân đều được chụp bằng máy CLVT xoắn ốc đa dãy đầu

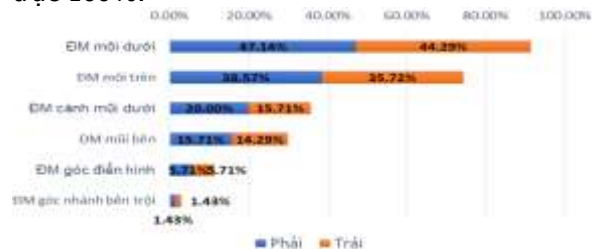
dò. Thông số kỹ thuật trung bình gồm kV = 120, mAs = 100 – 200, độ dày lát cắt 0,5 – 0,625 mm. Thuốc cản quang không ion hoá, nồng độ iod cao (350 – 370 mg/mL), liều lượng từ 70 – 100 mL, được truyền qua tĩnh mạch bằng bơm tiêm tự động với tốc độ 4 mL/giây. Thì động mạch được chụp dựa vào kỹ thuật bolus-tracking với ROI đặt tại cung động mạch chủ có ngưỡng phát tia là 75 – 100 HU.

Phương pháp thống kê: Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata MP15. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không phân phối chuẩn. Phép kiểm định T-test, Mann-Whitney test được sử dụng để so sánh giá trị trung bình giữa 2 nhóm. Phép kiểm định Chi-square test, Fisher's exact test được sử dụng để so sánh tỉ lệ giữa 2 nhóm. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

Y ĐỨC: Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh xét duyệt, thông qua và cho phép thực hiện. Mã số: IRB-VN01002/IRB00010293/FW A00023448.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu được 70 mẫu động mạch mặt (35 bên phải, 35 bên trái) từ phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu của 35 bệnh nhân, gồm 21 nam và 14 nữ. Độ tuổi trung bình là 52,94 (24 - 94 tuổi). Kết quả nghiên cứu ghi nhận nguyên uỷ động mạch mặt có 2 dạng: xuất phát độc lập từ động mạch cảnh ngoài (80%) và xuất phát từ thân chung lưỡng - mặt (20%). Động mạch mặt cho từ 1 - 5 nhánh bên, gồm: động mạch môi dưới (91,43%), động mạch môi trên (74,29%), động mạch cánh mũi dưới (35,71%), động mạch mũi bên (30%) và động mạch góc (14,28%) (Hình 1). Trong đó, động mạch góc hiện diện ở dạng nhánh bên trội chiếm 2,86% (Hình 2), ở dạng điển hình chiếm 11,42%. Sự hiện diện của mỗi nhánh ở hai bên phải và trái có tỉ lệ bất đối xứng và không có nhánh nào hiện diện thường trực 100%.



Đồ thị 1: Tỉ lệ các phân nhánh động mạch mặt



Hình 1: Các phân nhánh ĐMM trên phim CLVT

FA: Facial artery - Động mạch mặt; 1: Động mạch môi dưới; 2: Động mạch môi trên; 3: Động mạch cánh mũi dưới; 4: Động mạch mũi bên; 5: Động mạch góc (kiểu điển hình); Mũi tên màu xanh: Tĩnh mạch mặt



Hình 2: ĐM góc dạng nhánh bên trội trên phim CLVT

Tổ hợp các dạng phân nhánh tận được phân loại theo bảng phân loại Furukawa cải biên, gồm 5 dạng, với tỉ lệ như sau: dạng I - động mạch mặt tận bằng động mạch môi dưới và/hoặc môi trên (41,42%), dạng II - động mạch mặt tận bằng động mạch cánh mũi dưới (42,86%), dạng III - động mạch mặt tận bằng động mạch mũi bên và/hoặc động mạch góc (11,43%), dạng IV

Bảng 1: Đường kính trung bình động mạch mặt

	Nam	Nữ	Dạng I	Dạng II	Dạng III	Dạng IV	Dạng V
Đường kính ĐMM tại F1 (mm)	2,09±0,37	1,85±0,23	1,86±0,25	1,97±0,37	2,33±0,25	1,92±0,74	1,51

Động mạch mặt đi phía trong rãnh mũi - má thường gặp nhất, chiếm 64,29%. 3 dạng còn lại là đi phía ngoài rãnh mũi - má, bắt chéo rãnh mũi - má từ trong ra ngoài, bắt chéo rãnh mũi - má từ ngoài vào trong lần lượt có tỉ lệ 22,86%, 8,57%, 4,29%. Khoảng cách trung bình từ động mạch mặt đến góc hàm cùng bên là $25,6 \pm 5$ mm. Khoảng cách này không có sự khác nhau giữa phải và trái ($p>0,05$), nhưng lại có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới, khoảng cách trung bình ở nam lớn hơn nữ ($p<0,05$) (Bảng 2).

Bảng 2: Khoảng cách từ động mạch mặt đến góc hàm cùng bên

	Phải	Trái	Nam	Nữ
Khoảng cách trung bình (mm)	26,1 ±3,5	25,1 ±6,2	26,2 ±5,7	24,7 ±3,7
Trung bình toàn bộ mẫu (mm)	25,6±5			

IV. BÀN LUẬN

- động mạch mặt dạng hai thân (2,86%) và dạng V - động mạch mặt thiếu sản (1,43%) (Hình 3). Trong trường hợp động mạch mặt thiếu sản, ghi nhận có nhánh ngang mặt bù trừ.



Hình 3: Các dạng phân nhánh tận động mạch mặt

Đường kính trung bình động mạch mặt ở dạng I là $1,86 \pm 0,25$ mm, dạng II là $1,97 \pm 0,37$ mm, dạng III là $2,33 \pm 0,25$ mm, dạng IV là $1,92 \pm 0,74$ mm (Bảng 1). Trường hợp động mạch mặt thiếu sản (dạng V) đo được đường kính là 1,51 mm. Sự khác biệt về đường kính trung bình ở các dạng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tuy nhiên, đường kính trung bình động mạch mặt ở nam và nữ khác biệt có ý nghĩa thống kê, với nam lớn gấp 1,1 lần nữ ($p=0,042$).

Trong phần lớn các nghiên cứu, động mạch mặt có nguyên uỷ độc lập từ động mạch cảnh ngoài được ghi nhận với tần suất cao nhất, dao động từ 41,1% đến 96,7%, nguyên uỷ từ thân chung lưỡi mặt có tỉ lệ dao động nằm trong khoảng từ 3,29% đến 44,7% theo các tác giả Neimann [1] và Wang [2]. Dạng xuất phát từ thân chung giáp lưỡi mặt ít gặp hơn, thường chiếm tỉ lệ dưới 3,5%. Một vài dạng nguyên uỷ không điển hình khác được ghi nhận, gồm: xuất phát từ thân chung động mạch hàm trên trong báo cáo của Delic J [3], xuất phát ở vị trí cao bất thường (dưới xương hàm trên) trong báo cáo của Neimann [1] hay xuất phát từ điểm phân chia của động mạch cảnh chung trong báo cáo của Cobiella [3]. Hai nghiên cứu trên người Việt Nam của chúng tôi và Cái Hữu Ngọc Thảo Trang [4] hiện chỉ ghi nhận hai dạng nguyên uỷ: độc lập và thân chung lưỡi - mặt.

Khi đi qua vùng mặt động mạch mặt cho trung bình từ 1 – 6 nhánh. Các nhánh chính được ghi nhận theo tần suất xuất hiện giảm dần gồm: động mạch môi trên (61% – 98%), động mạch môi dưới (61% – 91,5%), động mạch mũi bên (25,1% – 78%), động mạch cánh mũi dưới (32,5%–72%) và động mạch góc (22% – 42,5%). Không có nhánh nào hiện diện thường trực 100% ở các nghiên cứu. Từ đó có thể thấy sự biến thiên phân nhánh của động mạch mặt rất đa dạng, phong phú.

So sánh giữa các nghiên cứu hình ảnh học về dạng tổ hợp nhánh tận động mạch mặt thấy

Bảng 3: So sánh tỉ lệ các dạng nhánh tận với các nghiên cứu trước đây

Tác giả	Năm	Cỡ mẫu	Dạng I	Dạng II	Dạng III	Dạng IV	Dạng V
Furukawa [6]	2013	187	34,2%	39,6%	24%	2,1%	-
Koziej [7]	2019	255	24,7%	32,8%	35,8%	1,6%	-
Hong [5]	2020	284	14%	49%	32%	5%	-
Wang [2]	2022	300	23,3%	54,3%	16,3%	6,1%	-
Koziej [8]	2022	2119	15,55%	5,89%	69,81%	1,72%	0,81%
Chúng tôi	2025	70	41,42%	42,86%	11,43%	2,86%	1,43%

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đường kính trung bình ĐMM nhỏ nhất ở dạng thiếu sản (Dạng V). Trong khi đó, 3 nghiên cứu của các tác giả Furukawa [6], Koziej [7] và Wang [2] thì không ghi nhận dạng ĐMM thiếu sản và đường kính trung bình tại F1 của dạng I là nhỏ nhất. Mặt khác, chúng tôi có sự tương đồng với Koziej

rằng, trong nghiên cứu của chúng tôi, dạng II là kiểu phân nhánh tận của động mạch mặt có tỉ lệ cao nhất. Kết quả này tương đồng với kết quả của Hong (2020) [5], Wang (2022) [2] và Furukawa [6], khi dạng II là tổ hợp phổ biến nhất nhưng khác với báo cáo của Koziej [7,8], với dạng III chiếm ưu thế. Có thể nhận thấy, tỉ lệ xuất hiện các dạng phân nhánh tận của động mạch mặt rất đa dạng và gần như không có sự thống nhất giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt này nhiều khả năng xuất phát từ sự khác nhau về cỡ mẫu, đặc điểm nhân chủng học, cũng như phương pháp nghiên cứu.

[8] khi đường kính ĐMM tại F1 ở dạng III có giá trị lớn nhất, trong khi nghiên cứu của Wang [2] và Furukawa [6] là ở dạng IV. Sự khác biệt đáng kể giữa các nghiên cứu có thể được giải thích do sự khác nhau về chủng tộc, cỡ mẫu nhỏ, sai số khi đo bên cạnh sự đa dạng của các biến thể được tìm thấy.

Bảng 4: So sánh đường kính trung bình động mạch mặt trong các nghiên cứu trước đây

Nghiên cứu	Dạng I (mm)	Dạng II (mm)	Dạng III (mm)	Dạng IV (mm)	Dạng V (mm)
Furukawa [6]	2,0±0,43	2,24±0,42	2,3±0,5	2,58±0,56	-
Koziej [7]	1,3(1,2-1,6)	1,6(1,4-1,9)	2,0(1,7-2,3)	-	-
Wang [2]	1,46±0,36	1,95±0,49	1,96±0,43	2,14±0,38	-
Chúng tôi	1,86±0,25	1,97±0,37	2,33±0,25	1,92±0,74	1,51

Khoảng cách trung bình từ động mạch mặt đến góc hàm của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Cái Hữu Ngọc Thảo Trang [4] trên người Việt Nam, ghi nhận khoảng cách trung bình chung là 24,23 mm, ở nam là 25,17 mm, ở nữ là 22,17 mm. Các nghiên cứu ngoài nước như Koziej và cộng sự [7] khảo sát trên phim CLVT ghi nhận khoảng cách này là 27,2 mm, khoảng tứ phân vị từ 24 mm đến 30,7 mm. Trước đó, một số nghiên cứu thực hiện trên xác cũng đã ghi nhận khoảng cách này dao động từ 27 mm đến 45 mm [9]. Có thể thấy rằng khoảng cách từ động mạch mặt đến góc hàm có sự biến đổi đáng kể giữa các nghiên cứu, thường dao động từ 24 mm đến 45 mm tùy thuộc vào quần thể nghiên cứu và giới tính.

V. KẾT LUẬN

Hình thái và các dạng phân nhánh tận của động mạch mặt ở người Việt Nam mang tính đa

dạng và khác biệt nhất định so với các nghiên cứu quốc tế. Từ đó, đặt ra yêu cầu cần phải có những khảo sát chi tiết, mang tính cá thể hoá, đặc thù cho từng quần thể dân cư. Trên cơ sở đó, việc ứng dụng các phương tiện hình ảnh học hiện đại như chụp cắt lớp vi tính mạch máu trong nghiên cứu lâm sàng không chỉ dừng lại ở việc mô tả đặc điểm giải phẫu, mà còn mở rộng thành công cụ hỗ trợ thiết thực cho phẫu thuật và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Niemann K, Lazarus L, Rennie C. An Anatomical Study of the Facial Artery. International Journal of Morphology. 2019;37(4).
2. Wang D, Xiong S, Zeng N, Wu Y. Facial arterial variations in Asians: a study on computed tomographic angiography. Aesthetic Surgery Journal. 2022;42(5):527–34. doi: 10.1093/asj/sjab380.
3. Delić J, Savković A, Bajtarević A, Isaković E.

- Variations of ramification of external carotid artery—common trunks of collateral branches. *Periodicum biologorum*. 2010;112(1):117–9.
4. **Cái Hữu Ngọc Thảo Trang**. Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu động mạch mặt trên người Việt Nam [Luận án]. [Thành phố Hồ Chí Minh]: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2024. 164 p.
 5. **Hong SJ, Park SE, Jo JW, Jeong DS, Choi DS, Won JH, et al.** Variant facial artery anatomy revisited: conventional angiography performed in 284 cases. *Medicine*. 2020;99(28):e21048. doi: 10.1097/MD.00000000000021048.
 6. **Furukawa M, Mathes DW, Anzai Y.** Evaluation of the facial artery on computed tomographic angiography using 64-slice multidetector computed tomography: implications for facial reconstruction in plastic surgery. *Plastic and reconstructive surgery*. 2013;131(3):526–35. doi: 10.1097/PRS.0b013e3-1827c6f18.
 7. **Koziej M, Trybus M, Hołda M, Polak J, Wnuk J, Brzegowy P, et al.** Anatomical map of the facial artery for facial reconstruction and aesthetic procedures. *Aesthetic Surgery Journal*. 2019;39(11):1151–62. doi: 10.1093/asj/sjz028
 8. **Koziej M, Bonczar M, Ostrowski P, Piątek-Koziej K, Bonczar T, Pasternak A, et al.** Termination points of the facial artery—A meta-analysis. *Clinical Anatomy*. 2022;35(4):469–76. doi: 10.1002/ca.23817
 9. **Koh KS, Kim H, Oh C, Chung I.** Branching patterns and symmetry of the course of the facial artery in Koreans. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2003;32(4):414–8. doi: 10.1054/ijom.2002.0372

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA SAF VÀ CÁC CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG THẬN Ở NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH KHÔNG ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đặng Lê Minh Khang¹, Tăng Mỹ Ngân¹, Lê Quốc Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các sản phẩm cuối của glycat hóa bậc cao (AGE) là các hợp chất liên kết với protein có đặc tính huỳnh quang, có thể được đo không xâm lấn dưới dạng huỳnh quang tự phát qua da (SAF). SAF đã được chứng minh là một dấu ấn sinh học của AGE tích lũy trong da và có khả năng dự báo tốt hơn về sự phát triển của các biến chứng mạn ở bệnh nhân đái tháo đường. Vì các nghiên cứu về SAF trên người trưởng thành không đái tháo đường còn hạn chế, nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát mối liên quan giữa chỉ số SAF và các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở người Việt Nam không mắc bệnh đái tháo đường. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 53 người Việt Nam trưởng thành không đái tháo đường đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Chỉ số SAF, các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập. Phân tích tương quan Spearman, Pearson và kiểm định Student's t-test được sử dụng để xác định mối liên quan. **Kết quả:** SAF cao hơn có ý nghĩa ở nhóm có tăng huyết áp ($p < 0,05$) và nhóm có tiền căn bệnh mạch vành ($p < 0,05$) so với không có các yếu tố trên. SAF có tương quan thuận có ý nghĩa với tuổi ($r = 0,495$, $p < 0,001$), HbA1c ($r = 0,31$, $p < 0,05$), glucose huyết đói ($r = 0,36$, $p < 0,01$), và nồng độ cystatin C huyết thanh ($r = 0,44$, $p < 0,01$) và có tương quan nghịch có ý nghĩa với nồng độ albumin huyết thanh ($r = -0,39$, $p < 0,01$), độ lọc cầu thận ước đoán ($r = -0,41$, $p < 0,01$). **Kết luận:** Những mối liên quan có ý nghĩa giữa SAF, chỉ số phản ánh tích lũy AGEs ở da,

với tuổi, HbA1c, glucose đói, cystatin C, albumin và eGFR cho thấy SAF có tiềm năng phản ánh sớm nguy cơ rối loạn chuyển hóa, tim mạch và thận ngay cả ở người không đái tháo đường. **Từ khóa:** huỳnh quang tự phát qua da, sản phẩm cuối của glycat hóa bậc cao, không đái tháo đường

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN SKIN AUTOFLUORESCENCE AND RENAL FUNCTION MARKERS IN NON-DIABETIC VIETNAMESE ADULTS

Background: Advanced glycation end-products (AGEs) are compounds that bind to proteins and exhibit fluorescent properties, which can be non-invasively measured as skin autofluorescence (SAF). SAF has been shown to be a biomarker of AGE accumulation in the skin and a better predictor of chronic complications in diabetic patients. Since studies on SAF in non-diabetic adults are still limited, this study was conducted to investigate the relationship between SAF levels and clinical and paraclinical parameters in non-diabetic Vietnamese adults. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 53 non-diabetic Vietnamese adults visiting the University Medical Center Ho Chi Minh City. SAF values, along with clinical and paraclinical data, were collected. Spearman and Pearson correlation analyses and Student's t-test were used to assess the associations. **Results:** SAF levels were significantly higher in participants with hypertension ($p < 0.05$) and those with a history of coronary artery disease ($p < 0.05$) compared to those without these conditions. SAF showed significant positive correlations with age ($r = 0.495$, $p < 0.001$), HbA1c ($r = 0.31$, $p < 0.05$), fasting blood glucose ($r = 0.36$, $p < 0.01$), and serum cystatin C levels ($r = 0.44$, $p < 0.01$). Significant negative correlations were found between SAF and

¹Trường Y, Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn
Email: dr.lequocluan@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025
Ngày duyệt bài: 25.11.2025

serum albumin levels ($r = -0.39$, $p < 0.01$) as well as estimated glomerular filtration rate (eGFR) ($r = -0.41$, $p < 0.01$). **Conclusions:** The significant associations between SAF—a marker of AGE accumulation in the skin—and age, HbA1c, fasting glucose, cystatin C, albumin, and eGFR suggest that SAF may serve as an early indicator of metabolic, cardiovascular, and renal risks even in non-diabetic individuals.

Keywords: skin autofluorescence, advanced glycation end-products, non-diabetic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các sản phẩm cuối của glycat hóa bậc cao (advanced glycation end-products – AGEs) là các hợp chất liên kết với protein, có khả năng phát huỳnh quang và tích lũy trong mô theo thời gian. AGEs đóng vai trò quan trọng trong sinh bệnh học của nhiều bệnh lý mạn tính, đặc biệt là các bệnh chuyển hóa và tim mạch, thông qua việc hoạt hóa thụ thể RAGE và gây tổn thương tế bào nội mô, xơ vữa động mạch và viêm mạn tính. Một chỉ dấu sinh học không xâm lấn phản ánh tích lũy AGEs là chỉ số huỳnh quang tự phát qua da (skin autofluorescence – SAF), được đo bằng thiết bị chuyên dụng nhờ đặc tính huỳnh quang của AGEs trong mô da. Phát hiện của Mulder và cộng sự cho thấy SAF cao hơn đáng kể ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 so với nhóm chứng, và có tương quan chặt chẽ với hàm lượng AGEs trong sinh thiết da¹. Kể từ đó, nhiều nghiên cứu đã chứng minh giá trị của SAF trong dự báo biến chứng mạn như bệnh thận, tim mạch và tử vong ở bệnh nhân đái tháo đường^{2,3}. SAF cũng tăng theo tuổi và liên quan đến các yếu tố nguy cơ như chỉ số khối cơ thể (BMI), vòng eo và huyết áp tâm thu^{4,5}.

Ở người không đái tháo đường, SAF vẫn có mối liên hệ với các bất thường chuyển hóa. Robert van Waateringe và cộng sự (2017) cho thấy SAF tăng ở người mắc hội chứng chuyển hóa và tương quan với thành phần của hội chứng như HDL-C thấp, tăng huyết áp và tình trạng béo trung tâm⁴. SAF cũng được cho thấy mối liên quan với chức năng nội mô, thể hiện qua tương quan nghịch giữa SAF và độ giãn mạch trung gian dòng chảy (FMD), và tương quan độc lập với tình trạng xơ vữa động mạch^{6,7}.

Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu về SAF tập trung trên bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa rõ rệt, trong khi bằng chứng ở nhóm người không mắc đái tháo đường vẫn còn hạn chế. Mặt khác, dữ liệu về SAF ở người châu Á, đặc biệt là người Việt Nam, gần như chưa có. Do đó, việc khảo sát SAF trong cộng đồng người Việt Nam trưởng thành không mắc đái tháo đường là cần thiết để xác định giá trị của chỉ số này trong sàng lọc sớm nguy cơ chuyển hóa và tim mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người Việt Nam trưởng thành đến kiểm tra sức khỏe tổng quát và không được chẩn đoán đái tháo đường trước đây.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh Cơ sở 2.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 09/2024 đến tháng 03/2025.

Tiêu chuẩn chọn vào: Tất cả bệnh nhân đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh Cơ sở 2.

Tiêu chuẩn loại trừ: - BN được chẩn đoán Đái tháo đường theo tiêu chuẩn của ADA 2023:

- (1) HbA1C $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol)
- (2) Glucose huyết đói ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L).
- (3) Glucose huyết 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp glucose ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L)
- (4) Glucose huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) kết hợp với triệu chứng điển hình của tăng glucose huyết (tiểu nhiều, uống nhiều, sụt cân)

Trong trường hợp bệnh cảnh không cấp tính hoặc không có mất bù chuyển hóa, cần lặp lại các tiêu chí (1), (2), (3) vào một ngày khác để xác định chẩn đoán.

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang phân tích

Cỡ mẫu: Do tính chất nghiên cứu thực hiện ban đầu nhằm khảo sát thí điểm mối liên quan giữa SAF và các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở người Việt Nam chưa có nhiều dữ liệu trước đó, và giới hạn về điều kiện nguồn lực, nghiên cứu tiến hành trên 53 đối tượng. Kết quả thu được sẽ được sử dụng để làm cơ sở cho các nghiên cứu quy mô lớn hơn trong tương lai. Việc lựa chọn cỡ mẫu này cũng phù hợp với mục tiêu khám phá và mô tả mối liên quan sơ bộ trong giai đoạn đầu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục không xác suất

2.3. Thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: Các đối tượng sau khi ký văn bản đồng thuận được đo lường và thu thập các thông tin sau:

- Thông tin nhân trắc học: tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể (BMI), chu vi vòng eo.

- Chỉ số huyết áp: đo huyết áp tâm thu và tâm trương theo phương pháp tiêu chuẩn.

- Xét nghiệm máu: glucose huyết lúc đói, HbA1c, creatinine, cystatin C, cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, triglyceride, albumin, AST,

ALT, hemoglobin.

- Đo chỉ số SAF: thực hiện bằng thiết bị AGE Reader tại mặt trong cẳng tay không thuận, sau 5 phút nghỉ ngơi ở tư thế ngồi.

- Độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR): sử dụng công thức CKD-EPI 2012 dựa trên creatinine và cystatin C.

Xử lý số liệu: Phân tích bằng phần mềm SPSS 20 và trực quan hóa bằng R.

Kiểm tra biến định lượng có phân phối chuẩn hay không bằng phép kiểm Kolmogorov-Smirnov khi cỡ mẫu lớn hơn 50. Biến định lượng có phân phối chuẩn khi mức ý nghĩa $p > 0,05$. Phân tích tương quan Pearson hoặc Spearman được sử dụng tùy theo phân phối dữ liệu. Kiểm định Student's t-test được áp dụng để so sánh trung bình giữa các nhóm khi thích hợp.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Mô tả dữ liệu: Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn khi có phân phối chuẩn. Biến định lượng không có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị 25th – 75th). Biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất (phần trăm).

2.4. Vấn đề y đức. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 1171/ĐHYD-HĐĐĐ ký ngày 23/11/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân trắc học, lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc học của nhóm nghiên cứu

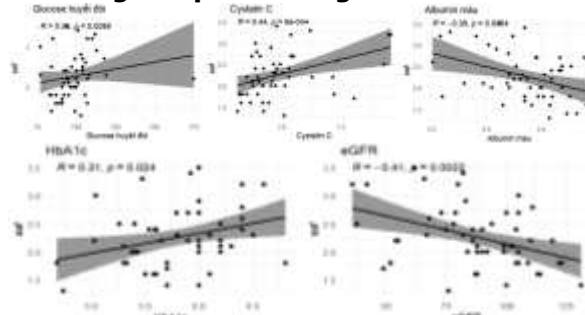
Đặc điểm nhân trắc học	N = 53
Giới tính nam	35 (66,04)
Tuổi (năm)	50 (40 – 61)

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	N = 53
Chỉ số khối cơ thể (kg/m^2)	$23,23 \pm 3,23$
Chu vi vòng eo (cm)	$85,11 \pm 9,70$
Huyết áp tâm thu (mmHg)	121 (120 – 136)
Huyết áp tâm trương (mmHg)	80 (78 – 86)
Hemoglobin (g/dL)	$14,12 \pm 1,64$
Albumin huyết thanh (g/dL)	$4,35 \pm 0,34$
AST (U/L)	23 (20 – 26,45)
ALT (U/L)	24,5 (15 – 30,5)
Glucose máu lúc đói (mg/dL)	98 (92 – 104)
HbA1c (%)	$5,82 \pm 0,47$
Acid uric (mg/dL)	$6,39 \pm 1,64$
eGFR (mL/phút/1,73 m^2 da)	$87,45 \pm 22,32$
Cystatin C (mg/L)	0,91 (0,78 – 1,06)
Creatinine (mg/dL)	1,01 (0,82 – 1,17)

Triglyceride (mg/dL)	121 (76,5 – 191)
Cholesterol toàn phần (mg/dL)	$206,90 \pm 38,84$
HDL-c (mg/dL)	$53,38 \pm 12,73$
LDL-c (mg/dL)	$128,67 \pm 34,62$
SAF	$2,27 \pm 0,54$

3.2. Tương quan giữa SAF với các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng



Hình 1. Tương quan Spearman hoặc Pearson giữa SAF với các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm người tham gia nghiên cứu

SAF khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai giới tính Nam và Nữ ($p = 0,55$). Kết quả cho thấy SAF có tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với HbA1c ($r = 0,31$; $p < 0,05$), glucose máu lúc đói ($r = 0,35$; $p < 0,01$) và cystatin C ($r = 0,44$; $p < 0,001$). SAF tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê với albumin máu ($r = -0,39$; $p < 0,01$) và độ lọc cầu thận ước đoán ($r = -0,41$; $p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân trắc học, lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trên 53 người trưởng thành không mắc bệnh đái tháo đường, với tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (66,04%). Độ tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 50 (40–61) tuổi, phản ánh một quần thể trung niên – giai đoạn được xem là bắt đầu gia tăng nguy cơ mắc bệnh chuyển hóa và tim mạch. Chỉ số khối cơ thể trung bình là $23,23 \pm 3,23 \text{ kg/m}^2$, nằm trong giới hạn bình thường theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đối với dân số châu Á, nhưng chu vi vòng eo trung bình $85,11 \pm 9,70 \text{ cm}$, tiệm cận ngưỡng béo bụng theo tiêu chuẩn IDF cho người châu Á ($\geq 90 \text{ cm}$ đối với nam, $\geq 80 \text{ cm}$ đối với nữ), cho thấy một tỷ lệ không nhỏ người tham gia có nguy cơ béo trung tâm^{8,9}.

Các chỉ số huyết áp tâm thu và tâm trương trung vị lần lượt là 121 (120–136) mmHg và 80 (78–86) mmHg, phù hợp với phân loại huyết áp tối ưu hoặc tiền tăng huyết áp theo ACC/AHA 2017¹⁰. Giá trị HbA1c trung bình của nhóm là

5,82 ± 0,47%, nằm trong khoảng từ 5,7–6,4% – ngưỡng xác định tiền đái tháo đường theo hướng dẫn của ADA 2023 – cho thấy một phần quần thể nghiên cứu tiềm ẩn nguy cơ chuyển hóa. Các chỉ số lipid máu cho thấy triglyceride trung vị 121 (76,5–191) mg/dL và cholesterol toàn phần trung bình 206,90 ± 38,84 mg/dL, gần ngưỡng giới hạn cao theo ATP III (triglyceride ≥150 mg/dL; cholesterol toàn phần ≥200 mg/dL).

Chỉ số SAF trung bình ở nhóm nghiên cứu đạt 2,27 ± 0,54 đơn vị. So với dữ liệu từ nghiên cứu của Robert van Waateringe và cộng sự (2016) trên dân số châu Âu, trong đó SAF trung bình của nhóm không đái tháo đường là khoảng 2,04 ± 0,44 đơn vị, giá trị SAF trung bình được ghi nhận trong nghiên cứu này cao hơn⁵.

Mức SAF tăng đã được ghi nhận có liên quan độc lập với các yếu tố như tuổi tác, chỉ số BMI, huyết áp tâm thu, HDL-C thấp và tình trạng kháng insulin trong nhiều nghiên cứu đoàn hệ lớn^{2,4}. Trong bối cảnh nhóm nghiên cứu có trung bình BMI cao trong ngưỡng bình thường cao và HbA1c tiệm cận tiền đái tháo đường, việc ghi nhận mức SAF cao hơn so với nghiên cứu tương đồng có thể gợi ý rằng chỉ số này có thể phát hiện được sự thay đổi chuyển hóa sớm ngay cả ở đối tượng chưa biểu hiện bệnh lý rõ rệt.

4.2. Tương quan giữa SAF với các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng. Kết quả phân tích tương quan trong nghiên cứu cho thấy SAF có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng, bao gồm tương quan thuận với HbA1c, glucose máu lúc đói và cystatin C; đồng thời tương quan nghịch với albumin máu và eGFR.

Cụ thể, tương quan thuận giữa SAF và HbA1c ($r = 0,31$; $p = 0,024$) phản ánh xu hướng gia tăng tích lũy sản phẩm glycat hóa theo mức tăng nhẹ đường huyết mạn tính, dù tất cả đối tượng đều không được chẩn đoán đái tháo đường. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, cho thấy SAF tăng dần ở cả người tiền đái tháo đường và có thể được sử dụng để phát hiện rối loạn dung nạp glucose từ giai đoạn sớm. Bên cạnh đó, glucose huyết lúc đói cũng có tương quan thuận với SAF ($r = 0,35$; $p < 0,01$), củng cố giả thuyết rằng mức glucose máu mạn tính – dù chưa vượt ngưỡng chẩn đoán đái tháo đường – vẫn có thể gây tích lũy AGEs trong mô.

Một phát hiện đáng chú ý khác là tương quan thuận mạnh giữa SAF và cystatin C ($r = 0,44$; $p < 0,001$), đi kèm với tương quan nghịch giữa SAF và eGFR ($r = -0,41$; $p = 0,0023$). Điều này cho thấy SAF tăng khi chức năng thận suy

giảm, phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh vì AGEs không chỉ được tạo ra nội sinh mà còn được đào thải qua thận, do đó giảm độ lọc cầu thận góp phần tích lũy AGEs trong mô². Các nghiên cứu trước đây cũng đã chứng minh SAF có liên quan đến các biến chứng lâu dài và tử vong ở bệnh nhân không đái tháo đường có bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

Ngoài ra, albumin máu có tương quan nghịch với SAF ($r = -0,39$; $p = 0,0064$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Daniela và cộng sự (2020) cho thấy SAF cao hơn ở những bệnh nhân có albumin máu giảm do viêm hoặc stress oxy hóa mạn tính. Kết quả này có thể được giải thích một phần bằng mối quan hệ giữa tình trạng viêm toàn thân, stress oxy hóa và giảm albumin. Viêm toàn thân gây ra stress oxy hóa và ngược lại; các quá trình oxy hóa và viêm có tác dụng hiệp đồng làm tăng dị hóa protein và mất khối lượng cơ và giảm cảm giác thèm ăn, cũng như tổng hợp albumin ở gan.

Các chỉ số nhân trắc như BMI, vòng eo, cân nặng, chiều cao hay các thành phần lipid máu như LDL, HDL, triglyceride và cholesterol toàn phần đều không có tương quan thống kê có ý nghĩa với SAF trong nghiên cứu này, trái ngược với một số nghiên cứu lớn trước đó⁴. Điều này có thể do cỡ mẫu giới hạn hoặc đặc điểm dân số nghiên cứu chủ yếu nằm trong khoảng BMI bình thường đến thừa cân nhẹ, chưa đủ độ phân tán để phát hiện tương quan rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

SAF tăng nhẹ ngay cả ở những người trưởng thành không đái tháo đường nhưng có nguy cơ chuyển hóa tiềm ẩn, phản ánh sự tích lũy sản phẩm glycat hóa sớm. SAF có tương quan thuận với HbA1c, glucose huyết đói, cystatin C và tương quan nghịch với albumin máu, eGFR, cho thấy mối liên hệ giữa tích lũy AGEs với rối loạn chuyển hóa đường và suy giảm chức năng thận ngay từ giai đoạn tiền lâm sàng. SAF tiềm năng là một chỉ dấu không xâm lấn hữu ích trong phát hiện sớm các bất thường chuyển hóa và tổn thương cơ quan đích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mulder DJ, Water TVD, Lutgers HL, et al.** Skin Autofluorescence, a Novel Marker for Glycemic and Oxidative Stress-Derived Advanced Glycation Endproducts: An Overview of Current Clinical Studies, Evidence, and Limitations. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2006;8(5): 523-535. doi:10.1089/dia.2006.8.523
2. **Bos DC, de Ranitz-Greven WL, de Valk HW.** Advanced Glycation End Products, Measured as Skin Autofluorescence and Diabetes

- Complications: A Systematic Review. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2011;13(7):773-779. doi:10.1089/dia.2011.0034
3. **van Waateringe RP, Fokkens BT, Slagter SN, et al.** Skin autofluorescence predicts incident type 2 diabetes, cardiovascular disease and mortality in the general population. *Diabetologia*. Feb 2019; 62(2):269-280. doi:10.1007/s00125-018-4769-x
 4. **van Waateringe RP, Slagter SN, van Beek AP, et al.** Skin autofluorescence, a non-invasive biomarker for advanced glycation end products, is associated with the metabolic syndrome and its individual components. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2017/05/30 2017;9(1):42. doi:10.1186/s13098-017-0241-1
 5. **van Waateringe RP, Slagter SN, van der Klauw MM, et al.** Lifestyle and clinical determinants of skin autofluorescence in a population-based cohort study. *European Journal of Clinical Investigation*. 2016;46(5):481-490. doi:https://doi.org/10.1111/eci.12627
 6. **den Dekker MAM, Zwiers M, van den Heuvel ER, et al.** Skin Autofluorescence, a Non-Invasive Marker for AGE Accumulation, Is Associated with the Degree of Atherosclerosis. *PLOS ONE*. 2013;8(12): e83084. doi:10.1371/journal.pone.0083084
 7. **Fewkes JJ, Dordevic AL, Murray M, Williamson G, Kellow NJ.** Association between endothelial function and skin advanced glycation end-products (AGEs) accumulation in a sample of predominantly young and healthy adults. *Cardiovascular Diabetology*. 2024/09/09 2024; 23(1):332. doi:10.1186/s12933-024-02428-3
 8. **Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies.** *Lancet*. Jan 10 2004;363(9403): 157-63. doi:10.1016/s0140-6736(03)15268-3
 9. **Alberti KG, Zimmet P, Shaw J.** The metabolic syndrome--a new worldwide definition. *Lancet*. Sep 24-30 2005;366(9491):1059-62. doi:10.1016/s0140-6736(05)67402-8
 10. **Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al.** 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018/06/01 2018; 71(6): e13-e115. doi:10.1161/HYP.0000000000000065

PHẪU THUẬT MỔ LẤY THAI KẾT HỢP CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG CHO THAI PHỤ 31 TUẦN PHÁT HIỆN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG: MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Nguyễn Thành Khiêm^{1,2}, Đinh Thị Mỹ Linh²,
Tăng Văn Dũng¹, Đỗ Văn Hảo²

TÓM TẮT

Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng (UTĐTT) ở phụ nữ có thai thường rất thấp. UTĐTT ở sản phụ có nhiều thách thức trong chẩn đoán và điều trị, cần sự phối hợp đa chuyên khoa. Chúng tôi ghi nhận một sản phụ mang thai tuần thứ 29, tới khám vì đau bụng hạ sườn trái kèm đại tiện phân nát 6 – 7 lần/ ngày. Kết quả chụp cộng hưởng từ ổ bụng phát hiện hình ảnh dày thành đại tràng, nội soi đại trực tràng kèm sinh thiết cho kết quả ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa. Với sự phối hợp đa chuyên khoa, bệnh nhân được lên kế hoạch mổ lấy thai và phẫu thuật khối u vào tuần thứ 32. Phụ nữ có thai với các triệu chứng của đường tiêu hóa dễ gây nhầm lẫn với biến đổi sinh lý khi có thai, do vậy UTĐTT cần được đặt ra để chẩn đoán phân biệt. Các xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và nội soi đường tiêu hóa nếu cần nhằm phát hiện sớm và điều trị

kịp thời giúp cải thiện tiên lượng bệnh. **Từ khóa:** ung thư đại trực tràng và phụ nữ có thai.

SUMMARY

COLORECTAL CANCER IN PREGNANT WOMEN: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

The incidence of colorectal cancer (CRC) in pregnant women is usually very low. CRC in pregnant women presents many challenges in diagnosis and treatment, requiring multidisciplinary coordination. We recorded a pregnant woman in the 29th week of pregnancy, who came to the clinic because of left lower quadrant abdominal pain accompanied by loose stools 6-7 times/day. The results of abdominal MRI showed thickened colon wall, colonoscopy with biopsy showed moderately differentiated adenocarcinoma. With multidisciplinary coordination, the patient was scheduled for cesarean section and tumor surgery at the 32nd week. Pregnant women with gastrointestinal symptoms are easily confused with physiological changes during pregnancy, so CRC should be considered for differential diagnosis. Paraclinical tests, imaging diagnosis and gastrointestinal endoscopy, if necessary, for early detection and timely treatment to help improve the prognosis of the disease.

Keywords: colorectal cancer and pregnant women.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Hảo

Email: vanhao.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

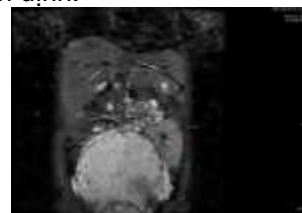
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc ung thư trong thai kỳ khoảng 0,07% - 0,1%. Trong vài năm trở lại đây, cùng với xu hướng sinh con muộn và tăng tỷ lệ phát hiện các khối u ở người trẻ tuổi, tỷ lệ mắc các khối u ác tính trên phụ nữ có thai có xu hướng tăng dần. UTĐTT trên phụ nữ có thai gặp với tỷ lệ khoảng 0,02%, hoặc 1/13,000 thai kỳ¹ và thường tiên lượng rất xấu. Chậm trễ trong việc chẩn đoán thường liên quan tới các triệu chứng bệnh thường giống với biểu hiện đường tiêu hóa trong thai kỳ bình thường (táo bón, thiếu máu thiếu sắt, rối loạn đại tiện hay đau bụng,...), di căn xa, tắc ruột và thủng ruột thường gặp hơn trong quá trình mang thai². Dựa trên cơ sở báo cáo ca lâm sàng ung thư đại tràng sigma trong quá trình mang thai, chúng tôi nhấn mạnh vào việc nên chú ý trong việc phán đoán nguyên nhân của các triệu chứng đường tiêu hóa trên phụ nữ có thai cũng như bàn luận về các vấn đề sai lầm trong chẩn đoán, các phương pháp điều trị cũng như tiên lượng của các trường hợp hiếm gặp này.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 30 tuổi, PARA 1001 (01 lần mổ lấy thai cách 18 tháng) với tiền sử gia đình không có ai mắc ung thư đường tiêu hóa nhập viện Khoa Nội tiêu hóa – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội lúc thai 29 tuần do đau bụng vùng hố chậu trái và đại tiện phân lỏng nát 6-7 lần/ ngày. Khám lâm sàng phát hiện thiếu máu mức độ nhẹ, không có phản ứng thành bụng, không nôn không sốt và được theo dõi tại khoa nội tiêu hóa với chẩn đoán Theo dõi viêm ruột/ Thai 29 tuần, điều trị kháng sinh. Các xét nghiệm cận lâm sàng được ghi nhận tại thời điểm vào viện bao gồm số lượng hồng cầu 3,27 T/L, Hemoglobin 98g/l, định lượng CRPhs 8,73 mg/dl và soi phân không thấy tế bào hồng cầu hay bạch cầu, siêu âm ổ bụng phát hiện dày thành đại tràng không đều. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh phối hợp, sau 3 ngày điều trị không đỡ, được chụp cộng hưởng từ toàn thân và nội soi đại trực tràng ống mềm phát hiện trên MRI hình ảnh dày thành đại tràng không đều, có hạn chế khuếch tán trên Difusion đoạn cuối đại tràng xuống – đầu đại tràng sigma xung quanh thâm nhiễm kèm hạch – nghi nhiều tới tổn thương do u (hình 1) và hình ảnh nội soi phía đại tràng xuống có khối u sùi chiếm toàn bộ chu vi lòng đại tràng, làm hẹp đại tràng (hình 2). Sinh thiết qua nội soi kết quả ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa. Bệnh nhân được hội chẩn toàn viện bao gồm các bác sĩ sản khoa, ung bướu, nội tiêu hóa, phẫu thuật hậu

môn đại trực tràng, dinh dưỡng và nhi khoa. Hội chẩn cân nhắc tới các vấn đề về trẻ sơ sinh non tháng như nguy cơ cao xuất huyết não, chưa trưởng thành phổi, viêm ruột hoại tử và nguy cơ về phía mẹ như các triệu chứng tắc ruột tiến triển dần, nguy cơ bệnh ung thư tiến triển. Qua đó quyết định nuôi dưỡng tĩnh mạch cho mẹ, tiêm corticoid hỗ trợ trưởng thành phổi và mổ lấy thai chủ động khi thai đủ 32 tuần. Tuy nhiên, vào tuần thai thứ 31, bệnh nhân đau bụng cơn tăng dần kèm sốt, xét nghiệm bạch cầu 15 G/L, CRP 8,93mg/dL, CEA 8,09ng/ml được chỉ định chuyển kháng sinh nhóm Imipenem và đặt sonde dạ dày, nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch nhưng bệnh nhân không đáp ứng, đau nhiều và sốt 38°C, có phản ứng thành bụng. Bệnh nhân được mổ cấp cứu vì Tắc ruột do ung thư đại tràng sigma áp xe hóa/ Thai 31 tuần – Mẹ sốt. Thì 1 mổ lấy thai ra 01 gái 1300gr, kiểm tra bánh rau, tử cung và 2 phần phụ không thấy xâm lấn của u, dùng thuốc tăng co tử cung có hồi tốt thuận lợi cho quá trình bóc lột tổn thương đại trực tràng. khâu phục hồi giải phẫu cơ tử cung. Thì 2 mổ cắt đoạn đại tràng trái cao, nạo vét hạch và đưa 2 đầu đại tràng ra hạ sườn trái làm hậu môn nhân tạo. Kết quả giải phẫu bệnh học sau cùng là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, pT3N0M0/MSI (PMS2) (20/20N(-), CK hạch (-)). Trẻ sơ sinh điều trị tại khoa Nhi do non tháng, được ra viện sau gần 2 tháng điều trị, khỏe mạnh. Bệnh nhân điều trị hậu phẫu 10 ngày tại viện, không có biến chứng gì được ghi nhận trong quá trình theo dõi. Bệnh nhân được đóng hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật gần 2 tháng, tái khám chưa phát hiện bất thường, hiện sức khỏe ổn định.



Hình 1: Hình ảnh dày thành đại tràng không đều, có hạn chế khuếch tán trên Difusion đoạn cuối đại tràng xuống – đầu đại tràng sigma xung quanh thâm nhiễm kèm hạch – nghi nhiều tới tổn thương do u



Hình 2: Đại tràng xuống có khối u sùi

chiếm toàn bộ chu vi lòng đại tràng, làm hẹp đại tràng

III. BÀN LUẬN

UTĐTT thường hiếm gặp trong quá trình mang thai. Theo y văn, tuổi trung bình gặp UTĐTT khi mang thai là 31 tuổi (trong khoảng 16 đến 48 tuổi)³. Phần lớn các khối u ở trực tràng hoặc đại tràng sigma và đa số bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn, 60% số bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn Dukes' C trở lên⁴. Mặc dù gặp với tỷ lệ rất thấp nhưng lại dẫn tới tỷ lệ tử vong cao đối với phụ nữ trong độ tuổi mang thai, có thể dẫn tới hậu quả nặng nề cho sản phụ và cho thai nhi.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân UTĐTT trên phụ nữ có thai là buồn nôn, nôn, đau bụng, táo bón, thiếu máu và đại tiện phân máu. Nôn và buồn nôn cũng thường gặp khi mang thai, đặc biệt là trong quý đầu thai kỳ. Triệu chứng đường tiêu hóa như đau bụng hay táo bón thường là những vấn đề phổ biến hay gặp khi mang thai và thường được cho là do giảm nhu động ruột trong khi mang thai và do tử cung tăng kích thước gây chèn ép. Thiếu máu trong quá trình mang thai có thể tương đương như thiếu máu do khối u gây ra. Trĩ hoặc nứt kẽ hậu môn thường gây ra đại tiện phân máu như gây ra bởi khối u. Mặc dù một số phụ nữ có thai có thể giảm cân trong quý đầu thai kỳ, nhưng nhìn chung sẽ tăng cân trong toàn bộ thai kỳ. Tình trạng có thai có thể gây bối rối khi giảm cân phát hiện trong quý 2 hoặc quý 3 thai kỳ. Do đó, cần thận trọng do những triệu chứng không đặc hiệu làm phần lớn UTĐTT trong khi mang thai được chẩn đoán muộn trong quý 3 thai kỳ và bệnh nhân thường có tiên lượng xấu. Bệnh nhân trong báo cáo này còn trẻ, 30 tuổi và không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu trong quý 1 và quý 2 thai kỳ. Bệnh nhân xuất hiện đau hố chậu trái và đại tiện phân lỏng nát 6 – 7 lần/ ngày.

Chẩn đoán xác định bệnh và chẩn đoán giai đoạn UTĐTT trong khi mang thai vẫn là một thách thức. Phần lớn bệnh nhân UTĐTT trong khi mang thai được chẩn đoán sau 20 tuần và tiên lượng thường xấu. Phần lớn bệnh nhân khi phát hiện bệnh thường ở giai đoạn Dukes' C và D. Bernstein và cộng sự⁵ nghiên cứu 39 trường hợp mắc UTĐTT khi mang thai và phát hiện 41% ở giai đoạn B, 44% ở giai đoạn C và 15% ở giai đoạn D, không bệnh nhân nào ở giai đoạn A.

Xét nghiệm đánh giá chẩn đoán bao gồm cả định lượng CEA (carcinoembryonic antigen), thường có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp trong sàng lọc UTĐTT. Tuy nhiên, nó vẫn có tác dụng

trong so sánh sau phẫu thuật, và tăng nồng độ CEA trước phẫu thuật thường là chỉ điểm cho tiên lượng xấu: nồng độ càng cao, nguy cơ ung thư tiến triển và tái phát càng cao⁶. Mặc dù chụp cắt lớp vi tính ổ bụng được sử dụng đa số trong quần thể dân số chung nhằm đánh giá sự phát triển của khối u đại trực tràng và sự di căn trong ổ bụng, siêu âm ổ bụng nhằm phát hiện di căn gan và cộng hưởng từ thường an toàn hơn và được chỉ định nhiều hơn cắt lớp vi tính khi mang thai. Nội soi đại trực tràng khá an toàn cho mẹ và thai nhi, nhằm sinh thiết tổn thương để chẩn đoán xác định và loại trừ các bệnh đại trực tràng kèm theo (polyp,...)⁷.

Chưa có phác đồ chuẩn cho điều trị UTĐTT trên phụ nữ có thai. Thông thường, phẫu thuật vẫn được xem là phương pháp chính. Loại phẫu thuật và thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào tuổi thai, vị trí khối u, nguy cơ biến chứng nếu tiếp tục theo dõi thai kỳ và mong muốn của sản phụ.

UTĐTT phía trên trực tràng có thể được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ khối u. Phẫu thuật trong nửa đầu thai kỳ có thể thực hiện mà không cần phải cắt bỏ tử cung hoặc ngừng thai kỳ⁵. Khi UTĐTT được chẩn đoán trong nửa sau thai kỳ, phẫu thuật có thể trì hoãn tới khi thai nhi có thể sống được. Khi có tình trạng cấp cứu (thủng ruột, tắc ruột) xảy ra trong quá trình mang thai, điều trị biến chứng cùng với việc phẫu thuật cắt bỏ khối u thường được đặt ra. Trong những trường hợp cấp cứu và đe dọa tới tính mạng, đặc biệt trong quý 1 thai kỳ, việc chấm dứt thai kỳ cần được thảo luận với sản phụ, trong khi đó mổ lấy thai có thể thực hiện khi bệnh phát hiện vào quý 2 hoặc quý 3 thai kỳ.

Không có báo cáo trường hợp về kết quả thai kỳ xấu cho thai nhi kể cả khi bệnh di căn xa. Di căn ung thư tại bánh rau được ghi nhận trong một trường hợp UTĐTT, do đó đánh giá bánh rau toàn diện cần được cân nhắc nhưng không có bằng chứng ủng hộ cho việc theo dõi trẻ sơ sinh⁸.

Tiên lượng xấu thường được cho là kết quả của việc chẩn đoán bệnh ở giai đoạn muộn bởi vì chậm trễ chẩn đoán trên phụ nữ có thai. Trong nghiên cứu loạt ca bệnh, tỷ lệ sống còn của ung thư trực tràng và ung thư đại tràng (phía trên trực tràng) trên phụ nữ có thai lần lượt là 83% và 75% với giai đoạn B, 27% và 33% với giai đoạn C và 0% và 0% với giai đoạn D⁹.

IV. KẾT LUẬN

Ung thư đại trực tràng ở phụ nữ có thai thường khó khăn trong chẩn đoán và điều trị, thường dẫn tới chẩn đoán muộn vào giai đoạn tiến xa của bệnh với tiên lượng xấu. Đối với

những bệnh nhân có triệu chứng không đặc hiệu, có thể biểu hiện bằng triệu chứng thường gặp ở phụ nữ có thai như thiếu máu thiếu sắt, táo bón, nôn, buồn nôn,... cần phải cảnh giác với khả năng xuất hiện khối u ở đường tiêu hóa. Lưu ý rằng, cần phải nghi ngờ các khối u khi tất cả các nguyên nhân lành tính được loại trừ mặc dù tỷ lệ hiếm gặp¹⁰.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yang H, Han X. Colorectal cancer in pregnancy: a case report and literature review. *J Gastrointest Oncol*. 2021;12(2):885-891. doi:10.21037/jgo-21-31
2. Shushan A, Stemmer SM, Reubinoff BE, Eid A, Weinstein D. Carcinoma of the colon during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 1992;47(4):222-225. doi:10.1097/00006254-199204000-00002
3. Saif MW. Management of colorectal cancer in pregnancy: a multimodality approach. *Clin Colorectal Cancer*. 2005;5(4): 247-256. doi:10.3816/cc.2005.n.035
4. Ossendorp RR, Silvis R, van der Bij GJ. Advanced colorectal cancer resulting in acute bowel obstruction during pregnancy; a case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2016;8:18-20. doi:10.1016/j.amsu.2016.04.018
5. Bernstein MA, Madoff RD, Caushaj PF. Colon and rectal cancer in pregnancy. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(2): 172-178. doi:10.1007/BF02051174
6. Fletcher RH. Carcinoembryonic antigen. *Ann Intern Med*. 1986;104(1): 66-73. doi:10.7326/0003-4819-104-1-66
7. Seidman DS, Heyman Z, Ben-Ari GY, Mashiach S, Barkai G. Use of magnetic resonance imaging in pregnancy to diagnose intussusception induced by colonic cancer. *Obstet Gynecol*. 1992;79(5 (Pt 2)):822-823.
8. Yaghoobi M, Koren G, Nulman I. Challenges to diagnosing colorectal cancer during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2009;55(9):881-885. Accessed August 26, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743581/>
9. Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA. Cancer in pregnancy: a review of the literature. Part I. *Obstet Gynecol Surv*. 1996;51(2):125-134. doi:10.1097/00006254-199602000-00022
10. Quaresima P, Saccone G, Pellegrino R, et al. Incidental diagnosis of a pancreatic adenocarcinoma in a woman affected by gestational diabetes mellitus: case report and literature review. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021;3(6): 100471. doi:10.1016/j.ajogmf.2021. 100471.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG HEN PHẾ QUẢN BẰNG FLIXOTIDE Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Thị Thảo^{1,2}, Nguyễn Thị Diệu Thúy², Phí Thị Quỳnh Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị dự phòng hen phế quản bằng Flixotide ở trẻ dưới 5 tuổi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng:** 69 bệnh nhân hen phế quản dưới 5 tuổi đến khám, tư vấn và theo dõi điều trị ngoại trú tại phòng khám nhi của bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2024 đến tháng 6/2025. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả so sánh trước sau tại thời điểm trước điều trị, sau điều trị 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Sau điều trị 1 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng ban ngày và ban đêm lần lượt giảm từ 98,6% xuống còn 43,5% và từ 86,5% xuống còn 40,6%. Sau 3 tháng sử dụng Flixotide, tỷ lệ này tiếp tục giảm xuống chỉ còn 13% và 2,9%. Đồng thời, tỷ lệ hen bậc 2 giảm từ 76,8% trước điều trị xuống còn 8,2%, và tỷ lệ lên bậc 3 giảm từ 15,9% trước điều trị xuống còn 0% sau 3 tháng. Sau 1 tháng 49,3% bệnh nhân kiểm soát hen một phần, và sau 3 tháng không

còn bệnh nhân nào chưa kiểm soát được hen. **Kết luận:** Flixotide có hiệu quả trong điều trị dự phòng ở trẻ dưới 5 tuổi mắc hen phế quản.

Từ khóa: Hen phế quản, trẻ em, kiểm soát hen

SUMMARY

OUTCOMES OF USING FLIXOTIDE FOR PROPHYLACTIC TREATMENT OF ASTHMA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS AT THE HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of Flixotide in the prophylactic treatment of asthma in children under 5 years of age at the Hanoi Medical University Hospital. **Subjects:** 69 children under 5 years old diagnosed with asthma which were using Flixotide for prophylactic treatment at the Pediatric Department of Hanoi Medical University Hospital between July 2024 and June 2025. **Methods:** A pre-post descriptive comparative study was conducted at three time points: before treatment, after 1 month and after 3 months of treatment. **Results:** After 1 month of treatment, the daytime and nighttime symptoms of asthmatic children decreased from 98.6% to 43.5% and from 86.5% to 40.6%, respectively. After 3 months of Flixotide use, these rates further declined to 13.0% and 2.9%. In addition, the proportion of patients with asthma grade 2

¹Bệnh viện Nhi Thanh Hóa

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

decreased from 76.8% before treatment to 8.2%, and asthma grade 3 from 15.9% to 0% after 3 months. After 1 month of treatment, 49.3% of patients had partially controlled asthma, and by 3 months, no patients remained in the uncontrolled asthma.

Conclusion: Flixotide is effective in the prophylactic treatment of asthma in children under 5 years of age.

Keyword: Asthma, children, asthma control.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là bệnh viêm mạn tính đường hô hấp phổ biến nhất trong số các bệnh lý mạn tính. Theo phân tích hệ thống từ nghiên cứu về Gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2021, ước tính có 260 triệu người mắc hen trên toàn thế giới.¹ Tại Việt Nam, dù chưa có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ mắc HPQ trong cả nước, một số nghiên cứu ở các vùng và địa phương cho thấy HPQ trẻ em có tỷ lệ mắc khoảng 4-8%.² Hen ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, học tập, lao động và hoạt động xã hội của người bệnh, là gánh nặng y tế cho cả các nước đã phát triển và đang phát triển. Chính vì vậy, việc phát hiện sớm, kiểm soát và điều trị dự phòng hen là hết sức cần thiết. Tuy nhiên, việc chẩn đoán và điều trị hen ở trẻ em còn gặp nhiều khó khăn đặc biệt là với trẻ dưới 5 tuổi bởi chẩn đoán HPQ chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã mô tả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của corticoid dạng hít (ICS) trong điều trị dự phòng hen ở trẻ em. Trong đó, Flixotide với thành phần chính là Fluticasone propionate - một corticosteroid dạng hít có tác dụng kéo dài, hoạt tính chống viêm tại chỗ cao và sinh khả dụng toàn thân thấp - là một chế phẩm phổ biến dùng trong điều trị và dự phòng hen phế quản ở trẻ em. Kết quả điều trị dự phòng được nhận thấy được sau 1-2 tuần sử dụng Flixotide làm giảm đáng kể các triệu chứng và đợt cấp của bệnh hen.

Trong bối cảnh hiện nay, với tình trạng ô nhiễm môi trường gia tăng, biến đổi khí hậu và hậu quả kéo dài của đại dịch COVID-19, các bệnh lý về dị ứng và hô hấp có xu hướng gia tăng. Khoa Nhi – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội hàng năm đã tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhi, trong đó nhiều trường hợp mắc các bệnh lý hô hấp mạn tính, đặc biệt là hen phế quản. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị dự phòng hen phế quản bằng Flixotide ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 69 bệnh nhân

HPQ dưới 5 tuổi đến khám, tư vấn và theo dõi điều trị ngoại trú tại phòng khám nhi của bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2024 đến tháng 6/2025 đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân dưới 5 tuổi được chẩn đoán hen theo tiêu chuẩn chẩn đoán của GINA 2023.
- Có chỉ định dự phòng hen bằng Flixotide.
- Chưa dùng hoặc đã ngừng thuốc dự phòng trước đó ít nhất 3 tháng.
- Không phải trong cơn hen cấp.
- Bệnh nhân và bố mẹ bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị hen có các bệnh phổi hợp nặng khác như: Cường giáp, loạn nhịp tim, suy tim nặng, thiếu máu, bệnh gan – thận, ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo dõi dọc có so sánh trước sau

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu từ tháng 7/2024 đến tháng 6/2025.

2.2.2. Các bước tiến hành: Mỗi lần khám bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng và cận lâm sàng, đánh giá tình trạng kiểm soát hen.

- Lần khám 1 (T0):

+ Chẩn đoán xác định hen phế quản theo tiêu chuẩn GINA 2023 và chẩn đoán bậc hen theo GINA.

+ Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong nghiên cứu sẽ được tư vấn, theo dõi, hướng dẫn điều trị dự phòng bằng Flixotide 125 µg.

+ Hen tái khám lại sau 1 tháng và 3 tháng.

- Những lần khám sau (T1 – sau 1 tháng và T3 – sau 3 tháng):

+ Thu thập thông tin về quá trình tiến triển của bệnh, khám lâm sàng

+ Đánh giá mức độ kiểm soát hen, bậc hen theo tiêu chí của GINA

2.3. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Lựa chọn các thuật toán phù hợp trong nghiên cứu, $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng phê duyệt đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 69 bệnh nhân hen phế quản dưới 5 tuổi được khám, tư vấn và theo dõi điều trị ngoại trú tại phòng khám nhi của bệnh viện Đại học Y Hà Nội đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	
Tuổi (tháng) median (min-max)	34 (6-60)
Giới, n(%)	Nam 50 (72,5%)
	Nữ 19 (27,5%)
Điều trị dự phòng, n(%)	Chưa điều trị 49 (71%)
	Bỏ thuốc 20 (29%)

Nhận xét: Độ tuổi trung vị của nhóm đối tượng nghiên cứu là 34 tháng, trong đó trẻ nhỏ nhất là 6 tháng và lớn nhất là 60 tháng tuổi. Bệnh nhân nam chiếm đa số với tỷ lệ 72,5%. Bệnh nhân chưa được điều trị trước đó là 71%, và đã từng được điều trị nhưng bỏ thuốc là 29%.

Bảng 2. Thay đổi triệu chứng ban ngày trước và sau điều trị

		T0 n(%)	T1 n(%)	T3 n(%)
Triệu chứng ban ngày	Có	68(98,6%)	30(43,5%)	9(13%)
	Không	1(1,4%)	39(56,5%)	41(59,4%)
	p*	p(T0-T1) <0,001	p(T0-T3) <0,001	p(T1-T3) <0,001

*Wilcoxon signed-ranked test

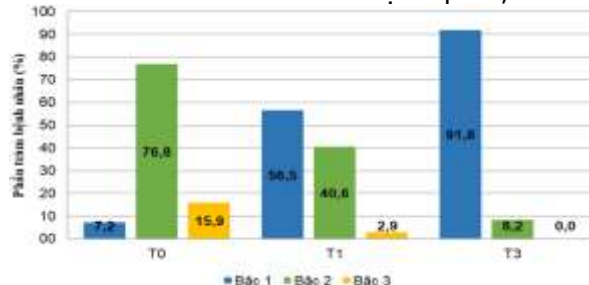
Nhận xét: Trước điều trị, tỷ lệ có triệu chứng ban ngày là 98,6%. Sau điều trị 1 tháng và 3 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng ban ngày giảm còn lần lượt 43,5% và 13%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3. Thay đổi triệu chứng ban đêm trước và sau điều trị

		T0 n(%)	T1 n(%)	T3 n(%)
Triệu chứng ban đêm	Có	59(86,5%)	28(40,6%)	2(2,9%)
	Không	10(14,5%)	41(59,4%)	48(69,6%)
	p*	p(T0-T1) <0,001	p(T0-T1) <0,001	p(T0-T1) <0,001

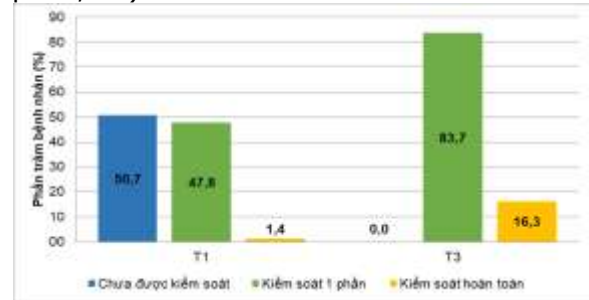
*Wilcoxon signed-ranked test

Nhận xét: Trước điều trị, tỷ lệ có triệu chứng ban đêm là 86,5%. Sau điều trị 1 tháng và 3 tháng chỉ còn 40,6% và 2,9% còn triệu chứng ban đêm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước điều trị với p < 0,001.

**Biểu đồ 1. So sánh bậc hen trước và sau điều trị (p < 0,001)**

Nhận xét: Trước điều trị, phần lớn bệnh nhân thuộc bậc 2 (76,8%) và bậc 3 (15,9%),

trong khi tỷ lệ trẻ ở bậc 1 chỉ chiếm 7,2%. Sau 1 tháng điều trị, tỷ lệ bệnh nhân bậc 1 tăng lên 56,5%, đồng thời tỷ lệ bậc 2 và bậc 3 giảm còn lần lượt 40,6% và 2,9%. Sau 3 tháng điều trị, có tới 91,6% bệnh nhân đạt bậc 1, trong khi chỉ còn 8,2% thuộc bậc 2 và không còn bệnh nhân nào ở bậc 3. Sự khác biệt về phân bố bậc hen tại ba thời điểm là có ý nghĩa thống kê (Friedman test, p < 0,001).

**Biểu đồ 2. So sánh mức độ kiểm soát hen sau điều trị (p < 0,001)**

Nhận xét: Sau điều trị 1 tháng, tỷ lệ hen chưa được kiểm soát chiếm 50,7%, trong khi đó tỷ lệ kiểm soát hen 1 phần và kiểm soát hoàn toàn lần lượt là 47,8% và 1,4%. Tại thời điểm sau điều trị 3 tháng, không còn bệnh nhân nào chưa kiểm soát được hen. Mặt khác, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát hen 1 phần và kiểm soát hoàn toàn tăng lên lần lượt 83,7% và 16,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm sau điều trị 1 tháng với p < 0,001.

IV. BÀN LUẬN

Có 69 bệnh nhân trong độ tuổi từ 6 tháng đến 60 tháng tuổi đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, trong đó chủ yếu là trẻ nam với tỷ lệ nam/nữ là 2,6/1. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đậu Thị Hội (2019) với tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1.³ Sự khác biệt về tỷ lệ nam/nữ có thể giải thích do trẻ trai có tỷ lệ đường kính đường dẫn khí so với thể tích phổi bé hơn so với trẻ gái, do đó thường gặp các triệu chứng của hen phế quản hơn.⁴

ICS đã luôn được coi là nền tảng của điều trị HPQ do hiệu quả kháng viêm tại đường thở. HPQ đặc trưng bởi viêm mạn tính đường thở, từ đó dẫn tới tăng mẫn cảm đường thở, gây hẹp/bít tắc đường dẫn khí từ đó dẫn tới các triệu chứng như ho, khò khè, khó thở, và nặng ngực. ICS làm giảm viêm bằng cách giảm thâm nhập bạch cầu ái toan, tế bào mast, và tế bào lympho T trong niêm mạc đường thở, đồng thời giảm sản sinh các cytokine tiền viêm. Do vậy, ICS làm giảm phù nề và kích thích đường thở, từ đó giảm các triệu chứng ban ngày và ban đêm ở bệnh

nhân mắc HPQ, và giảm nguy cơ mắc các đợt cấp. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Flixotide làm giảm đáng kể triệu chứng ban ngày và ban đêm ở trẻ mắc HPQ dưới 5 tuổi sau điều trị 1 tháng và 3 tháng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Roorda và cộng sự (2001) về hiệu quả của Fluticasone propionate trong điều trị kiểm soát triệu chứng ban ngày của hen ở trẻ em với tỷ lệ kiểm soát tốt (không có triệu chứng ban ngày) so với trước điều trị tăng từ 0% lên 45%.⁵ Tương tự, nghiên cứu của Pedersen (2009) cũng cho thấy sau điều trị 12 tuần bằng Fluticasone propionate, có trên 80% số ngày bệnh nhân không có triệu chứng hen ban ngày và không thức giấc về đêm.⁶

Mức kiểm soát hen là mức độ các tính chất của hen phế quản có thể quan sát được ở bệnh nhân, hoặc đã được làm giảm xuống hoặc biến mất do điều trị. Kiểm soát hen được đánh giá trên hai khía cạnh: kiểm soát triệu chứng và yếu tố nguy cơ kết cục xấu trong tương lai (đặc biệt là các đợt cấp). Hen không được kiểm soát gây ảnh hưởng lên mức độ hoạt động hàng ngày của bệnh nhân, tăng nguy cơ đợt cấp, giảm chức năng phổi, gánh nặng kinh tế trong điều trị, và tử vong. Mức độ kiểm soát HPQ ở trẻ dưới 5 tuổi được chúng tôi đánh giá theo tiêu chuẩn GINA 2023 dựa trên các tiêu chí về triệu chứng ban ngày, triệu chứng ban đêm, hạn chế vận động do hen, và nhu cầu dùng thuốc cắt cơn điều trị cấp cứu trong vòng 4 tuần. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hen kiểm soát 1 phần và hoàn toàn tăng lên theo thời gian, từ 47,8% được kiểm soát 1 phần và 1,4% kiểm soát hoàn toàn tại thời điểm 1 tháng tăng lên lần lượt 83,7% và 16,3% (Biểu đồ 2), sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đậu Thị Hội (2019), trong đó sau 3 tháng điều trị dự phòng bằng Fluticasone propionate, số bệnh nhân được kiểm soát hen hoàn toàn tăng từ 25% lên 78%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.³ Tương tự, một nghiên cứu khác của Lê Thị Thu Hương (2009) thực hiện tại bệnh viện Nhi Trung ương cũng cho thấy tỷ lệ kiểm soát hen hoàn toàn tăng dần từ 51,9% tại thời điểm 1 tháng lên 83,7% tại thời điểm 3 tháng sau điều trị.⁷ So sánh với nghiên cứu trên thế giới của Batemen (2019) ở bệnh nhân chưa từng được điều trị bằng kỳ loại ICS nào trước đó cũng cho kết quả tương tự: sau 3 tháng điều trị, tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát hoàn toàn hoặc một phần là 85% với fluticasone đơn độc và 91% khi sử dụng phối hợp fluticasone và salmeterol.⁸

Hạ bậc điều trị cũng phần nào phản ánh hen được điều trị và kiểm soát tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trước điều trị, phần lớn bệnh nhân thuộc bậc 2 và bậc 3 với tỷ lệ lần lượt là 76,8% và 15,9%. Sau điều trị 1 tháng và 3 tháng, tỷ lệ bậc 2 giảm còn lần lượt 40,6% và 8,2% và tỷ lệ bậc 3 giảm còn lần lượt 2,9% và 0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đậu Thị Hội (2019), trước điều trị, hen bậc 3 chiếm tới 38,9% và không có bệnh nhân nào hen bậc 1. Sau điều trị 3 tháng, chỉ còn 15,3% bệnh nhân mắc hen bậc 3 và tỷ lệ hen bậc 1 tăng lên 8,3%.³

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 69 trẻ dưới 5 tuổi mắc hen phế quản tại khoa Nhi bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy Flixotide có hiệu quả làm giảm triệu chứng ban ngày và ban đêm. Đồng thời, Flixotide làm giảm bậc hen và tăng tỷ lệ kiểm soát hen theo thời gian điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global, regional, and national burden of asthma and atopic dermatitis**, 1990-2021, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Respiratory medicine*. 2025;13(5):425-446.
2. **Bộ Y Tế**. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen trẻ em dưới 5 tuổi. 2016.
3. **Đậu Thị Hội**. Hiệu quả của Fluticasone propionate trong điều trị dự phòng hen phế quản ở trẻ trên 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội 2019.
4. **Pagtakhan RD, Bjelland JC, Landau LI, et al.** Sex differences in growth patterns of the airways and lung parenchyma in children. *Journal of applied physiology: respiratory, environmental and exercise physiology*. 1984;56(5):1204-1210.
5. **Roorda RJ, Mezei G, Bisgaard H, Maden C.** Response of preschool children with asthma symptoms to fluticasone propionate. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2001;108(4):540-546.
6. **Pedersen S, Engelstätter R, Weber HJ, et al.** Efficacy and safety of ciclesonide once daily and fluticasone propionate twice daily in children with asthma. *Pulmonary pharmacology & therapeutics*. 2009;22(3):214-220.
7. **Lê Thị Thu Hương**. Nghiên cứu biến đổi một số tế bào viêm và cytokine trong máu ngoại vi ở trẻ hen phế quản. Luận án Tiến sỹ. Đại học Y Hà Nội 2017.
8. **Bateman ED, Busse W, Pedersen SE, et al.** Global Initiative for Asthma 2016-derived asthma control with fluticasone propionate and salmeterol: A Gaining Optimal Asthma Control (GOAL) study reanalysis. *Annals of allergy, asthma & immunology: official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*. 2019;123(1):57-63.e52.

ĐẶC ĐIỂM BẤT THƯỜNG DẪN TRUYỀN TRÊN ĐIỆN TÂM ĐỒ Ở SINH VIÊN KHOẺ MẠNH

Lương Linh Ly¹, Nguyễn Lê Lâm Thanh¹,
Lâm Ngọc Phương Yến¹, Nguyễn Mai Phương¹, Lê Bảo Thạch¹

TÓM TẮT

Điện tâm đồ (ECG) là công cụ đơn giản và hữu ích trong phát hiện sớm bất thường dẫn truyền tim. Ở sinh viên, các bất thường này thường không có triệu chứng, song một số trường hợp có thể liên quan đến nguy cơ rối loạn nhịp hoặc biến cố tim mạch về sau. **Mục tiêu:** Đánh giá bất thường dẫn truyền trên điện tâm đồ ở sinh viên khỏe mạnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 292 sinh viên tại Đại học Quốc tế Hồng Bàng khỏe mạnh. **Kết quả:** Rối loạn dẫn truyền tim xuất hiện đáng kể, chiếm 10,6% trên tổng số sinh viên khỏe mạnh. Ghi nhận 1 trường hợp block nhánh trái không hoàn toàn. Tỷ lệ block nhánh phải hoàn toàn ở nam cao hơn nữ. Các rối loạn dẫn truyền xuất hiện nhiều hơn ở nhóm trên 25 tuổi so với nhóm trẻ hơn (16,8% so với 10,2%). Nhóm thiếu cân, thừa cân ghi nhận tỷ lệ rối loạn dẫn truyền cao. Nhóm thiếu cân và béo phì nổi bật với tỉ lệ khoảng PR ngắn cao (5,7% và 4,5%). Nhóm thừa cân ghi nhận nhiều trường hợp block nhĩ thất và block nhánh phải không hoàn toàn (5,4%). **Kết luận:** Nghiên cứu phát hiện tỷ lệ bất thường dẫn truyền tim ở sinh viên trẻ, khỏe mạnh chưa ghi nhận các triệu chứng cao hơn các nghiên cứu quốc tế tương tự, với các bất thường chủ yếu là khoảng PR ngắn, block nhánh phải và block nhĩ thất. Các xu hướng về tần suất bất thường được quan sát theo giới tính, tuổi và BMI.

Từ khóa: Điện tâm đồ, rối loạn dẫn truyền

SUMMARY

ELECTROCARDIOGRAPHIC CONDUCTION ABNORMALITIES IN HEALTHY UNIVERSITY STUDENTS

Objective: Electrocardiography (ECG) is a simple and useful tool for the early detection of cardiac conduction abnormalities. In students, these abnormalities are often asymptomatic, yet some cases may carry a potential risk of arrhythmias or future cardiovascular events. **Objective:** To evaluate conduction abnormalities on electrocardiograms in healthy university students. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 292 students at Hong Bang International University. **Results:** Conduction disorders of the heart were notable, accounting for 10.6% of the total healthy students. One case of incomplete left bundle branch block was recorded. The prevalence of complete right

bundle branch block was higher in males than in females. Conduction disorders were more common in the group over 25 years old compared to the younger group (16.8% vs. 10.2%). Students who were underweight or overweight showed higher rates of conduction disorders. The underweight and obese groups were notable for a high prevalence of short PR interval (5.7% and 4.5%, respectively). The overweight group recorded several cases of atrioventricular block and incomplete right bundle branch block (5.4%). **Conclusion:** The study concludes a 10.6% prevalence of cardiac conduction abnormalities in healthy students, which is higher than most comparable international studies. The main abnormalities are short PR, RBBB, and AV block, with frequency trends observed across gender, age, and BMI. **Keywords:** Electrocardiography, Conduction abnormalities

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tim mạch ở lứa tuổi sinh viên thường ít được chú ý vì được xem là giai đoạn khỏe mạnh, nhưng các yếu tố của cuộc sống hiện đại như chế độ ăn không lành mạnh, ít vận động, thừa cân – béo phì, sử dụng chất kích thích đang làm gia tăng nguy cơ rối loạn chuyển hóa và bệnh lý tim mạch. Điện tâm đồ (ECG) là một phương pháp đơn giản, không xâm lấn, chi phí thấp và có giá trị phát hiện sớm các bất thường về nhịp và dẫn truyền [4]. Rối loạn dẫn truyền xảy ra khi xung động điện trong tim bị chậm trễ hoặc gián đoạn, có thể gây rối loạn nhịp và làm nền cho bệnh mạch vành hoặc đột tử tim. Ở sinh viên, các bất thường ECG thường không có triệu chứng, đa số lành tính nhưng vẫn tiềm ẩn nguy cơ tim mạch. Tuy nhiên, hiện chưa có nhiều nghiên cứu tập trung đánh giá tình trạng này ở nhóm đối tượng sinh viên khỏe mạnh [5]. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào khảo sát các rối loạn dẫn truyền trên nhóm sinh viên khỏe mạnh. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xây dựng dữ liệu về các bất thường dẫn truyền trên điện tâm đồ ở sinh viên khỏe mạnh, với mục tiêu mô tả đặc điểm các bất thường dẫn truyền, khảo sát mối liên quan với một số yếu tố, qua đó góp phần hỗ trợ phát hiện sớm nguy cơ tim mạch và nâng cao ý thức tự chăm sóc sức khỏe.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. 292 sinh viên khỏe mạnh trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng, đồng

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng
Chịu trách nhiệm chính: Lương Linh Ly
Email: lyl@hiu.vn
Ngày nhận bài: 19.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025
Ngày duyệt bài: 27.11.2025

ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang
- Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: p: Tỷ lệ mắc bệnh này từ một nghiên cứu trước tại một quần thể tương tự như với nghiên cứu này. Tỷ lệ mắc bệnh từ nghiên cứu của Hingorani là 25.5% [3]

- Δ : Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể. Đây được coi là khoảng chênh lệch tuyệt đối. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy $\Delta = 0.05$

- α : Mức ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn $\alpha = 0.05$ tương ứng với độ tin cậy là 95%

- Z: Giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị α được chọn. Nên trong nghiên cứu này sẽ bằng 1,96

Như vậy, cỡ mẫu của nghiên cứu sẽ là:

$$n = 1,96^2 \frac{0,255(1-0,255)}{0,05^2} = 292 \text{ (người)}$$

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả sinh viên đều khỏe mạnh, đang sống và học tập bình thường

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- Dùng các chất tác động thần kinh: cà phê, rượu (trước một ngày thực hiện nghiên cứu): thuốc ngủ, thuốc chống trầm cảm,

- Lượng đường huyết đo ngẫu nhiên: <70mg/dL hoặc $\geq 140\text{mg/dL}$. Đường huyết mao mạch được đo bằng máy ACCU-Chek Active

- Có tiền sử mắc hoặc đang điều trị bệnh lý tim mạch

- Đối tượng không hợp tác khi tham gia nghiên cứu, không tuân thủ quy trình nghiên cứu
- Phương pháp thu thập số liệu:

- Ghi điện tâm đồ 12 chuyển đạo tiêu chuẩn ở tư thế nghỉ ngơi

- Thu thập các thông tin liên quan: nhân trắc, thói quen sinh hoạt, một số yếu tố nguy cơ tim mạch.

- Đánh giá kết quả:

- Phân tích và phân loại các bất thường dẫn truyền theo tiêu chuẩn quốc tế [3]. Các kết quả bất thường đều được khẳng định lại bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch có chứng chỉ hành nghề làm việc tại khoa Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất.

- Khảo sát mối liên quan giữa bất thường dẫn truyền và các yếu tố liên quan

- Phương pháp phân tích số liệu:

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm

thống kê (SPSS IBM 27).

- Sử dụng thống kê mô tả để xác định tần suất, tỷ lệ các bất thường dẫn truyền.

- Dùng các phép kiểm chi-square hoặc t-test/ANOVA để so sánh nhóm.

- Phân tích hồi quy logistic để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố và bất thường dẫn truyền

Đạo đức nghiên cứu: - Nghiên cứu được sự đồng ý tham gia của sinh viên.

- Thông tin cá nhân được bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

- Đề tài nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức theo quyết định số 67/PCT-HĐĐĐ-ĐT của Trường Đại Học Quốc tế Hồng Bàng ngày 15/11/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng (N=292)

Đặc điểm			Nam	Nữ
Giới tính (N,%)			101 (34,59)	191 (65,41)
Tuổi	Tuổi trung bình (X $\pm$ SD)	21,52 $\pm$ 3,5	20,82 $\pm$ 4,18	21,9 $\pm$ 2,97
	18-25 tuổi: (N,%)	274 (93,84)	94 (93,07)	180 (92,24)
	>25 tuổi (N,%)	18 (6,16)	7 (6,93)	11 (7,76)
BMI	BMI trung bình (X $\pm$ SD)	22,2 $\pm$ 4,4	22,5 $\pm$ 4,12	22 $\pm$ 4,6
	Thiếu cân (N,%)	53 (18,15)	16 (15,84)	37 (19,37)
	Bình thường (N,%)	180 (61,65)	63 (62,38)	117 (61,26)
	Thừa cân (N,%)	37 (12,67)	14 (13,86)	23 (12,04)
	Béo phì (N,%)	22 (7,53)	8 (7,92)	14 (7,33)

Số lượng đối tượng ở nhóm tuổi 18 – 25 chiếm phần lớn nhất với 93,8%. Số lượng đối tượng nữ trên 25 tuổi là 11 trong khi đó ở nam là 7. Tổng đối tượng tham gia nghiên cứu là nữ chiếm 65,4%, nhóm còn lại là nam giới chiếm tỉ lệ ít hơn với 34,6%. Sinh viên tham gia nghiên cứu có chỉ số BMI bình thường chiếm đa số với 61,65%, tiếp theo đó là nhóm thiếu cân chiếm 18,15%. Cuối cùng là các đối tượng có BMI thừa cân và béo phì chiếm lần lượt là 12,67% và 7,53%.

3.2. Đặc điểm rối loạn dẫn truyền trên điện tâm đồ ở hai giới và hai nhóm tuổi

Bảng 2. Rối loạn dẫn truyền ở hai giới và hai nhóm tuổi

Rối loạn	Tổng (N=292)	Nam (N=101)	Nữ (N=191)	18–25 (N=274)	>25 (N=18)
Rối loạn dẫn truyền	31 (10,6)	9 (8,9)	22 (11,5)	28 (10,2)	3 (16,8)

PR ngắn	14 (4,8)	3 (3,0)	11 (5,8)	13 (4,7)	1 (5,6)
BAV độ I	5 (1,7)	2 (2,0)	3 (1,6)	4 (1,5)	1 (5,6)
IRBBB	7 (2,4)	1 (1,0)	6 (3,1)	7 (2,6)	0 (0,0)
RBBB	4 (1,4)	3 (3,0)	1 (0,5)	3 (1,1)	1 (5,6)
ILBBB	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,5)	1 (0,4)	0 (0,00)

Chú thích: BAV1: block nhĩ thất độ 1; IRBBB: block nhánh phải không hoàn toàn; RBBB: block nhánh phải hoàn toàn; ILBBB: block nhánh trái không hoàn toàn; *: $p < 0,05$

5 loại rối loạn dẫn truyền được ghi theo thứ tự tỉ lệ từ cao đến thấp là khoảng PR ngắn (4,8%), block nhánh phải không hoàn toàn (2,4%), block nhĩ thất độ 1 (1,7%), block nhánh phải hoàn toàn (1,4%), block nhánh trái không hoàn toàn (0,3%). Đa số tỉ lệ các rối loạn dẫn truyền ở nữ cao hơn nam, cụ thể là ở các trường hợp có khoảng PR ngắn (5,8%), block nhánh

phải không hoàn toàn (3,1%) và block nhánh trái không hoàn toàn (0,5%). Đáng chú ý, ở nam giới xuất hiện tỉ lệ block nhánh phải hoàn toàn cao hơn, chiếm 3% so với 0,5% ở nữ. Khi xét đến nhóm tuổi, nhóm đối tượng trên 25 tuổi có tỉ lệ xuất hiện các rối loạn dẫn truyền cao với 16,8%, trong khi nhóm trẻ tuổi hơn là 10,2%. Khoảng PR ngắn, block nhĩ thất độ 1 và block nhánh phải hoàn toàn xuất hiện nhiều hơn ở nhóm trên 25 tuổi với tỉ lệ bằng nhau là 5,6%.

3.3. Đặc điểm rối loạn dẫn truyền trên điện tâm đồ ở các nhóm chỉ số BMI khác nhau

Bảng 3. Rối loạn dẫn truyền ở các nhóm chỉ số BMI khác nhau

	Tổng (N=292)	Thiếu cân (N=53)	Bình thường (N=180)	Thừa cân (N=37)	Béo phì (N=22)
Rối loạn dẫn truyền	31 (10,6)	5 (9,5)	21 (11,8)	4 (10,8)	1 (4,5)
PR ngắn	14 (4,8)	3 (5,7)	10 (5,6)	0 (0,0)	1 (4,5)
BAV1	5 (1,7)	0 (0,0)	3 (1,7)	2 (5,4)	0 (0,0)
IRBBB	7 (2,4)	2 (3,8)	3 (1,7)	2 (5,4)	0 (0,0)
RBBB	4 (1,4)	0 (0,0)	4 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
ILBBB	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)

Chú thích: BAV1: block nhĩ thất độ 1; IRBBB: block nhánh phải không hoàn toàn; RBBB: block nhánh phải hoàn toàn; ILBBB: block nhánh trái không hoàn toàn; *: $p < 0,05$

Kết quả nghiên cứu cho thấy rối loạn dẫn truyền xuất hiện ở cả nhóm BMI bình thường và bất thường. Trong nhóm thiếu cân, có 3 trường hợp có khoảng PR ngắn chiếm 5,7% và block nhánh phải không hoàn toàn chiếm 3,8%. Ở nhóm thừa cân cũng ghi nhận tỉ lệ bất thường cao, chiếm 10,8%. Block nhĩ thất độ 1 và block nhánh phải không hoàn toàn ở nhóm BMI cao đều chiếm đến 5,4% trong số các bất thường ở nhóm này.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ BMI bất thường cao ở đối tượng sinh viên khỏe mạnh là gần 40%. Điều này cảnh báo rằng ngay cả ở nhóm sinh viên trẻ, khỏe mạnh cũng đã tồn tại nguy cơ rối loạn dinh dưỡng và chuyển hóa, cần có các biện pháp can thiệp sớm về chế độ ăn uống và lối sống.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ bất thường dẫn truyền trên ECG ở sinh viên là 10,6%, cao hơn so với một số báo cáo quốc tế khi nghiên cứu trên nhóm đối tượng tương tự (dao động 5–10%)[1][3]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp block nhánh trái không hoàn toàn (chiếm 0,3%), trong khi các

nghiên cứu khác trên đối tượng khỏe mạnh lại không phát hiện bất kỳ trường hợp nào. Kết quả này cảnh báo rằng ngay cả ở lứa tuổi trẻ, không có triệu chứng, vẫn tồn tại một tỷ lệ đáng kể những biến đổi điện học tại tim.

Về sự khác biệt theo giới tính: Chúng tôi ghi nhận đa số tỉ lệ các rối loạn dẫn truyền ở nữ cao hơn nam, cụ thể là ở các trường hợp có khoảng PR ngắn (5,8% ở nữ so với 3,0% ở nam) và block nhánh phải không hoàn toàn (3,1% ở nữ so với 1,0% ở nam). Mặc dù sự khác biệt về tỷ lệ PR ngắn giữa hai giới chưa đạt ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này nhưng các nghiên cứu khác trên thế giới đã ghi nhận nữ giới dễ gặp PR ngắn hơn [1][3]. Các tác giả Ấn Độ ghi nhận tỉ lệ block nhánh phải hoàn toàn ở nam giới là 0,3% và không ghi nhận trường hợp nào ở nhóm nữ [3]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm giải phẫu tim và ảnh hưởng của hormone sinh dục [5].

Đặc biệt, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp block nhánh trái không hoàn toàn (chiếm 0,3% tổng số sinh viên), trong khi các báo cáo khác trên đối tượng khỏe mạnh lại không phát hiện bất kỳ trường hợp nào. Dù đây là một trường hợp đơn lẻ, việc phát hiện block nhánh trái không hoàn toàn (và cả block nhánh phải hoàn toàn) ở lứa tuổi trẻ khỏe mạnh cần được lưu ý.

Mặc dù đa số các trường hợp block nhánh không hoàn toàn thường lành tính, song chúng vẫn tiềm ẩn nguy cơ tiến triển thành rối loạn nhịp hoặc bệnh lý tim mạch về sau, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát bằng ECG.

Về mối liên quan với tuổi: Nhóm đối tượng trên 25 tuổi có tỉ lệ xuất hiện các rối loạn dẫn truyền cao hơn nhiều (16,8%) so với nhóm trẻ tuổi hơn (10,2%). Kết quả này nhất quán với nhiều tác giả, những người đồng ý rằng càng lớn tuổi tỉ lệ xuất hiện block nhánh tăng đặc biệt là block nhánh phải [1][3]. Cụ thể, tỉ lệ block nhánh phải hoàn toàn ở nhóm trên 25 tuổi (5,6%) cao hơn so với nhóm trẻ tuổi (1,1%). Tuy nhiên, hai nhóm tuổi này chưa ghi nhận nhiều khác biệt ở các rối loạn khác. Điều này gợi ý rằng các biến đổi ECG ở lứa tuổi này ít chịu tác động của tuổi sinh học, thay vào đó có thể liên quan nhiều hơn đến đặc điểm thể chất, mức độ luyện tập hoặc yếu tố nội tiết.

Về mối liên quan với BMI: Cả nhóm thiếu cân và thừa cân ghi nhận tỉ lệ rối loạn dẫn truyền cao, lần lượt là 9,5% và 10,8%. Tình trạng khoảng PR ngắn nổi bật ở nhóm thiếu cân (5,7%) và béo phì (4,5%). Kết quả này gợi ý rằng tình trạng thiếu cân có thể liên quan đến sự thay đổi dẫn truyền nhĩ – thất cũng như dẫn truyền trong thất, có thể do ảnh hưởng của rối loạn điện giải, dinh dưỡng hoặc yếu tố cơ địa. Tình trạng béo phì sẽ làm tăng huyết áp, có thể dẫn tới xơ hoá các mô kẽ, kéo theo đó là sự suy giảm các liên kết khe giữa các tế bào cơ tim từ đó giảm khả năng dẫn truyền điện học giữa chúng. Ngoài ra, tăng huyết áp hệ thống cũng có thể gây ra sự kích hoạt các cơ chế điều hoà như tiết ra các chất dẫn truyền thần kinh, cytokine, các phản ứng viêm và stress oxy hoá của các đường truyền tín hiệu điện trong tim từ đó gây xơ hoá chúng [2]. Liu P. và cộng sự đã chỉ rõ béo phì làm tăng nguy cơ mắc rối loạn dẫn truyền tim so với người có BMI bình thường, đặc biệt là béo phì có liên quan rõ rệt đến tình trạng block nhĩ thất [4]. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nhận định trên khi cho thấy ở nhóm thừa cân, tỉ lệ block nhĩ thất là 5,4%, cao hơn so với đối tượng bình thường là 1,7%.

Tóm lại, mặc dù các khác biệt trong mẫu này chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê, những phát hiện của chúng tôi vẫn cho thấy một số xu hướng về tần suất bất thường dẫn truyền liên quan đến các yếu tố nhân trắc như tuổi, giới và BMI ở đối tượng sinh viên khỏe mạnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ bất thường dẫn

truyền ở sinh viên khỏe mạnh cao hơn so với hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước trên cùng nhóm tuổi. Đặc biệt, ghi nhận một trường hợp block nhánh trái không hoàn toàn, điều chưa từng được báo cáo ở các nghiên cứu trước. Mặc dù các khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm chưa đạt ý nghĩa thống kê, nghiên cứu đã chỉ ra xu hướng về tần suất bất thường dẫn truyền liên quan đến các đặc điểm nhân trắc: Tỷ lệ rối loạn dẫn truyền cao hơn ở nhóm trên 25 tuổi; tỷ lệ bất thường dẫn truyền có xu hướng cao hơn ở nam giới (với block nhánh phải) và ở nữ giới (với khoảng PR ngắn), nhóm BMI bất thường (thiếu cân và thừa cân/béo phì) có tần suất rối loạn dẫn truyền cao hơn. Những phát hiện này cho thấy ngay cả ở nhóm đối tượng khỏe mạnh thì tỷ lệ bất thường về tim mạch vẫn ở mức đáng kể. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát sức khỏe định kỳ không chỉ để phát hiện sớm các bất thường tiềm ẩn mà còn giúp định hướng thay đổi lối sống và thói quen sinh hoạt nhằm phòng ngừa tiến triển bệnh lý tim mạch.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng cấp kinh phí thực hiện dưới mã đề tài GV18.53. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmadi P, Afzalian A, Jalali A, Sadeghian S, Masoudkabar F, Oraii A, Ayati A, Nayebirad S, Pezeshki PS, Lotfi Tokaldani M, Shafiee A, Mohammadi M, Sanei E, Tajdini M, Hosseini K** (2023). Age and gender differences of basic electrocardiographic values and abnormalities in the general adult population; Tehran Cohort Study. BMC Cardiovascular Disorders 23:303. doi: 10.1186/s12872-023-03339-z
2. **Frimodt-Møller EK, Vittinghoff E, Kaur G, Biering-Sørensen T, Soliman EZ, Marcus GM** (2023). Association Between Intensive vs Standard Blood Pressure Control and Incident Left Ventricular Conduction Disease: A Post Hoc Analysis of the SPRINT Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiol 8:612–616. doi: 10.1001/jamacardio.2023.0845
3. **Hingorani P, Natekar M, Deshmukh S, Karnad DR, Kothari S, Narula D, Lokhandwala Y** (2012). Morphological abnormalities in baseline ECGs in healthy normal volunteers participating in phase I studies. Indian J Med Res 135:322–330
4. **Liu P, Wang Y, Zhang X, Zhang Z, Zhao N, Ou W, Wang G, Yang X, Li M, Zhang Y, Yang X, Wu S** (2023). Obesity and Cardiac Conduction Block Disease in China. JAMA Netw Open 6:e2342831. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.42831
5. **Surawicz B, Knilans TK, Chou T-C** (2008). Chou's electrocardiography in clinical practice: adult and pediatric, 6th ed. Saunders/Elsevier, Philadelphia, PA

KHẢO SÁT NGUY CƠ TIM MẠCH TRONG 10 NĂM THEO THANG ĐIỂM ASCVD Ở BỆNH NHÂN GÚT

Nguyễn Lê Phương Thảo^{1,4}, Nguyễn Vĩnh Ngọc¹,
Lê Thị Liễu^{2,3}, Hoàng thị Vân¹, Phạm Thị Mai Quyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Đánh giá nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm ASCVD ở bệnh nhân gút. (2) Khảo sát mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 156 bệnh nhân gút được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 9/2025. Các thông tin lâm sàng (tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, BMI, thể bệnh, hạt tophi, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá) và cận lâm sàng (acid uric, CRP-hs, lipid máu, glucose) được thu thập. Nguy cơ tim mạch 10 năm được tính theo thang điểm ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Score). **Kết quả:** Tuổi trung bình $56,68 \pm 8,94$ năm, nhóm ≥ 50 tuổi chiếm 66,7%. Thời gian mắc gút trung bình $4,51 \pm 2,91$ năm; gút mạn chiếm 42,3%, thừa cân/béo phì 56,4%, tăng huyết áp 52,6%, rối loạn lipid 75,6%, đái tháo đường 13,5%, hút thuốc lá 53,2%. Điểm ASCVD trung bình $14,86 \pm 10,68\%$. Phân tầng: nguy cơ thấp – ranh giới 35,9%, trung bình 37,8%, cao 26,3%. Nguy cơ ASCVD tăng cao ở nhóm ≥ 50 tuổi, thời gian mắc gút ≥ 5 năm, gút mạn, có tophi, tăng huyết áp, đái tháo đường lần lượt là 15,35; 10,19; 2,94; 13,75; 3,46 ($P < 0,01$). **Kết luận:** Bệnh nhân gút có nguy cơ tim mạch ASCVD trung bình – cao chiếm 42,1%. Tuổi cao, thời gian mắc bệnh dài, gút mạn, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc và tăng acid uric máu làm gia tăng nguy cơ. **Từ khóa:** gút, nguy cơ tim mạch, ASCVD, AHA/ACC 2013.

SUMMARY

SURVEY OF CARDIOVASCULAR RISK IN 10 YEARS ACCORDING TO THE ASCVD SCALE IN GOUT PATIENTS

Objectives: (1) To evaluate the 10-year cardiovascular risk using the ASCVD score in patients with gout. (2) To investigate the association between cardiovascular risk and certain clinical and paraclinical characteristics of the study group. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 156 patients diagnosed with gout according to the 2015 ACR/EULAR criteria, who attended examination and treatment at Bach Mai

Hospital from November 2024 to September 2025. Clinical information (age, sex, disease duration, BMI, gout type, presence of tophi, hypertension, diabetes, smoking) and paraclinical data (uric acid, hs-CRP, blood lipids, glucose) were collected. The 10-year cardiovascular risk was calculated using the ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Score). **Results:** The mean age was 56.68 ± 8.94 years, with 66.7% aged ≥ 50 years. The mean disease duration was 4.51 ± 2.91 years; chronic gout accounted for 42.3%, overweight/obesity 56.4%, hypertension 52.6%, dyslipidemia 75.6%, diabetes 13.5%, and smoking 53.2%. The mean ASCVD score was $14.86 \pm 10.68\%$. Risk stratification: low–borderline 35.9%, intermediate 37.8%, high 26.3%. ASCVD risk increased significantly in patients aged ≥ 50 years, disease duration ≥ 5 years, chronic gout, presence of tophi, hypertension, and diabetes, with corresponding values of 15.35; 10.19; 2.94; 13.75; and 3.46 ($P < 0.01$). **Conclusions:** Among gout patients, 42.1% had intermediate–high ASCVD cardiovascular risk. Older age, longer disease duration, chronic gout, hypertension, diabetes, smoking, and hyperuricemia contributed to increased risk. **Keywords:** gout, cardiovascular risk, ASCVD, AHA/ACC 2013

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là một bệnh viêm khớp do rối loạn chuyển hóa purin, đặc trưng bởi tình trạng tăng acid uric máu và lắng đọng tinh thể urat tại khớp. Ngoài các tổn thương cơ xương khớp, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy gút liên quan chặt chẽ đến các bệnh lý tim mạch do xơ vữa¹. Các yếu tố như tình trạng viêm mạn tính, tăng acid uric máu kéo dài cùng sự hiện diện của các bệnh đồng mắc (tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, béo phì, hút thuốc) làm gia tăng nguy cơ biến cố tim mạch ở bệnh nhân gút².

Trong dự phòng tim mạch, việc ước lượng nguy cơ có vai trò quan trọng nhằm phát hiện sớm, phân tầng và lựa chọn chiến lược điều trị thích hợp. Thang điểm ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Score)³ do Hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) và Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ (ACC) ban hành năm 2013 là công cụ được sử dụng rộng rãi. ASCVD dựa trên các yếu tố tuổi, giới, huyết áp, cholesterol toàn phần, HDL-C, tình trạng hút thuốc và đái tháo đường để dự đoán nguy cơ mắc biến cố tim mạch trong 10 năm. Nhiều nghiên cứu quốc tế đã chứng minh ASCVD có giá trị thực tiễn trong sàng lọc và dự

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y dược - Đại học quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Liễu

Email: lieubm@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

phòng tim mạch, song tại Việt Nam, dữ liệu áp dụng ở bệnh nhân gút còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Đánh giá nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm ASCVD ở bệnh nhân gút.
2. Khảo sát mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành trên 156 bệnh nhân gút được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015, đến khám và điều trị tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 11/2024 đến tháng 9/2025.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu:

- Bệnh nhân từ 40-79 tuổi
- Được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015.
- Có đầy đủ thông tin lâm sàng và xét nghiệm cần thiết để tính điểm ASCVD.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử biến cố tim mạch trước đó (nhồi máu cơ tim, đột quỵ, bệnh cơ tim, van tim). hoặc hiện tại có tai biến mạch máu não hoặc bệnh động mạch ngoại vi (nhồi máu cơ tim, đột quỵ, bệnh động mạch ngoại biên).
- Bệnh nhân có bệnh mạn tính hoặc cấp tính nặng khác ảnh hưởng đến tiên lượng (ung thư tiến triển, suy thận giai đoạn cuối, các nhiễm khuẩn nặng, nhiễm khuẩn huyết...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Quy trình nghiên cứu:

+ Thu thập số liệu: Các đối tượng tham gia nghiên cứu thu thập theo mẫu bệnh án chung.

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh thể bệnh (cấp/mạn), BMI, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, sự hiện diện của hạt tophi.

- Đặc điểm cận lâm sàng: nồng độ acid uric máu (mcmol/l), CRP-hs (mg/L), lipid máu (cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, triglycerid)

+ Tính điểm nguy cơ tim mạch 10 năm được tính bằng thang điểm ASCVD 2013 (AHA/ACC)

thông qua công cụ trực tuyến chính thức (ACC ASCVD Risk Estimator Plus). Các bệnh nhân được phân loại thành 4 mức:

- Nguy cơ thấp (<5%).
- Nguy cơ giáp ranh (5–7,5%).
- Nguy cơ trung bình (7,5–20%).
- Nguy cơ cao ($\geq 20\%$).

+ Đánh giá mối liên quan giữa phân tầng nguy cơ tim mạch với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân được nghiên cứu

2.2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($X \pm SD$).

- Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm (%).

- So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định Chi-square (χ^2) cho biến định tính và t-test độc lập cho biến định lượng.

- Sử dụng phương trình tuyến tính tìm mối liên quan giữa 2 biến định lượng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 156 bệnh nhân đến khám và điều trị tại trung tâm cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai. Chúng tôi có kết quả sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu	Giá trị trung bình $\pm$ SD/Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	56,68 $\pm$ 8,94
Nhóm ≥ 50 tuổi	66,7%
Thời gian mắc gút (năm)	4,51 $\pm$ 2,91
Gút mạn	42,3%
Thừa cân/béo phì	56,4%
Tăng huyết áp	52,6%
Rối loạn lipid máu	75,6%
Đái tháo đường	13,5%
Hút thuốc lá	53,2%

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 56,7 tuổi, bệnh nhân ≥ 50 tuổi (66,7%). Tỷ lệ bệnh nhân có gút mạn chiếm 42,3% và 39,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch trong đó rối loạn lipid máu (75,6%) và tăng huyết áp (52,6%)

3.2. Khảo sát nguy cơ tim mạch và phân tầng nguy cơ tim mạch theo thang điểm ASCVD ở bệnh nhân gút

Bảng 2: Nguy cơ tim mạch và phân tầng nguy cơ theo ASCVD

Chỉ tiêu	Số lượng (N=103)	Tỷ lệ (%)
Điểm dự đoán nguy cơ tim mạch trung bình (%)	14,86 $\pm$ 10,68	
Phân tầng nguy cơ tim		
Thấp – Giáp ranh (<7,5%)	56	35,9

mạch theo thang điểm ASCVD	Trung bình (7,5-19,9%)	59	37,8
	Cao ($\geq 20\%$)	41	26,3

Nhận xét: Điểm dự đoán nguy cơ tim mạch trong 10 năm trung bình theo thang điểm ASCVD chung cho cả nhóm nghiên cứu là $14,86 \pm 10,68\%$. Trong đó nhóm nguy cơ thấp – Ranh giới chiếm tỷ lệ 35,9%, nguy cơ trung bình là 37,8% và

nhóm nguy cơ cao chiếm tỷ lệ là 26,3%.

3.3. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch theo thang điểm ASCVD với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3: Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch theo thang điểm ASCVD với một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân gút.

Chỉ tiêu		Nguy cơ trung bình - cao	Nguy cơ thấp - ranh giới	Tổng (N= 156)	P	OR
Tuổi	≥ 50	87 (83,7%)	17 (16,3%)	104 (100%)	0,001	15,35 (6,80 - 34,68)
	<50 tuổi	13 (25,0%)	39 (75,0%)	52 (100%)		
Tổng		100 (64,1%)	56 (35,9%)	156 (100%)		
Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	60 (89,6%)	7 (10,4%)	67 (100%)	<0,001	10,50 (4,32 - 25,50)
	<5 năm	40 (44,9%)	49 (55,1%)	89 (100%)		
Tổng		100 (64,1%)	56 (35,9%)	156 (100%)		
Thể bệnh	Gút mạn	61 (92,4%)	5 (7,6%)	66	<0,001	15,954 (5,854 - 43,477)
	Gút cấp	39 (43,3%)	51 (56,7%)	90		
Tổng		100 (64,1%)	56 (35,9%)	156		
Hút thuốc	Không	36 (49,3%)	37 (50,7%)	73	<0,001	3,46 (1,74 - 6,89)
	Có	64 (77,1%)	19 (22,9%)	83		
Tổng		100 (64,1%)	56 (35,9%)	156		

Nhận xét: Nguy cơ tim mạch trung bình – cao ở các nhóm tuổi ≥ 50 , thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm, thể bệnh gút mạn, có hút thuốc đều cao hơn với OR lần lượt là: 15,35; 10,5; 15,954; 3,46 ($P < 0,001$).

Bảng 4: Điểm nguy cơ tim mạch trung bình với một số đặc điểm cận lâm sàng

Chỉ tiêu		Số lượng (N=156)	Điểm dự đoán nguy cơ tim mạch trung bình (%)	P
CRP-hs	Tăng	90	$17,08 \pm 12,25$	0,001
	Không tăng	86	$11,85 \pm 7,14$	
Nồng độ Cholesterol	Không tăng	69	$12,67 \pm 9,66$	0,022
	Tăng	87	$16,61 \pm 11,19$	
	Không	21	$25,86 \pm 13,05$	

Nhận xét: Điểm nguy cơ tim mạch ASCVD trung bình cao hơn rõ rệt ở nhóm có CRP-hs tăng (17,08% so với 11,85%; $p = 0,001$) và nhóm có cholesterol tăng (16,61% so với 12,67%; $p = 0,022$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân gút là 56,7, trong đó nhóm ≥ 50 tuổi chiếm đa số (66,7%). Thời gian mắc bệnh trung bình là 4,5 năm, với 42,3% bệnh nhân ở giai đoạn gút mạn và 39,1% có tophi. Tỷ lệ mắc kèm các bệnh lý chuyển hóa cao, đặc biệt là tăng huyết áp (52,6%) và rối loạn lipid máu (75,6%).

Các đặc điểm này phù hợp với những nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu trong nước của Nguyễn Thị Thúy (2024) ghi nhận gút cấp chiếm 54,31% và gút mạn 45,69%⁴ gần tương đồng

với tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi. Ở nước ngoài, Fraile (2010, Tây Ban Nha) báo cáo tỷ lệ gút mạn là 51,2%⁵, trong khi Juraschek và cộng sự (2013, Hoa Kỳ) cho thấy 63,5%⁶ bệnh nhân gút có kèm béo phì. Điều này chứng tỏ đặc điểm dịch tễ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu có sự tương đồng rộng rãi với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Tuy nhiên, thời gian mắc bệnh trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn, có thể do sự cải thiện trong chẩn đoán sớm và khả năng tiếp cận y tế ngày càng tốt hơn.

Tóm lại, đối tượng nghiên cứu có đặc điểm phù hợp với bối cảnh dịch tễ chung của bệnh gút, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi, kèm theo tỷ lệ bệnh đồng mắc chuyển hóa cao. Những phát hiện này củng cố bằng chứng về mối liên quan chặt chẽ giữa gút, tuổi tác và các rối loạn chuyển hóa, đồng thời phản ánh xu hướng ngày càng tăng trong việc phát hiện và quản lý sớm bệnh gút tại Việt Nam.

4.2. Phân tầng nguy cơ tim mạch theo thang điểm ASCVD trên đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm nguy cơ tim mạch 10 năm trung bình theo thang điểm ASCVD là $14,86 \pm 10,68\%$, trong đó tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm trung bình và cao chiếm đa số (64,1%). Kết quả này cho thấy phần lớn bệnh nhân gút có nguy cơ tim mạch đáng kể, phù hợp với nhận định rằng gút thường đi kèm nhiều yếu tố nguy cơ chuyển hóa.

So sánh với nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Thị Phi Nga ⁷(2019), điểm dự đoán nguy cơ tim mạch trung bình theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân gút là $13,9 \pm 5,4\%$, cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ trung bình – cao chiếm ưu thế. Sự tương đồng này khẳng định tính chất đặc trưng của gút gắn liền với nguy cơ tim mạch gia tăng.

4.3 Môi liên quan giữa nguy cơ tim mạch với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm ASCVD ở bệnh nhân gút chịu ảnh hưởng rõ rệt từ nhiều yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng. Các yếu tố này bao gồm tuổi, thời gian mắc bệnh, thể bệnh, hút thuốc lá, tình trạng tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và CRP-hs. Việc xác định mối liên quan này có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng và quản lý bệnh nhân gút nhằm giảm thiểu biến cố tim mạch.

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tuổi cao và thời gian mắc bệnh dài đều liên quan đến nguy cơ ASCVD cao hơn, với OR lần lượt 15,35 và 10,50. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phi Nga (2018)⁷, trong đó nhóm bệnh nhân ≥ 50 tuổi và thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm đều có nguy cơ mạch vành cao hơn có ý nghĩa thống kê. Đồng thời, bệnh nhân gút mạn và có tophi ghi nhận điểm ASCVD trung bình cao gấp 2–3 lần so với nhóm gút cấp, điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu quốc tế như DeMarco et al. (2011)⁸ và Zhu et al. (2012, NHANES)² khi cho thấy gút mạn tính đi kèm nhiều bệnh đồng mắc tim mạch hơn. Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ cổ điển như hút thuốc, tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu đều làm tăng đáng kể nguy cơ ASCVD; kết quả này tương tự nghiên cứu của Hồ Thị Ngân Hà (2014, Bạch Mai)⁹ với tỷ lệ đồng mắc THA và ĐTĐ cao ở bệnh nhân gút. Đặc biệt, CRP-hs tăng cũng liên quan chặt chẽ đến nguy cơ ASCVD, gợi ý vai trò của tình trạng viêm mức thấp trong cơ chế bệnh sinh, phù hợp với bằng chứng y văn quốc tế.

Như vậy, các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân gút có tính chất đa yếu tố, vừa phản ánh tiến triển tự nhiên của bệnh (tuổi, thời gian mắc, gút mạn, tophi), vừa bao gồm các đồng mắc chuyển hóa – tim mạch đi kèm (THA, ĐTĐ, rối loạn lipid, hút thuốc, viêm). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc nguy cơ tim mạch định kỳ và kiểm soát tích cực các yếu tố đồng mắc trong quản lý bệnh nhân gút, nhằm giảm thiểu biến cố tim mạch lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 156 bệnh nhân gút cho thấy 66,7% đối tượng thuộc nhóm tuổi trung niên và cao tuổi, với tỷ lệ cao các yếu tố đồng mắc như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, thừa cân và hút thuốc. Điểm ASCVD trung bình là $14,86 \pm 10,68\%$, trong đó nhóm nguy cơ trung bình và cao chiếm tới 64,1%. Phân tích cho thấy nguy cơ tim mạch tăng đáng kể ở bệnh nhân ≥ 50 tuổi, mắc bệnh ≥ 5 năm, gút mạn, có tophi, cũng như ở những người có tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc và CRP-hs hoặc cholesterol tăng. Hồi quy đa biến xác định tuổi, thời gian mắc bệnh, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc và acid uric máu tăng là các yếu tố nguy cơ độc lập của ASCVD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Choi HK, Curhan G.** Independent impact of gout on mortality and risk for coronary heart disease. *Circulation*. 2007;116(8):894-900. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.703389
2. **Zhu Y, Pandya BJ, Choi HK.** Comorbidities of Gout and Hyperuricemia in the US General Population: NHANES 2007-2008. *Am J Med*. 2012;125(7): 679-687.e1. doi:10.1016/j.amjmed.2011.09.033
3. **Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, et al.** 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. *Circulation*. 2014;129(25 suppl 2): S49-S73. doi:10.1161/01.cir.0000437741.48606.98
4. **Nguyễn Thị Thuý.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh gút và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. *Tạp chí học việt nam*. 2024;544(3).
5. **Fraile JM, Torres RJ, de Miguel ME, et al.** Metabolic syndrome characteristics in gout patients. *Nucleosides Nucleotides Nucleic Acids*. 2010; 29(4-6): 325-329. doi:10.1080/15257771003738709
6. **Juraschek SP, Gelber AC, Choi HK, Appel LJ, Miller ER.** Effects of the Dietary Approaches To Stop Hypertension (DASH) Diet and Sodium Intake on Serum Uric Acid. *Arthritis Rheumatol* Hoboken NJ. 2016;68(12):3002-3009. doi:10.1002/art.39813
7. **Nguyễn Thị Phi Nga.** Dự báo nguy cơ mắc bệnh

mạch vành trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân gút tại bệnh viện quân y 103. Học Việt Nam. 2019;478:207-214.

8. **McAdams DeMarco MA, Maynard JW, Huizinga MM, et al.** Younger age at gout onset is related to obesity in a community-based cohort.

Arthritis Care Res. 2011;63(8):1108-1114. doi:10.1002/acr.20479

9. **Hồ Thị Ngân Hà.** Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút điều trị tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai 2014. Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM TÁI SỐC VÀ SUY HÔ HẤP CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ THEO PHÁC ĐỒ SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TUỔI THIỂU NIÊN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trần Văn Định¹, Bạch Văn Cam^{1,2}, Phạm Văn Quang^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue (SXHD), thể tích dịch theo cân nặng cho trẻ em luôn nhiều hơn người lớn. Với tình trạng dinh dưỡng hiện nay của trẻ em Việt Nam, thể trạng trẻ thiếu niên (13-16 tuổi) tiệm cận người lớn. Việc sử dụng phác đồ trẻ em cho nhóm này làm tăng tổng lượng dịch truyền và những hậu quả đi kèm. Phác đồ sốc SXHD thiếu niên với khuynh hướng giảm dịch truyền có thể tăng tái sốc và giảm suy hô hấp. Nghiên cứu này mô tả 2 đặc điểm trên khi chúng tôi lần đầu tiên áp dụng phác đồ sốc SXHD thiếu niên tại bệnh viện Nhi Đồng 1. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm tái sốc và suy hô hấp ở bệnh nhân sốc SXHD ở nhóm tuổi thiếu niên. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên tất cả bệnh nhi tuổi từ 13 tuổi đến dưới 16 tuổi nhập viện vì sốc SXHD được điều trị theo 2 phác đồ sốc SXHD cho trẻ thiếu niên và sốc SXHD trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ ngày 1/1/2018 đến 31/7/2022. **Kết quả:** 248 bệnh nhi thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu với 140 bệnh nhi điều trị theo phác đồ SXHD thiếu niên và 108 bệnh nhi điều trị theo phác đồ trẻ em. Tuổi trung bình $13,2 \pm 0,7$ tuổi, tỉ lệ nam:nữ là 1:0,92. Tổng dịch và thời gian truyền dịch của nhóm phác đồ trẻ em là $153,7 \pm 48,0$ ml/kg trong $28,6 \pm 9,5$ giờ và nhóm phác đồ trẻ thiếu niên là $135,2 \pm 48,5$ ml/kg trong $25,7 \pm 7,5$ giờ. Lượng cao phân tử lần lượt là $89,6 \pm 46,3$ ml/kg và $76,8 \pm 38,7$ ml/kg. Tỉ lệ suy hô hấp 32,7%, tỉ lệ tái sốc 11,7% và cả 2 tỉ lệ này không khác nhau có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm ($p > 0,05$). Bệnh nhân tái sốc có: ngày vào sốc sớm, tăng lactate máu, giảm albumin máu, rối loạn đông máu, dịch truyền nhiều hơn, cao phân tử nhiều hơn, thời gian truyền dịch dài và tỉ lệ phải hỗ trợ hô hấp cao hơn. **Kết luận:** Sốc SXHD thiếu niên vẫn có những đặc điểm lâm sàng tương tự như nhóm trẻ nhỏ tuy nhiên dịch truyền chống sốc được dùng ít hơn. Việc áp dụng phác đồ điều trị sốc SXHD thiếu niên làm giảm tổng lượng dịch truyền điều trị nhưng không làm tăng

tỉ lệ tái sốc và suy hô hấp. **Từ khóa:** sốc sốt xuất huyết Dengue, thiếu niên, tái sốc, suy hô hấp.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF RECURRENT SHOCK AND RESPIRATORY FAILURE IN PATIENTS MANAGED WITH ADOLESCENT DENGUE SHOCK SYNDROME TREATMENT PROTOCOL AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Introduction: The volume of fluid administered based on body weight for pediatric patients in the treatment of Dengue shock syndrome (DSS) is consistently higher than that for adults. Given the current nutritional status of Vietnamese children, the physical development of adolescents aged 13–16 is approaching that of adults. Applying pediatric treatment protocols to this age group results in an increased total volume of fluid infusion and associated complications. The adolescent Dengue shock syndrome management protocol, with a tendency toward reduced fluid administration, may be associated with an increased risk of recurrent shock and a decreased incidence of respiratory failure. This study describes these two clinical features during the initial implementation of the adolescent Dengue shock syndrome management protocol at Children's Hospital 1. **Objectives:** Describe characteristics of recurrent shock and respiratory failure in Dengue shock syndrome adolescents. **Method:** A cross-sectional study was conducted on all 248 pediatric patients aged 13 to under 16 years who were hospitalized with Dengue shock syndrome and treated according to two Dengue shock syndrome treatment protocols for adolescents and children at Children's Hospital 1 from January 1, 2018, to July 31, 2022. **Results:** 248 pediatric patients met the inclusion criteria, with 140 treated according to the adolescent Dengue shock syndrome protocol and 108 treated according to the pediatric protocol. The mean age was 13.2 ± 0.7 years, with a male-to-female ratio of 1:0.92. Total fluid volume and duration of fluid administration in the pediatric protocol group were 153.7 ± 48.0 ml/kg over 28.6 ± 9.5 hours, while in the adolescent protocol group they were 135.2 ± 48.5 ml/kg over 25.7 ± 7.5 hours. The colloid volumes were 89.6 ± 46.3 ml/kg and 76.8 ± 38.7 ml/kg, respectively. The rates of respiratory failure and recurrent shock were 32.7% and 11.7%, respectively, with no statistically

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Định

Email: dinhchildrenhospital1@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

significant differences between the two groups ($p > 0.05$). Patients who experienced recurrent shock had earlier onset of shock, elevated blood lactate levels, hypoalbuminemia, coagulopathy, received greater fluid volumes including more colloids, had longer fluid administration duration, and a higher rate of respiratory support requirement. **Conclusion:** Adolescent DSS shares similar clinical characteristics with younger pediatric patients; however, the volume of resuscitation fluids used is lower. The application of the adolescent DSS treatment protocol reduces the total volume of therapeutic fluid administered without increasing the rates of recurrent shock or respiratory failure. **Keywords:** Dengue shock syndrome, adolescent, recurrent shock, respiratory failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc SXHD là hậu quả của thất thoát huyết tương do nhiễm virus Dengue. Nếu tình trạng thất thoát tiếp diễn và việc điều trị bù dịch không hợp lý bệnh nhân sẽ tái sốc, sốc kéo dài, suy đa cơ quan. Ngược lại, điều trị dịch truyền nhiều sẽ dẫn đến quá tải gây suy hô hấp, tăng nhu cầu thở máy, suy đa cơ quan, tăng thời gian nằm viện và tử vong [1]. Theo tổng kết của bệnh viện Nhi Đồng 1, các trường hợp tử vong do sốc SXHD ở phía Nam có tổng lượng dịch trung bình trong 1 đợt điều trị lên đến 287ml/kg và 100% trường hợp trên phải thở máy. Việc tính toán lượng dịch truyền cho trẻ sốc SXH-D dựa vào cân nặng của trẻ theo phác đồ của Bộ Y Tế Việt Nam. Lượng dịch dành cho trẻ em theo cân nặng luôn nhiều hơn người lớn [1].

Với tình trạng dinh dưỡng hiện tại của trẻ em Việt Nam, thể trạng trẻ thiếu niên (13-16 tuổi) tiệm cận người lớn. Tỷ lệ béo phì của nhóm tuổi này cũng đang ở mức cao [2]. Bộ Y Tế đã có hướng dẫn riêng cho nhóm này thông qua phác đồ điều trị sốc SXHD dành cho trẻ thiếu niên [5] với tổng lượng dịch truyền giảm so với phác đồ trẻ em. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định: "*Đặc điểm tái sốc và suy hô hấp ở bệnh nhi sốc sốt xuất huyết Dengue lứa tuổi thiếu niên khi chúng tôi lần đầu tiên sử dụng phác đồ SXHD thiếu niên tại Bệnh Viện Nhi Đồng 1*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhi từ 13 đến dưới 16 tuổi nhập viện vì sốc sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ ngày 1/1/2018 đến 31/7/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân 13 đến dưới 16 tuổi nhập viện vì sốc SXHD theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế 2019.

- Xét nghiệm Mac Elisa hoặc NS1 dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhi sốc SXHD đã được điều trị tuyền

trước hơn 6 giờ.

- Có bệnh nền đi kèm:

- Thalassemia

- Hemophilia

- XHGTG

- SGMD

- Tim bẩm sinh

- Suy gan

- Suy thận

- Bệnh lý tự miễn

- Thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu (đối với nhóm tiền cứu)

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang

Cỡ mẫu. Công thức tính cỡ mẫu

$$P(1-P)$$

$$N = Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot \frac{P(1-P)}{d^2}$$

P : tỉ lệ tham khảo trẻ SXHD tái sốc^[4]: 27%

Cỡ mẫu: 210 ca.

Phân tích xử lý số liệu. Phần mềm thống kê SPSS 28.0

Y đức. Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng Y đức và Hội đồng Khoa học của Bệnh viện Nhi đồng 1 và Bộ môn Nhi Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, số 274/GCN-BVND1 ngày 7/12/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/1/2018 đến tháng 31/7/2022, Bệnh viện Nhi đồng 1 tiếp nhận và điều trị 248 bệnh nhi sốc SXH-D ở độ tuổi thiếu niên thỏa đủ các tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình (năm)	13,2 ± 0,7	(13-16)*
Nhóm tuổi		
13	86	34,7
14	101	40,7
15	29	11,7
16	32	12,9
Tình trạng dinh dưỡng		
BMI (kg/cm ²)	21,2 ± 3,8	(20,1-24.6)*
Cân nặng(kg)	53,4 ± 12,5	(31-85)*
Dư cân, béo phì	79	31,9

* Trung bình ± độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất-lớn nhất)

Nhóm tuổi 13,14 chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu (75,4%). Trẻ dư cân, béo phì chiếm tỉ lệ (31,9%). Ngược lại không có trường hợp nào suy dinh dưỡng.

Đặc điểm tổn thương cơ quan

Hô hấp và tuần hoàn:

Bảng 2: Đặc điểm tổn thương hô hấp tuần hoàn

Đặc điểm	Dân số chung n=248	Điều trị phác đồ trẻ em n=108	Điều trị phác đồ thiếu niên n=140	Giá trị p
Đặc điểm sốc và tái sốc				
Sốc SXHD	217(87,5)	95(85,9)	122(87,1)	0,72***
Sốc SXH nặng	31(12,5)	13(12,0)	18(12,9)	0,81***
Tái sốc	29(11,7)	12(11,1)	17(12,1)	0,54***
Đặc điểm tình trạng hô hấp				
Suy hô hấp	81(32,7)	39(36,1)	42(30)	0,058***
TDMP*	135(54,4)	63(58,3)	72(51,4)	0,126***
PaO₂/ FiO₂**				
≤200	6(2,4)	2(1,8)	4(2,8)	
>200-300	19(7,7)	8(7,4)	11(7,9)	
>300	67(27)	31(28,7)	36(25,7)	

* Tổng số ca có siêu âm bụng ngực đánh giá tràn dịch: 138 ca

** Tổng số ca được xét nghiệm khí máu 92 ca

*** Phép kiểm Chi bình phương

Tỉ lệ sốc SXHD và sốc SXHD nặng trước khi vào nghiên cứu tương đồng giữa 2 nhóm. Tỉ lệ tái sốc cũng không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm dân số.

Tỉ lệ suy hô hấp chung của nghiên cứu là 32,7%. Tỉ lệ này ở 2 nhóm trẻ điều trị theo phác đồ trẻ em và phác đồ thiếu niên lần lượt (36,1% và 30%) và khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Tỉ lệ tràn dịch màng phổi ít nhất 1 bên cao hơn nhiều so với tỉ lệ tràn dịch màng bụng (54,4% và 23%). TDMP và TDMB không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm bệnh nhân.

Các cơ quan khác

Bảng 3: Đặc điểm tổn thương cơ quan khác

Các cơ quan tổn thương	Khi vào sốc	Khi nặng nhất
------------------------	----------------	------------------

Bảng 4: Đặc điểm điều trị dịch truyền

Điều trị	Dân số chung (n=248)	Nhóm điều trị phác đồ thiếu niên (n=140)	Nhóm điều trị phác đồ trẻ em (n=108)	Giá trị p
Dịch truyền				
Tổng dịch (ml/kg)	142,8± 37,5	135,2± 48,5	153,7± 48,0	0,042*
Dịch > 150 ml/kg	29 (11,7)	18 (12,8)	11 (10,2)	
Dịch=100-150 ml/kg	196 (79)	109 (77,8)	87 (80,5)	
Tổng thời gian truyền dịch (giờ)	26,9± 8,3	25,7 ± 7,5	28,6 ± 9,5	0,52*
Thời gian <24 giờ	31 (12,5)	16 (11,4)	15 (13,9)	
Thời gian 24-36 giờ	197 (79,4)	113 (80,7)	84 (77,8)	
Thời gian >36 giờ	20 (8,1)	11 (7,9)	9 (8,3)	
Tổng điện giải (ml/kg)	93,3± 43,3	85,3± 59,3	104,1 ± 57,6	0,514*
Tổng thời gian truyền điện giải (giờ)	13,1± 32,6 (0,25–41,5)	12± 29,3 (0,25–37,5)	14,5± 31,8 (0,25–41,5)	0,723*
Dùng CPT (%)	153 (61,7)	85 (60,7)	68 (62,9)	0,95**
Tổng lượng CPT (ml/kg)	80,2 ± 28,7	76,8 ± 38,7	89,6 ± 46,3	0,04***
Tổng thời gian truyền CPT (giờ)	9,13(4-51)	8 (4-43)	11 (5,5–51)	0,328*

	(n=248)	(n=248)
Gan		
Nhẹ	24(9,6)	38(15,3)
Trung bình	21(8,5)	30(12,1)
Nặng	17(6,9)	18(7,3)
Huyết học		
Hct >50%	46(18,5)	64(25,8)
Bạch cầu <4.000/mm ³	29(11,7)	117(47,1)
Tiểu cầu ≤30.000/mm ³	22 (8,9)	136 (54,8)
DIC*	6(2,4)	13 (5,2)
Thận		
Tổn thương thận cấp	16 (6,5)	20 (8,1)
Suy thận cấp	2 (0,8)	3 (1,2)
Rối loạn chuyển hóa		
Toan nặng(pH<7.1)		0 (00)
HCO ₃ ⁻ <12mmol/L		9 (3,6)
BE< -5mmol/l		60 (24,2)

*: Tổng số ca có xét nghiệm đông máu toàn bộ: 178 ca

Đặc điểm điều trị

Điều trị dịch truyền:

Dùng albumin (%)	29 (11,7)	24 (17,1)	5 (4,6)	0,06**
Tổng lượng albumin 5% (ml/kg)	33,5±19,7	33,5±21,8	29,5±39,4	0,293***
Tổng thời gian truyền albumin	17,5±14,2	18,5±13,4	16,8±12,4	0,331***

*: Phép kiểm Mann-Whitney U

**: Phép kiểm Chi bình phương

***: Phép kiểm Student

Tổng dịch điều trị nhóm bệnh nhân theo phác đồ thiếu niên là 135,2ml/kg và phác đồ trẻ em là 153,7ml/kg, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. 79% trường hợp được truyền dịch ở

mức 100-150ml/kg. Thời gian truyền dịch trung bình của dân số nghiên cứu là 26,9± 8,3 và tương đồng giữa 2 nhóm dân số theo 2 phác đồ. Lượng cao phân tử ở 2 nhóm dân số cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$),

Hỗ trợ hô hấp:**Bảng 5: Đặc điểm điều trị suy hô hấp**

Đặc điểm	Dân số chung (n=248)	Nhóm điều trị phác đồ thiếu niên (n=140)	Nhóm điều trị phác đồ trẻ em (n=108)	p
Có SHH (%)	81 (32,7)	42 (30)	39 (36,1)	0,086*
Không SHH (%)	167 (67,3)	98 (70)	69 (63,9)	
Hỗ trợ CPAP				
Tỉ lệ CPAP (%)	28 (11,3)	16 (11,4)	12 (11,1)	0,069*
Thời gian CPAP (ngày)	2 (1-8)	2 (1-8)	2 (1-5)	
Thở máy				
Tỉ lệ thở máy (%)	2 (0,8)	0 (0)	2 (1,9)	
Thời gian thở máy (ngày)**	17 (5-29)	0 (0)	17 (5-29)	

*: Phép kiểm Chi bình phương;

**: Trung vị (Giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất)

Có 81 trường hợp (32,7%) suy hô hấp; trong đó tỉ lệ thở NCPAP và thở máy lần lượt là 11,3% và 0,8%. Khác biệt về tỉ lệ suy hô hấp của 2 nhóm dân số điều trị theo phác đồ trẻ em và phác đồ thiếu niên là không có ý nghĩa thống kê ($p=0,086$).

Tỉ lệ thở NCPAP của dân số nghiên cứu là 11,3%, không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm dân số nghiên cứu ($p=0,069$). Thời gian thở NCPAP trung bình 2 ngày. Trong khi đó thời gian thở máy trung bình 2 ca là 17 ngày. 1 trường hợp thở 5 ngày và 1 trường hợp kéo dài 29 ngày.

Điều trị khác:**Bảng 6: Đặc điểm các điều trị khác**

Đặc điểm	Dân số chung (n=248)	Nhóm điều trị phác đồ thiếu niên (n=140)	Nhóm điều trị phác đồ trẻ em (n=108)	p
Truyền HCL (%)	16 (6,5)	12 (8,5)	4 (3,7)	0,56*
Truyền HTTĐL (%)	17 (6,8)	13 (9,3)	4 (3,7)	0,72*
Truyền KTL (%)	10 (4)	8 (5,7)	2 (1,9)	1*
Truyền tiểu cầu (%)	15 (6)	9 (6,4)	6 (5,6)	0,089*
Dùng dopamin (%)	6 (2,4)	2 (1,4)	4 (3,7)	1*
Dùng dobutamin (%)	4 (1,6)	2 (5,7)	2 (1,9)	1*
Dùng adrenalin (%)	3 (1,2)	1 (0,7)	2 (1,9)	0,143**

*: Phép kiểm Chi bình phương

Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm dân số ở tỉ lệ truyền máu và các chế phẩm của máu, sử dụng thuốc vận mạch. Có 4 trường hợp cần thủ thuật xâm lấn như chọc

dò hoặc dẫn lưu ổ bụng (1,6%), 1 trường hợp lọc máu (0,4%) và 1 trường hợp thay huyết tương (0,4%). Không trường hợp nào phải chọc dò màng phổi.

Kết quả điều trị:

Đặc điểm	Dân số chung (n=248)	Nhóm điều trị phác đồ thiếu niên (n=140)	Nhóm điều trị phác đồ trẻ em (n=108)	p
Thời gian nằm viện (ngày)	4,1 ± 2,4	4,2 ± 2,9	4,0 ± 2,1	0,058**
Tử vong (%)	1 (0,4)	0 (0)	1 (1)	

**: Phép kiểm Mann-Whitney U

Có 1 trường hợp tử vong (0,4%) trong bệnh cảnh suy đa cơ quan, viêm phổi nặng sau khi đã được điều trị sốc. Thời gian nằm điều trị trung

bình là 4,1 ngày. Phần lớn thời gian bệnh nhi điều trị hồi sức dưới 07 ngày (84,2%), trong đó có 01 trường hợp điều trị 32 ngày (0,4%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian

nằm viện giữa 2 nhóm điều trị theo phác đồ trẻ em và phác đồ thiếu niên ($p=0,058$).

Các yếu tố liên quan đến tái sốc

Bảng 7: Các yếu tố liên quan đến tái sốc-phân tích đa biến($n=248$)

Yếu tố	OR [KTC 95%]	p
Sốc $N \leq 3$	1	0,006
Sốc $N > 3$	0,02 (0,002-0,35)	
Tăng lactat	0,28 (0,09-0,91)	0,035
Lactat bình thường	1	
Tổng dịch CPT(ml/kg)	1,50 (1,12-2,02)	0,006
Dịch truyền ≥ 150 ml/kg	1,67 (0,08-35,70)	
Dịch truyền < 150 ml/kg	1	0,047

Với kết quả phân tích đa biến cho thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ngày vào sốc, xét nghiệm lactate máu và tái sốc. Bệnh nhân tái sốc cũng sử dụng nhiều dịch truyền hơn cũng như nhiều cao phân tử hơn bệnh nhân không tái sốc.

Các yếu tố liên quan đến suy hô hấp

Bảng 7: Các yếu tố liên quan đến suy hô hấp-phân tích đa biến($n=248$)

Yếu tố	OR [KTC 95%]	p
Sốc $N \leq 3$	1	0,039
Sốc $N > 3$	0,61 (0,36-15,24)	
Sốc SXHD	1	0,083
Sốc SXHD nặng	0,48 (0,32-11,16)	
Tăng lactat	0,62 (0,11-3,62)	0,598
Lactat bình thường	1	
Giảm albumin	7,71 (1,15-51,51)	0,035
Albumin bình thường	1	
Không RLĐM	1	0,911
Có RLĐM	1,16 (0,08-16,90)	
Dịch truyền < 150 ml/kg	1	0,042
Dịch truyền ≥ 150 ml/kg	0,40 (0,07-2,37)	
Sử dụng CPT	1	0,324
Không sử dụng CPT	1,34 (0,82-5,32)	
Có vận mạch	1	0,618
Không vận mạch	1,72 (0,93-4,57)	

Kết quả phân tích của mô hình đa biến cho thấy chỉ có ngày vào sốc sớm (< 3 ngày), tổng lượng dịch truyền > 150 ml/kg và albumin máu giảm là các yếu tố làm tăng tỉ lệ suy hô hấp và mối liên quan này có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ béo phì ở thiếu niên ngày càng cao đặc biệt ở thành phố lớn như TPHCM. Sử dụng phác đồ trẻ em cho nhóm SXHD thiếu niên làm tăng tổng lượng dịch truyền tính dựa vào cân nặng mặc dù đã hiệu chỉnh cho trẻ béo phì^[1]. Chúng tôi lần đầu tiên sử dụng phác đồ sốc SXHD dành riêng cho thiếu niên^[5]. Kết quả thu được là lượng giá ban đầu của việc áp dụng phác đồ sốc SXHD thiếu niên tại bệnh viện Nhi Đồng 1.

Dân số nghiên cứu có tuổi trung bình $13,2 \pm 0,7$ trong đó nhóm 14 tuổi chiếm đa số 40,7%. Thừa cân béo phì (31,9%) cũng khá tương đồng với nghiên cứu trước đó tại Nhi Đồng 1 của Nguyễn Quý Tỷ Dao là 33,3%^[6] và cao hơn nhiều so với tỉ lệ chung của trẻ em Việt Nam (19%). Tỉ lệ này gia tăng gần gấp đôi so với nghiên cứu của Đông Thị Hoài Tâm năm 2003 (20,9%). Điều này cho thấy thách thức ngày càng tăng khi tiếp nhận và xử trí sốc SXHD trẻ em với cân nặng của người lớn.

Chúng tôi có 12,5% trường hợp vào sốc SXHD nặng với HA=0 hoặc mạch=0 và 87,5% trường hợp là sốc SXHD. Kết quả này thấp hơn của Nguyễn Quý Tỷ Dao^[6] năm 2018 có 14,6% sốc nặng trên dân số trẻ em. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Tiến năm 2009 cũng cho kết quả cao hơn với tỉ lệ bệnh nhân trẻ em sốc nặng chiếm 58,3% tại Khoa Hồi Sức Tăng Cường Bệnh Viện Nhi Đồng I. Tỉ lệ bệnh nhân sốc nặng giữa 2 nhóm dân số điều trị theo phác đồ thiếu niên và trẻ em lần lượt là 12,9% và 12%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0.812$).

Chúng tôi ghi nhận 32,7% trường hợp suy hô hấp trong nghiên cứu. Trong đó tràn dịch màng phổi (TDMP) là biểu hiện thường gặp nhất. Với 44 trường hợp (17,7%) khi vào sốc và tăng lên 54,4% trong quá trình điều trị. Có 6(2,4%) trường hợp TDMP lượng nhiều. Kết quả này khác biệt so với một số nghiên cứu của Manjunath^[8] chỉ có 21% TDMP.

Tổn thương gan chủ yếu mức độ nhẹ, chỉ có 6,9% tổn thương gan nặng, thấp hơn so với tỉ lệ 12,5% trong nghiên cứu Văn Thị Cẩm Thanh^[7]. Điều này có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nhẹ hơn, việc điều trị sốc SXHD tiến bộ hơn theo thời gian.

Tổn thương thận có 16 trường hợp (6,5%) khi vào sốc và tăng lên 8,1% trong quá trình điều trị với 03 trường hợp (1,2%) suy thận. Theo Tạ Văn Trâm, tỉ lệ tăng creatinine máu trong nhóm sốc kéo dài 22,1% là hậu quả của sốc, giảm tưới máu đến thận. Nguyễn Minh Tiến ghi nhận có 14,2% trẻ có rối loạn chức năng thận do hậu quả của tình trạng sốc, giảm tưới máu đến thận; 5,3% trường hợp diễn tiến đến suy thận nặng, tử vong trong bệnh cảnh rối loạn chức năng đa cơ quan, nhiễm khuẩn bệnh viện. Tỉ lệ suy thận trong nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Đoàn Văn Lâm trên dân số nghiên cứu người lớn sốc SXHD là 2.6%^[3]

Tỉ lệ dùng cao phân tử trong nghiên cứu của chúng tôi là 61,7%, cao hơn 52,5% của Văn Thị Cẩm Thanh^[7], so với người lớn theo tác giả Đoàn

Văn Lâm^[3] thấp hơn rất nhiều chỉ 39,5%. Qua đó cho thấy khả năng thất thoát huyết tương của nhóm bệnh nhân sốc SXHD người lớn vẫn ở mức thấp hơn trẻ em kể cả là trẻ thiếu niên.

Tổng lượng dịch trong nghiên cứu của chúng tôi $142,8 \pm 37,5$ ml/kg cao hơn các nghiên cứu của Đông Thị Hoài Tâm tại BV Bệnh Nhiệt Đới và Phạm Thị Kiều Trang ở BV Nhi Đồng Đồng Nai nhưng lại thấp hơn rõ rệt so với của Nguyễn Minh Tiến tại BV Nhi Đồng Thành phố. Trong nghiên cứu này tổng lượng dịch truyền trung bình của 2 nhóm dân số điều trị theo phác đồ trẻ em và phác đồ thiếu niên lần lượt là $153,7 \pm 48,0$ và $135,2 \pm 48,5$ và khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,042$). Điều này thể hiện rõ rệt vai trò của phác đồ SXHD dành cho lứa tuổi thiếu niên trong thời gian nghiên cứu với khuyến hướng chủ đạo là giảm thể tích dịch truyền nhằm tránh các biến chứng do sử dụng dịch truyền quá mức^[5]. Tuy vậy lượng dịch truyền trong nghiên cứu vẫn cao hơn rất nhiều so với dịch truyền sử dụng điều trị SXHD người lớn theo Lê Thị Thu Thảo là $59 \pm 10,8$ ml/kg.

Việc truyền dịch nhiều ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, chúng tôi ghi nhận có 81 trường hợp (32,7%) suy hô hấp được thở oxy qua canula, NCPAP (11,3%), thở máy (0,8%). Nghiên cứu Huỳnh Nguyễn Duy Liêm cũng có tỉ lệ thở NCPAP chiếm 17% cao hơn chúng tôi. Tỉ lệ suy hô hấp trong nhóm dân số thiếu niên cao hơn nhiều khi so sánh với người lớn. Theo tác giả Đoàn Văn Lâm chỉ có 10,5% bệnh nhân sốc SXHD người lớn suy hô hấp^[3] điều này cho thấy về đặc điểm suy hô hấp nhóm SXHD trẻ thiếu niên giống nhóm trẻ nhỏ tuổi hơn là người lớn. Khi so sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân được điều trị theo phác đồ thiếu niên và phác đồ trẻ em thì tỉ lệ suy hô hấp lần lượt là 30% và 36,1% và khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Tái sốc là một trong các dấu hiệu tiên lượng bệnh nhân nặng trong quá trình điều trị. Trong nghiên cứu này tỉ lệ tái sốc là 11,7% thấp hơn tỉ lệ tái sốc của nghiên cứu trên nhóm trẻ em của Văn Thị Cẩm Thanh là 21,1%^[7]. Nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tái sốc giữa 2 nhóm trẻ điều trị theo phác đồ trẻ em và phác đồ thiếu niên (11,1% và 12,1%) với $p=0,548$ Trong khi đó tỉ lệ tái sốc được ghi nhận ở người lớn theo tác giả Đoàn Văn Lâm lên đến 27,6% các trường hợp^[3].

Thời gian điều trị trung bình $4,0 \pm 2,1$ và giữa 2 nhóm dân số tiền cứu và hồi cứu không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê

($p=0,058$). Thời gian nằm viện trong nghiên cứu này thấp hơn báo cáo của Nguyễn Quý Tỷ Dao^[6] trên dân số sốc SXHD thiếu niên tại bệnh viện Nhi Đồng 1 ($4,22 \pm 3,7$) và Văn Thị Cẩm Thanh⁷ trên dân số sốc SXHD trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 2 ($4,9 \pm 2,9$).

Với kết quả phân tích đa biến giữa các yếu tố liên quan đến tái sốc cho thấy ngày vào sốc sớm ($p=0,006$), lactate máu ($p=0,035$) và tổng lượng dịch truyền >150 ml/kg ($p=0,047$) có liên quan có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó liên quan đến suy hô hấp trong quá trình điều trị là các yếu tố ngày vào sốc sớm ($p=0,039$), giảm albumin máu ($p=0,035$) và tổng lượng dịch truyền >150 ml/kg ($p=0,042$).

V. KẾT LUẬN

SXHD thiếu niên tương đồng với trẻ nhỏ ở đặc điểm suy hô hấp, trong khi tỉ lệ vào sốc nặng thấp hơn trẻ nhỏ và giống người lớn. Việc áp dụng phác đồ thiếu niên cho riêng nhóm tuổi này làm giảm tổng lượng dịch truyền trung bình trong đợt điều trị nhưng không làm gia tăng tỉ lệ tái sốc và suy hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2019), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết Dengue, Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22/08/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hà Nội.
2. **Bộ Y Tế Việt Nam** (2021), "Kết quả tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc 2017-2020". Bộ Y Tế Việt Nam.
3. **Đoàn Văn Lâm** (2013), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và diễn tiến điều trị bệnh sốt xuất huyết dengue ở người lớn", Tạp chí Y học TPHCM. 17, tr. 189-197.
4. **Đông Thị Hoài Tâm** (2010), "Các yếu tố nguy cơ tái sốc trong điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue tại bệnh viện Nhiệt Đới năm 2007-2008", Tạp Chí Y học TPHCM. 14 (01), tr. 424-428.
5. **Hội thảo đồng thuận**. (2020), Hội thảo đồng thuận xây dựng hướng dẫn điều trị sốt xuất huyết Dengue ở trẻ thiếu niên từ 13 đến 16 tuổi, BHYT và các Bệnh viện Nhi toàn quốc.
6. **Nguyễn Quý Tỷ Dao** (2019). "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị Sốt Sốt Xuất Huyết Dengue ở trẻ trên 13 tuổi và dưới 13 tuổi tại Bệnh Viện Nhi Đồng 1 ". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 17 (1), 173-180.
7. **Văn Thị Cẩm Thanh** (2018), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết dengue nặng có sốc tại Bệnh viện Nhi Đồng 2", Tạp Chí Y học TPHCM, 22 (4), tr. 195-202.
8. **Manjunath M.N., Chaithanya C.N., Sharanya R.** (2015). "A study on clinical features and cost incurred by Dengue Syndrome Patients Admitted to tertiary care hospital". British journal of Medical Practitioners, 8 (2), pp. a811.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ THÔNG TIM CAN THIỆP TIM BẨM SINH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ CẦN THƠ TỪ THÁNG 3/2023 ĐẾN THÁNG 9/2024

Lê Hoàng Khoa², Đỗ Nguyên Tín¹, Ông Huy Thanh²,
Nguyễn Thị Bảo Ngọc², Nguyễn Phương Trang²,
Hà Văn Lượng¹, Nguyễn Kim Loan²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị tim bẩm sinh kinh điển là phẫu thuật sửa chữa các khiếm khuyết. Cùng với phẫu thuật tim, thông tim can thiệp – kỹ thuật chuyên sâu trong lĩnh vực tim mạch – đã phát triển lớn mạnh, giúp giải quyết tốt nhiều trường hợp tim bẩm sinh mà không cần phẫu thuật. Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ là bệnh viện chuyên khoa Nhi đầu tiên ở Đồng bằng sông Cửu Long đã triển khai thông tim can thiệp từ năm 2020. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả thông tim can thiệp tim bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần thơ từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu; lấy mẫu thuận tiện, lấy trọn mẫu trong thời gian nghiên cứu và hồi cứu hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu đa số là nam 71,7%. Trẻ dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ 53,3%, thấp nhất là trẻ trên 10 tuổi 18,7%. Cân nặng từ 10 - 20kg chiếm tỷ lệ cao 40%. Chiều cao có trung vị là 99cm, khoảng tứ phân vị từ 90-123,75. Có 38,3% thông liên nhĩ; 3 trường hợp tim bẩm sinh phối hợp 5,1% và 1,7% dị dạng mạch vành trái. Âm thổi tâm trương chiếm 50%, có bệnh nền 3,3%. Còn ống động mạch, kích thước lỗ thông là $5,02 \pm 1,33$. Thông liên thất, kích thước lỗ thông thì tâm thu và tâm trương lần lượt là $3,43 \pm 0,86$ và $4,53 \pm 1,9$. Thông liên nhĩ, kích thước lỗ thông thì tâm thu và tâm trương lần lượt là $10,63 \pm 2,91$ và $14 \pm 3,41$. Bít thông liên nhĩ nhiều nhất với tỷ lệ 29%; nồng van ĐMP và chụp DSA chiếm tỷ lệ thấp nhất (14,5%). Thay đổi EF, cao áp phổi, đường kính thất trái thì tâm trương có sự khác biệt giữa trước can thiệp và sau can thiệp. Hở van 2 lá, 3 lá và số lần mắc bệnh trước và sau can thiệp có sự khác biệt có ý nghĩa. Kết quả sau thông tim cho thấy có 2% trẻ có biến chứng sau can thiệp, 98% trẻ không có biến chứng. **Kết luận:** Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ thành công cao và biến chứng tối thiểu của phương pháp can thiệp tim mạch qua ống thông đối với bệnh tim bẩm sinh. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị sớm nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe cho trẻ em. **Từ khóa:** Tim bẩm sinh; can thiệp tim mạch; hiệu quả thông tim can thiệp; trẻ em.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFICACY OF CONGENITAL HEART DISEASE INTERVENTIONAL CARDIAC CATHETERIZATION IN CHILDREN AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL FROM MARCH 2023 TO SEPTEMBER 2024

Background: The traditional treatment for congenital heart disease (CHD) involves surgical repair of defects. Alongside cardiac surgery, interventional cardiac catheterization—a specialized technique in cardiology—has significantly advanced, effectively addressing many cases of CHD without the need for surgery. Can Tho City Children's Hospital is the first pediatric specialty hospital in the Mekong Delta region to implement interventional cardiac catheterization since 2020. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of congenital heart disease cases undergoing interventional catheterization and Assessment of the Effectiveness of Interventional Cardiac Catheterization in Congenital Heart Disease in Children at Can Tho Children's Hospital from March 2023 to September 2024. **Subjects and Methods:** retrospective descriptive study. Convenient sampling including all eligible cases during the study period, with data collected retrospectively from hospital medical records. **Results:** The majority of the study subjects were male (71.7%). Children under 5 years old accounted for 53.3%, over 10 years old made up the lowest proportion at 18.7%. The highest percentage (40%) was in the weight range of 10-20 kg. The median height was 99 cm, with an interquartile range of 90-123.75 cm. A total of 38.3% had atrial septal defects (ASD); 3 cases (5.1%) had complex congenital heart disease (CHD), and 1.7% had left coronary artery anomalies. Diastolic murmurs accounted for 50%, and 3.3% had underlying conditions. Patent ductus arteriosus (PDA) had a hole size of 5.02 ± 1.33 . For ventricular septal defects (VSD), the hole size during systole and diastole was 3.43 ± 0.86 and 4.53 ± 1.9 , respectively. For ASD, the hole size during systole and diastole was 10.63 ± 2.91 and 14 ± 3.41 , respectively. The most common type of ASD closure was 29%, while balloon pulmonary valve dilation and DSA angiography were the least common at 14.5%. Changes in ejection fraction (EF), pulmonary hypertension, and left ventricular diastolic diameter showed significant differences before and after intervention. Mitral valve and tricuspid valve regurgitation, as well as the frequency of disease before and after intervention, showed significant differences. Post-cardiac surgery results showed that

¹Bệnh viện Nhi đồng 1

²Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Khoa

Email: drkhoatm2022@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

2% of children had complications after the procedure, while 98% did not experience any complications. **Conclusion:** This study demonstrates the high success rate and minimal complications of interventional cardiac catheterization for congenital heart disease. These findings underscore the importance of early diagnosis and treatment in improving pediatric healthcare outcomes. **Keywords:** Congenital heart disease; interventional cardiology; effectiveness of cardiac catheterization; children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị tim bẩm sinh kinh điển là phẫu thuật sửa chữa các khiếm khuyết. Cùng với phẫu thuật tim, thông tim can thiệp – kỹ thuật chuyên sâu trong lĩnh vực tim mạch – đã phát triển lớn mạnh, giúp giải quyết tốt nhiều trường hợp tim bẩm sinh mà không cần phẫu thuật. Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ là bệnh viện chuyên khoa Nhi đầu tiên ở Đồng bằng sông Cửu Long đã triển khai thông tim can thiệp từ năm 2020.

Chúng tôi mong muốn có cái nhìn tổng quát về thông tim can thiệp tim bẩm sinh, qua đó có thể sàng lọc và phát hiện sớm bệnh để có biện pháp can thiệp điều trị kịp thời nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho trẻ. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá hiệu quả thông tim can thiệp tim bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2024” với hai mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp tim bẩm sinh được thông tim can thiệp.

2. Đánh giá hiệu quả thông tim can thiệp tim bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân tim bẩm sinh được thông tim can thiệp tại bệnh viện.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

• Bệnh nhân tim bẩm sinh được thông tim can thiệp tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ từ tháng 03/2023 đến hết tháng 11/2023.

• Tất cả bệnh nhân tim bẩm sinh được thông tim với các chỉ định: can thiệp điều trị triệt để tổn thương; chẩn đoán xác định tổn thương; đo đặc xác định một số thông số cần thiết.

• Được sự chấp thuận của gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ không đủ dữ kiện thu thập theo các biến số.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ từ tháng 03 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện, lấy trọn mẫu trong thời gian nghiên cứu và hồi cứu hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	43 71,7
	Nữ	17 28,3
Nơi sống	Nông thôn	49 81,7
	Thành thị	11 18,3
Tuổi	<5 tuổi	32 53,3
	5-10 tuổi	17 28,3
	>10 tuổi	11 18,7
Cân nặng	<10 kg	12 20
	10-<20 kg	24 40
	20-30kg	11 18,3
	>30kg	13 21,7
Chiều cao (Trung vị ± Khoảng tứ vị)	99 [90-123,75]	

Nhận xét: - Đối tượng nghiên cứu đa số là nam (71,7%), tỷ lệ nữ là 28,3%.

- Phần lớn trẻ được can thiệp thông tim đến từ nông thôn (81,7%).

- Trẻ dưới 5 tuổi được thông tim chiếm tỷ lệ nhiều nhất (53,3%), kể đến là trẻ 5-10 tuổi (28,3%) và thấp nhất là trẻ trên 10 tuổi (18,7%).

- Trẻ có cân nặng từ 10-20kg chiếm tỷ lệ cao (40%). Chiều cao có trung vị là 99cm, khoảng tứ phân vị từ 90-123,75.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Chẩn đoán	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Kích thước lỗ thông thì tâm thu	Kích thước lỗ thông thì tâm trương
Còn ống động mạch	15	25	5,02 ± 1,33	
Thông liên thất	11	18,3	3,43 ± 0,86	4,53 ± 1,9
Thông liên nhĩ	23	38,3	10,63 ± 2,91	14 ± 3,41
Hẹp van ĐMP	7	11,7		
Dị dạng mạch vành trái	1	1,7		
Còn ống động mạch + Hẹp van ĐMP	1	1,7		
Thông liên nhĩ + Hẹp van ĐMP	1	1,7		
Còn ống động	1	1,7		

mạch + Thông liên thất				
Tổng	60	100		

Nhận xét: Trẻ thông liên nhĩ chiếm tỷ lệ cao nhất 38,3%.

Bảng 3.3. Triệu chứng âm thổi tâm trương, tình trạng có bệnh nền

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Âm thổi tâm trương	30	50
Có bệnh nền	2	3,3

3.3. Đánh giá điều trị can thiệp tim bẩm sinh

Bảng 3.4. Kỹ thuật can thiệp tim bẩm sinh qua da các trường hợp tim bẩm sinh

Kỹ thuật	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bít còn ống động mạch bằng dụng cụ	14	22,6
Bít thông liên thất bằng dụng cụ	12	19,4
Bít thông liên nhĩ bằng dụng cụ	18	29
Nong van ĐMP	9	14,5
Chụp DSA	9	14,5
Tổng	62	100

Nhận xét: Bít thông liên nhĩ thực hiện nhiều nhất với tỷ lệ 29%; nong van ĐMP và chụp DSA chiếm tỷ lệ thấp nhất (14,5%).

Bảng 3.5. Sự thay đổi EF, cao áp phổi, đường kính thất trái thì tâm trương

Đặc điểm	Trước can thiệp	Sau can thiệp	P
EF (%)	71,18±4,55	77,61±5,53	<0,001
Cao áp phổi (mmHg)	37,75±11,45	26,50±9,20	<0,001
Đường kính thất trái thì tâm trương (mm)	32,14±7,70	27,36±6,93	<0,001

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận sự thay đổi EF, cao áp phổi, đường kính thất trái thì tâm trương có sự khác biệt giữa trước can thiệp và sau can thiệp ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Sự cải thiện tình trạng hở van 3 lá, hở van 2 lá trước, sau can thiệp

	Tần số	%	P
Hở van 3 lá trước – sau can thiệp	26	43,3%	<0,001
Hở van 2 lá trước – sau can thiệp	11	18,3%	0,002

Nhận xét: Tình trạng hở van 3 lá, hở van 2 lá trước và sau can thiệp có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Số lần mắc bệnh trước, sau can thiệp tim bẩm sinh

Số lần mắc bệnh	P
Trước can thiệp – Sau can thiệp	<0,001

Nhận xét: Số lần mắc bệnh trước và sau can thiệp có sự khác biệt có ý nghĩa.

Bảng 3.8. Thời gian thực hiện can thiệp và số ngày nằm viện

Bệnh lý	Thời gian can thiệp	Thời gian nằm viện
Còn ống động mạch	41,00 ± 9,67	8,47 ± 1,92
Thông liên thất	47,27 ± 11,91	9,09 ± 1,14
Thông liên nhĩ	41,30 ± 7,26	9 [min 7 - max 12]
Hẹp van ĐMP	40,71 ± 9,32	9,29 ± 1,11
Dị dạng mạch vành trái	30	9
TBS phổi hợp	40 ± 5	9 ± 1



Biểu đồ 3.1. Biến chứng sau can thiệp tim bẩm sinh

Nhận xét: Kết quả sau thông tim cho thấy có 2% trẻ có biến chứng sau can thiệp, 98% trẻ không có biến chứng. Biến chứng sau can thiệp ghi nhận sốt và viêm phổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 60 trẻ được thông tim. Đối tượng nghiên cứu đa số là nam (71,7%), tỷ lệ nữ là 28,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Minh An và cộng sự ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh tim bẩm sinh gần như nhau ở cả 2 giới nam và nữ (48,6% và 51,4%) [2].

Về tuổi, trẻ dưới 5 tuổi được thông tim chiếm tỷ lệ nhiều nhất (53,3%), thấp nhất là trẻ trên 10 tuổi (18,7%). Nhóm trẻ lớn chiếm tỷ lệ thấp hơn, phản ánh đây chính là những đối tượng bệnh nhân bị bỏ sót trong giai đoạn trước, khi công tác sàng lọc chưa được triển khai phổ biến.

Về nơi cư trú, phần lớn trẻ được can thiệp thông tim đến từ nông thôn (81,7%). Tỷ lệ trẻ đến từ nông thôn chiếm tỷ lệ cao phù hợp với tác giả Lijuan Zhao và cộng sự cho thấy điều kiện kinh tế và địa lý có ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh tim bẩm sinh ở trẻ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Tỷ lệ trẻ có bệnh nền chiếm tỷ lệ thấp (3,3%). Tác giả Gustaf Tanghoj và cộng sự ghi nhận tỷ lệ trẻ mắc bệnh nền lên đến 26%.

Ở những trẻ thông liên nhĩ, chúng tôi ghi

nhận kích thước lỗ thông thì tâm thu và tâm trương lần lượt là $10,63 \pm 2,91\text{mm}$ và $14 \pm 3,41\text{mm}$. Kích thước lỗ thông liên nhĩ nhỏ những trẻ được nghiên cứu theo tác giả Vũ Thị Chang và cộng sự tại Bệnh viện E năm 2021 là $15,8 \pm 3,72\text{mm}$ [3].

Nghiên cứu ghi nhận có sự thay đổi EF, cao áp phổi, đường kính thất trái thì tâm trương có sự khác biệt giữa trước can thiệp và sau can thiệp ($p < 0,05$). EF tăng từ 71,18% trước can thiệp 77,61% sau can thiệp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Thị Chang và cộng sự tại Bệnh Viện E năm 2021 ghi nhận EF có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, tăng từ 70,74% lên 74,6% [3].

Nghiên cứu chúng tôi còn ghi nhận cao áp phổi giảm từ 37,75mmHg trước can thiệp xuống còn 26,5mmHg sau can thiệp. Giá trị cao áp phổi trước can thiệp cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Chang và cộng sự là 29,3mmHg trước can thiệp và 16,62mmHg sau can thiệp [3]. Sự cải thiện cao áp phổi sau khi thực hiện thủ thuật còn được kết luận trong nghiên cứu của tác giả Trương Quang Bình năm 2015 [2]. Như vậy, sau khi thực hiện thông tim, cao áp phổi giảm rõ rệt.

Thời gian phẫu thuật cho các bệnh lý còn ống động mạch, thông liên thất, thông liên nhĩ, hẹp van ĐMP, dị dạng mạch vành trái và TBS phổi hợp lần lượt là 41; 47,27; 41,3; 40,71; 30 và 40 phút. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hằng và cộng sự ghi nhận thời gian trung bình là $100,09 \pm 51,68$ (40-250) phút.

Bệnh nhân thường được xuất viện sau can thiệp 1-2 ngày nếu lâm sàng và các thông số cận lâm sàng sau can thiệp ổn định. Thời gian trong nghiên cứu chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Ngọc và cộng sự là 3 ngày [5]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Mai thực hiện trên cả đối tượng người lớn và trẻ em do đó thời gian nằm viện cũng như theo dõi sẽ có sự khác biệt.

4.3. Tỷ lệ các loại bệnh tim bẩm sinh được thông tim. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy có 6 chẩn đoán trước khi thông tim. Trong đó, có 38,3% trẻ thông liên nhĩ; 25% trẻ còn ống động mạch; 18,3% trẻ thông liên thất; 11,7% hẹp van ĐMP; TBS phổi hợp gặp ở 5,1% trẻ và 1,7% trẻ có dị dạng mạch vành trái. Tác giả Nguyễn Minh An và cộng sự ghi nhận: thông liên nhĩ 5,7%; thông liên thất 45,7%; còn ống động mạch chủ 12,4%; hẹp động mạch phổi 7,6%; tứ chứng Fallot 17,1%; phổi hợp nhiều dị tật 11,4% [1]. Kết quả cho thấy, trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ trẻ có tật tim thông liên nhĩ và còn ống động mạch cao hơn, thông liên thất thấp hơn.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Ngọc và cộng sự ghi nhận 499 ca TLN (39,6%), 158 ca TLT (12,5%), 251 ca COĐM (19,8%), 52 ca hẹp van động mạch phổi và 7 ca nang van ĐMC [5]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm về tuổi ở trẻ khác nhau, giới tính, địa lý và điều kiện kinh tế.

4.4. Tỷ lệ thành công và biến chứng.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thành công là 98% và tỷ lệ biến chứng là 2%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu Trần Minh Long và cộng sự năm 2021 cho thấy tỷ lệ thành công lên đến 97%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lân Hiếu và cộng sự ghi nhận tỷ lệ thành công 92,3% [4]. Nghiên cứu của Vũ Thị Chang và cộng sự ghi nhận là 92% và 8% [3].

Đa số nghiên cứu trước đây các tác giả đều lựa chọn bệnh nhân có gờ động mạch chủ đủ dài, điều này giúp dụng cụ cố định tốt và tăng tỷ lệ thành công, do đó có những nghiên cứu đạt 100% thành công về mặt thủ thuật [6] [7]. Tuy vậy đây là những nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, thời gian ngắn.

Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ bước đầu thực hiện thủ thuật thông tim đã giành được tỷ lệ thành công cao. Từ đó cho thấy, phương pháp can thiệp bằng ống thông theo đường dưới da cho bệnh nhân tim bẩm sinh là hiệu quả và an toàn trong đại đa số các ca.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ thành công cao và biến chứng tối thiểu của phương pháp can thiệp tim mạch qua ống thông đối với bệnh tim bẩm sinh. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị sớm nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe cho trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh An, "Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2021".
2. Trương Quang Bình, Đỗ Nguyễn Tín, Vũ Hoàng Vũ, et al. (2015), "Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp đóng thông liên nhĩ lỗ thứ phát bằng dụng cụ qua thông tim can thiệp", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, tr. 15-22.
3. Vũ Thị Chang, Đinh Phương Thảo, Nguyễn Trần Thủy, et al. (2021), "Đánh giá kết quả sau phẫu thuật vá thông liên nhĩ ở trẻ dưới 10kg tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện E", Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam, tr. 20-29.
4. Nguyễn Lân Hiếu (2008), "Nghiên cứu áp dụng phương pháp bít lỗ thông liên nhĩ qua da bằng dụng cụ Amplatzer", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Thị Mai Ngọc, Kim Ngọc Thanh, Nguyễn Thị Duyên, et al. (2018), "Can thiệp tim

- bẩm sinh tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai: kết quả sau 2 năm nhìn lại 2015-2016", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, tr. 145-152.
6. **Sang Mi Lee, Jin Young Song, Jae Young Choi, et al.** (2013), "Transcatheter closure of perimembranous ventricular septal defect using Amplatzer ductal occluder", Catheterization and Cardiovascular Interventions, 82(7), pp. 1141-1146.
 7. **Mehdi Ghaderian, Mahmood Merajie, Hodjjat Mortezaeian, et al.** (2015), "Efficacy and safety of using Amplatzer ductal occluder for transcatheter closure of perimembranous ventricular septal defect in pediatrics", Iranian Journal of Pediatrics, 25(2).

TÌNH TRẠNG GLUCOSE MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ THOÁI HÓA KHỚP GỐI SAU TIÊM CORTICOID NỘI KHỚP

Nguyễn Ngọc Mai^{1,2}, Đỗ Trung Quân^{1,2}, Lê Quang Toàn²,
Nguyễn Mạnh Hà,² Trần Thị Như Quỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có thoái hóa khớp gối sau tiêm corticoid nội khớp và đánh giá một số yếu tố liên quan đến sự biến đổi glucose máu trong nhóm đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc được thực hiện trên 31 bệnh nhân đái tháo đường được chẩn đoán thoái hóa khớp gối. **Kết quả:** Có sự thay đổi glucose máu vào ngày đầu tiên sau tiêm. Khoảng 10% bệnh nhân gặp phải tăng đường huyết có ý nghĩa lâm sàng. Mức biến động glucose máu có tương quan thuận với số lượng triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu thực thể, gợi ý rằng các phản ứng hormon liên quan đến stress có thể làm tăng sự bất ổn định của glucose. **Kết luận:** Tiêm corticoid nội khớp làm tăng đường máu tạm thời vào ngày đầu tiên sau tiêm. **Từ khóa:** đái tháo đường típ 2, thoái hóa khớp gối, đường máu

SUMMARY

BLOOD GLUCOSE LEVELS FOLLOWING INTRA-ARTICULAR STEROID INJECTIONS IN DIABETES PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

Objectives: To describe the blood glucose status in type 2 diabetes patients with knee osteoarthritis after intra-articular corticosteroid injection and to evaluate some factors related to the changes in blood glucose in the study population. **Methods:** A longitudinal prospective study was conducted on 31 diabetes patients who were diagnosed with knee osteoarthritis. **Results:** There were changes in blood glucose in day 1 post-injection. Approximately 10% of patients experienced clinically relevant hyperglycemia. The degree of glucose variation correlated positively with the number of symptomatic complaints and physical signs, suggesting stress-related hormonal

responses may exacerbate glucose instability. **Conclusions:** Intra-Articular Steroid Injections causes increasing in blood glucose in 1st day after injection.

Keywords: diabetes mellitus type 2, Knee Osteoarthritis, blood glucose.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp gối là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn.¹ Bệnh do nhiều nguyên nhân, trong đó các rối loạn chuyển hóa như đái tháo đường là một trong những yếu tố nguy cơ có thể làm gia tăng tình trạng thoái hóa. Theo thống kê, có tới gần một nửa số người bệnh mắc đái tháo đường típ 2 gặp phải tình trạng thoái hóa khớp, trong đó thoái hóa khớp gối là bệnh lý phổ biến nhất.^{2,3} Thoái hóa khớp gối gây đau và cứng khớp, sưng, viêm, tràn dịch khớp, biến dạng khớp, làm ảnh hưởng tới khả năng vận động, giảm khả năng tự chăm sóc và phục vụ các hoạt động sống thường ngày của người bệnh, thậm chí có thể dẫn đến tàn phế.¹

Tiêm corticoid nội khớp là phương pháp điều trị bằng cách đưa trực tiếp thuốc vào bên trong ổ khớp. Thuốc có tác dụng chống viêm, giảm sưng và đau khớp gối hiệu quả, từ đó cải thiện chức năng vận động khớp gối. Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (American College of Rheumatology – ACR) khuyến cáo sử dụng tiêm corticoid nội khớp ở mức độ mạnh cho người bệnh thoái hóa khớp gối với mục đích giảm đau ngắn hạn.⁴ Tuy nhiên, trong quá trình sử dụng, người bệnh có nguy cơ gặp phải một số tác dụng phụ của thuốc, trong đó có nguy cơ corticoid làm tăng lượng đường trong máu tạm thời.⁵ Nguy cơ này đặc biệt liên quan đến bệnh nhân đái tháo đường, những người gặp khó khăn trong việc duy trì đường huyết ổn định.

Mặc dù các nguy cơ tăng đường huyết sau tiêm corticoid nội khớp đã được biết đến nhưng mức độ tăng đường huyết chính xác và thời gian

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Mai

Email: ngocmai211@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

tăng của đường huyết vẫn chưa rõ ràng.⁶ Đối với bệnh nhân đái tháo đường có chỉ định tiêm corticoid, việc theo dõi chỉ số đường máu sau tiêm là vô cùng quan trọng nhằm duy trì mức độ đường máu ổn định, tránh các tai biến do tăng đường máu không kiểm soát. Trên thế giới, hiện mới chỉ có một số nghiên cứu khảo sát về thay đổi nồng độ glucose máu sau tiêm corticoid trên đối tượng người bệnh đái tháo đường típ 2 có viêm khớp vai, viêm khớp cổ tay và ngón tay, trong khi đối tượng người bệnh đái tháo đường típ 2 có thoái hóa khớp gối, vốn được tiêm lượng corticoid khá nhiều lại chưa được đánh giá đầy đủ.^{5,7} Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với 2 mục tiêu:

1. Mô tả tình trạng glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có thoái hóa khớp gối sau tiêm corticoid nội khớp.
2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến sự biến đổi glucose máu ở nhóm đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu và chọn mẫu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân thỏa mãn đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- ✓ Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 theo tiêu chuẩn ADA 2025 và Bộ Y tế.
- ✓ Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo tiêu chuẩn ACR 1991
- ✓ Bệnh nhân có điểm VAS > 4 điểm.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không thỏa mãn một trong số các tiêu chuẩn sau:

- ✓ Nghi ngờ viêm khớp do lao, viêm khớp do nhiễm khuẩn.
- ✓ Nhiễm khuẩn ngoài da hoặc nhiễm nấm vùng quanh khớp gối.
- ✓ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương cơ sở Tứ Hiệp từ tháng 8/2024 đến tháng 10/2025.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh vào viện thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh đều được mời tham gia vào nghiên cứu.

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

Bước 1: Bệnh nhân nhập viện đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, mời tham gia vào nghiên cứu.

Bước 2: Hỏi bệnh, khám lâm sàng:

+ Tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi sống, thời gian mắc ĐTĐ, thuốc ĐTĐ đang sử dụng, chế độ

kiểm soát đường huyết đang sử dụng

+ Huyết áp, chiều cao, cân nặng, các triệu chứng thoái hóa khớp cơ năng (Đau khớp gối kiểu cơ học, Đau khớp gối kiểu viêm, Biểu hiện cứng khớp buổi sáng, Tiếng động bất thường tại khớp xuất hiện khi vận động, Hạn chế vận động khớp tổn thương) và thực thể (Biến dạng khớp, Sưng khớp, Nóng khớp)

Tràn dịch khớp, Dấu hiệu bào gổ), tình trạng đau khớp gối trước tiêm.

+ Xét nghiệm sinh hóa tại khoa Hóa sinh – Bệnh viện Nội tiết Trung ương: Glucose, HbA1C, Cholesterol, Triglycerid, HDL-c, LDL-c, GOT, GPT, Creatinin.

+ X quang khớp gối, siêu âm khớp gối tại khoa Chẩn đoán hình ảnh.

+ Theo dõi Glucose máu mao mạch (GMMM) bằng máy Contour TS được cung cấp tại bệnh viện với ngưỡng đo từ 1,1 đến 33,3 mmol/l.

Bước 3: Chuẩn bị bệnh nhân trước tiêm corticoid nội khớp

- Tất cả các bệnh nhân được áp dụng chế độ ăn DD01 tại Bệnh viện Nội tiết trung ương dành cho người bệnh ĐTĐ với hàm lượng carbohydrat và giờ ăn cố định.

- Điều chỉnh đường huyết đạt mục tiêu: đường huyết trước ăn: 5-8 mmol/l và đường huyết sau ăn <12 mmol/l; duy trì phác đồ điều trị ĐTĐ ít nhất 3 ngày trước tiêm và giữ liều thuốc uống ĐTĐ sau tiêm corticoid.

- Theo dõi GMMM 6 lần/ngày vào các thời điểm trước ăn và sau ăn sáng, trưa, chiều. Tính Glucose máu trung bình tại các thời điểm.

Bước 4: Theo dõi sau khi bệnh nhân được tiêm corticoid khớp gối

- Các bệnh nhân được tiêm 01 lần vào 01 khớp gối khi có chỉ định.

- Loại thuốc tiêm: Methylprednisolone (Depo-Medrol) 40mg/ml x 1ml.

- Liều corticoid tiêm nội khớp: 40mg Methylprednisolone

- Thực hiện tiêm khớp gối theo quy trình tiêm khớp gối của Bệnh viện Nội tiết Trung ương vào cùng khoảng thời gian 8-10h. Đánh giá mức độ đau của bệnh nhân ngay sau tiêm.

- Thời gian bán thải của Methylprednisolone là khoảng 12-35 giờ nên nghiên cứu của chúng tôi lấy khoảng thời gian theo dõi là 5 ngày sau khi tiêm methylprednisolone là khoảng thời gian trung bình để thuốc được chuyển hóa và đào thải ra khỏi cơ thể.

- Theo dõi GMMM 6 lần/ngày vào các thời điểm trước ăn và sau ăn sáng, trưa, chiều liên tục trong 5 ngày. 3 ngày trước tiêm nội khớp được kí hiệu là T3, T2, T1. 5 ngày sau tiêm nội

khớp được ký hiệu lần lượt là S1, S2, S3, S4, S5.

- Chính liều insulin khi:

+ GMMM trước ăn vượt quá 50% Glucose máu trung bình trước ăn cùng thời điểm.

+ Insulin dùng trong chính liều: Insulin Aspart.

+ Mức chính liều: tối đa 30% liều insulin đã dùng tại cùng thời điểm trước tiêm corticoid.

Bước 5: Nhận xét sự biến đổi Glucose máu sau tiêm corticoid nội khớp:

- Đánh giá theo giá trị Glucose máu trung bình và mức dao động Glucose máu trung bình.

- Mức dao động đường máu ở đây được tính theo trung bình chênh của các giá trị GMMM thu được với giá trị GMMM trung bình.

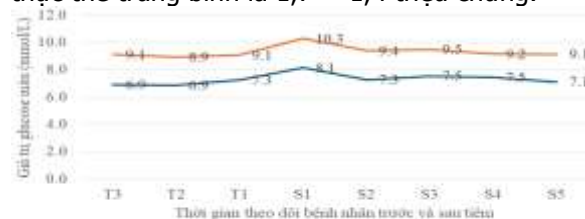
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60	10	32,3
	≥60	21	67,7
	GTTB ± ĐLC (GTNN – GTLN)	61,9 ± 8,8 (41 – 81)	
Giới	Nam	15	48,4
	Nữ	16	51,6
Thời gian mắc ĐTD (tháng)	GTTB ± ĐLC (GTNN – GTLN)	105,7 ± 84,9 (0 – 240)	
HbA1C	GTTB ± ĐLC (GTNN – GTLN)	8,7 ± 2,3 (5,9 - 13,5)	
Thuốc điều trị ĐTD	Metformin	26	83,9
	Thuốc ức chế DPP-4	14	45,2
	Sulphonylurea	6	19,4
	SGLT2	12	38,7
	AGIs	0	0
	Thuốc đồng vận GLP-1	1	3,2
	Insulin	22	71
Số triệu chứng khớp cơ năng	GTTB ± ĐLC (GTNN – GTLN)	3,5 ± 1,1 (1-5)	
Số triệu chứng khớp thực thể	GTTB ± ĐLC (GTNN – GTLN)	1,7 ± 1,4 (0-5)	

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu có độ tuổi trên 60, tỷ lệ bệnh nhân theo giới là tương đương nhau. Thời gian mắc đái tháo đường trung bình là xấp xỉ 10 năm. Giá trị HbA1C trung bình là 8,7 ± 2,3%. Loại thuốc điều trị đái tháo đường sử dụng nhiều nhất là metformin (83,9%) và insulin (71%). Số triệu chứng thoái hóa khớp cơ năng trung bình là 3,5 ± 1,1 triệu chứng, số triệu chứng thoái hóa khớp thực thể trung bình là 1,7 ± 1,4 triệu chứng.



p_truocan_T3_S1, p_truocan_S1_S2,

- Đánh giá tổng liều insulin đã tăng.

2.3. Phân tích số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, một số thuật toán thống kê mô tả như tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn, và thống kê phân tích như Fisher's Exact Test, tương quan Spearman's rho được sử dụng.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu. Đồng thời, nghiên cứu được sự ủng hộ cho phép tiến hành của Ban lãnh đạo Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Người bệnh được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

p_sauanT3_S1 <0,05

Đồ thị 1. Giá trị glucose máu trung bình lúc đói và trước ăn

Nhận xét: Giá trị glucose máu trung bình lúc đói và trước ăn và giá trị glucose máu trung bình sau ăn đều tăng trong ngày thứ nhất sau tiêm corticoid nội khớp. Glucose máu trung bình trước ăn ngày thứ 2 sau tiêm giảm so với ngày 1 sau tiêm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Bảng 2. Giá trị glucose máu trung bình tại các thời điểm trước và sau tiêm khớp

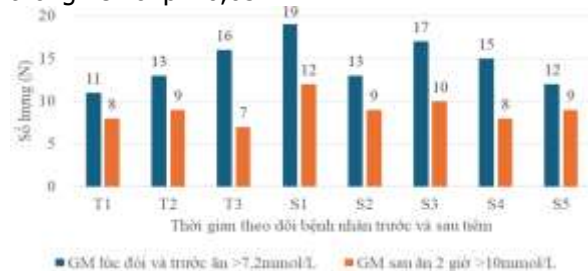
	Trước ăn sáng	Sau ăn sáng	Trước ăn trưa	Sau ăn trưa	Trước ăn tối	Sau ăn tối
T1	6,2	8,5	6,9	9,6	7,6	9,5
T2	6,4	8,2	6,9	9,5	7,6	9,4
T3	6,4	8,3	7,6	9,6	7,7 ^d	9,7
S1	6,7	10,1 ^a	8 ^b	10,5	9,5 ^{d,e}	10,7
S2	6,5	8,1 ^a	7,1 ^{b,c}	10	8,2 ^e	10,2
S3	6,4	8,4	8 ^c	9,9	8,2	10,4

S4	6,1	8	8	9,6	8,3	9,9
S5	6,2	8	7,6	9,3	7,5	10

a,b,c,d,e: Paired samples T test với $p < 0,05$.

Nhận xét: Giá trị glucose máu trung bình trước ăn tối tăng lên ở ngày đầu sau tiêm và giảm dần ở ngày thứ 2 sau tiêm tại các thời điểm sau ăn sáng, trước ăn trưa và trước ăn tối. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Giá trị glucose máu trước ăn trưa ở ngày thứ 3 sau tiêm có tăng so với cùng thời điểm vào ngày thứ 2 sau tiêm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Đồ thị 3.2. Giá trị glucose máu lúc đói và trước ăn >7,2 mmol/L và sau ăn >10mmol/L

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có giá trị glucose máu lúc đói và trước ăn 7,2 mmol/L và sau ăn >10mmol/L đều có xu hướng tăng dần ở ngày thứ 1 sau tiêm, các ngày sau đó có xu hướng giảm.

Bảng 3.3. Tương quan giữa liều insulin và một số đặc điểm của người bệnh

Đặc điểm của người bệnh	r	p
Tuổi	-0,12	>0,05
Thời gian điều trị đái tháo đường	0,21	>0,05
Số triệu chứng cơ năng	0,49	<0,05
Số triệu chứng thực thể	0,63	<0,05
Số biến chứng đái tháo đường	0,09	>0,05
VAS trước tiêm corticoid	0,18	>0,05
VAS sau tiêm corticoid	-0,03	>0,05

Nhận xét: Có mối tương quan thuận giữa số triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể với tổng liều insulin của người bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Thoái hóa khớp gối là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở độ tuổi trên 60 với thời gian mắc bệnh lâu năm. Kết quả này phù hợp với đặc điểm thoái hóa khớp như người bệnh cao tuổi, thời gian mắc bệnh lâu dẫn đến tình trạng khớp bị hủy hoại theo thời gian dẫn đến các triệu chứng.

Tiêm corticoid nội khớp là một trong những phương pháp làm giảm tình trạng đau, viêm khớp hiệu quả. Tuy nhiên, các biến chứng về việc

glucose máu sau can thiệp có thể làm các nhà điều trị băn khoăn trước khi sử dụng thuốc. Kết quả nghiên cứu cho thấy, đường máu của người bệnh có sự tăng tạm thời vào ngày thứ 1 sau tiêm, sau đó giảm dần vào các ngày tiếp theo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Twu và cộng sự khi chỉ ra bệnh nhân tiêm corticoid vào khớp gối có tình trạng tăng glucose máu lúc đói vào ngày thứ 1 và thứ 2 sau tiêm.⁸ Nghiên cứu tổng quan của Choudhry cũng khẳng định tất cả các nghiên cứu đều cho thấy nồng độ glucose trong máu tăng lên sau khi tiêm steroid nội khớp. Bốn trong số bảy nghiên cứu cho thấy nồng độ glucose trong máu tăng đáng kể. Giá trị đỉnh đạt tới 500 mg/dL. Nồng độ glucose trong máu tăng cao nhất không xảy ra ngay sau khi tiêm steroid nội khớp, và trong một số trường hợp, phải mất vài ngày mới đạt được. Ở nhiều bệnh nhân, tình trạng tăng đường huyết sau tiêm xảy ra trong vòng 24 đến 72 giờ.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù có sự gia tăng của đường máu song tỷ lệ tăng đường máu có ý nghĩa lâm sàng chỉ dưới 10%. Có thể giải thích là bởi trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ viêm khớp chủ yếu mới ở mức độ 2 và mức độ 3, liều tiêm corticoid còn thấp (chỉ 40mg methylprednisolone) nên có thể chưa ảnh hưởng nhiều tới đường máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng cơ năng và thực thể là các yếu tố có liên quan đến sự thay đổi đường máu. Theo đó, bệnh nhân có càng nhiều các triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể của tình trạng thoái hóa khớp gối thì càng phải tăng liều insulin để kiểm soát đường máu. Có thể giải thích việc xuất hiện nhiều các triệu chứng gây khó chịu cho người bệnh, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Đây có thể coi là stress với người bệnh, làm tăng sản xuất các hormone stress như cortisol và epinephrine dẫn đến tăng lượng đường trong máu. Đây có thể mở ra các vấn đề cần quan tâm trong tương lai như bệnh nhân có triệu chứng càng trầm trọng thì cần giám sát đường máu chặt chẽ.

V. KẾT LUẬN

Có tình trạng tăng đường máu sau tiêm Corticoid nội khớp ở BN ĐTĐ 2, chủ yếu ngày 1-2 sau tiêm. Tỷ lệ tăng đường máu làm thay đổi phương pháp điều trị chỉ dưới 10%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh học Nội khoa** (2018). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Prevalence of doctor-diagnosed arthritis and**

- arthritis-attributable activity limitation--United States, 2010-2012.** MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2013;62(44):869-873.
3. **Amandeep Singh K, Sanaulla Khan, Pathan, Husan Pal.** The Commonly Encountered Rheumatological Manifestations amongst Patients with Type 2 Diabetes. International Journal of Contemporary Medical Research. 2019;6(10).
 4. **Liana Fraenkel JMB, Bryant R. England.** 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care & Research. 2021;73(7).
 5. **Stepan JG, London DA, Boyer MI, Calfee RP.** Blood glucose levels in diabetic patients following corticosteroid injections into the hand and wrist. The Journal of hand surgery. 2014;39(4):706-712.
 6. **Aleem AW, Syed UAM, Nicholson T, et al.** Blood Glucose Levels in Diabetic Patients Following Corticosteroid Injections into the Subacromial Space of the Shoulder. The archives of bone and joint surgery. 2017;5(5):315-321.
 7. **Ori Safran GF-M.** The effect of steroid injection into the shoulder on glycemia in patients with type 2 diabetes. JSES International. 2022;6(5): 843-848.
 8. **Twu J, Patel N, Wolf JM, Conti Mica M.** Impact of Variation of Corticosteroid Dose, Injection Site, and Multiple Injections on Blood Glucose Measurement in Diabetic Patients. J Hand Surg Am. 2018 Aug;43(8):738-744. doi: 10.1016/j.jhsa.2018.06.005. PMID: 30077229.
 9. **Choudhry MN, Malik RA, Charalambous CP.** Blood Glucose Levels Following Intra-Articular Steroid Injections in Patients with Diabetes: A Systematic Review. JBJS Rev. 2016 Mar 22;4(3):e5. doi: 10.2106/JBJS.RVW.O.00029. PMID: 27500431.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ THUỐC ỨC CHẾ CDK4/6 KẾT HỢP NỘI TIẾT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ LỚN TUỔI TÁI PHÁT, DI CĂN THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH, HER2 ÂM TÍNH

Nguyễn Thị Lan¹, Lê Thanh Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh nhân ung thư vú lớn tuổi thường ít được đề cập trong các thử nghiệm lâm sàng, dẫn đến hạn chế về dữ liệu bằng chứng trong nhóm đối tượng này. Do vậy, việc thu thập dữ liệu thực tế từ thực hành lâm sàng có ý nghĩa quan trọng, giúp bổ sung cơ sở cho quyết định điều trị ở bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn thuộc nhóm HR+/HER2-. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả của điều trị nội tiết kết hợp thuốc ức chế CDK4/6 ở bệnh nhân ≥ 65 tuổi mắc ung thư vú HR+/HER2- tái phát hoặc di căn trong thực hành lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu, tiến hành trên 81 bệnh nhân ≥ 65 tuổi được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến vú tái phát hoặc di căn HR+/HER2-, điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 5 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 70,0 tuổi. Tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) đạt 49,4%, bao gồm 2,5% đáp ứng hoàn toàn và 46,9% đáp ứng một phần. Bệnh giữ nguyên được ghi nhận ở 32,1% trường hợp, qua đó tỷ lệ lợi ích lâm sàng (CBR) đạt 81,5%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 15 tháng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về PFS

giữa các bệnh nhân được điều trị bằng ribociclib so với palbociclib, cũng như giữa các mức liều khởi đầu khác nhau. Về tính an toàn, tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là giảm bạch cầu trung tính độ 3-4, chiếm 56,5% số chu kỳ điều trị. Giảm tiểu cầu độ 3-4 được ghi nhận trong 2,8% số chu kỳ. Thiếu máu chủ yếu ở mức độ 1-2 (35%), không có trường hợp độ 3-4. Tăng men gan được ghi nhận ở mức độ 1-2 trong 7% số bệnh nhân, và không ghi nhận độc tính gan độ 3-4. **Kết luận:** Điều trị nội tiết kết hợp thuốc ức chế CDK4/6 ở bệnh nhân ung thư vú lớn tuổi HR+/HER2- cho thấy hiệu quả cao trong kiểm soát bệnh và kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển. Kết quả nghiên cứu củng cố khuyến cáo sử dụng liều khởi đầu ribociclib 600 mg và palbociclib 125 mg. Tuy nhiên, việc giảm liều xuống 400 mg đối với ribociclib hoặc 100 mg đối với palbociclib có thể được áp dụng ở bệnh nhân lớn tuổi nhằm cải thiện khả năng dung nạp mà không làm ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Ung thư vú lớn tuổi; Ung thư vú HR+/HER2-; Thuốc ức chế CDK4/6; Liều pháp nội tiết; Kiểm soát bệnh; Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển; An toàn

SUMMARY

THE EFFICACY OF ENDOCRINE COMBINED WITH CDK4/6 INHIBITORS IN PATIENTS WITH HORMONE RECEPTOR-POSITIVE, HER2-NEGATIVE RECURRENT OR METASTATIC BREAST CANCER

Objectives: Elderly breast cancer patients are often underrepresented in clinical trials, resulting in limited evidence for this population. Therefore, real-

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lan

Email: drlanbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

world data are essential to support treatment decisions in elderly patients with recurrent or metastatic breast cancer characterized HR+, HER2-. This study aims to describe the clinical and paraclinical characteristics and to evaluate the effectiveness of endocrine therapy combined with CDK4/6 inhibitors in patients aged ≥ 65 years with recurrent or metastatic HR+, HER2- breast cancer in clinical practice.

Patients and methods: The study was designed as a descriptive study with both retrospective and prospective components, conducted on 81 patients aged ≥ 65 years who were diagnosed with recurrent, metastatic HR+/HER2- subtype and treated at K Hospital between January 2020 and May 2025.

Result: The mean age at diagnosis was 70.0 years. The overall response rate (ORR) was 49.4%, comprising a complete response in 2.5% of patients and a partial response in 46.9%. Stable disease was observed in 32.1% of cases, resulting in a clinical benefit rate (CBR) of 81.5%. The median progression-free survival (PFS) was 15 months. There was no significant difference in PFS between patients receiving ribociclib and those receiving palbociclib, nor across different starting dose levels. Regarding safety, the most frequent adverse event was grade 3–4 neutropenia, occurring in 56.5% of treatment cycles. Grade 3–4 thrombocytopenia was reported in 2.8% of cycles. Anemia occurred predominantly at grade 1–2 (35%), with no grade 3–4 cases observed. Elevated liver enzymes were detected in 7% of patients at grade 1–2, and no grade 3–4 hepatotoxicity was documented.

Conclusion: Endocrine therapy combined with CDK4/6 inhibitors in elderly patients with HR+/HER2- breast cancer demonstrated high efficacy in disease control and prolonged progression-free survival. The findings support the recommended starting doses of ribociclib 600 mg and palbociclib 125 mg. However, dose reductions to 400 mg for ribociclib or 100 mg for palbociclib may be considered in elderly patients to improve tolerability without compromising treatment efficacy.

Keywords: Elderly breast cancer; HR+/HER2- breast cancer; CDK4/6 inhibitors; Endocrine therapy; Disease control; Progression-free survival; Safety

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư vú là loại ung thư có tỷ lệ mắc cao nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở nữ giới, chiếm khoảng 24% tổng số ca ung thư mới hằng năm.¹ Tỷ lệ mắc có xu hướng gia tăng do thay đổi lối sống, chế độ ăn uống, béo phì và yếu tố di truyền.² Năm 2022, ung thư vú chiếm 25,8% tổng số ca ung thư ở nữ giới.³ Trong đó, phân nhóm HR+/HER2- chiếm 60–70% và là thể bệnh phổ biến nhất ở phụ nữ lớn tuổi.⁴

Ung thư vú ở bệnh nhân lớn tuổi thường được định nghĩa là bệnh xảy ra ở nhóm ≥ 65 tuổi, mặc dù ngưỡng này có thể thay đổi tùy theo nghiên cứu hoặc hướng dẫn.⁵ Một số nghiên cứu sử dụng mốc ≥ 70 hoặc ≥ 75 tuổi, đặc biệt khi xem xét ảnh hưởng của bệnh phối hợp

và khả năng dung nạp điều trị.⁶ Tại Việt Nam, phụ nữ ≥ 65 tuổi chiếm khoảng 30–35% tổng số ca ung thư vú.⁷

Điều trị ung thư vú HR+/HER2- ở bệnh nhân lớn tuổi cần cân nhắc nhiều yếu tố như đáp ứng điều trị, tình trạng sức khỏe tổng quát, bệnh phối hợp và thay đổi dược động học theo tuổi. Một nghiên cứu tại Trung Quốc cho thấy 25% bệnh nhân ≥ 70 tuổi gặp tác dụng phụ nặng khi hóa trị, trong khi tỷ lệ này chỉ khoảng 12% ở nhóm dùng CDK4/6i kết hợp nội tiết, gợi ý rằng đây có thể là lựa chọn an toàn hơn cho bệnh nhân cao tuổi.⁸ Các thử nghiệm PALOMA và MONALEESA đã chứng minh rằng CDK4/6i kết hợp nội tiết giúp cải thiện đáng kể thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) ở bệnh nhân HR+/HER2-.^{9,10} Tuy nhiên, đa số bệnh nhân trong các nghiên cứu này dưới 70 tuổi, trong khi nhóm ≥ 65 tuổi có đặc điểm sinh lý khác biệt và gánh nặng bệnh phối hợp cao hơn.

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu ban đầu đã ghi nhận hiệu quả của CDK4/6i kết hợp nội tiết ở bệnh nhân HR+/HER2-.^{12,13} Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu chuyên biệt nào tập trung vào nhóm bệnh nhân lớn tuổi. Do đó, nghiên cứu hiện tại được thực hiện nhằm bổ sung dữ liệu thực tế về hiệu quả và tính an toàn của CDK4/6i kết hợp nội tiết ở bệnh nhân ≥ 65 tuổi tại Bệnh viện K, từ đó góp phần tối ưu hóa chiến lược điều trị và cải thiện tiên lượng sống cho nhóm bệnh nhân này. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vú lớn tuổi HR+/HER2-

2. Đánh giá hiệu quả phác đồ nội tiết kết hợp thuốc ức chế CDK4/6 trên nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân nữ ≥ 65 tuổi, được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú tái phát hoặc di căn, HR+/HER2-, và được điều trị bằng phác đồ nội tiết kết hợp thuốc ức chế CDK4/6 tại Bệnh viện K từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 5 năm 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nữ ≥ 65 tuổi, được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng xét nghiệm mô bệnh học.

- Chẩn đoán ung thư vú (UTV) tái phát, di căn bằng mô bệnh học (MBH) và/hoặc chẩn đoán hình ảnh (CĐHA).

- Có thông tin về ER, PR (+), Her-2/neu (-) được xác định bằng hóa mô miễn dịch (HMMD) hoặc lai tại chỗ.

- Xác định thụ thể nội tiết: Bằng hóa mô miễn dịch (IHC) với ER+ $\geq 1\%$ và PR+ $\geq 1\%$.

- Xác định HER2: Bằng phương pháp hóa mô miễn dịch (IHC) HER2(+), (++) và/hoặc lai huỳnh quang tại chỗ (FISH).

- Bệnh nhân điều trị với ribociclib có khoảng QT < 450 msec

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư nguyên phát tại cơ quan khác.
- Bệnh mạn tính có nguy cơ tử vong gần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân UTV tái phát, di căn HR+/HER2 - đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, được điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2025.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

- Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị: Tuổi, phân loại giai đoạn theo AJCC phiên bản 8 năm 2017, giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch, phương pháp điều trị trước đó.

- Thu thập thông tin chẩn đoán tái phát di căn: Thời gian phát hiện bệnh tái phát, vị trí tái phát di căn, bệnh phổi hợp, xét nghiệm chẩn đoán tái phát di căn, CA 15-3

- Thu thập thông tin về quá trình điều trị: Liệu khởi đầu, tình trạng giảm liều, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS), tác dụng không mong muốn.

➢ Các thuốc sử dụng trong nghiên cứu:

- Thuốc nội tiết:

+ AI nonsteroid: Letrozole 2,5 mg/ ngày, uống hàng ngày hoặc Anastrozole 1mg/ ngày, uống hàng ngày.

+ AI steroid: Exemestan 25 mg/ ngày, uống hàng ngày.

+ Fulvestrant 500 mg tiêm bắp vào ngày 1 và 15 của chu kỳ 1; sau đó vào ngày 1 của chu kỳ 28 ngày tiếp theo.

- Ức chế CDK4/6: Palbociclib 125 mg/ ngày, hoặc Ribociclib 600 mg/ ngày, uống hàng ngày trong 3 tuần, nghỉ 1 tuần, chu kỳ 28 ngày.

Hoặc khởi đầu với liều giảm mức 1: Palbociclib 100 mg/ ngày, hoặc Ribociclib 400 mg/ ngày, uống hàng ngày trong 3 tuần, nghỉ 1 tuần, chu kỳ 28 ngày

➢ Kết quả điều trị

- Sau mỗi 3 chu kì điều trị hoặc lâm sàng có chỉ định (nghỉ ngờ bệnh tiến triển) bệnh nhân được đánh giá theo RECIST 1.1

- Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển: là khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân bắt đầu được điều trị cho tới thời điểm xác định bệnh tiến triển hoặc bệnh nhân tử vong

2.3. Xử lý số liệu

- Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0

- Các thuật toán thống kê sử dụng trong nghiên cứu:

+ Mô tả: Trung bình, độ lệch chuẩn, khoảng tin cậy 95%, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất.

+ Ước tính thời gian sống không bệnh, thời gian sống thêm sử dụng phương pháp Kaplan-Meier.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Thông tin về bệnh nhân được đảm bảo bí mật, nghiên cứu chủ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, không phục vụ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

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

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi, n(%)		
65-74	61	75,3
≥ 75	20	24,7
Trung bình 70 tuổi		
ECOG, n(%)		
0-1	62	76,5
2	19	24,5
Bệnh phổi hợp, n(%)		
Có	62	76,5
Không	19	23,5
Giai đoạn bệnh khi chẩn đoán ban đầu, n(%)		
I	21	25,9
II	28	34,5
III	8	10
IV	24	29,6
Thời gian không bệnh		
≥ 24 tháng	57	70,4
<24 tháng	24	29,6
Di căn tạng, n(%)		
Không di căn tạng	58	72
Có di căn tạng	23	28
Thuốc ức chế CDK4/6, n(%)		
Ribociclib	41	51
Palbociclib	40	49
Thuốc ức chế nội tiết, n(%)		
AI	64	79
Fulvestrant	17	11
Bước điều trị		
Bước 1	23	28,4
Bước sau	58	71,6

Bảng 3.2. Điều chỉnh liều thuốc CDK4/6i

Liều điều chỉnh	Liều khởi đầu ribociclib (mg)			Liều khởi đầu palbociclib (mg)		
	600	400	200	125	100	75
	18 (44)	23 (56)	0	34 (85)	6 (15)	0
Giảm liều mức 1, n(%)	7 (39)	0 (0)	0(0)	9 (26)	0 (0)	0 (0)
Giảm liều mức 2, n(%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

81 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 70,0 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 65 tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Nhóm tuổi từ 65 - 74 tuổi có tỷ lệ cao nhất chiếm 75,3%. Có 62 bệnh nhân có bệnh phổi hợp chiếm 76,5%. Phần lớn các bệnh nhân thuộc thể ung thư biểu mô xâm nhập tấp không đặc biệt (NST), chiếm 81,2%. Có 29,6% bệnh nhân ung thư vú di căn de novo, trong những bệnh nhân tái phát có 70,4% bệnh nhân có khoảng thời gian không bệnh ≥ 24 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân có di căn tạng và không di căn tạng chiếm 28% và 72%. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ribociclib và palbociclib lần lượt là 51% và 49%. Trong đó 81 bệnh nhân được điều trị bằng thuốc ức chế CDK4/6 kết hợp với thuốc AI chiếm 79%. 17 bệnh nhân được điều trị bằng thuốc ức chế CDK4/6 kết hợp với thuốc fulvestrant chiếm 11% (Bảng 1).

3.2. Kết quả điều trị**3.2.1. Tỷ lệ đáp ứng****Bảng 3.3. Tỷ lệ đáp ứng**

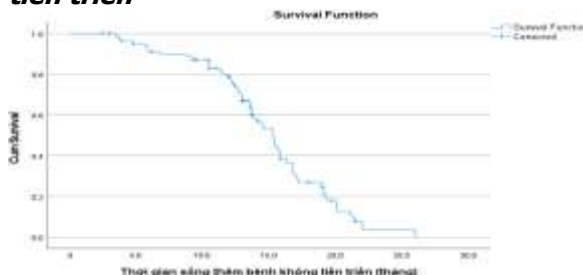
Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	2	2,5
Đáp ứng một phần	38	46,9
Bệnh giữ nguyên	26	32,1
Bệnh tiến triển	15	18,5
Tổng	81	100

Nhận xét: Trong 81 bệnh nhân nghiên cứu. Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 49,4%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 2,5%, tỷ lệ đáp ứng một phần là 46,9% và có 32,1% bệnh giữ nguyên, như vậy lợi ích lâm sàng đạt được là 81,5%.

3.2.2. Đáp ứng với điều trị và một số yếu tố liên quan**Bảng 3.4. Tỷ lệ đáp ứng và các yếu tố liên quan**

	Bệnh đáp ứng		Bệnh không đáp ứng		p
	n1	%	n2	%	
Liều khởi đầu					
Tối đa (600mg với ribociclib, 125mg với palbociclib)	24	46,2	28	53,8	0,323
Giảm liều mức 1	16	55,2	13	44,8	
Thuốc ức chế CDK4/6					
Ribociclib	29	70,7	12	29,3	0,680
Palbociclib	23	56,1	6	43,9	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng ở các nhóm thuốc CDK4/6 và các mức liều khởi đầu khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$

3.3. Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**3.3.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển****Biểu đồ 3.1. Thời gian sống thêm bệnh không bệnh tiến triển**

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 15 tháng.

3.3.2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển với các yếu tố liên quan**Bảng 3.5. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển với các yếu tố liên quan**

PFS theo thuốc CDK4/6		
PFS nhóm điều trị với ribociclib (tháng)	16,1	p = 0,87
PFS nhóm điều trị với palbpciclib (tháng)	13,6	
PFS theo liều khởi đầu thuốc CDK4/6		
PFS nhóm khởi đầu đủ liều (tháng)	16,2	p = 0,15
PFS nhóm khởi đầu liều giảm mức 1 (tháng)	14,4	

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở các nhóm thuốc CDK4/6 và các mức liều khởi đầu khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$

3.2.3. Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phác đồ

* Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn

Độc tính	Số CK điều trị (n=1215) %	Số BN (n=81) %
Bạch cầu hạt		
Hạ độ ≤ 2	528(43,5)	61(75,4)
Hạ độ 3-4	687(56,5)	20(24,6)
Tiểu cầu		
Hạ độ ≤ 2	1180 (97,2)	63(62,5)
Hạ độ 3-4	35(2,8)	18(37,5)
Giảm hồng cầu		

Hạ độ ≤ 2	1215(100)	81(100)
Thiếu máu độ 3-4	0(0)	0(0)
Men gan		
Không tăng	1130(93)	78(95,8)
Tăng độ 1-2	87(7)	2(4,2)
Tăng độ 3-4	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ giảm bạch cầu đa nhân trung tính độ độ 3,4 là 56,5% số chu kỳ điều trị xả ra ở 20 bệnh nhân.

Giảm tiểu cầu độ 3,4 là 2,8% số chu kỳ điều trị xả ra ở 18 bệnh nhân

Thiếu máu độ 1,2 xảy ra sau điều trị chiếm 35% số đợt điều trị xảy ra trên 20 bệnh nhân, Thiếu máu độ 3,4 là 0%.

Tăng men gan độ 1,2 là 7% số đợt điều trị, xảy ra trên 2 bệnh nhân, tăng độ 3,4 là 0%

IV. BÀN LUẬN

Việc điều trị ung thư vú lớn tuổi HR+/HER2– đòi hỏi cân nhắc kỹ lưỡng đến thể trạng, bệnh phổi hợp và nguy cơ độc tính. Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân này thường ít được đại diện trong các thử nghiệm lâm sàng, dẫn đến thiếu dữ liệu về hiệu quả và an toàn⁶. Do đó, các nghiên cứu đời thực đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp thêm bằng chứng lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 81 bệnh nhân ≥65 tuổi được điều trị bằng CDK4/6i kết hợp nội tiết, với tuổi trung bình 70. Kết quả cho thấy PFS trung vị đạt 15 tháng, thấp hơn so với nhóm ≥65 tuổi trong PALOMA-2 (30,6 tháng).¹³ Nguyên nhân có thể do chỉ 28,4% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị ngay từ bước 1, trong khi phần lớn bệnh nhân trong PALOMA-2 bắt đầu điều trị sớm. Tuy nhiên, kết quả này tương đồng với dữ liệu trong nước (PFS khoảng 17–20 tháng).³

Một yếu tố quan trọng khác là liều khởi đầu. Trong nghiên cứu P-REALITY X trên 961 bệnh nhân ≥75 tuổi, dù chỉ 75% khởi đầu palbociclib ở liều 125 mg, vẫn ghi nhận lợi ích rõ rệt về OS (43,0 so với 32,4 tháng; HR 0,66) và PFS (20,0 so với 15,0 tháng; HR 0,72). Nghiên cứu AMALEE so sánh ribociclib 400 mg và 600 mg cho thấy không có khác biệt có ý nghĩa về ORR, TTR hay PFS, đồng thời liều 400 mg an toàn hơn. Những dữ liệu này gợi ý rằng giảm liều khởi đầu có thể là chiến lược hợp lý cho bệnh nhân cao tuổi nhằm hạn chế độc tính mà không làm giảm hiệu quả.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng chung đạt 49,4% với lợi ích lâm sàng 81,5%. Hồ sơ an toàn tương đồng với các nghiên cứu quốc tế, trong đó giảm bạch cầu trung tính độ 3–4 là tác dụng phụ chủ yếu (56,5%), nhưng hầu như không ghi nhận độc tính gan hay huyết học

nặng khác. Kết quả này củng cố tính khả thi và độ an toàn của CDK4/6i kết hợp nội tiết trong điều kiện thực hành tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Điều trị nội tiết kết hợp thuốc ức chế CDK4/6 trên nhóm bệnh nhân ung thư vú lớn tuổi HR+/HER2– cho tỉ lệ kiểm soát bệnh, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển cao mặc dù có kèm theo bệnh phổi hợp và mức liều khởi đầu không phải ở mức liều đủ. Kết quả củng cố khuyến cáo liều khởi đầu với ribociclib 600 mg, nhưng có thể giảm còn 400 mg, liều khởi đầu với palbociclib 125 mg, nhưng có thể giảm 100mg để quản lý tác dụng phụ mà không làm giảm hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
3. **GLOBOCAN** 2022. International Agency for Research on Cancer. Accessed August 2025. <https://gco.iarc.fr/>
4. **Johnston S, Harbeck N.** Hormon receptor-positive, HER2-negative breast cancer: Advances in therapy. *Breast.* 2020;54: 254-263. doi:10.1016/j.breast.2020.10.002
5. **Cress RD, Zaslavsky AM, West DW, et al.** Characteristics of long-term survivors of breast cancer among women in California, 1988–1999. *Cancer.* 2000;89(5): 1096-1106. doi:10.1002/1097-0142(20000901)89:5<1096::AID-CNCR13>3.0.CO;2-2
6. **Wildiers H, Heeren P, Puts M, et al.** Management of breast cancer in elderly individuals: Recommendations of the International Society of Geriatric Oncology. *Lancet Oncol.* 2012;13(4): e148-e160. doi:10.1016/S1470-2045(11)70383-4
7. **Nguyễn TL, Phạm HT, Vũ TT.** Dịch tễ học ung thư vú tại Việt Nam giai đoạn 2015–2020. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2020;497(1):34-42.
8. **Zhang X, Zhao Y, Wang L, et al.** Tolerability of chemotherapy versus endocrine therapy combined with CDK4/6 inhibitors in elderly patients with HR+/HER2– breast cancer. *J Geriatr Oncol.* 2019;10(5): 780-787. doi:10.1016/j.jgo.2019.04.002
9. **Finn RS, Martin M, Rugo HS, et al.** Palbociclib and letrozole in advanced breast cancer. *N Engl J Med.* 2016;375(20): 1925-1936. doi:10.1056/NEJMoa1607303
10. **Turner NC, Slamon DJ, Ro J, et al.** Overall survival with ribociclib plus endocrine therapy in breast cancer. *N Engl J Med.* 2018;379(20):1926-1936. doi:10.1056/NEJMoa1805562

KHẢO SÁT MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP BIỆT HÓA SAU PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Thúy¹, Đỗ Trung Quân²,
Lê Quang Toàn¹, Lê Hữu Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm mật độ xương (MĐX) và phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư tuyến giáp (UTTĐ) biệt hóa sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 165 người bệnh UTTĐ biệt hóa đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 7/2024 đến 7/2025. Các thông tin về nhân khẩu học, lâm sàng, điều trị được thu thập. MĐX tại cột sống thắt lưng (CSTL) và cổ xương đùi (CXĐ) được đo bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA). **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $50,2 \pm 11,3$, trong đó 92,7% là nữ. Nhóm nguy cơ cao (phụ nữ mãn kinh và nam > 50 tuổi); tỷ lệ loãng xương là 22,9%; tỷ lệ loãng xương ở CSTL (21,7%) cao hơn so với CXĐ (3,6%) ($p < 0,05$). MĐX giảm đáng kể theo tuổi ($p < 0,01$) và ở nhóm đã mãn kinh ($p < 0,01$). Thời gian sau phẫu thuật > 5 năm liên quan đến MĐX tại CXĐ thấp hơn ($p < 0,05$). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy tuổi ($\beta = -0,386$; $p = 0,001$) và tình trạng mãn kinh ($\beta = 0,227$; $p = 0,043$) là hai yếu tố dự báo độc lập và mạnh mẽ nhất đến MĐX. **Kết luận:** Tuổi và tình trạng mãn kinh là những yếu tố ảnh hưởng quyết định đến sự suy giảm mật độ xương ở người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật. Cần thiết phải tầm soát MĐX định kỳ, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao, để có biện pháp can thiệp và dự phòng gãy xương kịp thời.

Từ khóa: Mật độ xương, loãng xương, ung thư tuyến giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp.

SUMMARY

BONE MINERAL DENSITY AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH DIFFERENTIATED THYROID CANCER FOLLOWING TOTAL THYROIDECTOMY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Objective: This study aimed to describe bone mineral density (BMD) characteristics and analyze associated factors in patients with differentiated thyroid cancer (DTC) following total thyroidectomy.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 165 patients with DTC who had undergone total thyroidectomy at the National

Hospital of Endocrinology from July 2024 to July 2025. Demographic, clinical, and treatment-related data were collected. BMD at the lumbar spine (LS) and femoral neck (FN) was measured using dual-energy X-ray absorptiometry (DXA). **Results:** The mean age of participants was 50.2 ± 11.3 years, with 92.7% being female. In the high-risk group (postmenopausal women and men over 50), the overall osteoporosis prevalence was 22.9%. Osteoporosis was more common at the LS (21.7%) than at the FN (3.6%) ($p < 0.05$). BMD significantly decreased with age ($p < 0.01$) and in postmenopausal individuals ($p < 0.01$). A postoperative duration > 5 years was associated with lower FN BMD ($p < 0.05$). Multivariate regression analysis identified age ($\beta = -0.386$; $p = 0.001$) and menopausal status ($\beta = 0.227$; $p = 0.043$) as the strongest independent predictors of BMD. **Conclusions:** Age and menopausal status are the key determinants of BMD reduction in patients with differentiated thyroid cancer after total thyroidectomy. Routine BMD screening is essential, particularly for high-risk groups, to facilitate timely interventions and prevent osteoporotic fractures.

Keywords: Bone mineral density, osteoporosis, thyroid cancer, total thyroidectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết và đang có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là phương pháp điều trị nền tảng cho hầu hết các trường hợp UTTĐ biệt hóa. Sau phẫu thuật, người bệnh được điều trị lâu dài bằng liệu pháp hormone Levthyroxine (LT4) với hai mục tiêu: thay thế hormone thiếu hụt và ức chế hormone kích thích tuyến giáp (TSH) nhằm ngăn ngừa tái phát.

Tuy nhiên, việc sử dụng liều LT4 trên mức sinh lý để ức chế TSH sẽ gây ra tình trạng cường giáp cận lâm sàng do điều trị. Tình trạng này đã được chứng minh là làm tăng tốc độ chuyển hóa xương, trong đó quá trình hủy xương chiếm ưu thế, dẫn đến suy giảm mật độ khoáng xương (MĐX) và gia tăng nguy cơ loãng xương, gãy xương. Ngoài ra, một cơ chế khác là thiếu hụt calcitonin cũng được quan sát thấy có thể liên quan đến chuyển hóa của xương. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra nguy cơ loãng xương ở người bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp cao hơn khoảng 1,3 đến 1,5 lần so với dân số chung.¹ Các yếu tố như tuổi, giới tính, tình trạng mãn kinh, liều LT4 và

¹Bệnh viện Nội tiết Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Lê Hữu Thành

Email: lethanh9213@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

mức độ ức chế TSH đều được cho là có ảnh hưởng đến sức khỏe xương.^{2,3}

Tại Việt Nam, với số lượng người bệnh UTG được chẩn đoán và điều trị ngày càng tăng, việc quản lý các biến chứng lâu dài do điều trị là vô cùng quan trọng. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống về thực trạng MĐX và các yếu tố liên quan trên nhóm người bệnh này còn rất hạn chế. Nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm mật độ xương và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư tuyến giáp biệt hóa sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 165 người bệnh được chẩn đoán UTG thể biệt hóa, đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp ít nhất 1 năm, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Tiêu chuẩn chọn: Người bệnh ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán xác định UTG biệt hóa sau mổ, đồng ý tham gia. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đã được chẩn đoán loãng xương từ trước, có các bệnh lý ảnh hưởng đến MĐX (Cushing, sử dụng glucocorticoid kéo dài), suy cận giáp, dị dạng cột sống, phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp thu thập số liệu. Số liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn, bao gồm các thông tin về hành chính, tiền sử bệnh, đặc điểm lâm sàng (chiều cao, cân nặng) và các thuốc đang sử dụng. Các kết quả cận lâm sàng (TSH, FT4, Canxi, 25OHD) và kết quả đo MĐX được thu thập từ hồ sơ bệnh án.

2.3. Các biến số và tiêu chuẩn đánh giá

- Mật độ xương (MĐX): Được đo bằng máy Primus (Osteosys) sử dụng kỹ thuật DXA tại vị trí cột sống thắt lưng (L1-L4) và cổ xương đùi. Chẩn đoán loãng xương dựa vào tiêu chuẩn của WHO 2001: T-score $\leq -2,5$ ở phụ nữ sau mãn kinh và nam ≥ 50 tuổi.⁴ Đối với phụ nữ tiền mãn kinh và nam < 50 tuổi, sử dụng Z-score $\leq -2,0$.

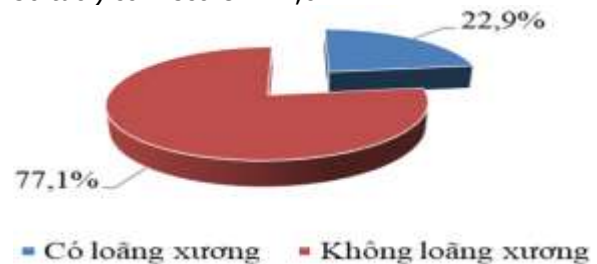
- Các biến số khác: Tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI), tình trạng mãn kinh, thời gian sau phẫu thuật, liều LT4 (mcg/kg/ngày), nồng độ TSH, FT4, Canxi máu, nồng độ 25OHD (Vitamin D).

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Kiểm định T-test, ANOVA, và Chi-bình phương được dùng để so sánh. Tương quan Pearson và phân tích hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến MĐX, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 165 người bệnh với tuổi trung bình là $50,2 \pm 11,3$ tuổi. Nhóm tuổi 41-60 chiếm đa số (59,4%). Nữ giới chiếm tỷ lệ vượt trội với 92,7%. Tỷ lệ người bệnh đã mãn kinh và chưa mãn kinh tương đối cân bằng (51% và 49%). Đa số người bệnh (64,2%) có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường. Về đặc điểm điều trị, 63,6% người bệnh sử dụng liều LT4 trong khoảng 1,6-2,0 mcg/kg/ngày, với liều trung bình là $1,84 \pm 0,45$ mcg/kg/ngày. Về mặt sinh hóa, 63,1% người bệnh đạt được mục tiêu ức chế TSH ($< 0,5$ mIU/L).

Giá trị T-score trung bình của toàn bộ nhóm nghiên cứu ở cả cột sống thắt lưng ($-0,60 \pm 1,16$) và cổ xương đùi ($-0,46 \pm 1,14$) đều nằm trong giới hạn bình thường ($\geq -1,0$). Tuy nhiên, khi phân tích ở phân nhóm có nguy cơ cao (phụ nữ mãn kinh và nam > 50 tuổi, $n=83$), kết quả cho thấy tỷ lệ loãng xương ở nhóm này là 22,9% (Biểu đồ 1). Trong khi nhóm nguy cơ thấp hơn (phụ nữ chưa mãn kinh và nam ≤ 50 tuổi), chúng tôi sử dụng Z-score để đánh giá mật độ xương cho nhóm đối tượng này. Kết quả cho thấy không ghi nhận trường hợp nào ở nhóm nguy cơ thấp (phụ nữ chưa mãn kinh và nam ≤ 50 tuổi) có Z-score $\leq -2,0$.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ loãng xương ở nhóm phụ nữ mãn kinh và nam > 50 tuổi ($n=83$)

Trong nhóm nguy cơ cao, tỷ lệ loãng xương tại cột sống thắt lưng (21,7%) cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với tại cổ xương đùi (3,6%) ($p < 0,05$). Nếu tính gộp cả tình trạng thiếu xương, có đến 65,1% người bệnh trong nhóm này có MĐX bất thường tại cột sống. (Bảng 1).

Bảng 1. Phân bố T-score theo vị trí ở nhóm phụ nữ mãn kinh và nam > 50 tuổi ($n=83$)

T-score	Cột sống (L1-L4)		Cổ xương đùi	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
$\geq -1,0$	29	34,9	35	42,2
-1,0 đến -2,5	36	43,4	45	54,2
$\leq -2,5^*$	18	21,7	3	3,6
Tổng	83	100	83	100

* Test Chi bình phương có $p < 0,05$ nhóm CSTL với cổ xương đùi

Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố sau có liên quan có ý nghĩa thống kê đến MĐX gồm: tuổi, tình trạng mãn kinh, chỉ số BMI, thời gian sau phẫu thuật. Mật độ xương có tương quan nghịch mạnh với tuổi ở cả CSTL ($r=-0,54$; $p<0,01$) và CXĐ ($r=-0,48$; $p<0,01$). Nhóm phụ nữ đã mãn kinh có MĐX thấp hơn đáng kể so với

nhóm chưa mãn kinh ở cả hai vị trí ($p < 0,01$). BMI có tương quan thuận với MĐX tại CXĐ ($r=0,18$; $p<0,05$) nhưng không có ý nghĩa tại CSTL. Nhóm có thời gian sau phẫu thuật > 5 năm có MĐX tại CXĐ thấp hơn có ý nghĩa so với các nhóm có thời gian ngắn hơn ($p < 0,05$). Nồng độ FT4, TSH và liều LT4 không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với MĐX trong nghiên cứu này ($p > 0,05$). (Bảng 2).

Bảng 2. Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến mật độ xương ở đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	n	BMD Cột sống		BMD cổ xương đùi	
		(X±SD)	p	(X±SD)	p
Nhóm tuổi					
< 40 ¹	34	1,16±0,11	Tukey HSD: p ₁₋₂ > 0,05 p ₂₋₃ < 0,01 p ₁₋₃ < 0,01	0,90±0,13	Tukey HSD: p ₁₋₂ < 0,05 p ₂₋₃ < 0,01 p ₁₋₃ < 0,01
40-60 ²	98	1,06±0,17		0,88±0,13	
≥ 61 ³	33	0,87±0,20		0,72±0,08	
Giới					
Nam	12	1,08±0,15	> 0,05 (T-test)	0,90±0,13	> 0,05 (T-test)
Nữ	153	1,04±0,19		0,85±0,14	
Mãn kinh					
Có	78	0,94±0,20	< 0,01 (T-test)	0,79±0,12	< 0,01 (T-test)
Không	75	1,14±0,12		0,91±0,13	
BMI (kg/m ²)					
< 23,0	110	1,03±0,19	> 0,05 (T-test)	0,83±0,13	> 0,05 (T-test)
≥ 23,0	55	1,07±0,19		0,88±0,15	
Thời gian phẫu thuật					
< 2 năm	65	1,06±0,19	> 0,05 (ANOVA)	0,87±0,24	< 0,05 (ANOVA)
2-5 năm	57	1,06±0,20		0,87±0,26	
> 5 năm	43	0,98±0,17		0,80±0,26	
Điều trị I131					
Có	37	1,02±0,18	> 0,05 (T-test)	0,81±0,09	> 0,05 (T-test)
Không	128	1,05±0,19		0,86±0,15	
Liều LT4 trung bình (mcg/kg/ngày)					
< 1,6	25	1,05±0,22	> 0,05 (Welch)	0,83±0,14	> 0,05 (ANOVA)
1,6-2,0	105	1,05±0,17		0,86±0,13	
> 2,0	35	1,02±0,23		0,82±0,15	
Sử dụng canxi và vitamin D					
Có	71	1,05±0,17	> 0,05 (T-test)	0,86±0,14	> 0,05 (T-test)
Không	94	1,04±0,20		0,85±0,14	
Nồng độ FT4					
Thấp	2	1,06±0,09	> 0,05 (ANOVA)	0,86±0,09	> 0,05 (ANOVA)
Bình thường	125	1,05±0,20		0,85±0,14	
Cao	68	1,03±0,16		0,84±0,13	
Nồng độ TSH					
< 0,1	59	1,02±0,18	> 0,05 (ANOVA)	0,83±0,13	> 0,05 (ANOVA)
0,1-0,4	45	1,04±0,19		0,87±0,15	
≥ 0,5	61	1,06±0,20		0,85±0,14	
Nồng độ 25OHD					
< 20	61	1,07±0,18	> 0,05 (T-test)	0,85±01,3	> 0,05 (T-test)
≥ 20	104	1,02±0,19		0,85±0,14	

Kết quả phân tích hồi quy đa biến (Bảng 3) khẳng định tuổi và tình trạng mãn kinh là hai yếu

tổ dự báo độc lập và mạnh mẽ nhất đối với sự suy giảm MĐX vùng CSTL. Sau khi kiểm soát hai

yếu tố này, các biến số liên quan đến điều trị như thời gian phẫu thuật hay nồng độ TSH không còn cho thấy ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến một số yếu tố liên quan đến một độ xương CSTL

Biến số	B	SE	β	p
Hằng số	1,091	0,35	-	-
Tuổi	-0,006	0,002	-0,386	0,001
Mãn kinh với nữ	0,087	0,043	0,227	0,043
BMI	0,011	0,007	0,125	0,101
Thời gian phẫu thuật	-0,014	0,031	-0,033	0,641
Điều trị I_{131}	0,001	0,003	0,030	0,695
Liều LT4 theo cân nặng	-0,024	0,032	-0,057	0,460
Sử dụng canxi, vitamin D	0,015	0,028	0,039	0,587
Nồng độ FT4	0,001	0,003	0,030	0,695
Nồng độ TSH	0,003	0,002	0,083	0,262
Nồng độ Canxi toàn phần	-0,038	0,105	-0,029	0,687

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp những dữ liệu đầu tiên về thực trạng sức khỏe xương trên một quần thể người bệnh UTTG sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp tại Việt Nam. Kết quả nổi bật nhất là tỷ lệ loãng xương lên đến 22,9% ở nhóm phụ nữ sau mãn kinh và nam giới lớn tuổi. Con số này là một minh chứng rõ ràng về gánh nặng lâm sàng của bệnh, khẳng định đây là một nhóm nguy cơ cao cần được quan tâm đặc biệt. Kết quả này tương đồng với các phân tích gộp trên thế giới, vốn cho thấy nguy cơ loãng xương ở nhóm này cao hơn dân số chung.^{2,5}

Một phát hiện khác là T-score trung bình của toàn mẫu vẫn trong giới hạn bình thường, mặc dù mẫu nghiên cứu có nhiều yếu tố nguy cơ. Điều này có thể được giải thích bởi do người bệnh ung thư được theo dõi y tế chặt chẽ và thực tế có 43% đối tượng trong nghiên cứu đang chủ động bổ sung canxi/vitamin D, điều này có thể đã làm giảm nhẹ nguy cơ mất xương. Ngoài ra, 39,4% đối tượng có thời gian theo dõi dưới 2 năm, có thể chưa đủ dài để tác động tích lũy của liệu pháp ức chế TSH trở nên rõ rệt.

Phân tích hồi quy đã làm nổi bật vai trò quyết định của tuổi và tình trạng mãn kinh. Tác động của hai yếu tố này mạnh đến mức lấn át các yếu tố khác liên quan đến điều trị trong mô hình đa biến. Điều này xác thực mạnh mẽ các bằng chứng y văn rằng tình trạng mãn kinh, với sự thiếu hụt estrogen, là yếu tố điều biến quan trọng nhất, làm khuếch đại tác động tiêu cực của liệu pháp ức chế TSH lên bộ xương.

Việc không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa nồng độ TSH hay liều LT4 với MĐX cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác. Điều này cho thấy mối quan hệ này rất phức tạp và có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố gây nhiễu mạnh hơn như tuổi và mãn kinh.⁶

Nghiên cứu cũng cho thấy MĐX tại cột sống bị ảnh hưởng sớm và nặng nề hơn (tỷ lệ loãng xương 21,7%) so với cổ xương đùi (3,6%). Điều này phù hợp với sinh lý bệnh, do cột sống chứa nhiều xương bẽ, vốn nhạy cảm hơn với các rối loạn chuyển hóa xương cao. Tuy nhiên, cổ xương đùi lại là vị trí phản ánh tốt hơn tác động lâu dài của điều trị (> 5 năm). Do đó, việc đo MĐX ở cả hai vị trí là cần thiết để đánh giá toàn diện.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh ung thư tuyến giáp biệt hóa sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, đặc biệt là phụ nữ sau mãn kinh, là nhóm có nguy cơ cao bị loãng xương, với tỷ lệ gần 1/4 người bệnh. Tuổi tác và tình trạng mãn kinh là những yếu tố dự báo độc lập và mạnh mẽ nhất đến sự suy giảm mật độ xương, vượt trội hơn các yếu tố liên quan đến điều trị trong thực tế. Vì vậy, cần thiết phải tiến hành tầm soát mật độ xương bằng phương pháp DXA một cách thường quy cho tất cả các người bệnh nữ sau mãn kinh và nam giới trên 50 tuổi sau khi phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp để chẩn đoán sớm, can thiệp kịp thời và dự phòng biến chứng gãy xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Güneş Ö, Bağ YMJHNMJ. Evaluation of Osteoporosis After Total Thyroidectomy in Euthyroid Post-Menopausal Women. 2023;63(1): 68-71.
2. Hung CL, Yeh CC, Sung PS, et al. Is Partial or Total Thyroidectomy Associated with Risk of Long-Term Osteoporosis: A Nationwide Population-Based Study. 2018;42(9):2864-2871.
3. Kim J, Han K, Jung J-H, et al. Physical activity and reduced risk of fracture in thyroid cancer patients after thyroidectomy — a nationwide cohort study. 2023;14.
4. National Institutes of Health (2001). Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy (No. 0098-7484), NIH Consensus Statement 2000 March 27-29, p.1-45.
5. Lin S-Y, Lin C-L, Chen H-T, Kao C-H. Risk of osteoporosis in thyroid cancer patients using levothyroxine: a population-based study. Current Medical Research and Opinion. 2018;34(5):805-812.
6. Soydal Ç, Özkan E, Nak D, Elhan AH, Küçük N, Kır MK. Risk Factors for Predicting Osteoporosis in Patients Who Receive Thyrotropin Suppressive Levothyroxine Treatment for Differentiated Thyroid Carcinoma. Molecular imaging and radionuclide therapy. 2019;28(2):69-75.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI MẬT ĐỘ MẠCH MÁU VÀ MẬT ĐỘ TƯỞI MÁU VÙNG HOÀNG ĐIỂM TRÊN CHỤP CẮT LỚP QUANG HỌC MẠCH MÁU (OCTA) SAU TIÊM NỘI NHÃN BEVACIZUMAB Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ THỂ ỨỚT

Phạm Minh Thảo¹, Cung Hồng Sơn²,
Nguyễn Minh Hằng³, Trần Thị Hương Lan⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu sự thay đổi mật độ mạch máu và mật độ tưới máu vùng hoàng điểm trên chụp cắt lớp quang học mạch máu (optical coherence tomography angiography - OCTA) sau tiêm nội nhãn Bevacizumab ở bệnh nhân thoái hóa hoàng điểm thể ướt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 37 mắt của 30 bệnh nhân thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể tân mạch, có chỉ định tiêm Bevacizumab nội nhãn hàng tháng trong 3 tháng liên tiếp, từ tháng 09/2024 đến hết tháng 08/2025 tại Bệnh viện Mắt Hồng Sơn. Các chỉ số mật độ mạch máu và mật độ tưới máu được máy đo lại và phân tích tại các vùng trung tâm, cạnh trung tâm, ngoài trung tâm và toàn bộ vùng hoàng điểm. **Kết quả:** Trong 37 mắt nghiên cứu, mật độ mạch máu vùng trung tâm thấp hơn vùng cạnh trung tâm ngoài trung tâm và toàn bộ. Sau 3 tháng điều trị, mật độ mạch máu vùng trung tâm giảm từ $7,29 \pm 5,77$ xuống $6,41 \pm 5,25$; trong khi đó vùng cạnh trung tâm tăng từ $13,09 \pm 5,23$ lên $13,10 \pm 4,75$, vùng ngoài trung tâm tăng từ $13,88 \pm 4,57$ lên $14,45 \pm 3,87$ và toàn bộ tăng từ $13,44 \pm 4,60$ lên $14,00 \pm 3,91$ ($p > 0,05$). Về mật độ tưới máu, vùng trung tâm ($16,90 \pm 13,83\%$) thấp hơn đáng kể so với vùng cạnh trung tâm ($31,45 \pm 13,40\%$), ngoài trung tâm ($33,62 \pm 11,74\%$) và toàn bộ ($32,55 \pm 11,76\%$). Sau 3 tháng, mật độ tưới máu trung tâm giảm còn $14,10 \pm 11,81\%$, cạnh trung tâm giảm còn $30,62 \pm 11,64\%$, trong khi vùng ngoài trung tâm tăng lên $34,65 \pm 9,12\%$ và toàn bộ tăng lên $33,59 \pm 9,91\%$ ($p > 0,05$). Có mối tương quan chặt chẽ giữa mật độ mạch máu và mật độ tưới máu tại tất cả các thời điểm nghiên cứu, nhưng không ghi nhận mối tương quan giữa hai thông số này với độ dày hoàng điểm, diện tích tân mạch hay thị lực tại tất cả các thời điểm. **Kết luận:** OCT-A là phương pháp an toàn, tin cậy và có khả năng theo dõi lặp lại trong suốt quá trình điều trị thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể ướt. Sau ba mũi tiêm Bevacizumab nội nhãn liên tiếp hàng tháng, sự thay đổi mật độ mạch máu và mật độ tưới máu trên OCT-A không đạt ý nghĩa thống kê. Có mối tương

quan tuyến tính giữa mật độ mạch máu và mật độ tưới máu, nhưng không tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa giữa các thông số này với độ dày hoàng điểm, diện tích tân mạch hay thị lực. **Từ khóa:** Mật độ mạch máu, mật độ tưới máu, thoái hóa hoàng điểm tuổi già, Bevacizumab, OCT-Angiography.

SUMMARY

CHANGES IN MACULAR VESSEL DENSITY AND PERFUSION DENSITY ON OCTA AFTER INTRAVITREAL BEVACIZUMAB INJECTION IN PATIENTS WITH NEOVASCULAR AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION

Objective: To investigate changes in macular vessel density and perfusion density on optical coherence tomography angiography (OCT-A) after intravitreal Bevacizumab injection in patients with neovascular age-related macular degeneration (nAMD). **Materials and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 37 eyes of 30 patients with nAMD who were indicated for monthly intravitreal Bevacizumab injections over three consecutive months, from September 2024 to August 2025 at Hong Son Eye Hospital. Vessel density and perfusion density were analyzed in the central, inner, outer, and full macular regions. **Results:** In all 37 studied eyes, central vessel density was lower compared to inner, outer, and full macular regions. After 3 months of treatment, central vessel density decreased from 7.29 ± 5.77 to 6.41 ± 5.25 ; while inner density increased from 13.09 ± 5.23 to 13.10 ± 4.75 , outer density increased from 13.88 ± 4.57 to 14.45 ± 3.87 , and full macular density increased from 13.44 ± 4.60 to 14.00 ± 3.91 . These changes were not statistically significant ($p > 0.05$). Regarding perfusion density, the central region ($16.90 \pm 13.83\%$) was significantly lower than the inner ($31.45 \pm 13.40\%$), outer ($33.62 \pm 11.74\%$), and full macular regions ($32.55 \pm 11.76\%$). After 3 months, central perfusion density decreased to $14.10 \pm 11.81\%$, inner perfusion density decreased to $30.62 \pm 11.64\%$, while outer density increased to $34.65 \pm 9.12\%$ and full macular density increased to $33.59 \pm 9.91\%$. These changes were not statistically significant ($p > 0.05$). A strong correlation was observed between vessel density and perfusion density before and after treatment; however, no correlation was found between these OCT-A parameters and either central retinal thickness or neovascular lesion area or vision. **Conclusions:** OCT-A is a safe, reliable, and repeatable imaging modality to evaluate wet AMD treatment. After three consecutive monthly intravitreal Bevacizumab injections, changes in vessel density and

¹Bệnh viện TWQĐ 108

²Bệnh viện mắt Trung Ương

³Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện mắt Hồng Sơn

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Thảo

Email: thaogachip@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

perfusion density on OCT-A did not reach statistical significance. A linear correlation was found between vessel density and perfusion density, but no association was observed with central retinal thickness or neovascular lesion area or improved vision.

Keywords: Vessel density, perfusion density, age-related macular degeneration, Bevacizumab, OCT-Angiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa hoàng điểm tuổi già (Age-related Macular Degeneration – AMD) là nguyên nhân hàng đầu gây mất thị lực trung tâm không hồi phục ở người lớn tuổi. Trong đó, thể tân mạch hay thể ướt (wet AMD, nAMD) đặc trưng bởi sự hình thành tân mạch hắc mạc (CNV) do sự rối loạn chức năng biểu mô sắc tố võng mạc (RPE), dày màng Bruch và stress oxy hóa kéo dài. Các yếu tố này dẫn đến tăng biểu hiện yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu (VEGF), kích thích sự tăng sinh bất thường của mạch máu từ hắc mạc xuyên qua RPE vào vùng hoàng điểm. Các mạch máu mới này thường mong manh, dễ rò rỉ, gây phù và xuất huyết, từ đó phá hủy cấu trúc võng mạc trung tâm và suy giảm thị lực trầm trọng [4].

Gần đây, sự ra đời của các thuốc kháng VEGF đã tạo nên bước ngoặt trong điều trị nAMD. Các thuốc này, điển hình là Bevacizumab, có cơ chế gắn kết và ức chế VEGF-A, từ đó làm giảm sự phát triển và rò rỉ của CNV, hạn chế phù hoàng điểm, giúp cải thiện hoặc duy trì thị lực cho người bệnh. Tuy nhiên, ngoài hiệu quả trên lâm sàng, ảnh hưởng của kháng VEGF đối với hệ vi mạch vùng hoàng điểm vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn [7].

Chụp cắt lớp quang học mạch máu (OCT-A) là phương pháp không xâm lấn, cho phép đánh giá các thông số vi mạch như mật độ mạch máu và mật độ tưới máu ở các vị trí khác nhau của võng mạc vùng hoàng điểm. Một số nghiên cứu ghi nhận sau tiêm Bevacizumab, độ dày võng mạc trung tâm và độ dày hắc mạc dưới hoàng điểm giảm đáng kể, trong khi mật độ mạch máu ở các lớp hắc mạc võng mạc không thay đổi rõ rệt [8].

Điều này gợi ý rằng tác động chính của điều trị kháng VEGF có thể liên quan nhiều hơn đến việc giảm phù và giảm tính thấm dịch hơn là thay đổi cấu trúc vi mạch. Vì vậy, nghiên cứu sự thay đổi mật độ mạch máu và mật độ tưới máu trên OCT-A sau tiêm Bevacizumab ở bệnh nhân AMD thể ướt là cần thiết, nhằm hiểu rõ hơn về cơ chế điều trị và giá trị theo dõi lâu dài.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 37 mắt của 30 bệnh nhân

được chẩn đoán thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể tân mạch và có chỉ định tiêm nội nhãn Bevacizumab từ tháng 09/2024 đến tháng 8/2025 tại Bệnh viện mắt Hồng Sơn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu với cỡ mẫu 37 mắt.

2.2.2. Các bước nghiên cứu:

- Bước 1: Chọn các bệnh nhân thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể tân mạch đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Bước 2: Hỏi bệnh, thăm khám bệnh nhân toàn diện, chụp ảnh OCT-A trước khi can thiệp và ghi chép kết quả vào bệnh án nghiên cứu.

- Bước 3: Tiêm nội nhãn Bevacizumab liều 1,25mg/0,05ml, tiêm 1 lần/tháng trong 3 tháng liên tiếp.

- Bước 4: Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị trên OCTA sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 27.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 37 mắt của 30 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể tân mạch (nAMD) và có chỉ định tiêm nội nhãn Bevacizumab trong giai đoạn từ tháng 09/2024 đến tháng 8/2025 tại bệnh viện mắt Hồng Sơn.

3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới: Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $68.67 \pm 8,2$ tuổi (dao động 52–86 tuổi). Về giới tính, tỷ lệ nam nữ gần tương đương, nam giới chiếm 46.7% (14 bệnh nhân), trong khi nữ giới chiếm 53.3% (16 bệnh nhân).

3.1.2. Thị lực trước điều trị: Trước can thiệp, 19 mắt có thị lực kém (ĐNT 3 m – 3/10), chiếm 51,4%. 10 mắt có thị lực khá (4/10 – 7/10) chiếm 27%, 8 mắt mù (< ĐNT 3 m) chiếm 21.6%. Không ghi nhận trường hợp nào có thị lực tốt.

3.1.3. Đặc điểm tân mạch: Trong 37 mắt nghiên cứu, có 24 mắt tân mạch nằm trong vùng vô mạch (64.9%) và 13 mắt tân mạch nằm ngoài vùng vô mạch (35.1%).

3.2. Biến đổi của mật độ mạch máu và mật độ tưới máu trên OCTA

3.2.1. Mật độ mạch máu: Tại vùng trung tâm thấp hơn so với vùng cận trung tâm và tổng thể. Tại trung tâm các chỉ số có xu hướng giảm dần theo thời gian, tuy nhiên sự thay đổi không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Quanh trung tâm và toàn bộ, mật độ mạch máu tăng sau mũi tiêm thứ nhất rồi giảm nhẹ sau các mũi tiêm thứ

2 và 3, sau 3 tháng mật độ mạch máu trung bình không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).
tăng so với trước điều trị, nhưng sự thay đổi này

Bảng 3.1. Mật độ mạch máu tại các thời điểm theo dõi

	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 2 tháng	Sau 3 tháng
Toàn bộ	13.44 ±4.6	14.98 ±3.46	14.12 ±3.71	14.00 ±3.91
Trung tâm	7.29 ±5.77	6.85 ±4.33	6.80 ±4.86	6.41 ±5.25
Sát trung tâm	13.09 ±5.23	14.68 ±4.23	13.65 ±4.14	13.10 ±4.75
Quanh trung tâm	13.88 ±4.57	15.42 ±3.43	14.72 ±3.82	14.45 ±3.87

3.2.2. Mật độ tưới máu: Thấp hơn tại vùng trung tâm so với vùng quanh và tổng thể. Tại trung tâm các chỉ số có xu hướng giảm dần theo thời gian, tuy nhiên sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tại quanh trung tâm và toàn bộ mật độ tưới máu có xu hướng tăng rồi giảm nhẹ, sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.2. Mật độ tưới máu tại các thời điểm theo dõi

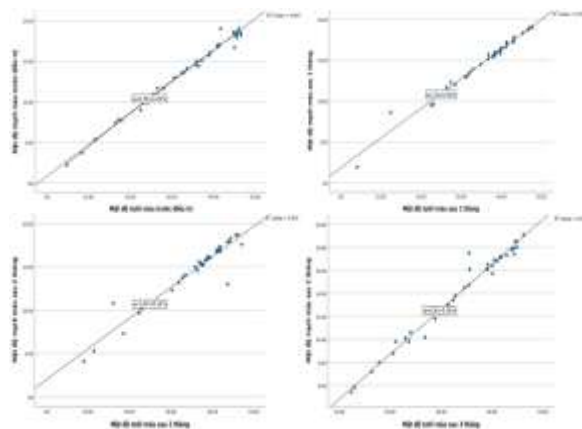
	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 2 tháng	Sau 3 tháng
Toàn bộ	32.55 ±11.76	36.22 ±9.40	34.31 ±10.0	33.59 ±9.91
Trung tâm	16.90 ±13.83	15.13 ±10.23	15.22 ±11.61	14.10 ±11.81
Cạnh trung tâm	31.45 ±13.40	34.67 ±11.04	32.3 ±10.89	30.62 ±11.64
Quanh trung tâm	33.62 ±11.74	37.19 ±9.38	35.61 ±10.30	34.56 ±9.12

3.2.3. Tương quan giữa mật độ mạch máu và mật độ tưới máu

Phân tích cho thấy có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ giữa mật độ mạch máu và mật độ tưới máu tại tất cả các vùng phân tích và ở mọi thời điểm theo dõi, với hệ số tương quan cao và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.3. Hệ số tương quan Pearson giữa mật độ mạch máu và mật độ tưới máu tại các thời điểm

	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 2 tháng	Sau 3 tháng
Toàn bộ (Full)	$r = 0,993$ $p < 0,001$	$r = 0,989$ $p < 0,001$	$r = 0,962$ $p < 0,001$	$r = 0,987$ $p < 0,001$
Trung tâm (Central)	$r = 0,981$ $p < 0,001$	$r = 0,994$ $p < 0,001$	$r = 0,945$ $p < 0,001$	$r = 0,922$ $p < 0,001$
Cạnh trung tâm (Inner)	$r = 0,996$ $p < 0,001$	$r = 0,990$ $p < 0,001$	$r = 0,985$ $p < 0,001$	$r = 0,905$ $p < 0,001$
Ngoài trung tâm (Outer)	$r = 0,991$ $p < 0,001$	$r = 0,967$ $p < 0,001$	$r = 0,985$ $p < 0,001$	$r = 0,987$ $p < 0,001$



Biểu đồ 3.1, 3.2, 3.3, 3.4. Mối tương quan giữa mật độ mạch máu và mật độ tưới máu

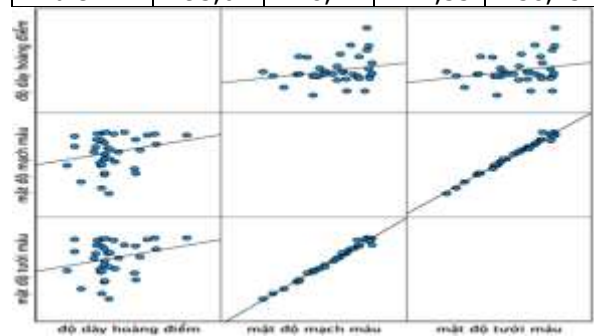
3.2.4. Tương quan giữa mật độ mạch máu, mật độ tưới máu và dày hoàng điểm.

Trong 37 mắt nghiên cứu, độ dày trung tâm hoàng điểm giảm dần qua từng thời điểm theo dõi, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy

nhiên, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa mật độ mạch máu hoặc mật độ tưới máu với độ dày hoàng điểm tại bất kỳ thời điểm nào.

Bảng 3.4. Độ dày hoàng điểm qua các thời điểm nghiên cứu

	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 2 tháng	Sau 3 tháng
Độ dày hoàng điểm	283,86 ±93,67	254,89 ±78,21	244,78 ±72,33	228,24 ±58,43



Biểu đồ 3.5. Tương quan mật độ mạch

máu, mật độ tưới máu và dày hoàng điểm trước điều trị

Mật độ mạch máu và độ dày hoàng điểm: $r=0,236$, $p=0,160$. Mật độ tưới máu và độ dày hoàng điểm: $r=0,243$, $p=0,148$

3.2.5. Tương quan mật độ mạch máu, mật độ tưới máu với diện tích tân mạch. Trong 37 mắt nghiên cứu, diện tích tân mạch giảm dần sau mỗi mũi tiêm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.5. Thay đổi diện tích tân mạch

	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 2 tháng	Sau 3 tháng
Diện tích tân mạch	1,56 $\pm 1,34$	1,27 $\pm 1,29$	1,04 $\pm 1,27$	0,81 $\pm 1,22$



Biểu đồ 3.6. Thay đổi mật độ mạch máu, mật độ tưới máu và diện tích tân mạch

Hệ số tương quan Pearson giữa mật độ mạch máu, mật độ tưới máu với diện tích tân mạch không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa tại bất kỳ thời điểm nào trong nghiên cứu ($p > 0,05$).

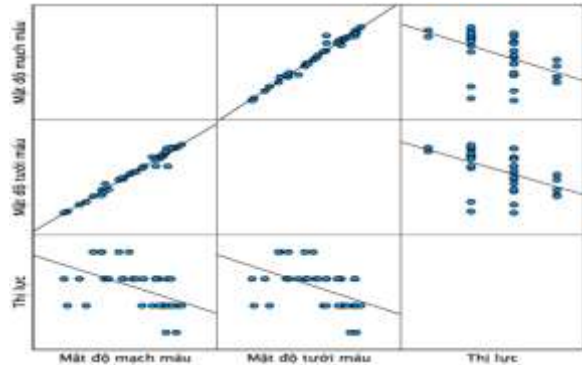
3.2.5. Tương quan giữa mật độ mạch máu, mật độ tưới máu và thị lực. Phân tích hệ số tương quan Pearson giữa mật độ mạch máu, mật độ tưới máu đo bằng OCT-A và thị lực chính kính tối đa cho thấy (Biểu đồ 3.7):

Trước điều trị, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mật độ mạch máu và thị lực ($r = -0,264$; $p = 0,114$) cũng như giữa mật độ tưới máu và thị lực ($r = -0,235$; $p = 0,162$).

Sau 1 tháng, mật độ mạch máu có tương quan nghịch mức độ nhẹ đến vừa với thị lực, đạt ý nghĩa thống kê ($r = -0,333$; $p = 0,044$), trong khi mật độ tưới máu có xu hướng tương quan nghịch cận ngưỡng ý nghĩa ($r = -0,304$; $p = 0,067$).

Sau 2 tháng, cả mật độ mạch máu và mật độ tưới máu đều không có mối liên hệ có ý nghĩa với thị lực (mật độ mạch máu: $r = -0,177$; $p = 0,294$; mật độ tưới máu: $r = -0,147$; $p = 0,384$).

Sau 3 tháng, ghi nhận mối tương quan nghịch mức độ vừa giữa cả mật độ mạch máu và thị lực ($r = -0,501$; $p = 0,002$) và mật độ tưới máu và thị lực ($r = -0,490$; $p = 0,002$), với ý nghĩa thống kê cao.



Biểu đồ 3.7. Mối tương quan mật độ mạch máu và thị lực sau 3 tháng điều trị

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy: mật độ mạch máu và mật độ tưới máu trên OCT-A không thay đổi có ý nghĩa thống kê sau ba mũi tiêm Bevacizumab nội nhãn; Mật độ mạch máu và mật độ tưới máu ở vùng trung tâm thấp hơn các vùng quanh hoàng điểm ở mọi thời điểm; độ dày trung tâm hoàng điểm và diện tích tân mạch giảm đáng kể theo thời gian; Mật độ mạch máu và mật độ tưới máu có tương quan tuyến tính rất chặt nhưng không tương quan với độ dày hoàng điểm hoặc diện tích tân mạch, hay thị lực.

4.1. Thay đổi mật độ mạch máu và mật độ tưới máu sau điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mật độ mạch máu vùng trung tâm có xu hướng giảm dần trong 3 tháng, trong khi ở quanh trung tâm và toàn bộ có xu hướng tăng nhẹ sau tháng đầu rồi giảm về gần mức ban đầu. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Cennamo và cộng sự (2020), cho thấy mật độ mạch máu trên OCT-A không thay đổi đáng kể sau 3 mũi tiêm Bevacizumab liều nạp [1]. Điều này gợi ý rằng tác dụng chính của kháng-VEGF trong giai đoạn sớm chủ yếu làm giảm tính thấm và phù võng mạc, thay vì thay đổi cấu trúc vi mạch ở mức đủ lớn để vượt qua ngưỡng biến thiên đo lường của OCT-A trong 3 tháng đầu.

Chúng tôi nhận thấy mật độ tưới máu trung tâm thấp hơn đáng kể so với các vùng cận trung tâm và toàn bộ, và có xu hướng giảm dần trong suốt quá trình điều trị. Ngược lại, mật độ tưới máu cận hoàng điểm và toàn bộ có xu hướng tăng nhẹ sau tháng đầu, sau đó giảm, nhưng đều không đạt ý nghĩa thống kê. Xu hướng này tương tự một số nghiên cứu OCT-A gần đây, vốn cho rằng kháng-VEGF không làm thay đổi tức thời tưới máu vi mạch, mà chỉ cải thiện tình trạng phù và cấu trúc võng mạc [3],[5].

4.2. Tương quan giữa mật độ mạch

máu và mật độ tưới máu. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ (r từ 0,90 đến 0,99, $p < 0,001$) giữa mật độ mạch máu và mật độ tưới máu tại tất cả các vùng phân tích. Điều này cho thấy hai chỉ số này có thể được sử dụng thay thế lẫn nhau như những dấu ấn sinh học vi mạch trên OCT-A. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Park và cộng sự, vốn chứng minh rằng mật độ mạch máu và mật độ tưới máu phản ánh cùng một đặc điểm cấu trúc của hệ thống mao mạch võng mạc và có giá trị như nhau trong theo dõi bệnh lý tân mạch hắc mạc [6].

4.3. Liên quan giữa OCT-A và các chỉ số cấu trúc. Mặc dù độ dày hoàng điểm và diện tích tân mạch giảm có ý nghĩa thống kê sau điều trị, chúng tôi không ghi nhận mối tương quan giữa mật độ mạch máu và mật độ tưới máu với các chỉ số này. Điều này nhấn mạnh tính độc lập giữa các chỉ số OCT-A và OCT cấu trúc. Santamaría và cộng sự (2023) khi nghiên cứu trên bệnh nhân phù hoàng điểm do đái tháo đường (DME) cũng cho thấy không có mối tương quan giữa mật độ mạch máu và độ dày võng mạc [5]. Tương tự, nghiên cứu của Faatz và Lommatzsch (2024) cũng khẳng định OCTA phản ánh chủ yếu tình trạng vi mạch, trong khi OCT cấu trúc phản ánh mức độ phù và dịch rì, do đó hai nhóm chỉ số này không nhất thiết biến đổi đồng thời [3].

4.4. Tương quan giữa mật độ mạch máu, mật độ tưới máu và thị lực. Chúng tôi nhận thấy cả mật độ mạch máu và mật độ tưới máu đều cho thấy mối tương quan nghịch với thị lực. Trước điều trị, mối liên hệ này ở mức nhẹ và không có ý nghĩa thống kê. Sau tháng đầu tiên, mật độ mạch máu đã thể hiện tương quan nghịch mức độ vừa ($r = -0,333$; $p < 0,05$), trong khi mật độ tưới máu ở mức cận ngưỡng ($r = -0,304$; $p = 0,067$). Điều này gợi ý rằng sự tồn tại dày đặc của các vi mạch bệnh lý trong giai đoạn đầu có thể phản ánh tình trạng rò rỉ hoạt động, phù hợp với cơ chế bệnh sinh của nAMD. Điều này gợi ý rằng sự tồn tại dai dẳng của các vi mạch bệnh lý hoặc lưu lượng tưới máu bất thường có thể ảnh hưởng bất lợi đến chức năng thị giác, cả khi độ dày hoàng điểm giảm.

Tại tháng thứ 3, tương quan nghịch trở nên rõ rệt và có ý nghĩa cao với cả mật độ mạch máu ($r = -0,501$; $p = 0,002$) và mật độ tưới máu ($r = -0,490$; $p = 0,002$). Điều này có thể lý giải bởi hiện tượng thoái triển mao mạch sau điều trị kháng VEGF, khi các mạch máu bất thường bị thoái triển chọn lọc, để lại mạng lưới mạch máu chức năng hạn chế hơn nhưng hiệu

quả hơn trong cung cấp oxy và dinh dưỡng cho võng mạc.

Như vậy, sự giảm mật độ vi mạch bất thường đi kèm với cải thiện thị lực phản ánh tác động kép của Bevacizumab: vừa làm giảm phù hoàng điểm, vừa tái lập cân bằng vi tuần hoàn. Coscas và cộng sự báo cáo rằng hình thái và mật độ CNV trên OCT-A có mối liên quan trực tiếp đến tiên lượng thị lực sau điều trị anti-VEGF, với nhóm có CNV dạng lưới dày đặc thường duy trì thị lực kém hơn [2].

Tóm lại, các dữ liệu trên cho thấy mật độ mạch máu và mật độ tưới máu đo bằng OCT-A không chỉ phản ánh đáp ứng hình thái mà còn mang giá trị tiên lượng chức năng, góp phần bổ sung cho đánh giá lâm sàng thị lực trong theo dõi điều trị nAMD.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiền cứu trên 37 mắt thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể tân mạch cho thấy sau ba mũi tiêm Bevacizumab nội nhãn liên tiếp hàng tháng, mật độ mạch máu và mật độ tưới máu trên OCT-A không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, mặc dù độ dày hoàng điểm trung tâm và diện tích tân mạch giảm rõ rệt. Mối tương quan tuyến tính chặt chẽ được ghi nhận giữa mật độ mạch máu và mật độ tưới máu, trong khi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa các thông số này với độ dày hoàng điểm, diện tích tân mạch hay thị lực. Những phát hiện này cho thấy OCT-A là công cụ an toàn, hữu ích trong theo dõi bệnh nhân thoái hóa hoàng điểm thể tân mạch, nhưng các chỉ số định lượng như mật độ mạch máu và mật độ tưới máu có thể chưa phản ánh đầy đủ hiệu quả sớm của điều trị kháng-VEGF. Thay vào đó, độ dày hoàng điểm và đặc điểm hình thái của tân mạch vẫn đóng vai trò quan trọng hơn trong đánh giá đáp ứng điều trị giai đoạn đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cennamo G, Montorio D, Romano MR, et al.** Optical coherence tomography angiography after intravitreal bevacizumab in neovascular age-related macular degeneration. *Ophthalmol Ther.* 2020;9(1):77-85.
2. **Coscas G, Lupidi M, Coscas F, et al.** Optical coherence tomography angiography in exudative age-related macular degeneration: a predictive model for treatment decisions. *Br J Ophthalmol.* 2018;103(9):1342-1346.
3. **Faatz H, Lommatzsch A.** Optical coherence tomography angiography in neovascular age-related macular degeneration: an update. *J Clin Med.* 2024;13(17):5042.
4. **Ferrara N, Adamis AP.** Ten years of anti-vascular endothelial growth factor therapy. *Nat Rev Drug Discov.* 2016;15(6):385-403.

5. **Santamaría J, Diaz-Barreda M, et al.** Correlation between topographic vessel density and retinal thickness in patients treated with anti-VEGF therapy. *J Pers Med.* 2023;13(12):1718.
6. **Park JB, Kim JH, et al.** OCT angiography biomarkers in macular neovascularization: predictive value in anti-VEGF therapy. *BMC Ophthalmol.* 2023;23:287.
7. **Spaide RF, Fujimoto JG, Waheed NK.** Optical coherence tomography angiography. *Prog Retin Eye Res.* 2018;64:1-55.
8. **Toto L, Di Antonio L, Mastropasqua R, et al.** Optical coherence tomography angiography findings in exudative age-related macular degeneration after intravitreal bevacizumab treatment. *Retina.* 2016;36(8):1566-1576.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VI SINH VÀ TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN PHÂN LẬP ĐƯỢC Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC BỆNH VIỆN 19-8 – NĂM 2024

Bùi Nam Phong¹, Nguyễn Thị Bích Thủy¹, Phan Hồng Ân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, đặc điểm vi sinh ở bệnh nhân viêm phổi tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện 19-8, trong năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 33 bệnh nhân, trên 18 tuổi từ tháng 4/2024 đến tháng 4/2025. **Kết quả:** 33 bệnh nhân viêm phổi tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện 19-8, tất cả đều có kết quả cấy đờm dương tính (100%), trong đó *Klebsiella Pneumoniae* là các tác nhân thường gặp nhất (30,3%). Trong các vi khuẩn thì *A. Baumannii* chỉ nhạy với kháng sinh Colistin và kháng với các kháng sinh nhóm Carbapenem, Cephalosporin thế hệ 3 cũng như Flourquinolon. Bên cạnh đó, *P. Aeruginosa* cũng chỉ nhạy cảm với kháng sinh nhóm Aminoglycoside và kháng với các kháng sinh nhóm Carbapenem, Cephalosporin thế hệ 3 cũng như Flourquinolon. Trong khi đó *E. Coli* và *K. Pneumoniae* kháng với các kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3, Flourquinolon nhưng vẫn còn nhạy cảm với kháng sinh nhóm carbapenem và aminoglycoside.

Từ khóa: vi khuẩn, viêm phổi.

SUMMARY

STUDY ON MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIA ISOLATED FROM PATIENTS WITH PNEUMONIA IN THE INTENSIVE CARE UNIT AT THE HOSPITAL 19-8 – 2024

Aim: To evaluate the clinical and microbiological characteristics of pneumonia patients in the intensive care unit of Hospital 19-8 in 2024. **Subjects and methods:** The study described 33 patients, over 18 years old, from April 2024 to April 2025. **Results:** 33 pneumonia patients in the intensive care unit of

Hospital 19-8, all had positive sputum culture results (100%), in which *Klebsiella Pneumoniae* was the most common agent (30.3%). Among the bacteria, *A. Baumannii* was only sensitive to Colistin antibiotics and resistant to Carbapenem antibiotics, 3rd generation Cephalosporins and Flourquinolones. In addition, *P. Aeruginosa* was also only sensitive to Aminoglycoside antibiotics and resistant to Carbapenem antibiotics, 3rd generation Cephalosporins and Flourquinolones. Meanwhile, *E. Coli* and *K. Pneumoniae* were resistant to 3rd generation Cephalosporins and Flourquinolones but were still sensitive to carbapenem and aminoglycoside antibiotics.

Keywords: bacteria, pneumonia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh lý thường gặp và có tỉ lệ tử vong cao. Do đặc thù của bệnh nhân mắc viêm phổi tại khoa Điều trị Tích Cực – Chống độc, Bệnh viện 198 hầu hết là các bệnh nhân viêm phổi nặng, từ nhiều nguồn chuyển tới, có thể là bệnh nhân mắc viêm phổi cộng đồng, bệnh nhân mắc viêm phổi bệnh viện từ các khoa, trung tâm, trong Bệnh viện 198, và bệnh nhân mắc viêm phổi bệnh viện từ các bệnh viện khác chuyển tới. Với đặc điểm kể trên, bệnh nhân viêm phổi chuyển đến khoa Điều trị Tích Cực - Chống độc thường là những bệnh nhân có một hoặc nhiều bệnh mạn tính phổi hợp, số bệnh nhân có tuổi trung bình cao [1] và đã điều trị nội trú ở các khoa hoặc các bệnh viện khác. Do đó, nguy cơ kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn là khá cao.

Điều trị kháng sinh là cốt lõi của chiến lược điều trị viêm phổi. Trong điều trị kháng sinh, việc cho kháng sinh phù hợp với chủng vi khuẩn gây bệnh và mức độ nhạy cảm của vi khuẩn là mục tiêu hàng đầu [3], [4]. Hiện nay, các khuyến cáo điều trị viêm phổi cộng đồng và viêm phổi bệnh viện đều đưa ra điều trị kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm [3], [4]. Các khuyến cáo thực hành thống nhất nhận định rằng một chiến lược kháng

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Nam Phong

Email: bnphong198@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

sinh kinh nghiệm hợp lý phải được xây dựng trên cơ sở số liệu dịch tễ tại địa phương, tại cơ sở điều trị [5]. Hiểu biết các chủng căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi và tính nhạy cảm kháng sinh của các chủng vi khuẩn này là điều cần thiết khi chọn kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm vi sinh và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập được ở bệnh nhân Viêm phổi tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện 19-8 năm 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- BN được chẩn đoán viêm phổi ở khoa Điều trị tích cực và chống độc Bệnh viện 198 và có kết quả cấy máu hoặc đờm dương tính với vi khuẩn.

- Tiêu chuẩn viêm phổi cộng đồng theo "Biên bản đồng thuận Ban chuyên gia: Viêm phổi cộng đồng ở Việt Nam năm 2017" [5]:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi bệnh viện: theo "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy 2017"

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi liên quan thở máy: theo "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy 2017"

+ Người nhà bệnh nhân hoặc Người đại diện hợp pháp đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Áp-xe phổi

+ Xét nghiệm AFB đờm (+)

+ Thiếu các thông tin các biến số nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả

- Cỡ mẫu: 33 bệnh nhân Viêm phổi

- Các tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu:

+ Bệnh nhân được lấy máu xét nghiệm ở thời điểm được chẩn đoán Viêm phổi để cấy định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

+ Bệnh nhân được điều trị theo các phác đồ hồi sức chung thống nhất theo khuyến cáo.

+ Kết quả điều trị: BN sống và BN tử vong.

▪ BN sống: Bao gồm các BN ra viện trong tình trạng không cần một hỗ trợ nào về tuần hoàn, hô hấp.

▪ BN tử vong: Bao gồm các BN tử vong tại bệnh viện và những bệnh nhân quá nặng, gia đình xin về (sau đó được kiểm tra và xác định).

- Xử lý số liệu: Số liệu thu nhập được nhập vào bệnh án nghiên cứu. Nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ %, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng	Tỉ lệ
Tuổi ($X \pm SD$)	61,5 $\pm$ 18.1	
Giới (n,%)	Nam	25 75,76%
	Nữ	8 24,24%
Các bệnh lý nền đi kèm (n,%)	Tăng huyết áp	27 81,8%
	Đái tháo đường	26 78,7%
	Bệnh thận mạn	6 18,18%
	COPD	10 30,3%
Kết quả (tử vong, tỷ lệ %)	8	24,24%

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 61,5 $\pm$ 18.1. Nam giới chiếm đa số với 75,76%. Có 8/33 BN tử vong (24,24%). Tỷ lệ cấy khuẩn dương tính là 100% (33/33). Các bệnh đi kèm phổ biến nhất tăng huyết áp (81,8%) và đái tháo đường (78,7%).

3.2. Đặc điểm vi sinh học ở bệnh nhân Viêm Phổi

Bảng 2: Phân bố vi sinh vật của BN Viêm Phổi nuôi cấy dương tính

Tên vi khuẩn	Chủng VK	Số lượng	Tỷ lệ
Acinetobacter baumannii	Gram -	8	24,24%
E. Coli	Gram -	5	15,15%
Klebsiella pneumoniae	Gram -	10	30,3%
Staphylococcus aureus	Gram +	2	6,06%
Pseudomonas aeruginosa	Gram -	4	12,12%
Gram âm khác		4	12,13%
Gram dương khác		0	0%
Tổng		33	100%

Nhận xét: Klebsiella pneumoniae chiếm tỷ lệ cao nhất (30,3%), sau đó đến Acinetobacter baumannii (24,24%), E. Coli (14%), P. aeruginosa (12,12%) và cuối cùng chiếm tỉ lệ thấp nhất là S. aureus (6,06%). Vi khuẩn gram âm chiếm khoảng 4/5 số loài vi sinh vật gây bệnh; các loài A. baumannii và Klebsiella pneumoniae là những mầm bệnh phổ biến nhất.

3.3. Tính kháng kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được

Bảng 3. Kết quả kháng sinh đồ của A. Baumannii (n=8)

Kháng sinh	Mức độ kháng		Nhạy		Kháng	
	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ
Colistin	6	75%	2	25%		
Imipenem	0	0%	8	100%		
Meropenem	0	0%	8	100%		

Ceftazidime	0	0%	8	100%
Piperacillin/Tazobactam	0	0%	8	100%
Tobramycin	0	0%	8	100%
Ciprofloxacin	1	0%	1	100%
Minocyclin	1	0%	1	100%
Ampicillin/Sulbactam	0	0%	8	100%
Gentamycin	0	0%	8	100%
Amikacin	0	0%	8	100%
Doxycyclin	0	0%	8	100%
Trimethoprim/Sulfamethoxazole	1	12,5%	7	87,5%

Nhận xét: - Các chủng vi khuẩn A. Baumannii kháng hầu hết với các kháng sinh như imipenem, meropenem, ceftazidime, piperacillin/tazobactam, gentamycin, amikacin.

- Colistin là các kháng sinh nhạy nhất với vi khuẩn A. Baumannii với tỷ lệ 75%.

Bảng 4. Kết quả kháng sinh đồ của Klebsiella Pneumoniae (n=10)

Kháng sinh	Mức độ kháng		Nhạy		Kháng	
	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ
Ertapenem	4	40%	6	60%		
Imipenem	7	70%	3	30%		
Meropenem	6	60%	4	40%		
Ceftazidim	7	70%	6	60%		
Piperacillin/ Tazobactam	4	40%	6	60%		
Tobramycin						
Ciprofloxacin	4	40%	6	60%		
Trimethoprim/Sulfamethoxazole	6	60%	4	40%		
Ceftriaxon	4	40%	6	60%		
Cefepim	3	30%	7	70%		
Gentamycin	8	80%	2	20%		
Amikacin	4	40%	6	60%		
Levofloxacin						
Fosfomycin						

Nhận xét: - Các chủng vi khuẩn K. Pneumoniae kháng hầu hết với các kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin thế hệ 3, Penicillin cũng như nhóm Flourquinolon.

- K. Pneumoniae còn tương đối nhạy cảm với hầu hết kháng sinh nhóm carbapenem (trừ Ertapenem 4/10) như Imipenem (7/10), Meropenem (6/10) và các kháng sinh Gentamycin (8/10).

Bảng 5. Kết quả kháng sinh đồ của P. Aeruginosa (n=4)

Kháng sinh	Mức độ kháng		Nhạy		Kháng	
	N	%	N	%	N	%
Aztreonam	1	25	3	75		
Meropenem	1	25	3	75		
Imipenem	1	25	3	75		
Cefepime	1	25	3	75		
Gentamycin	2	50	2	50		

Amikacin	3	75	1	25
Ceftazidime	3	75	1	25
Piperacillin/Azobactam	2	50	2	50
Tobramycin				
Ciprofloxacin	1	25	3	75

Nhận xét: - P. Aeruginosa kháng hầu hết với các nhóm kháng sinh carbapenem cũng như cephalosporin thế hệ 3 và Flourquinolon.

- Các chủng P. Aeruginosa chỉ còn nhạy cảm với số ít các kháng sinh gentamycin (3/4) và Ceftazidime (3/4).

Bảng 6. Kết quả kháng sinh đồ của E. Coli (n=5)

Kháng sinh	Mức độ kháng		Nhạy		Kháng	
	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ
Ertapenem	3	60%	2	40%		
Imipenem	4	80%	1	20%		
Meropenem	5	100%	0	0%		
Ceftazidime	2	40%	3	60%		
Cefotazime						
Piperacillin/Tazobactam	4	80%	1	20%		
Tobramycin						

Nhận xét: Các chủng vi khuẩn E. Coli kháng hầu hết với kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 và Flourquinolon. Tuy vậy, E.Coli còn nhạy cảm với các kháng sinh nhóm carbapenem như Meropenem 5/5, Imipenem 4/5, Ertapenem 3/5.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân đa phần là nam giới (75,76%), tuổi trung bình là 61,5 ± 18.1 (Bảng 1). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Văn Giang năm 2022 với tỷ lệ nam giới chiếm 69,72%, tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,95 ± 18,19. Như vậy, BN Viêm phổi tại khoa Hồi sức đa phần là nam giới, tuổi cao, có thể do cơ địa dễ mắc bệnh lý nền nhiều hơn nên tỉ lệ nam giới trong các nghiên cứu luôn cao hơn nữ giới.

Nghiên cứu chỉ ra, ở BN Viêm phổi, các bệnh lý nền đi kèm hay gặp nhất là tăng huyết áp (81,8%) và đái tháo đường (78,7%). Kết quả này cao hơn với các nghiên cứu khác thực hiện ở trong nước. Theo tác giả Bùi Thị Hương Giang, tăng huyết áp và đái tháo đường cũng là 2 bệnh lý đi kèm phổ biến với tỷ lệ tương ứng thấp hơn là 47,5% và 37,3% [6].

Tỉ lệ tử vong của bệnh nhân Viêm phổi trong ICU trong nghiên cứu của chúng tôi là 24,24%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả J. Phua với tỷ lệ tử vong 33% [9].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tác nhân gây Viêm phổi chủ yếu nuôi cấy được thì Klebsiella pneumoniae chiếm tỷ lệ cao nhất

(30,3%), sau đó đến *A. Baumannii* (24,24%), tiếp theo là *E. Coli* (15,15%), *P. aeruginosa* (12,12%), *Staphylococcus aureus* (6,06%) trong đó vi khuẩn gram âm chiếm khoảng 4/5 số vi sinh vật gây bệnh; các loài *A. baumannii* và *K. Pneumoniae* là những mầm bệnh phổ biến nhất (Bảng 2). Nghiên cứu tại một bệnh viện ở Bệnh viện Bạch Mai của Bùi Thị Hương Giang và cộng sự cho thấy kết quả *A. Baumannii* là vi khuẩn chủ yếu phân lập được (28,2%), tiếp là *Klebsiella* (19,7%) [6]. Kết quả này cho thấy sự phân bố các chủng vi khuẩn ở mỗi cơ sở y tế có sự khác biệt.

Các chủng vi khuẩn *A. Baumannii* kháng hầu hết với các kháng sinh như imipenem, meropenem, ceftazidime, piperacillin/tazobactam, gentamycin, amikacin. Colistin là các kháng sinh nhạy nhất với vi khuẩn *A. Baumannii* (Bảng 3). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Bạch Thái Dương và cộng sự năm 2022 với tỷ lệ kháng kháng sinh của *A. Baumannii* với các kháng sinh nhóm carbapenem, Cephalosporin, Quinolone là 100% và chỉ còn nhạy cảm với kháng sinh Colistin [7].

K. Pneumoniae kháng hầu hết với các kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin thế hệ 3, Penicillin cũng như nhóm Flourquinolon. Tuy nhiên chúng vẫn có nhạy cảm cao với các kháng sinh nhóm Carbapenem và Gentamycin (bảng 4). Nghiên cứu của Bạch Thái Dương và cộng sự năm 2022 cũng cho kết quả tương tự khi các chủng *K. Pneumoniae* kháng với các loại kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3, Quinolone, Penicillin nhưng vẫn còn nhạy cảm với các kháng sinh thuộc nhóm Aminoglycoside. Tuy vậy, trong nghiên cứu này để kháng kháng sinh của *K. Pneumoniae* với carbapenem lên tới trên 80% [7].

P. Aeruginosa kháng hầu hết với các nhóm kháng sinh carbapenem cũng như cephalosporin thế hệ 3 và Flourquinolon và chỉ còn nhạy cảm với các kháng sinh thuộc nhóm aminoglycoside và ceftazidime (bảng 5). Nghiên cứu của Trần Văn Giang và cộng sự cho thấy kết quả tương tự khi các chủng vi khuẩn *P. Aeruginosa* kháng với hầu hết các loại kháng sinh kể cả carbapenem và Flourquinolon. Trong đó đặc biệt các chủng *P. Aeruginosa* còn kháng với kháng sinh nhóm aminoglycoside lên đến 86% [8] cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (25%).

Các chủng vi khuẩn *E. Coli* kháng hầu hết với kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 và Flourquinolon. Tuy vậy, *E. Coli* còn nhạy cảm với các kháng sinh nhóm carbapenem (Bảng 6). Kết quả này không tương đồng với các nghiên cứu của Bạch Thái Dương năm 2022 [7]. Trong nghiên cứu này các chủng *E. Coli* đều có tỉ lệ

kháng với Carbapenem rất cao lên đến trên 80%. Nghiên cứu của Trần Văn Giang cũng cho kết quả tương tự khi *E. Coli* kháng với hầu hết các loại kháng sinh với tỉ lệ kháng là 71%.

V. KẾT LUẬN

33 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện 19-8, trong đó 33 BN (100%) cấy đờm dương tính, trong đó *Klebsiella Pneumoniae* là các tác nhân thường gặp nhất (30,3%) ở BN Viêm phổi. *A. Baumannii* chỉ nhạy với kháng sinh Colistin và kháng với các kháng sinh nhóm Carbapenem, Cephalosporin thế hệ 3 cũng như Flourquinolon. Bên cạnh đó, *P. Aeruginosa* cũng chỉ nhạy cảm với kháng sinh nhóm Aminoglycoside kháng với các kháng sinh nhóm Carbapenem, Cephalosporin thế hệ 3 cũng như Flourquinolon. Trong khi đó *E. Coli* và *K. Pneumoniae* kháng với các kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3, Flourquinolon nhưng vẫn còn nhạy cảm với kháng sinh nhóm carbapenem và aminoglycoside.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexander E. L., Loutit J., et al. (2017), "Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae Infections: Results From a Retrospective Series and Implications for the Design of Prospective Clinical Trials", *Open Forum Infect Dis*, 4(2), pp. ofx063.
2. Phu V. D., Wertheim H. F., et al. (2016), "Burden of Hospital Acquired Infections and Antimicrobial Use in Vietnamese Adult Intensive Care Units", *PLoS One*, 11(1), pp. e0147544.
3. Tumbarello M., Trecarichi E. M., et al. (2015), "Infections caused by KPC-producing *Klebsiella pneumoniae*: differences in therapy and mortality in a multicentre study", *J Antimicrob Chemother*, 70(7), pp. 2133-43.
4. Xu L., Sun X., et al. (2017), "Systematic review and meta-analysis of mortality of patients infected with carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae*", *Ann Clin Microbiol Antimicrob*, 16(1), pp. 18.
5. Ah Y. M., Kim A. J., et al. (2014), "Colistin resistance in *Klebsiella pneumoniae*", *Int J Antimicrob Agents*, 44(1), pp. 8-15.
6. Bùi Thị Hương Giang. (2022). Đặc điểm kháng kháng sinh và các yếu tố nguy cơ tử vong của nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 515(1).
7. Bạch Thái Dương. (2024) Vi khuẩn đa kháng thuốc trên bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 543(3).
8. Trần Văn Giang. (2025). Đặc điểm kháng kháng sinh và kết quả điều trị Viêm phổi thở máy tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Nhiệt đới trung ương. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 551(2).
9. Phua J, Ngereng WJ, Lim TK. The impact of a delay in intensive care unit admission for community-acquired pneumonia. *Eur Respir J*. 2010.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN GIÃN PHẾ QUẢN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1 TỪ THÁNG 5/2025 ĐẾN THÁNG 9/2025

Thân Trọng Hưng¹, Phạm Thị Ngọc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân giãn phế quản điều trị tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả một chùm ca bệnh. Đối tượng nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đợt cấp giãn phế quản tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025, được cấy bệnh phẩm đờm hoặc/và dịch phế quản. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66.77±13.28. Tỷ lệ nam: nữ là 1.14: 1; Triệu chứng ho khạc đờm gặp nhiều nhất chiếm 80%, tiếp theo là 73.3% khó thở, 70% đau ngực, ho máu chiếm 26.7%, sốt chiếm 23.3%; Tính chất đờm mủ đục gặp nhiều nhất chiếm phần lớn 46.7%, đờm trong chiếm 30%, đờm lẫn máu 13.3%, đờm vàng gặp ít chiếm 10%; 90% bệnh nhân có rales ở phổi, trong đó rales ẩm và nổ thường gặp chiếm 56.6%; 83.3% người bệnh có tổn thương Giãn phế quản trên CLVT hình trụ, thể hỗn hợp chiếm 13.4, hình túi gặp 3.3%; 87.5% là dương tính với *Pseudomonas aeruginosa*; còn nhạy nhiều kháng sinh Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin, meropenem. **Từ khóa:** Giãn phế quản, Nội soi phế quản, kháng sinh.

SUMMARY

REVIEW OF CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH BRONCHIECTASM TREATED AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT OF BAC NINH GENERAL HOSPITAL NO. 1 FROM MAY 2025 TO SEPTEMBER 2025

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with bronchiectasis treated at the Department of Respiratory Medicine - Bac Ninh General Hospital No. 1 from May 2025 to September 2025. **Research subjects and methods:** This is a descriptive study of a series of cases. The study subjects include 30 patients diagnosed with acute bronchiectasis at the Department of Respiratory Medicine, Bac Ninh General Hospital No. 1 from May 2025 to September 2025, with sputum and/or bronchial fluid cultures. **Results and conclusions:** The average age of the study subjects is 66.77±13.28. The male: female ratio is 1.14: 1; The most common

symptom is cough with phlegm, accounting for 80%, followed by 73.3% of shortness of breath, 70% of chest pain, hemoptysis accounting for 26.7%, fever accounting for 23.3%; The most common sputum characteristics are turbid sputum (46.7%), clear sputum (30%), bloody sputum (13.3%), and yellow sputum (10%); 90% of patients have rales in the lungs, of which moist and explosive rales are common (56.6%); 83.3% of patients have cylindrical bronchiectasis lesions on CT scan, mixed 13.4%, and saccular 3.3%; 87.5% are positive for *Pseudomonas aeruginosa*; and are sensitive to many antibiotics: Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin, meropenem. **Keywords:** Bronchiectasis, Bronchoscopy, antibiotics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn phế quản là tình trạng giãn không hồi phục một phần của cây phế quản. Bệnh cảnh lâm sàng của giãn phế quản được Laennec mô tả đầu tiên năm 1819 với đặc điểm lâm sàng: ho, khạc nhiều đờm, khạc ra máu tươi. Bệnh nhân thường nhập viện điều trị vì các đợt cấp do bội nhiễm. Nguyên nhân gây đợt cấp của giãn phế quản thường gặp nhất là do nhiễm khuẩn. Tại Hoa Kỳ, Giãn phế quản là một tình trạng tương đối phổ biến ở Hoa Kỳ, với tỷ lệ mắc ước tính là 4,2 trên 100.000 người từ 18–34 tuổi và 272 trên 100.000 người từ 75 tuổi trở lên¹. Tại Việt Nam, chưa có thống kê đầy đủ, nhưng từ năm 1996 – 2000 có 3606 bệnh nhân điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai chiếm 1,86%². Tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1, hàng năm có từ 70- 80 trường hợp Giãn phế quản được điều trị và điều trị nhắc lại tại khoa Hô hấp.

Điểm đặc trưng của bệnh GPQ là các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng rất phong phú và đa dạng theo cá thể người bệnh, do vậy việc xác định triệu chứng cận lâm sàng và lâm sàng là rất cần thiết, nhằm giúp cho thầy thuốc lâm sàng lựa chọn và phối hợp kháng sinh có hiệu quả. Do vậy, tôi tiến hành nghiên cứu "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân giãn phế quản tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 năm 2025" với mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân giãn phế quản điều trị tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 30

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1

Chịu trách nhiệm chính: Thân Trọng Hưng

Email: phamngoc.n7@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp giãn phế quản điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là Giãn phế quản điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán giãn phế quản: Chụp cắt lớp vi tính HRCT có tổn thương giãn phế quản: Có 1 trong 5 tiêu chuẩn sau^{2,3}: - Đường kính phế quản lớn hơn đường kính động mạch đi cùng 1,5 lần. - Phế quản không thuôn nhỏ dần sau chỗ chia đôi với chiều dài trên 2cm. - Thấy phế quản cách màng phổi lá tạng dưới 1 cm. - Thấy phế quản đi sát vào trung thất. - Thấy hình ảnh đường ray và thành phế quản dày. Được cấy bệnh phẩm đờm hoặc/và dịch phế quản

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một chùm ca bệnh, phân tích tiền cứu, chọn cỡ mẫu thuận tiện là các bệnh nhân đợt cấp giãn phế quản điều trị tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trên.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng các test thống kê y sinh học thích hợp cho các biến số của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ
< 40	1	3.3	0	0	1	3.3
40-49	2	6.7	0	0	2	6.7
50-59	1	3.3	3	10.0	4	13.3
≥ 60	16	53.3	7	23.3	23	76.7
Tổng	20	66.7	10	33.3	30	100
Trung bình (X±SD)	Min 19		Trung bình 66.77±13.28		Max 87	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66.77±13.28. Nam/Nữ : 1.14/1

Bảng 2. Tiền sử bệnh tật của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử bệnh tật	n	Tỷ lệ (%)
Lao phổi	3	10.0
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	6	20.0
Giãn phế quản	9	30.0
Nhiễm khuẩn hô hấp dưới không do lao	12	40.0
Bệnh mạn tính khác (THA, ĐTĐ, Xơ gan...)	19	63.3

Nhận xét: 63,3% bệnh nhân có bệnh nền kèm theo, 40% nhiễm khuẩn hô hấp không do lao.

Bảng 3. Thời gian phát hiện bệnh (năm)

Thời gian phát hiện bệnh (năm)	n	Tỷ lệ (%)
< 5	13	43,3
6 -10	6	20.0
Không rõ thời gian	11	37,7
Tổng	30	100

Nhận xét: 43.3% bệnh nhân phát hiện bệnh dưới 5 năm, 20% phát hiện bệnh từ 6-10 năm, có 37.7% bệnh nhân không rõ thời gian bị bệnh

Bảng 4. Tiền sử đợt bùng phát/năm của đối tượng nghiên cứu

Đợt bùng phát/năm	n	Tỷ lệ (%)
Ít (<2 lần/năm)	23	76.7
Nhiều (≥2 lần/năm)	7	23.3
Tổng	30	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 23 trường hợp có đợt bùng phát 1 lần/ năm, 23,3% có trên 2 đợt bùng phát/năm

Bảng 5. Triệu chứng cơ năng, toàn thân, thực thể của đối tượng nghiên cứu

	n	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng		
Ho khạc đờm	24	80.0
Ho máu	8	26.7
Khó thở	22	73.3
Đau ngực	21	70.0
Triệu chứng toàn thân		
Sốt	7	23.3
Phù	3	10.0
Gầy sút cân	5	16.7
Triệu chứng thực thể		
Ran ẩm, ran nổ	17	56.6
Ran rít, ran ngáy	5	16.7
Ran ẩm, nổ, rít, ngáy	5	16.7
Không có ran	3	10.0

Nhận xét: Ho khạc đờm chiếm 80%, tiếp theo là 73.3% khó thở, 70% đau ngực, ho máu chiếm 26.7%. Rales ẩm, nổ chiếm 56.6%.

Bảng 6. Đặc điểm tổn thương trên CT scanner lồng ngực

	n	Tỷ lệ (%)
Phân loại tổn thương GPQ		
Hình trụ	24	83.3
Hình túi	1	3.3
Hỗn hợp	5	13.4
Vị trí GPQ		
Phổi phải	9	30.0
Phổi trái	3	10.0
Cả 2 phổi	18	60.0

Nhận xét: 83.3% có tổn thương Giãn phế quản trên CLVT hình trụ, gặp nhiều nhất ở cả 2 phổi chiếm 60%.

Bảng 7. Kết quả nuôi cấy ở các bệnh phẩm cấy

Kết quả nuôi cấy	Dịch phế quản		Đờm	
	n	%	n	%
Dương tính	2	16.7	6	20.0
Âm tính	10	83.3	24	80.0
Tổng	12	100	30	100

Nhận xét: 16.7% dương tính bệnh phẩm dịch phế quản, 20% dương tính bệnh phẩm đờm

Bảng 8. Đặc điểm định danh vi khuẩn từ bệnh phẩm cấy

Định danh vi khuẩn	n	Tỷ lệ (%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	7	87.5
<i>Serratia Liquefaciens</i>	1	12.5

Nhận xét: 87,5% là dương tính với *Pseudomonas aeruginosa*

Bảng 9. Kết quả kháng sinh đồ của vi khuẩn thường gặp

Loại kháng sinh	Số mẫu	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>					
		(S)		(I)		(R)	
		n	%	n	%	n	%
Ampicillin	7	0	0	0	0	7	
mezapenem	7	5	71.4	1	14.3	1	14.3
Imipenem	7	4	57.1	1	14.3	2	28.6
Cefuroxime	7					6	85.7
Ceftazidime	7	5	71.4			2	28.6
Ceftriaxone	7	3	42.9	1	14.3	3	42.9
Amo+ A.Clavunalic	7					6	85.7
Amikacin	7	5	71.4	2	28.6		
Ciprofloxacin	7	6	85.7	1	14.3		
Levofloxacin	7	6	85.7	1	14.3		
Colistin	7	6	85.7	1	14.3		

Nhận xét: Kháng sinh nhạy nhiều nhất với *Pseudomonas aeruginosa* là Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin chiếm 85.7% và meropenem chiếm 71.4%; kháng sinh kháng nhiều là amoxicilin, cefuroxime.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, GPQ gặp ở nam nhiều hơn nữ tỷ lệ 1.14;1, nhóm tuổi là 50-59 chiếm 13.3%, ≥60 chiếm 76.7%, tuổi trung bình là 66.77±13.28. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu khác: Chu Thị Lan (2016) Tỷ lệ nam/nữ 34/21, lứa tuổi gặp nhiều nhất là trên 60 tuổi chiếm 67.3%⁴; Trương Thành Kiến (2021) tỷ lệ Nam/nữ 1/1, tuổi trung bình 63.4±13.9, 68.2% trên 60 tuổi⁵. Nguyễn Văn Giang (2022) cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân GPQ 59.2 ±11.7, Nam/nữ là 1.64/1⁶. Trên 60 tuổi bệnh nhân bắt đầu có nhiều vấn đề sức khỏe, cần được thăm khám, tầm soát định kì. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra 40% bệnh nhân có tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp dưới, có 63,3% bệnh nhân có bệnh nền kèm theo, 10%

tiền sử lao phổi. Tương tự nghiên cứu của Chu Thị Lan năm (2016) tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn hô hấp dưới không do Lao chiếm tỷ lệ 61.8%⁴. Nguyễn Văn Sơn (2024) cho thấy tỷ lệ tiền sử 64% có bệnh lý mạn tính kèm theo⁸. Như vậy khai thác kỹ bệnh lý kèm theo, tiền sử bệnh giúp tiên lượng bệnh tốt hơn, có chiến lược điều trị phù hợp đối với từng bệnh nhân.

4.2. Triệu chứng lâm sàng. Thời gian phát hiện bệnh GPQ của đối tượng nghiên cứu được xác định từ lần đầu khi bệnh nhân có triệu chứng ho, khạc đờm dai dẳng, ho máu, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy chủ yếu bệnh nhân mắc bệnh dưới 5 năm (43.3%), 23 trường hợp có đợt bùng phát 1 lần/năm, 23,3% có trên 2 đợt bùng phát/năm. Tương tự nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016) tỷ lệ mắc bệnh dưới 5 năm là 36,4%⁴; Nguyễn Văn Sơn (2024) số đợt cấp phải nhập viện trung bình/năm 1.88±1.43⁸; Nguyễn Văn Giang (2022) cho tỷ lệ số đợt bùng phát/ năm là 1,27±1,29⁶. Tỷ lệ bùng phát mỗi năm giảm có thể do ý thức tự dự phòng tốt kèm theo sự phát triển của kháng sinh mới giúp cho việc điều trị và dự phòng bệnh tốt hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng ho khạc đờm gặp nhiều nhất chiếm 80%, tiếp theo là 73.3% khó thở, 70% đau ngực, ho máu chiếm 26.7%, sốt chiếm 23.3%, triệu chứng ít gặp gây sút cân và phù lần lượt 16.7%,10%. Nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016)⁴ cho thấy tỷ lệ hay gặp nhất là ho khạc đờm 66.7%, ho máu 33.3%, khó thở 43.7%; Nguyễn Văn Giang (2022)⁶ ho khạc đờm là triệu chứng gặp nhiều nhất chiếm 66.7%, ho máu chiếm 33.3%, đau ngực 62.1%, sốt 48.3%, Nguyễn Văn Sơn (2024)⁸ có 95.1% ho đờm, 60,7% khó thở, sốt 50%, Dimakou K (2016)⁷ cho thấy ho đờm nhầy mủ chiếm trên 80%, ho máu 37%, 60% khó thở. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác. Bất thường chức năng thường gặp nhất ở các bệnh nhân GPQ là suy giảm khả năng bài xuất chất nhầy của biểu mô thành phế quản do đó luôn có ứ đọng chất nhầy trong lòng phế quản, dẫn đến ho khạc đờm là triệu chứng rất thường gặp. Chất nhầy ứ đọng trong lòng phế quản lại tạo điều kiện cho bội nhiễm vi khuẩn, vì vậy trong các đợt bội nhiễm bệnh nhân thường khạc có màu đờm xanh, vàng hoặc trắng đục. Ho máu do tình trạng vỡ động mạch phế quản, nơi tiếp nối với động mạch phổi bị phình giãn hoặc do hoại tử nặng thành phế quản gây nên ho máu. Ở bệnh nhân GPQ thì các triệu chứng cơ năng như ho, khạc đờm, khạc đờm mủ số lượng nhiều, ho ra máu, khó thở hay đau ngực là những triệu chứng hay gặp hơn nhất.

Nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng rales gặp ở 90% bệnh nhân, trong đó rales ẩm và nổ thường gặp chiếm 56.6%; Rales ẩm, rales nổ khu trú và khu trú tồn tại kéo dài là dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán xác định GPQ khi thăm khám lâm sàng. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giang (2022) cho thấy tỷ lệ có rales ở phổi chiếm 87.4%, trong đó rales ẩm – nổ chiếm tỷ lệ cao nhất 77.3%⁶; Nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016) có Rales ẩm – nổ chiếm 81.8%, rít – ngáy chiếm 32.7%⁴. GPQ nhất là thể ướt thì triệu chứng rất phong phú như rales nổ, rales ẩm, rales rít, rales ngáy, lồng ngực căng giãn. Ở giai đoạn tiến triển, đặc trưng là rales ẩm thô giữa thì thở vào và thì thở ra, cố định ở một hay nhiều vị trí tùy theo tổn thương của GPQ, thường nghe thấy ở đáy phổi, tồn tại lâu qua nhiều lần khám và không mất đi khi ho. Nhưng trong GPQ thể khô thì triệu chứng rất nghèo nàn, đôi khi chỉ có dấu hiệu ho máu tái diễn.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Trong nghiên cứu này có 83.3% người bệnh có tổn thương Giãn phế quản trên CLVT hình trụ, thể hỗn hợp chiếm 13.4, hình túi gặp 3.3%. Tổn thương giãn PQ gặp nhiều nhất ở cả 2 phổi chiếm 60%, tiếp theo là có 30% chỉ gặp ở phổi phải, 10% chỉ gặp ở phổi trái. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu đi trước: Nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016) thấy có hình ảnh GPQ trên phim chủ yếu gặp hình trụ, chiếm 52.7%, GPQ hình túi gặp ít hơn 29.1%, GPQ thể hỗn hợp chiếm 18.2%⁴; Nghiên cứu của Phùng Anh Tuấn (2018) trên 50 bệnh nhân Giãn Phế quản điều trị tại Bệnh viện Quân đội 103 cho thấy hình ảnh giãn Phế quản hình trụ chiếm tỷ lệ cao 70%, thể hỗn hợp chiếm 20% còn lại là hình túi và chuỗi hạt⁹; Nghiên cứu của Huỳnh Đình Nghĩa năm 2025 tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi tỉnh Bình Định trên 84 bệnh nhân cho thấy tổn thương hình trụ chiếm 41.5%, hỗn hợp 12.2%, còn lại là các tổn thương khác, tổn thương 2 phổi chiếm đa số¹⁰; Như vậy nghiên cứu của chúng tôi kết quả cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả trên hình ảnh trên CLVT hình trụ chiếm đa số sau đó đến hỗn hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được cấy đờm nhưng chỉ có 40% bệnh nhân được nội soi và cấy dịch phế quản. Chúng tôi không chỉ định soi phế quản được toàn bộ bệnh nhân do bệnh nhân vào viện có tình trạng khó thở, tuổi cao và nhiều bệnh nền. Kết quả trong 12 bệnh nhân được nội soi phế quản nuôi cấy có 16.7% dương tính, 83.3% âm tính, 100% bệnh nhân được cấy đờm trong đó 20% dương tính, 80% âm tính. Tổng số kết quả dương tính ở các

bệnh phẩm là 36.7%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giang (2022) tại Bệnh viện Bạch Mai cho tỷ lệ nuôi cấy dương tính với mẫu đờm là 27.3%, mẫu dịch phế quản là 31.8% Trung bình cả 2 mẫu bệnh phẩm khoảng 30%⁶. Nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016) cho tỷ lệ dương tính mẫu đờm là 27.3%⁴.

Về đặc điểm định danh vi khuẩn cho thấy trong 42 mẫu bệnh phẩm đưa lên cấy, có 8 mẫu bệnh phẩm dương tính, trong đó 87,5% là dương tính với *Pseudomonas aeruginosa*. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giang (2022) cho thấy vi khuẩn thường gặp nhất là *Pseudomonas aeruginosa* (12.1 – 15.2% các bệnh phẩm đờm và dịch phế quản). Vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* còn nhạy với nhiều loại kháng sinh như Meropenem 94.4%, ceftazidim 81.8%, amikacin 88.9%...⁶. Nghiên cứu của Araújo D (2018) ở 2596 bệnh nhân Giãn phế quản cho thấy Vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* là nguyên nhân gặp nhiều nhất ở bệnh nhân Giãn phế quản¹¹. Nghiên cứu của Dimakou K (2016)⁷ cho thấy *Pseudomonas aeruginosa* là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất được tìm thấy trong đờm chiếm 43%. Nghiên cứu của Chu Thị Lan (2016) thấy vi khuẩn hay gặp nhất là *P. aeruginosa* chiếm 33.3%⁴. Đặc điểm nhiễm trùng trong GPQ là lĩnh vực ngày càng được quan tâm. Một trong những tác nhân vi khuẩn gây bệnh phổ biến nhất được phân lập ở các nghiên cứu là *P. aeruginosa*. Kháng sinh nhạy nhiều nhất với *P. aeruginosa* trong nghiên cứu này là Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin chiếm 85.7% và meropenem chiếm 71.4%; kháng sinh kháng nhiều là amoxicilin, cefuroxime. Colistin và meronem là loại kháng sinh thế hệ mới, được đưa vào sử dụng trong những năm gần đây, giá thành còn cao, chưa được sử dụng phổ biến nên tỷ lệ kháng thuốc còn thấp

V. KẾT LUẬN

Trong bệnh Giãn phế quản, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng và điều trị bệnh. Triệu chứng thường gặp là ho đờm, khó thở, ho máu, đau tức ngực. Chụp CLVT thường gặp tổn thương hình trụ. Cấy đờm hoặc/và dịch phế quản thường gặp nhất là *Pseudomonas aeruginosa*. Kháng sinh còn nhạy nhiều nhóm như Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin, meropenem...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luce Cantin Alexander A. Bankier Ronald L. Eisenberg (2009), "Bronchiectasis" AJR:193, September 2009.

2. **Ngô Quý Châu (2011)**, Bệnh hô hấp, NXBGDVN, tr 203- 204- 207.
3. **Jin-Hwa Lee, Yoo-Kyung Kim, Hyon-Ju Kwag, Jung-Hyun Chang (2004)**, "Relationships between High-Resolution Computed Tomography, Lung Function and Bacteriology in Stable Bronchiectasis", The Korean Academy of Medical Sciences 2004; 19: 62-8
4. **Chu Thị Thu Lan (2016)** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao và vi khuẩn học qua dịch rửa phế quản tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. **Trương Thành Kiên, Khổng Thị Kim Nghĩa và cộng sự (2022)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân giãn phế quản điều trị tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ 2019 – 2021", Tạp chí Y học Việt Nam tập 515 (192-194) Số đặc biệt.
6. **Nguyễn Văn Giang, Ngô Quý Châu, Vũ Văn Giáp (2022)**, "Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học người bệnh đợt cấp giãn phế quản tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai". Tạp chí Vietnam Medical Journal 11.2022 (45-48).
7. **Dimakou K, Triantafillidou C, Toubis M, Tsikritsaki K, Malagari K, Bakakos P.** Non CF bronchiectasis: Aetiologic approach, clinical, radiological, microbiological and functional profile in 277 patients. Respiratory Medicine. 2016; 116:1-7.
8. **Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Xuân Dũng, Nguyễn Minh Hải, Thị Thị Duyên, Nguyễn Tuệ Minh và Lê Hữu Ý (2024)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp Giãn phế quản nhập viện". Journal of 108 – clinical medicine and pharmacy 05.2024 (17-21).
9. **Phùng Anh Tuấn, Nguyễn Văn Ngọc (2018)**, "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh giãn phế quản trên CLVT", Tạp chí y dược lâm sàng 108, tập 13 số 4/2018.
10. **Huỳnh Đình Nghĩa (2025)**, "Đặc điểm hình ảnh Giãn Phế quản trên CLVT phân giải cao ở Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Bình Định năm 2024", Vietnam Journal of Community Medicine Vol.66 No.3 1-5

TỒN THƯƠNG THẬN Ở NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH THẬN MẠN CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THẾ, SAU CHỤP VÀ/HOẶC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA Ở BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Thị Loan¹, Phan Tuấn Đạt^{1,2}, Lê Thị Phụng¹,
Nguyễn Thị Thu Hoài^{1,2}, Phạm Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thận do thuốc cản quang (CIN) là một biến chứng hay gặp do thuốc cản quang gây ra. Đặc biệt trên bệnh nhân có bệnh thận mạn (CKD), nguy cơ do thuốc còn cao hơn nữa, gây các biến cố trước mắt và lâu dài cho người bệnh. Tuy nhiên trên những bệnh nhân có bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế thường không được theo dõi đầy đủ và lâu dài sau sử dụng thuốc cản quang. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tổn thương thận ở người bệnh có bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế, sau chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da ở Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 người bệnh CKD chưa điều trị thay thế được chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 – 7/2025. **Kết quả:** 18,2% bệnh nhân có CIN, trong đó tỉ lệ bệnh nhân CIN phải lọc máu chiếm 15% so với tổng số có CIN. Tỉ lệ CIN tăng dần theo giai đoạn CKD, cao nhất ở nhóm CKD5. Ngoài giảm mức lọc cầu thận trước can thiệp thì việc có sử dụng vận mạch hay giảm thể tích nước tiểu trước và sau can thiệp đều làm tăng tỉ lệ

bệnh nhân bị CIN. **Kết luận:** Bệnh thận mạn làm tăng nguy cơ mắc CIN sau chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da. **Từ khóa:** bệnh thận mạn, tổn thương thận do thuốc cản quang, chụp mạch vành.

Danh mục từ viết tắt: CIN: bệnh thận do thuốc cản quang, CKD: bệnh thận mạn.

SUMMARY

RENAL INJURY IN A PATIENT WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE WITHOUT REPLACEMENT THERAPY, AFTER CORONARY ANGIOGRAPHY AND/OR PERCUTANEOUS CORONARY

INTERVENTION AT BACH MAI HOSPITAL

Background: Contrast-induced nephropathy (CIN) is a common complication caused by contrast agents. Especially in patients with chronic kidney disease (CKD), the risk of drug-induced nephropathy is even higher, causing immediate and long-term complications for the patient. However, patients with chronic kidney disease who have not received replacement therapy are often not fully and long-term monitored after using contrast agents. This study aims to assess renal damage in patients with chronic kidney disease who have not received replacement therapy, after coronary angiography and/or percutaneous coronary intervention at Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 110 patients with CKD who have not received replacement therapy and who received coronary

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Loan

Email: loanhoang2908@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

angiography and/or percutaneous coronary intervention at Bach Mai Hospital from August 2024 to July 2025. **Results:** 18,2% of patients had CIN, of which the proportion of CIN patients requiring dialysis accounted for 15% of the total number with CIN. The rate of CIN increased gradually according to the stage of CKD, highest in the CKD5 group. In addition to the reduction of glomerular filtration rate before intervention, the use of vasopressors or reduction of urine volume before and after intervention increased the rate of patients with CIN. **Conclusion:** Chronic kidney disease increases the risk of CIN after coronary angiography and/or percutaneous coronary intervention. **Keywords:** chronic kidney disease, contrast-induced kidney injury, coronary angiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mãn tính là một trong những căn bệnh phổ biến nhất và có tiền lượng xấu trên toàn thế giới. Người bệnh có bệnh thận mạn không chỉ tăng nguy cơ xuất hiện bệnh mạch vành mà còn tăng tỉ lệ tử vong, nhất là những bệnh nhân sau chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da¹. Tuy nhiên trên những bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế hiện nay, vấn đề tổn thương thận sau sử dụng cản quang chưa được quan tâm, đánh giá đầy đủ và theo dõi lâu dài. Vì vậy khi thực hiện nghiên cứu tổn thương thận ở người bệnh có thận mạn chưa điều trị thay thế sau chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da, giúp ta đánh giá được các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng có nguy cơ gây CIN. Từ đó không chỉ đưa ra kế hoạch dự phòng mà còn giúp tiên lượng và định hướng điều trị lâu dài cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên toàn bộ người bệnh có bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế phải trải qua chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da tại

bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 – 7/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán bệnh thận mạn theo tiêu chuẩn KDIGO 2024², chưa điều trị thay thế, được chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Bạch Mai và có khả năng hợp tác, tự trả lời đầy đủ các câu hỏi liên quan.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đang có đợt cấp bệnh thận mạn, phải nằm ICU hoặc ra viện ngay sau khi chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu: 110 người bệnh đủ tiêu chuẩn.

Phương pháp thu thập số liệu: tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn được khám bệnh, hỏi bệnh, theo dõi xét nghiệm trước và sau chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da 1- 7 ngày.

2.3. Xử lý số liệu và phân tích số liệu thống kê. Sử dụng SPSS 20: Chi-Square test cho so sánh tỉ lệ, kiểm định tính chuẩn của biến bằng test Kolmogorov – Smirnov, so sánh các trung bình với ANOVA test (cho biến tuân theo phân bố chuẩn) hoặc Kruskal Wallis test (cho biến không tuân theo phân bố chuẩn) và tính OR để đánh giá mối liên quan.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng mà không nhằm mục đích nào khác.

Nghiên cứu phải giải thích rõ ràng mục đích nghiên cứu, cũng như lợi ích và các ảnh hưởng bất lợi của nghiên cứu tới bệnh nhân.

Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		CIN			p
		Không	Độ 1	Độ 3	
Giới	Nam	71 (82,6%)	13 (15,1%)	2 (2,3%)	p = 0,677
	Nữ	19 (79,2%)	4 (16,7%)	1 (4,2%)	
Tuổi	>75 tuổi	29 (32,2%)	7 (41,2%)	1 (33,3%)	p = 0,474
	Trung bình	71 $\pm$ 9,6	72 $\pm$ 8,4	60 $\pm$ 21,0	
BMI	Gầy	8 (8,9%)	3 (17,6%)	0	p = 0,214
	BT	48 (53,3%)	8 (47,1%)	0	
	Thừa cân	34 (37,8%)	6 (35,3%)	3 (100%)	
CKD	CKD2-3	78 (88,6%)	10 (11,4%)	0	p = 0,000
	CKD4	8 (57,1%)	5 (35,7%)	1 (7,1%)	
	CKD5	4 (50%)	2 (25%)	2 (25%)	

Nhận xét: (độ 1: có CIN nhưng không lọc máu, độ 3: có CIN và phải lọc máu)

- Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $70,94 \pm 9,845$. Mặc dù tỉ lệ các nhóm tuổi có sự khác biệt giữa các giai đoạn CKD, tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,745 (>0,05)$.

- Trong số 110 người bệnh nghiên cứu, nam chiếm 78,2% và nữ chiếm 21,8%. BMI trung bình là $22,55 \pm 0,33$. Có 39 bệnh nhân nam thuộc nhóm thừa cân, béo phì chiếm tỉ lệ 45,3%. Trong khi đó ở nữ giới, tỉ lệ này chỉ chiếm

16,7%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,023 (p < 0,05)$.

- Tỉ lệ người bệnh thừa cân, béo phì có CIN cao hơn người bệnh không có CIN nhưng không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p = 0,214 > 0,05$).

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 20/110 bệnh nhân có CIN (chiếm 18,2%). Tỉ lệ CIN ở nhóm CKD5 là cao nhất chiếm (50%) và nhóm CKD2-3 là thấp nhất (11,4%). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p = 0 < 0,01$.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa tiền sử bệnh và nguy cơ tim mạch với CIN.

Nguy cơ tim mạch	Không CIN	Có CIN	p; OR
Đái tháo đường	51 (56,7%)	9 (45%)	$p=0,343$; $OR=0,626(0,236-1,658)$
THA	73 (81,1%)	14 (70%)	$p = 0,360$; $OR=0,543(0,182-1,620)$
Suy tim	43 (47,8%)	15 (75%)	$p = 0,027$; $OR=3,279(1,099-9,786)$
CAD	27 (30%)	4 (20%)	$p = 0,369$; $OR=0,583(0,178-1,907)$
Loạn nhịp tim	14 (15,6%)	2 (10%)	$p = 0,733$; $OR=0,652(0,135-3,156)$
PAD	3 (3,3%)	1 (5%)	$p=0,534$; $OR=1,647(0,161-18,601)$
TBMMN	7 (7,8%)	0 (0%)	$p=0,601$; $OR=0,816(0,743-0,897)$
RL lipid máu	35 (38,9%)	6 (30%)	$p=0,585$; $OR=0,743(0,255-2,165)$
Hút thuốc	52 (57,8%)	9 (45%)	$p=0,444$; $OR=0,673(0,243-1,864)$

Nhận xét:

- Nhóm bệnh nhân suy tim có CIN (75%) cao hơn đáng kể so với nhóm suy tim không có CIN (47,8%). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p = 0,027 > 0,05$).

- Có 3 yếu tố nguy cơ tim mạch hay gặp khác là tăng huyết áp (THA), hút thuốc, đái tháo đường cũng không có sự khác biệt giữa nhóm có hoặc không có CIN với p lần lượt là 0,360; 0,444; 0,343.

- Các nhóm bệnh khác ít gặp hơn như bệnh mạch vành mạn (CAD), rối loạn nhịp tim, bệnh động mạch chi dưới (PAD), tai biến mạch máu não (TBMMN), rối loạn lipid máu mặc dù cũng có sự phân bố không đều giữa nhóm có hoặc không có CIN nhưng đều không có sự khác biệt với độ tin cậy 95% ($p > 0,05$).

3.2. Mối liên quan giữa tổn thương thận do thuốc cản quang với một số yếu tố lâm sàng

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa CIN với một số yếu tố lâm sàng

Đặc điểm		CIN			p
		Không	Độ 1	Độ 3	
Đau ngực	Không đau ngực	13(14,4%)	1(5,9%)	0	$p=0,608$
	Đau không thắt ngực	17(18,9%)	5(29,4%)	0	
	Đau ngực không điển hình	34(37,8%)	7(41,2%)	3(100%)	
	Đau ngực điển hình	26(28,9%)	4(23,5%)	0	
Nước tiểu	Thiểu niệu trước	0	0	2(100%)	$p=0,001$
	Thiểu niệu sau	0	1(33,3%)	2(66,7%)	$p=0$
Huyết động	Vận mạch trước	4(57,1%)	3(42,9%)	0	$p=0,116$
	Vận mạch sau	1(20%)	3(60%)	1(20%)	$p=0,002$
	Thuốc nguy cơ	37(41,1%)	8(47,1%)	2(66,7%)	$p=0,691$
Sử dụng thuốc	Loại thuốc cản quang	Iopamiro 300mg/ml	66(73,3%)	14(82,4%)	$p=0,496$
		Ultravist 300	17(18,9%)	2(11,8%)	
		Visipaque 320 mg/ml	1(1,1%)	1(5,9%)	
		Xenetic 300mg/ml	6(6,7%)	0	
	Thể tích cản quang (ml)	110,44±56,71	120,59±65,24	108,33±54,85	$p=0,715$
	Bù dịch NaCl 0.9% (ml)	431,11±359,66	605,88±567,31	833,33±288,68	$p=0,079$

Nhận xét: - Tỉ lệ đau ngực không điển hình ở nhóm có CIN cao hơn nhóm không có CIN. Sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,608 (p > 0,05)$.

- Khi theo dõi nước tiểu ở đối tượng nghiên cứu thì 100% có thiếu niệu trước can thiệp đều có CIN và phải lọc máu. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p = 0,001 < 0,01$). Còn sau can thiệp thì tất cả bệnh nhân có thiếu niệu đều có CIN trong đó nhóm bệnh nhân có CIN phải lọc máu là cao nhất chiếm 66,7%, nhóm bệnh nhân CIN không phải lọc máu (độ 1) chiếm 33,3%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p = 0 < 0,01$).

- Trong nhóm phải sử dụng thuốc vận mạch trước chụp và/hoặc can thiệp thì tỉ lệ có CIN chiếm 42,9% và không có CIN chiếm 57,1%. Sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,116 > 0,05$. Còn sau can thiệp thì tỉ lệ có CIN sử dụng vận mạch cao hơn gấp 4 lần nhóm không có CIN. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002 < 0,01$).

- Tỉ lệ sử dụng Iopamiro 300mg/ml là lớn nhất (chiếm 74,5%) và sử dụng Visipaque 320 mg/ml là thấp nhất (chiếm 1,8%). Ở nhóm bệnh nhân có CIN thì tỉ lệ sử dụng Iopamiro 300mg/ml cũng cao nhất (chiếm 80%), trong khi đó nhóm sử dụng Visipaque 320 mg/ml chỉ chiếm 5%. Sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,496 > 0,05$.

- Thể tích thuốc cản quang được sử dụng ở nhóm có hay có CIN đều không có sự khác biệt với $p = 0,715 (p > 0,05)$.

- Mặc dù thể tích dịch NaCl 0,9% được truyền trước, trong và sau chụp và/hoặc can thiệp ở nhóm có CIN cao hơn nhóm không có CIN. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,079 (p > 0,05)$.

3.3. Mối liên quan giữa tổn thương thận do thuốc cản quang với một số yếu tố cận lâm sàng

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa CIN với một số yếu tố cận lâm sàng

Đặc điểm		CIN			p
		Không	Độ 1	Độ 3	
Mức độ thiếu máu	Không	57(63,3%)	10(58,8%)	1(33,3%)	p = 0,136
	Nhẹ	32(35,6%)	7(41,2%)	1(33,3%)	
	Vừa	1(1,1%)	0	1(33,3%)	
Mức lọc cầu thận trung bình		44,54 ± 13,63	35,29 ± 15,15	10,33 ± 5,51	p = 0,001

Nhận xét: - Khi đánh giá mức độ thiếu máu của người bệnh trước chụp và/hoặc can thiệp mạch vành qua da, tỉ lệ không thiếu máu là cao nhất (61,8%) và thiếu máu mức độ vừa là thấp nhất (chiếm 1,8%). Tuy nhiên nhóm thiếu máu mức độ vừa có tỉ lệ CIN cao nhất (50%), sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,136 > 0,05$.

- Mức lọc cầu thận trung bình ở nhóm không có CIN cũng cao hơn đáng kể ở nhóm có CIN, trong đó nhóm có CIN phải lọc máu thì mức lọc cầu thận trung bình là thấp nhất $10,33 \pm 5,51$, và ở nhóm không có CIN là cao nhất $44,54 \pm 13,63$. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p = 0,001 < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân trắc học. Độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi ($70,94 \pm 9,845$) cao hơn của Li-qiu Yan và cs³ ($70,1 \pm 8,0$) và của Moisi và cs⁴ ($68,6 \pm 9,9$) nhưng thấp hơn của Lê Văn Thắng và cs⁵ ($73,1 \pm 9,2$) và của Dumaine và cs⁶ ($75,4 \pm 11,4$). Tuy nhiên nhìn chung sự phân bố độ tuổi của bệnh nhân ở hầu hết các nghiên cứu trên đều tập trung ở nhóm bệnh nhân cao tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ nam giới (78,2%) cao hơn của Lê Văn Thắng và cs⁵

(72,9%), của Dumaine và cs⁶ (51,2%), của Li-qiu Yan và cs³ (54,8%) và của Moisi và cs⁴ (67,9%). Còn BMI trung bình ($22,89 \pm 0,39$) thấp hơn so với của Dumaine và cs⁶ ($24,3 \pm 6,7$) và tương đương so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thắng và cs⁵ ($22,2 \pm 2,7$). Các yếu tố tuổi, giới, BMI này mặc dù có sự khác biệt giữa các nhóm có và không có CIN, tuy nhiên sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p = 0,214 > 0,05$).

Tỉ lệ bệnh nhân có CIN trong nghiên cứu của chúng tôi (18,2%) là tương đương với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thắng và cs⁵ (17,2%). Trong đó nhóm CKD5 có tỉ lệ CIN cao nhất (50%) với sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p = 0 < 0,01$). Điều đó cho thấy giai đoạn bệnh thận mạn là yếu tố nguy cơ gây CIN.

Nhóm bệnh nhân suy tim có CIN cao hơn đáng kể với nhóm suy tim không có CIN. OR = 3,279 (1,099-9,786) > 1 cho thấy suy tim là một yếu tố nguy cơ CIN.

Các bệnh lý kèm theo khác như đái tháo đường, tăng huyết áp, tiền sử stent mạch vành... mặc dù có sự khác biệt giữa các nhóm có hoặc không có CIN nhưng đều không phải là yếu tố nguy cơ gây CIN trong nghiên cứu này.

Mối liên quan giữa CIN với một số đặc

điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân đau ngực không điển hình chiếm tỉ lệ cao nhất (40%) và tất cả bệnh nhân có CIN phải lọc máu đều thuộc nhóm này. Mặc dù mức độ và tính chất đau ngực của các nhóm có hoặc không có CIN là khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p = 0,608$), cho thấy đau ngực không phải là yếu tố nguy cơ gây CIN.

Thể tích nước tiểu của các bệnh nhân trước và sau chụp và/hoặc can thiệp đều có sự khác biệt giữa nhóm có hoặc không có CIN với độ tin cậy 99%. $OR < 1$ cho thấy đây là một yếu tố giúp đánh giá nguy cơ CIN.

Nhóm bệnh nhân phải sử dụng vận mạch trước chụp và/hoặc can thiệp là không có sự khác biệt ($p = 0,116 > 0,05$) nhưng sau chụp và/hoặc can thiệp ở nhóm có CIN gấp 4 lần ở nhóm không có CIN với độ tin cậy 99%, $p = 0,002 < 0,01$, $OR = 22,25$ ($2,333 - 212,163$) > 1 . Như vậy việc sử dụng vận mạch sau chụp và/hoặc can thiệp là một yếu tố nguy cơ của CIN.

Loại thuốc cản quang, thể tích thuốc cản quang hay lượng dịch muối đẳng trương được bù trước, trong và sau chụp và/hoặc can thiệp mạch vành qua da trong nghiên cứu của chúng tôi đều không phải là yếu tố nguy cơ gây CIN. Đặc điểm này tương đương với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thăng và cs⁵ tại cùng một trung tâm nghiên cứu.

Mối liên quan giữa CIN với một số yếu tố cận lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào mất máu cấp tính trước chụp và/hoặc can thiệp nên chúng tôi sử dụng chỉ số Hb (hemoglobin) để đánh giá mức độ thiếu máu của bệnh nhân. Hb trung bình ở nhóm có CIN phải lọc máu thấp nhất ($104 \pm 31,7$), còn ở nhóm không có CIN là cao nhất ($128 \pm 21,2$). Mặc dù mức độ thiếu máu tăng theo nguy cơ CIN cũng tương đương như nhiều nghiên cứu khác⁷. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,136 > 0,05$), cho thấy mức độ thiếu máu không phải là yếu tố nguy cơ gây CIN.

Mức lọc cầu thận trung bình trước can thiệp ở nhóm có CIN cũng cao hơn đáng kể với nhóm không có CIN với độ tin cậy 99% ($p = 0,001 < 0,01$). Điều này cho thấy đây là một yếu tố quan trọng trong việc tiên lượng sự tiến triển tổn thương thận cấp, và tương đương với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước khác⁸.

Giới hạn nghiên cứu: Cỡ mẫu chưa đủ lớn, phân bố không đều giữa các giai đoạn bệnh thận mạn, số liệu chỉ lấy ở một trung tâm nghiên cứu

nên không đại diện được đầy đủ. Nghiên cứu cắt ngang nên không theo dõi được tiến triển tổn thương theo thời gian.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương thận do thuốc cản quang là một vấn đề thường gặp ở nhóm người bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế. Mức lọc cầu thận trước can thiệp càng thấp thì nguy cơ CIN càng cao. Việc sử dụng vận mạch sau can thiệp hay có bệnh lý suy tim kèm theo cũng là một yếu tố nguy cơ gây CIN. Theo dõi thể tích nước tiểu của bệnh nhân trước và sau chụp và/hoặc can thiệp cũng giúp tiên lượng sự tiến triển của CIN. Từ đó giúp đưa ra kế hoạch điều trị và dự phòng để hạn chế nguy cơ CIN ở nhóm người bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế khi sử dụng thuốc cản quang để chẩn đoán và/hoặc điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Naghavi M, Abajobir AA, Abbafati C, et al.** Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390(10100):1151-1210. doi:10.1016/S0140-6736(17)32152-9
2. **Stevens PE, Ahmed SB, Carrero JJ, et al.** KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. 2024;105(4):S117-S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018
3. **Yan L qiu, Guo L jun, Zhang F chun, Gao W.** The Relationship Between Kidney Function and Angiographically-Derived SYNTAX Score. *Canadian Journal of Cardiology*. 2011;27(6):768-772. doi:10.1016/j.cjca.2011.04.004
4. **Moisi MI, Rus M, Bungau S, et al.** Acute Coronary Syndromes in Chronic Kidney Disease: Clinical and Therapeutic Characteristics. *Medicina*. 2020;56(3):118. doi:10.3390/medicina56030118
5. **Thắng LV, Minh PL, Anh DNT, Tuấn ĐDD, Minh TBPN, Hùng PTBPM.** Đặc điểm tổn thương động mạch vành và thay đổi mức lọc cầu thận sau chụp hoặc can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân bệnh thận mạn. *TC Tim mạch học VN*. 2022;(100):60-66. doi:10.58354/jvc.100.2022.81
6. **Prognostic significance of renal insufficiency in patients presenting with acute coronary syndrome (the Prospective Multicenter SYCOMORE study).** *The American Journal of Cardiology*. 2004;94(12):1543-1547. doi:10.1016/j.amjcard.2004.08.035
7. **Mehran R, Nikolsky E.** Contrast-induced nephropathy: Definition, epidemiology, and patients at risk. *Kidney International*. 2006;69:S11-S15. doi:10.1038/sj.ki.5000368
8. **McCullough PA, Wolyn R, Rocher LL, Levin RN, O'Neill WW.** Acute renal failure after coronary intervention: incidence, risk factors, and relationship to mortality. *Am J Med*. 1997;103(5):368-375. doi:10.1016/s0002-9343(97)00150-2

MỐI LIÊN QUAN GIỮA SUY YẾU VÀ BIẾN CỐ XUẤT HUYẾT NỘI VIỆN TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐƯỢC CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Văn Tân^{1,2}, Đỗ Thị Hoàng Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá mối liên quan giữa suy yếu và biến cố xuất huyết nội viện ở bệnh nhân cao tuổi được can thiệp mạch vành qua da tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc ngắn hạn trên bệnh nhân ≥ 60 tuổi có chỉ định CTMVQD tại Khoa Tim mạch Cấp cứu và Can thiệp, Bệnh viện Thống Nhất (8/2024–8/2025); suy yếu đánh giá bằng thang điểm suy yếu lâm sàng (Clinical Frailty Scale – CFS), xuất huyết nội viện theo BARC (Bleeding Academic Research Consortium); số liệu phân tích bằng SPSS v27.0. **Kết quả:** Trong 305 bệnh nhân ≥ 60 tuổi can thiệp mạch vành tại Bệnh viện Thống Nhất (8/2024–8/2025), tỷ lệ xuất huyết nội viện là 16,1%. Các yếu tố liên quan độc lập gồm suy yếu (CFS ≥ 4 ; OR = 2,3; KTC 95%: 1,06–4,95; p = 0,035) và liều UFH quanh thủ thuật (OR = 1,04; KTC 95%: 1,02–1,07; p = 0,001). So với nhóm không suy yếu, nguy cơ xuất huyết tăng ở nhóm suy yếu rất nhẹ/nhẹ (OR = 2,14; KTC 95%: 1,00–4,56; p = 0,049) và cao hơn rõ rệt ở nhóm suy yếu trung bình/nặng (OR = 7,27; KTC 95%: 2,38–22,27; p < 0,001), với tỷ lệ xuất huyết tăng dần theo mức độ suy yếu (khỏe mạnh/kiểm soát tốt 9,1%; suy yếu rất nhẹ/nhẹ 17,6%; suy yếu trung bình/nặng: 42,1%). **Kết luận:** Suy yếu là yếu tố độc lập liên quan đến xuất huyết nội viện ở bệnh nhân cao tuổi được can thiệp mạch vành qua da, nhấn mạnh vai trò sàng lọc suy yếu để cá thể hóa chiến lược điều trị chống đông và giảm biến cố bất lợi. **Từ khóa:** Suy yếu, xuất huyết, can thiệp mạch vành qua da, người cao tuổi

SUMMARY

THE ASSOCIATION OF FRAILTY WITH IN-HOSPITAL BLEEDING AMONG OLDER ADULTS UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT THONG NHAT HOSPITAL

Objective: To evaluate the association between frailty and in-hospital bleeding events among older adults undergoing percutaneous coronary intervention at Thong Nhat hospital. **Subjects and Methods:** A prospective short-term cohort study enrolled patients aged ≥ 60 years undergoing percutaneous coronary intervention at the Department of Emergent and

Interventional Cardiology, Thong Nhat Hospital, from August 2024 to August 2025. Frailty status was evaluated using the Clinical Frailty Scale (CFS), while in-hospital bleeding events were categorized according to the BARC classification. Statistical analyses were conducted with SPSS software, version 27.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). **Results:** Among 305 patients enrolled between August 2024 and August 2025 at the Department of Emergent and Interventional Cardiology, Thong Nhat Hospital, the incidence of in-hospital bleeding was 16.1%. Frailty (CFS ≥ 4) and periprocedural UFH dose (IU/kg) were significantly associated with bleeding events. Frailty was independently associated with in-hospital bleeding (OR: 2.30; 95% CI: 1.06–4.95; p = 0.035). Stratified analysis demonstrated that both very mild/mild frailty (OR: 2.14; 95% CI: 1.00–4.56; p = 0.049) and moderate-to-severe frailty (OR: 7.27; 95% CI: 2.38–22.27; p < 0.001) were independent predictors compared with non-frail patients. The incidence of bleeding increased progressively with frailty severity (fit/well: 9.1%; very mild/mild: 17.6%; moderate/severe: 42.1%). Additionally, higher periprocedural UFH dose was an independent predictor of in-hospital bleeding (OR: 1.04; 95% CI: 1.02–1.07; p = 0.001). **Conclusion:** Frailty independently predicts in-hospital bleeding after PCI in older adults, emphasizing the necessity of frailty assessment to guide individualized anticoagulation strategies and improve procedural safety.

Keywords: Frailty, bleeding, percutaneous coronary intervention, elderly patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gánh nặng bệnh mạch vành ở người cao tuổi dự báo tăng mạnh đến năm 2050, đặc biệt ở nhóm ≥ 65 tuổi¹. Can thiệp mạch vành qua da (CTMVQD) là phương pháp điều trị chủ yếu trong bệnh lý mạch vành, nhưng luôn tiềm ẩn nguy cơ biến cố bất lợi, trong đó xuất huyết là biến chứng đáng lo ngại nhất vì làm kéo dài thời gian nằm viện và làm tăng tỷ lệ tử vong². Ở người cao tuổi, nguy cơ này càng cao do thành mạch kém đàn hồi, suy giảm dự trữ sinh lý, bệnh lý đi kèm phức tạp và việc phải sử dụng phối hợp thuốc chống đông cùng kháng kết tập tiểu cầu mạnh, đặc biệt với liều tải trong tình huống cấp cứu³. Khi xuất huyết xảy ra, bệnh nhân không chỉ cần truyền máu và chăm sóc tích cực mà còn phải gián đoạn điều trị, làm gia tăng nguy cơ huyết khối trong stent và hậu quả lâm sàng nặng nề hơn².

Các thang điểm đánh giá xuất huyết hiện

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hoàng Lan

Email: hoanglan020298@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

nay thường đưa yếu tố tuổi dựa trên tuổi niên đại, nhưng chưa phản ánh đầy đủ tính dễ tổn thương sinh học. Trong khi đó, suy yếu là một hội chứng lão khoa phổ biến, đặc trưng bởi sự suy giảm dự trữ sinh lý và khả năng thích ứng với stress, đã được chứng minh là yếu tố tiên lượng bất lợi trong nhiều bối cảnh tim mạch can thiệp⁴. Tuy nhiên, mối liên quan giữa suy yếu và nguy cơ xuất huyết nội viện ở bệnh nhân cao tuổi sau CTMVQD vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ tại Việt Nam.

Xuất phát từ thực tiễn này, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá mối liên quan giữa suy yếu và biến cố xuất huyết nội viện ở bệnh nhân cao tuổi được CTMVQD tại Bệnh viện Thống Nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, theo dõi dọc ngắn hạn, không có nhóm đối chứng.

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ. Chúng tôi chưa ghi nhận các nghiên cứu trên bệnh nhân cao tuổi tương tự trước đây nên quyết định lựa chọn $p = 0,5$ để đạt cỡ mẫu tối đa. Với $p = 0,5$; $\alpha = 0,05$; $d = 0,06$; chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được là 267. Thực tế, chúng tôi thu thập được 305 bệnh nhân.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, được CTMVQD trong thời gian nội viện từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025 tại khoa Tim mạch cấp cứu và can thiệp bệnh viện Thống Nhất, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân can thiệp thất bại, bệnh nhân điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết trước đó.

Định nghĩa biến số chính:

Xuất huyết nội viện: Được xác định khi thỏa tiêu chuẩn phân loại BARC (Bleeding Academic Research Consortium) từ cấp 2 trở lên, là hệ thống phân loại mức độ xuất huyết được sử dụng trong các nghiên cứu tim mạch can thiệp.

Phân loại BARC⁵:

Phân loại	Mô tả
Típ 0	Không xuất huyết
Típ 1	Xuất huyết vi thể và không khiến bệnh nhân đến khám ngoài lịch hẹn của nghiên cứu hoặc cần nhập viện hay điều trị với chuyên gia chăm sóc sức khỏe, có thể bao gồm cả những đợt bệnh nhân tự ngưng thuốc điều trị mà không tham vấn ý kiến của bác sĩ.
Típ 2	Bất kỳ xuất huyết nặng hay xuất huyết

	thấy rõ trên lâm sàng (ví dụ như xuất huyết nhiều hơn dự kiến trong một trường hợp lâm sàng nhất định, bao gồm cả xuất huyết chỉ thấy trên hình ảnh học), không phù hợp với các tiêu chuẩn của cấp 3, 4 hay 5, nhưng có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: (1) cần chuyên gia y tế can thiệp không phẫu thuật hay dùng thuốc điều trị, (2) cần nhập viện hay tăng mức độ chăm sóc, (3) cần được đánh giá.
Típ 3	
Típ 3a	Xuất huyết thấy rõ kèm giảm hemoglobin từ 3 đến $< 5\text{g/dL}$ (có bằng chứng do xuất huyết) cần truyền máu. Bất kỳ xuất huyết thấy rõ nào cần truyền máu
Típ 3b	Xuất huyết thấy rõ kèm giảm hemoglobin $\geq 5\text{g/dL}$ (có bằng chứng do xuất huyết) cần truyền máu. Chèn ép tim Xuất huyết cần can thiệp phẫu thuật để kiểm soát (ngoại trừ xuất huyết trong nha khoa, bệnh lý xoang, bệnh ngoài da, trĩ) Xuất huyết cần điều trị bằng thuốc vận mạch
Típ 3c	Xuất huyết nội sọ (ngoại trừ vi xuất huyết hay chuyển dạng xuất huyết), xuất huyết trong cột sống; Các loại xuất huyết được xác nhận qua giải phẫu tử thi, hình ảnh học hay chọc dò tủy sống Xuất huyết nội nhãn làm giảm thị lực
Típ 4	Xuất huyết liên quan đến phẫu thuật bắc cầu động mạch vành Xuất huyết nội sọ trong 48 giờ quanh phẫu thuật Tái phẫu thuật với mục đích cầm máu sau khi đã đóng xương ức Truyền ≥ 5 đơn vị máu toàn phần hay hồng cầu lắng trong vòng 48 giờ Lưu lượng dẫn lưu phổi > 2 lít trong vòng 24 giờ
Típ 5	Xuất huyết gây tử vong
Típ 5a	Xuất huyết có thể gây tử vong, không được xác nhận bằng giải phẫu tử thi hay hình ảnh học, nhưng có nghi ngờ trên lâm sàng
Típ 5b	Xuất huyết chắc chắn gây tử vong, xuất huyết trầm trọng được xác nhận bằng giải phẫu tử thi hay hình ảnh học

Suy yếu: Được đánh giá bằng thang điểm suy yếu lâm sàng CFS (1–9 điểm); bệnh nhân được xác định có suy yếu khi CFS ≥ 4 . Trong nghiên cứu, suy yếu được phân loại thành ba nhóm: không suy yếu (CFS 1–3), suy yếu rất nhẹ/nhẹ (CFS 4–5), và suy yếu trung bình/nặng (CFS ≥ 6)⁶.

Phương pháp thu thập số liệu: Nghiên cứu tiến cứu trên các bệnh nhân ≥ 60 tuổi có chỉ định CTMVQD, được tiếp cận tại khoa Tim mạch cấp cứu và can thiệp sau khi chuyển từ phòng thông tim trong giai đoạn 8/2024–8/2025. Các đối tượng được sàng lọc theo tiêu chuẩn nhận vào và loại trừ, thu thập dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng và đặc điểm thủ thuật bằng phiếu chuẩn hóa. Biến cố xuất huyết nội viện được xác định theo tiêu chuẩn BARC từ cấp 2 trở lên và theo dõi đến khi ra viện. Dữ liệu được kiểm tra chéo, làm sạch trước khi phân tích bằng phần mềm SPSS v27.0.

Xử lý số liệu: Phân tích bằng SPSS v27.0 (IBM). Biến định tính so sánh bằng kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher; biến định lượng kiểm tra phân phối, dùng t-test khi chuẩn và Mann–Whitney U khi không chuẩn. Xuất huyết nội viện (BARC từ cấp 2 trở lên) được đánh giá bằng hồi quy logistic (đơn/đa biến), báo cáo OR và KTC 95%. Khả năng phân biệt lượng giá bằng ROC cho CFS và liều UFH (AUC, KTC 95%). Tất cả kiểm định hai phía, $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân trắc, bệnh lý đồng mắc và suy yếu giữa dân số chung, nhóm có và không có xuất huyết

Đặc điểm	Chung n=305	Xuất huyết		p
		Có n=49	Không n=256	
Tuổi	70,5 $\pm$ 7,1	71,9 $\pm$ 6,9	70,2 $\pm$ 7,1	0,088
Nữ, n (%)	106 (34,8)	24 (49)	25 (51)	0,022 [†]
Chiều cao (cm) ^a	160,4 $\pm$ 8,7	160,1 $\pm$ 6,9	160,4 $\pm$ 9	0,512 [‡]
Cân nặng (kg) ^a	61,3 $\pm$ 8,6	60,1 $\pm$ 8	61,5 $\pm$ 8,7	0,208 [‡]
BMI (kg/m ² da) ^a	23,6 $\pm$ 2,9	23,4 $\pm$ 2,5	23,7 $\pm$ 2,9	0,813 [‡]
Bệnh đi kèm và tình trạng suy yếu, n (%)				
Tăng huyết áp	287 (94,1)	47 (95,9)	240 (93,8)	0,748*
Đái tháo đường típ 2	142 (46,6)	27 (55,1)	115 (44,9)	0,191 [†]
Bệnh thận mạn	61 (20)	14 (28,6)	47 (18,4)	0,102 [†]
Rung nhĩ	9 (3)	1 (2)	8 (3,1)	1,000*
Tiền căn nhồi máu cơ tim	30 (9,8)	6 (12,2)	24 (9,4)	0,599*
Tiền căn đặt stent mạch vành trước đó	68 (22,3)	10 (20,4)	58 (22,7)	0,729 [†]
Suy yếu (CFS ≥ 4)	195 (63,9)	39 (79,6)	156 (60,9)	0,013 [†]

^aTrung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn; [†]Kiểm định Chi bình phương; *Kiểm định Fisher; [‡]Kiểm định t

Nhận xét: Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 70,5 $\pm$ 7,1, không có sự khác biệt giữa hai nhóm có và không có xuất huyết. Ngoại trừ suy yếu, các đặc điểm nhân khẩu học và bệnh đồng mắc không khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm có và không có xuất huyết.

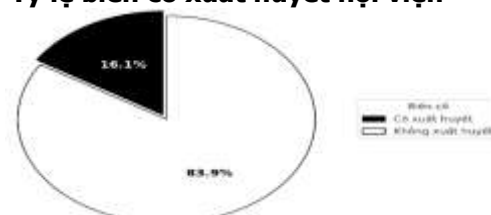
Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa dân số chung, nhóm có và không có xuất huyết

Đặc điểm	Chung n=305	Xuất huyết		p
		Có n=49	Không n=256	
Hội chứng vành cấp, n (%)	148 (48,5)	29 (59,2)	119 (46,5)	0,103 [†]
Mạch (lần/phút) ^a	75,1 $\pm$ 11,3	77,6 $\pm$ 11,5	74,6 $\pm$ 8,2	0,042 [‡]
Huyết áp tâm thu (mmHg) ^a	122,3 $\pm$ 13,4	123,8 $\pm$ 15	122 $\pm$ 13	0,524 [‡]
Huyết áp tâm trương (mmHg) ^a	74,2 $\pm$ 8,2	75,4 $\pm$ 8,7	74 $\pm$ 8,1	0,323 [‡]
Hemoglobin (g/dL) ^a	13,1 $\pm$ 1,6	12,7 $\pm$ 1,7	13,1 $\pm$ 1,5	0,222 [‡]
Hematocrit (%) ^a	39,3 $\pm$ 4,6	38,3 $\pm$ 1,7	39,5 $\pm$ 4,4	0,158 [‡]

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 1836/ HĐĐĐ- ĐHYD ngày 01 tháng 08 năm 2024, cùng Hội đồng Y đức Bệnh viện Thống Nhất số 107/2024/CN-BVTN-HĐĐĐ ngày 04/09/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ biến cố xuất huyết nội viện



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ biến cố xuất huyết nội viện ở bệnh nhân cao tuổi được can thiệp mạch vành qua da

Nghiên cứu thu nhận được 305 bệnh nhân ≥ 60 tuổi. Tỷ lệ xuất huyết nội viện là 16,1%.

Các yếu tố liên quan đến xuất huyết nội viện

Số lượng tiểu cầu (K/ μ L) ^a	236,9 $\pm$ 74,7	227,5 $\pm$ 74,3	238,7 $\pm$ 74,8	0,182 [†]
INR ^a	1,1 $\pm$ 0,1	1,1 $\pm$ 0,1	1,1 $\pm$ 0,1	0,330 [†]
aPTT (giây) ^a	30,8 $\pm$ 5,5	32 $\pm$ 7,3	30,6 $\pm$ 5,1	0,202 [†]
eGFR (ml/phút/1,73m ² da) ^a	70,6 $\pm$ 19,4	68,1 $\pm$ 21,5	71,1 $\pm$ 19	0,221 [†]

^aTrung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn; [†]Kiểm định Chi bình phương; *Kiểm định Fisher; [‡]Kiểm định t

Nhận xét: Tần số mạch có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không có xuất huyết ($p = 0,042$) trong khi các yếu tố lâm sàng và chỉ số xét nghiệm sinh hóa, huyết học không có sự khác biệt.

Bảng 3.3. Đặc điểm quá trình thủ thuật giữa dân số chung, nhóm có và không có xuất huyết

Đặc điểm	Chung n=305	Xuất huyết		p
		Có n=49	Không n=256	
Chụp mạch vành cấp cứu hoặc sớm, n (%)	72 (23,6)	17 (23,6)	55 (21,5)	0,046 [†]
Dùng ticagrelor trước thủ thuật, n (%)	69 (22,6)	14 (28,6)	55 (21,5)	0,277 [†]
Tiếp cận qua đường động mạch đùi, n (%)	74 (24,3)	19 (25,7)	55 (13,7)	0,010 [†]
Bệnh thân chung, n (%)	68 (22,3)	8 (16,3)	60 (23,4)	0,273 [†]
Bệnh nhiều nhánh, n (%)	254 (83,3)	44 (89,8)	210 (82,7)	0,182 [†]
Tổn thương tái hẹp trong stent, n (%)	38 (12,5)	3 (6,1)	35 (13,7)	0,143 [†]
Tổn thương vôi hóa, n (%)	41 (13,4)	8 (16,3)	33 (12,9)	0,518 [†]
Tổn thương tắc hoàn toàn mạn tính, n (%)	27 (8,9)	6 (12,2)	21 (8,2)	0,408 [†]
Liều UFH quanh thủ thuật (IU/kg) ^a	100 $\pm$ 12,3	106,7 $\pm$ 13,1	98,7 $\pm$ 11,7	<0,001 [‡]
Giá trị ACT sau bolus UFH (giây) ^a	307,2 $\pm$ 51,4	308,5 $\pm$ 48,5	306,9 $\pm$ 52,1	0,858 [†]
Thời gian thủ thuật (phút) ^a	59,6 $\pm$ 30,7	52,2 $\pm$ 24,1	61 $\pm$ 31,6	0,054 [†]
Can thiệp đặt bóng phủ thuốc	28 (9,2)	2 (7,1)	26 (10,2)	0,177 [†]
Can thiệp đặt stent phủ thuốc	293 (96,1)	49 (100)	244 (95,3)	0,226 [†]

^aTrung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn; [†]Kiểm định Chi bình phương; *Kiểm định Fisher; [‡]Kiểm định t

Nhận xét: Nhóm xuất huyết có tỷ lệ chụp mạch cấp cứu/sớm và liều UFH quanh thủ thuật cao hơn có ý nghĩa thống kê, trong khi các đặc điểm thủ thuật khác không khác biệt giữa hai nhóm.

Bảng 3.4. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan đến biến cố xuất huyết nội viện ở bệnh nhân cao tuổi được can thiệp mạch vành qua da

	Hồi quy logistic đơn biến OR (KTC 95%)	p	Hồi quy logistic đa biến OR (KTC 95%)	p
Tuổi	1,03 (0,99 – 1,08)	0,126	-	
Giới nữ	2,04 (1,1 – 3,78)	0,024	1,39 (0,71 – 2,71)	0,339
Đái tháo đường típ 2	1,51 (0,81 – 2,78)	0,192	-	
Bệnh thận mạn	1,78 (0,89 – 3,57)	0,105	-	
Suy yếu (CFS $\geq$ 4)	2,5 (1,19 – 5,23)	0,015	2,3 (1,06 – 4,95)	0,035
Hội chứng vành cấp	1,67 (0,9 – 3,1)	0,105	-	
Mạch (lần/phút)	1,02 (1-1,05)	0,098	-	
Hct (%)	0,94 (0,88 – 1)	0,090	-	
Số lượng tiểu cầu (K/ μ L)	1 (0,99 – 1)	0,334	-	
Chụp mạch vành cấp cứu hoặc sớm	1,94 (1 – 3,76)	0,049	1,7 (0,85 – 3,47)	0,136
Thủ thuật qua đường động mạch đùi	2,32 (1,21 – 4,42)	0,011	1,97 (1 – 3,91)	0,051
Tổn thương tái hẹp trong stent	0,41 (0,12 – 1,4)	0,154	-	
Bệnh mạch vành nhiều nhánh	1,93 (0,73 – 5,13)	0,189	-	
Thời gian can thiệp (phút)	1 (0,98 – 1)	0,064	-	
Liều UFH quanh thủ thuật (/1 IU/kg)	1,05 (1,02 – 1,07)	<0,001	1,04 (1,02 – 1,07)	0,001

Nhận xét: Suy yếu (CFS $\geq$ 4) và liều UFH quanh thủ thuật (IU/kg) là hai yếu tố độc lập liên quan đến xuất huyết nội viện.

Bảng 3.5. Sự khác biệt về biến cố xuất huyết giữa các mức độ suy yếu

	Không suy yếu (CFS 1-3) n=110	Suy yếu rất nhẹ/nhẹ (CFS 4-5) n=176	Suy yếu trung bình/nặng (CFS $\geq$ 6) n=19	p
Xuất huyết, n (%)	10 (9,1)	31 (17,6)	8 (42,1)	<0,001 [†]

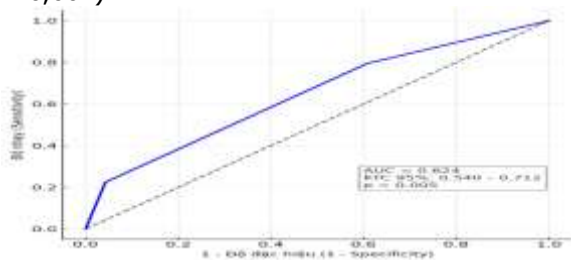
[†]Kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Tỷ lệ xuất huyết tăng dần theo mức độ suy yếu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Bảng 3.6. Phân tích hồi quy logistic về mối liên quan giữa các mức độ suy yếu và biến cố xuất huyết nội viện

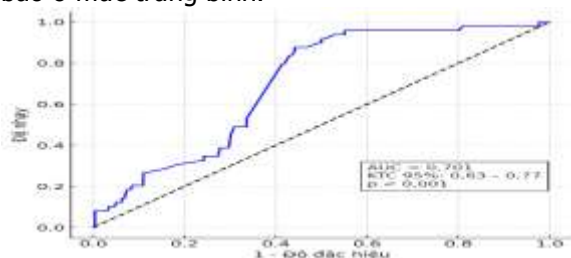
	OR (KTC 95%)	p
Suy yếu rất nhẹ/nhẹ (CFS 4-5) so với không suy yếu (CFS 1-3)	2,14 (1 – 4,56)	0,049
Suy yếu trung bình/ nặng (CFS ≥ 6) so với không suy yếu (CFS 1-3)	7,27 (2,38 – 22,27)	<0,001

Nhận xét: So với nhóm không suy yếu, nguy cơ xuất huyết nội viện cao gấp 2,14 lần ở nhóm suy yếu rất nhẹ/nhẹ ($p = 0,049$) và cao gấp 7,27 lần ở nhóm suy yếu trung bình/nặng ($p < 0,001$).



Hình 3.1. Đường cong ROC trong dự đoán biến cố xuất huyết nội viện theo mức độ suy yếu

Nhận xét: Mức độ suy yếu dự đoán biến cố xuất huyết nội viện với AUC = 0,624 (KTC 95%: 0,540 – 0,712; $p = 0,005$), cho thấy giá trị dự báo ở mức trung bình.



Hình 3.2. Đường cong ROC trong dự đoán biến cố xuất huyết nội viện theo liều heparin không phân đoạn (IU/kg)

Nhận xét: Liều heparin không phân đoạn (IU/kg) dự đoán biến cố xuất huyết nội viện với AUC = 0,701 (KTC 95%: 0,63 – 0,77; $p < 0,001$), tương ứng với mức độ dự báo trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thu thập 305 bệnh nhân ≥ 60 tuổi, với độ tuổi trung bình $70,5 \pm 7,1$. Tỷ lệ xuất huyết nội viện là 16,1%. Nguy cơ xuất huyết tăng theo mức độ suy yếu có ý nghĩa thống kê, và liều UFH quanh thủ thuật cũng là yếu tố độc lập liên quan đến biến cố này.

Mối liên quan giữa mức độ suy yếu và biến cố xuất huyết nội viện ở bệnh nhân cao tuổi được can thiệp mạch vành qua da

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy suy yếu

(CFS ≥ 4) là yếu tố liên quan độc lập với biến cố xuất huyết nội viện ở bệnh nhân cao tuổi can thiệp mạch vành qua da (OR = 2,3; KTC 95%: 1,06–4,95; $p = 0,035$). Phân tích phân tầng theo mức độ cho thấy, so với nhóm không suy yếu (CFS 1–3), nguy cơ xuất huyết tăng gấp 2,14 lần (KTC 95%: 1,00–4,56; $p = 0,049$) ở nhóm suy yếu rất nhẹ/nhẹ (CFS 4–5) và gấp 7,27 lần (KTC 95%: 2,38–22,27; $p < 0,001$) ở nhóm suy yếu trung bình/nặng (CFS ≥ 6). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Dodson JA và cộng sự (2018) trên 129.330 bệnh nhân hội chứng vành cấp ≥ 65 tuổi, trong đó có 106.687 trường hợp được can thiệp xâm lấn⁷. Tác giả ghi nhận tỷ lệ xuất huyết nội viện tăng dần theo mức độ suy yếu; so với nhóm không suy yếu, nguy cơ xuất huyết cao hơn ở nhóm suy yếu rất nhẹ/nhẹ (OR hiệu chỉnh 1,33; KTC 95%: 1,23–1,44) và nhóm suy yếu vừa–nặng (OR hiệu chỉnh 1,40; KTC 95%: 1,24–1,58)⁷. Tương tự, Wang và cộng sự (2024) trên 739.693 bệnh nhân cao tuổi được can thiệp mạch vành qua da cũng cho thấy suy yếu làm tăng nguy cơ xuất huyết nặng (HR 4,60; KTC 95%: 2,89–7,32)⁴. Những phát hiện này có thể được giải thích bởi sự suy giảm dự trữ sinh lý, rối loạn cân bằng nội môi, thay đổi hệ cầm máu, biến đổi dược động học – dược lực học và tác động cộng hưởng của đa bệnh lý, đa thuốc³. Ngoài ra, bản thân tuổi cao cũng là yếu tố nguy cơ độc lập làm gia tăng xuất huyết khi sử dụng thuốc chống đông ở liều điều trị³.

Mối liên quan giữa liều heparin không phân đoạn trong suốt quá trình thủ thuật và biến cố xuất huyết nội viện. Liều UFH quanh thủ thuật liên quan độc lập với xuất huyết nội viện (OR 1,04; KTC 95%: 1,02–1,07; $p = 0,001$). Phát hiện này nhất quán với nghiên cứu ISAR-REACT 3⁸ và CRUSADE⁹, cho thấy dùng liều UFH cao làm tăng rõ rệt biến cố xuất huyết mà không cải thiện tương xứng các biến cố thiếu máu cục bộ; hiệu ứng này thể hiện mối quan hệ liều–đáp ứng và nổi bật hơn ở người cao tuổi, nữ giới, và nhẹ cân⁹. Do đó, thực hành lâm sàng cần tuân thủ khuyến cáo, ưu tiên hiệu chỉnh liều theo cân nặng và đặc điểm lão khoa, đồng thời theo dõi sát mức chống đông để đạt cân bằng tối ưu giữa hiệu quả và an toàn.

V. KẾT LUẬN

Suy yếu là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ xuất huyết nội viện sau can thiệp mạch vành qua da ở người cao tuổi, với nguy cơ tăng theo mức độ. Kết quả ủng hộ sàng lọc lão khoa để cá thể hóa chống đông; liều heparin không phân đoạn quanh thủ thuật cũng liên quan độc lập, cần hiệu chỉnh theo cân nặng và đặc điểm lão khoa, kèm theo theo dõi sát. Cần thêm nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn và theo dõi dài hạn để củng cố kết quả này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shi H, Xia Y, Cheng Y, et al. Global burden of ischaemic heart disease from 2022 to 2050: projections of incidence, prevalence, deaths, and disability-adjusted life years. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes* 2025;11(4):355–66.
2. Chhatrwalla AK, Amin AP, Kennedy KF, et al. Association Between Bleeding Events and In-hospital Mortality After Percutaneous Coronary Intervention. *JAMA* 2013;309(10):1022.
3. Schulman S, Beyth RJ, Kearon C, Levine MN. Hemorrhagic Complications of Anticoagulant and Thrombolytic Treatment. *Chest* 2008;133(6):257S-298S.
4. Wang S-S, Liu W-H. Impact of frailty on outcomes of elderly patients undergoing percutaneous coronary intervention: A systematic review and meta-analysis. *World J Clin Cases* 2024;12(1):107–18.
5. Mehran R, Rao SV, Bhatt DL, et al. Standardized Bleeding Definitions for Cardiovascular Clinical Trials: A Consensus Report From the Bleeding Academic Research Consortium. *Circulation* 2011;123(23):2736–47.
6. Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J* 2020;23(3):254–9.
7. Dodson JA, Hochman JS, Roe MT, et al. The Association of Frailty With In-Hospital Bleeding Among Older Adults With Acute Myocardial Infarction. *JACC: Cardiovascular Interventions* 2018;11(22):2287–96.
8. Schulz S, Mehilli J, Neumann F-J, et al. ISAR-REACT 3A: a study of reduced dose of unfractionated heparin in biomarker negative patients undergoing percutaneous coronary intervention. *European Heart Journal* 2010;31(20):2482–91.
9. Melloni C, Alexander KP, Chen AY, et al. Unfractionated heparin dosing and risk of major bleeding in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *American Heart Journal* 2008;156(2):209–15.

TÌNH TRẠNG SARCOPENIA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2025

Bùi Thị Trà Vi¹, Nguyễn Thùy Linh^{1,2}, Đinh Yến Ngọc³,
Tạ Thanh Nga¹, Nguyễn Hà Phương Vy²

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 210 bệnh nhân điều trị nội khoa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2025 nhằm xác định tình trạng sarcopenia và phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh. Sarcopenia được chẩn đoán theo tiêu chuẩn AWGS 2019, bao gồm đánh giá sức mạnh cơ, khối lượng cơ và chức năng vận động. Các yếu tố liên quan được khảo sát gồm tuổi, giới, số bệnh lý kèm theo và tình trạng dinh dưỡng (đánh giá bằng GLIM, MNA và SGA). Kết quả cho thấy có 22,4% người bệnh có nguy cơ sarcopenia khi sàng lọc bằng bộ công cụ SARC – Cal. Tỷ lệ sarcopenia chẩn đoán theo AWGS 2019 là 54,8%. Tuổi ≥ 60 là yếu tố nguy cơ độc lập (OR = 4,0;

$p < 0,001$). Suy dinh dưỡng theo GLIM và SGA có liên quan chặt chẽ với sarcopenia (OR lần lượt là 6,0 và 4,4). Các thành phần chẩn đoán như lực bóp tay, ASMI và chức năng vận động đều suy giảm đáng kể. Như vậy, sarcopenia phổ biến ở bệnh nhân nội khoa và có liên quan đến nhiều yếu tố, đặc biệt là tuổi cao và suy dinh dưỡng. Việc sàng lọc và can thiệp sớm là cần thiết để cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống cho người bệnh. **Từ khóa:** Sarcopenia, tình trạng dinh dưỡng, suy dinh dưỡng, nội khoa

SUMMARY

PREVALENCE OF SARCOPENIA AND ASSOCIATED FACTORS IN INTERNAL MEDICINE PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2025

A cross-sectional study was conducted on 210 patients receiving internal medicine treatment at Hanoi Medical University Hospital in 2025 to determine the prevalence of sarcopenia and analyze associated factors. Sarcopenia was diagnosed based on the Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) 2019 criteria, which include assessments of muscle strength, muscle mass, and physical performance. Investigated factors comprised age, sex, number of comorbidities, and

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Đào tạo Y học Dự phòng và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Linh

Email: linhngthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

nutritional status, evaluated using the GLIM, MNA, and SGA tools. The findings revealed that 22.4% of patients were at risk of sarcopenia according to the SARC-Cal screening tool. The prevalence of sarcopenia diagnosed by AWGS 2019 criteria was 54.8%. Age ≥ 60 years was identified as an independent risk factor (OR = 4.0; $p < 0.001$). Malnutrition, as assessed by GLIM and SGA, was strongly associated with sarcopenia, with odds ratios of 6.0 and 4.4, respectively. Diagnostic components such as handgrip strength, appendicular skeletal muscle mass index (ASMI), and physical performance were significantly impaired. These results indicate that sarcopenia is prevalent among internal medicine patients and is associated with multiple factors, particularly advanced age and malnutrition. Early screening and intervention are essential to improve functional outcomes and quality of life in affected individuals

Keywords: Sarcopenia, nutritional status, malnutrition, internal medicine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcopenia là một hội chứng đặc trưng bởi sự suy giảm khối lượng cơ, sức mạnh cơ và chức năng vận động, làm tăng nguy cơ té ngã, gãy xương, suy giảm chức năng, tăng thời gian nằm viện và tử vong ở người cao tuổi. Theo định nghĩa của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á (AWGS), chẩn đoán Sarcopenia dựa trên 3 tiêu chí: Khối lượng cơ xương chi thấp (ASM), giảm sức mạnh cơ (thường đánh giá qua lực bóp cánh tay) và chức năng vận động suy giảm [1]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, trong thực hành lâm sàng, việc sàng lọc và chẩn đoán sarcopenia vẫn chưa được triển khai rộng rãi.

Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của người bệnh đóng vai trò trung tâm trong cơ chế bệnh sinh và tiến triển của Sarcopenia. Suy dinh dưỡng (SDD) đặc biệt là SDD thiếu protein làm giảm tổng hợp protein của cơ thể, thúc đẩy quá trình dị hóa, viêm mãn tính từ đó dẫn đến mất cơ. Một số nghiên cứu gần đây đã chỉ ra mối quan hệ giữa sarcopenia và các chỉ số dinh dưỡng như albumin huyết thanh, chỉ số tiền lượng dinh dưỡng (PNI), và điểm MNA-SF. Nghiên cứu của Liu và cộng sự năm 2024 cho thấy sarcopenia có liên quan chặt chẽ với SDD, BMI thấp và chỉ số bệnh đi kèm Charlson (CCI) [2]. Nghiên cứu của Maccarone và cộng sự trên 247 bệnh nhân cao tuổi cho thấy, tỷ lệ sarcopenia chiếm 46,1% trong đó có 10,1% chẩn đoán mức độ nặng. Bệnh nhân chẩn đoán sarcopenia có điểm MNA thấp hơn rõ rệt [3]. Tổng quan hệ thống và phân tích gộp trên 11 nghiên cứu cho thấy, các chế độ ăn lành mạnh giúp giảm nguy cơ sarcopenia 24%.

Việc hiểu rõ tình trạng sarcopenia và mối liên quan đến TTDD giúp cung cấp những số liệu, cơ

sở quan trọng trong công tác lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh cũng như nâng cao hiệu quả điều trị. Với mục tiêu cải thiện TTDD cho người trưởng thành điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đề tài "Tình trạng Sarcopenia và một số yếu tố liên quan ở người bệnh điều trị nội khoa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2025" được tiến hành với 2 mục tiêu: *Mô tả tình trạng sarcopenia ở người bệnh điều trị nội khoa; Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng Sarcopenia ở người bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh trưởng thành điều trị nội khoa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh từ 20 tuổi trở lên.
- Người bệnh được điều trị nội khoa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
- Có thể đứng để cân đo các chỉ số nhân trắc
- Người bệnh được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.
- Không bị rối loạn nhận thức.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh đang trong tình trạng nặng
- Người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn
- Người bệnh có phù, cổ trướng

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa điều trị Nội tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội: Khoa Nội tiêu hóa, Khoa Nội tiết, Khoa Nội thần kinh, Khoa Bệnh nhiệt đới và can thiệp giảm hại.

Thời gian thực hiện nghiên cứu: Từ tháng 1/2025 đến tháng 10/2025

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu

p: tỷ lệ người bệnh cao tuổi có nguy cơ bị SDD theo GLIM, lấy từ nghiên cứu trước [4] là $p = 0,2566$; ε : giá trị tương đối = 0,2

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,1$. Khi đó, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,645$. Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 197$, thực tế thu thập được 210 người bệnh

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia được tuyển chọn vào nghiên cứu

2.6. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu.

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, trình độ học vấn, xếp loại kinh tế, nơi ở, dân tộc, tình trạng bệnh lý và tình trạng sử dụng thuốc.

Các biến số, chỉ số để đánh giá TTDD của đối tượng nghiên cứu

- Chỉ số nhân trắc: các chỉ số nhân trắc học bao gồm: Cân nặng (kg), chiều cao (cm), chỉ số khối cơ thể (BMI), chu vi vòng eo (cm), tỷ lệ eo-hông, chu vi vòng cánh tay, bề dày lớp mỡ dưới da cơ tam đầu cánh tay tại thời điểm nhập viện.

- Đo thành phần cơ thể bằng máy Inbody 770: khối lượng protein cơ thể (kg), khối lượng khoáng chất (kg), khối lượng cơ xương (SMM) (kg), tỷ lệ mỡ cơ thể (FM) (%), khối lượng cơ xương trên cân nặng (SMM/W) (%), khối lượng cơ xương chi dưới điều chỉnh theo chiều cao hoặc chỉ số cơ xương (ASM/ht² hoặc SMI) (kg/m²).

- Sàng lọc, đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng theo MNA, SGA. Chẩn đoán suy dinh dưỡng theo GLIM tại thời điểm nhập viện.

- Sarcopenia được sàng lọc với tổng điểm SARC-Cal ≥ 4 . Chẩn đoán sarcopenia theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 (Asian Working Group for Sarcopenia – AWGS)

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi, đánh giá TTDD bằng các chỉ tiêu nhân trắc, đo thành phần cơ thể bằng máy Inbody 770 và một số chỉ số xét nghiệm của người bệnh:

+ Phòng vấn thu thập thông tin của đối tượng nghiên cứu như: tuổi, giới, trình độ học vấn, nơi ở, một số thông tin liên quan đến bệnh tật và sàng lọc nguy cơ SDD theo bộ công cụ MNA, SGA phân loại nguy cơ dinh dưỡng theo GLIM.

+ Đo các chỉ số nhân trắc: chiều cao, cân nặng, BMI

+ Đo thành phần cơ thể gồm: khối lượng protein cơ thể (kg), khối lượng khoáng chất (kg), khối lượng cơ xương (SMM) (kg), tỷ lệ mỡ cơ thể (FM) (%), khối lượng cơ xương trên cân nặng (SMM/W) (%), khối lượng cơ xương chi dưới điều chỉnh theo chiều cao hoặc chỉ số cơ xương (ASM/ht² hoặc SMI) (kg/m²).

+ Đánh giá, phân loại tình trạng suy mòn cơ Sarcopenia : SARC-Cal, Sức mạnh cơ (Đo bằng Handgrip), test đi bộ, đo khối cơ bằng máy Inbody

+ Thống kê kết quả xét nghiệm công thức máu và sinh hoá theo bệnh án: hemoglobin, albumin, protein, prealbumin... để đánh giá TTDD theo chỉ số hoá sinh và huyết học.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epi-info với các tệp Check để hạn chế sai số. Phần

mềm Stata 15.0 được sử dụng trong xử lý và phân tích số liệu. Phân tích thống kê mô tả và thống kê phân tích được áp dụng. Các thuật toán như khi bình phương, Mann Whitney, Kruskal-Wallis được áp dụng để so sánh giữa các nhóm với mức xác suất 0,05.

2.9. Đạo đức nghiên cứu. Người bệnh được giải thích nội dung, mục đích nghiên cứu rõ ràng. Các đối tượng tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện và có quyền từ bỏ tham gia. Các thông tin về đối tượng được giữ bí mật và chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu, đem lại lợi ích cho người bệnh. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội số 1776/GCN-HMUIBR.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học	Số lượng (n=210)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình X $\pm$ SD (Min – Max)	54,2 $\pm$ 16,1 (17 – 95)	
Nhóm tuổi		
<60 tuổi	109	51,9
60–79 tuổi	96	45,7
≥ 80 tuổi	5	2,4
Giới tính		
Nam	121	57,6
Nữ	89	42,4
Bệnh lý kèm theo		
THA	60	28,6
Bệnh lý tim mạch khác	13	6,2
ĐTĐ	48	22,9
Suy thận	10	4,8
COPD	3	1,4
Ung thư	6	2,9
Bệnh khác	49	23,3
Số bệnh X $\pm$ SD (Min – Max)	1,3 $\pm$ 0,8 (1 – 6)	

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 54,2 $\pm$ 16,1 tuổi. Nhóm người bệnh dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,9%, trong khi chỉ có 5 bệnh nhân trên 80 tuổi, chiếm 2,4%. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 57,6%. Tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 bệnh lý kèm theo phổ biến nhất.

Bảng 2. Sàng lọc và chẩn đoán sarcopenia ở đối tượng nghiên cứu

	Số lượng (n=210)	Tỷ lệ (%)
Có nguy cơ Sarcopenia theo công cụ SARC-Cal	47	22,4
Có giảm sức mạnh cơ	114	54,3
Lực bóp cánh tay	22,7 $\pm$ 7,8	

X $\pm$ SD (Min – Max)	(0 – 43,3)	
Có giảm khối lượng cơ đánh giá qua ASMI	125	59,5
ASMI (kg/m ²)	6,3 $\pm$ 1,0	
X $\pm$ SD (Min – Max)	(3,9 – 10,2)	
Có giảm chức năng vận động	103	49,0
Chẩn đoán Sarcopenia theo AWGA 2019	115	54,8

Bảng 2 trình bày kết quả sàng lọc và đánh giá các thành phần chẩn đoán Sarcopenia theo

tiêu chuẩn AWGS 2019. Có 22,4% người bệnh có nguy cơ sarcopenia khi sàng lọc bằng bộ công cụ SARC-Cal. Khi đánh giá bằng tiêu chuẩn AWGS 2019, có 54,8% người bệnh được chẩn đoán Sarcopenia với tỷ lệ giảm sức mạnh cơ là 54,3%, giảm khối lượng cơ là 59,5% và 49% người bệnh có giảm chức năng vận động. Lực bóp cánh tay trung bình là 22,7 kg. Khối lượng cơ xương chi trung bình là 6,3 kg/m²

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n=210)	Nam (n=121)	Nữ (n=89)
Cân nặng (X $\pm$ SD)	54,7 $\pm$ 9,4	56,9 $\pm$ 9,0	51,6 $\pm$ 9,1
Chiều cao (X $\pm$ SD)	1,60 $\pm$ 0,08	1,64 $\pm$ 0,06	1,54 $\pm$ 0,07
Suy dinh dưỡng theo GLIM (n=210)	82 (39,1)	52 (43,0)	30 (33,7)
Suy dinh dưỡng theo MNA (n=100)	57 (57,0)	38 (61,3)	19 (50,0)
Suy dinh dưỡng theo SGA (n=110)	33 (30,0)	20 (33,9)	13 (25,5)

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho thấy, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo tiêu chí GLIM là 39,1%, cao hơn ở nam giới. Đánh giá bằng bộ công cụ MNA và SGA cũng cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nam cao hơn, lần lượt là 61,3% và 33,9%. Những kết quả này cho thấy, tình trạng suy dinh dưỡng khá phổ biến trong nhóm bệnh nhân điều trị bệnh lý nội khoa.

Bảng 4. Mối liên quan giữa Sarcopenia thông tin chung của người bệnh

Đặc điểm		Sarcopenia theo AWGS 2019		OR (95% CI)	P
		Có (n=115)	Không (n=95)		
Phân loại tuổi	≥ 60 tuổi	72 (62,6)	28 (29,5)	4,0 (2,2 – 7,2)	0,000
	<60 tuổi	43 (37,4)	67 (70,5)		
Giới	Nữ (n=89)	43 (37,4)	46 (48,4)	0,6 (0,4 – 1,1)	0,107
	Nam (n=121)	72 (62,6)	49 (51,6)		
Số bệnh kèm theo	≥ 3	10 (8,7)	6 (6,3)	1,4 (0,5 – 4,0)	0,518
	<3	105 (91,3)	89 (93,7)		

Bảng 4 trình bày mối liên quan giữa một số đặc điểm nhân khẩu học và bệnh lý với tình trạng sarcopenia theo tiêu chuẩn AWGS 2019. Kết quả cho thấy nhóm người bệnh cao tuổi (≥ 60 tuổi) có liên quan chặt chẽ với nguy cơ sarcopenia, với OR = 4,0 (95% CI: 2,2–7,2; p <

0,001). Giới tính nữ và số bệnh kèm theo ≥ 3 không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sarcopenia (p > 0,05). Điều này cho thấy tuổi cao là yếu tố nguy cơ độc lập, trong khi giới tính và đa bệnh lý chưa chứng minh được ảnh hưởng rõ rệt trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 5. Mối liên quan giữa Sarcopenia và tình trạng dinh dưỡng của người bệnh

Đặc điểm		Sarcopenia theo AWGS 2019		OR (95% CI)	P
		Có (n=115)	Không (n=95)		
Cân nặng		52,1 $\pm$ 8,7	57,7 $\pm$ 9,3	-	0,000
Chiều cao		1,59 $\pm$ 0,07	1,61 $\pm$ 0,08	-	0,0749
Suy dinh dưỡng theo GLIM (n=210)	Có (n = 82)	65 (56,5)	17 (17,9)	6,0 (3,1 – 11,3)	0,000
	Không (n = 128)	50 (43,5)	78 (82,1)		
Suy dinh dưỡng theo MNA (n=100)	Có (n = 57)	45 (62,5)	12 (42,9)	2,22 (0,9 – 5,4)	0,075
	Không (n = 43)	27 (37,5)	16 (57,1)		
Suy dinh dưỡng theo SGA (n=110)	Có (n = 33)	21 (48,8)	12 (17,9)	4,4 (1,8 – 10,4)	0,001
	Không (n = 77)	22 (51,2)	55 (82,1)		

Người bệnh có sarcopenia có cân nặng trung bình thấp hơn đáng kể so với nhóm không sarcopenia (52,1 $\pm$ 8,7 kg so với 57,7 $\pm$ 9,3 kg; p < 0,001). Suy dinh dưỡng theo tiêu chí GLIM có liên quan chặt chẽ với sarcopenia (OR = 6,0; 95% CI: 3,1–11,3; p < 0,001), trong khi đánh

giá bằng SGA cũng cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê (OR = 4,4; p = 0,001).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng sarcopenia ở người bệnh điều trị Nội khoa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả cho thấy, tỷ

lệ sarcopenia trong nghiên cứu là 54,8%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện lão khoa trung ương năm 2020 sử dụng tiêu chuẩn AWGS 2019. Nghiên cứu của Phùng Thị Lê Phương năm 2022 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho kết quả cao hơn với 67,5% [5]. Những kết quả này cho thấy, sarcopenia là vấn đề phổ biến ở người bệnh điều trị nội khoa, đặc biệt trong nhóm người bệnh cao tuổi. Khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới, nghiên cứu của Shafiee cho kết quả từ 10 – 40%. Nghiên cứu của Wu và cộng sự năm 2025 cho thấy tỷ lệ sarcopenia ở nhóm người trưởng thành có nguy cơ dinh dưỡng cao là 38,2% [6]. Tuy nhiên, những nghiên cứu quốc tế này chủ yếu ở cộng đồng. Điều này khẳng định Sarcopenia phổ biến hơn ở bệnh nhân nội khoa, đặc biệt khi cho bệnh lý mãn tính và suy dinh dưỡng.

Trong nghiên cứu, bộ công cụ sàng lọc SARC – Cal được sử dụng nhằm phát hiện nguy cơ sarcopenia ban đầu trước khi đánh giá. Kết quả cho thấy, chỉ có 22,4% người bệnh có nguy cơ qua sàng lọc. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với kết quả qua đánh giá đầy đủ theo tiêu chuẩn AWGS 2019. Nghiên cứu của Phạm Thị Kiều Chinh 2025 cũng ghi nhận tỷ lệ nguy cơ theo SARC – Cal là 49,1%, thấp hơn so với tỷ lệ chẩn đoán theo AWGS 61,2% [7]. Điều này cho thấy, SARC-Cal phù hợp để sàng lọc ban đầu trong cộng đồng nhưng có thể bỏ sót tỷ lệ lớn người bệnh sarcopeni, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân nội khoa có biểu hiện lâm sàng không rõ ràng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi ≥ 60 là yếu tố nguy cơ độc lập của sarcopenia, với OR = 4,0 (95% CI: 2,2–7,2; $p < 0,001$). Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của sarcopenia, vốn liên quan đến quá trình lão hóa, giảm tổng hợp protein cơ, thay đổi nội tiết và tăng viêm mạn tính. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Mitcheek, trong đó tuổi cao là yếu tố nguy cơ mạnh nhất của sarcopenia. Tỷ lệ sarcopenia không có sự khác biệt giữa hai giới trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Papadopoulou cho thấy nam giới có nguy cơ cao hơn do khối lượng cơ ban đầu lớn hơn và tốc độ mất cơ nhanh hơn theo tuổi [8]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022 lại cho thấy tỷ lệ mắc sarcopenia cao hơn ở nữ giới do tốc độ già hóa nhanh hơn [5].

Bệnh nhân có sarcopenia có cân nặng trung bình thấp hơn đáng kể so với nhóm không sarcopenia ($52,1 \pm 8,7$ kg so với $57,7 \pm 9,3$ kg; $p < 0,001$). Chiều cao không có sự khác biệt rõ rệt ($p = 0,0749$). Điều này cho thấy cân nặng thấp có thể phản ánh mất khối lượng cơ và mô

nạc, đặc biệt ở người cao tuổi. Tuy nhiên, cần phân biệt với giảm cân do bệnh lý mạn tính hoặc ung thư.

Nghiên cứu sử dụng ba công cụ đánh giá TTDD: GLIM, MNA và SGA. Kết quả cho thấy SDD theo GLIM có liên quan chặt chẽ với sarcopenia (OR = 6,0; 95% CI: 3,1–11,3; $p < 0,001$), trong khi SGA cũng cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê (OR = 4,4; $p = 0,001$). MNA có xu hướng liên quan nhưng chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê ($p = 0,075$). Điều này cho thấy GLIM là công cụ nhạy hơn trong phát hiện SDD liên quan đến sarcopenia, đặc biệt khi kết hợp các tiêu chí về giảm khối lượng cơ và viêm mạn tính. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Maccarone et al. (2023), trong đó điểm MNA thấp có liên quan đến tỷ lệ sarcopenia cao hơn ở bệnh nhân ≥ 65 tuổi.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sarcopenia ở người bệnh trong nghiên cứu là 54,8%, phản ánh mức độ phổ biến cao của hội chứng này trong môi trường bệnh viện. Tuổi ≥ 60 là yếu tố nguy cơ độc lập, trong khi giới tính và số bệnh lý kèm theo chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê. TTDD đóng vai trò quan trọng, đặc biệt khi đánh giá bằng tiêu chí GLIM và SGA, với nguy cơ sarcopenia tăng gấp 4–6 lần ở nhóm SDD. Các thành phần chẩn đoán sarcopenia như sức mạnh cơ, khối lượng cơ và chức năng vận động đều có tỷ lệ suy giảm cao, cho thấy ảnh hưởng toàn diện của hội chứng này đến người bệnh. Kết quả nghiên cứu góp phần khẳng định mối liên hệ chặt chẽ giữa sarcopenia và TTDD, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của việc sàng lọc sớm, đánh giá toàn diện và can thiệp dinh dưỡng phù hợp nhằm cải thiện chức năng, giảm biến chứng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen LK, Woo J, Assantachai P, et al.** Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(3):300–307.e2.
2. **Liu Y, et al.** Sarcopenia and malnutrition in older adults: a retrospective and Mendelian randomization study. *BMC Geriatrics.* 2024;24:5341
3. **Maccarone M, et al.** Sarcopenia and nutritional status in older adults: a cross-sectional study. *Front Endocrinol.* 2023;14:1194676
4. **Thanh VT, Tâm NN, Lực TV.** Thực trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi tại bệnh viện lão khoa trung ương. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;533(1). doi:10.51298/vmj.v533i1.7766
5. **Phung Thi Le Phuong, Le Thi Huong.** Sarcopenia and nutrition status in elderly

- inpatients. Vietnam Journal of Medicine. 2022; 519(2), 270-278
6. **Wu Q, et al.** Prognostic nutritional index, sarcopenia, and risk of mortality. Nutr Metab. 2025;22:106.
 7. **Phạm TKC, Trần KT, Phạm TD, và c.s.** Nutritional status and prevalence of sarcopenia using the different classification scales among the elderly in a rural commune in thái bình province. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2025; 21(2E): 118-126. doi:10.56283/1859-0381/891
 8. **Papadopoulou SK.** Sarcopenia: A Contemporary Health Problem among Older Adult Populations. Nutrients. 2020;12(5):42-56. doi:10.3390/nu12051293

NHẬN XÉT TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN MAGIE VÀ PHOSPHO MÁU TRÊN BỆNH NHÂN LỌC MÁU TĨNH MẠCH – TĨNH MẠCH LIÊN TỤC

Trần Hoài Linh¹, Nguyễn Thị Bảo Liên¹, Lê Thị Nhài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực hiện nhằm nhận xét tình trạng rối loạn Magie và Phospho máu trên bệnh nhân lọc máu tĩnh mạch – tĩnh mạch liên tục. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 29 bệnh nhân được thực hiện lọc máu tĩnh mạch – tĩnh mạch liên tục tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/02/2025 – tháng 01/10/2025. **Kết quả:** Trong 29 bệnh nhân tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ : 3/1, tuổi trung bình tương đối cao : $70,6 \pm 11,0$ độ tuổi phổ biến là 60 – 79 tuổi với 72,4%, ổ nhiễm khuẩn phổ biến nhất là đường hô hấp với 51,7%, thứ hai là tiêu hóa với 24,1%. Hơn một nửa số bệnh nhân nhập viện có tình trạng sốc với 55,1%, với 100% bệnh nhân được lọc CVVHDF. Nồng độ Magie sau quá trình lọc ($0,89 \pm 0,20$ so với $0,72 \pm 0,15$ với $p < 0,05$), thời gian lọc, tốc độ dịch thay thế, tốc độ dịch thẩm tách, tốc độ máu và chỉ số bệnh đồng mắc không tương quan với biến thiên nồng độ Magie sau lọc máu. Nồng độ Phospho giảm sau quá trình lọc với 0,78 so với 1,2 mmol/l khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Thời gian lọc máu kéo dài hơn có mức giảm nồng độ Phospho cao hơn, các thay đổi khác không có ý nghĩa với $p > 0,05$. **Kết luận:** Nồng độ Magie và nồng độ Phospho đều có xu hướng giảm sau quá trình lọc máu tĩnh mạch – tĩnh mạch liên tục, có sự tương quan giữa biến thiên nồng độ Magie và Phospho với thời gian lọc máu. Các yếu tố khác như giới tính, độ tuổi không ảnh hưởng đến biến thiên nồng độ Magie và Phospho

Từ khóa: nồng độ Magie, nồng độ Phospho, lọc máu tĩnh mạch tĩnh mạch liên tục

SUMMARY

REVIEW THE STATUS OF MAGNESIUM AND PHOSPHORUS DISORDERS IN PATIENTS UNDERGOING CONTINUOUS VENOVENOUS HEMODIALYSIS

Objective: The study was conducted to evaluate the status of blood magnesium and phosphorus

disorders in patients undergoing continuous venovenous hemodialysis. **Method:** A Cross-sectional description study, data was collected on 29 patients undergoing CVVHDF at the Department of Intensive Care and Anti-Poisoning, Bach Mai Hospital from January 2025 to January 10, 2025. **Results:** A 29 patients study in which, the male/female ratio is 3/1, the average age is relatively high: 70.6 ± 11.0 , the common age is 60 - 79 years old with 72.4%, the most common site of infection is the respiratory tract with 51.7%, the second is the digestive tract with 24.1%. More than half of the hospitalized patients were in shock with 55.1%, with 100% of patients receiving CVVHDF filtration. Magnesium concentration after dialysis (0.89 ± 0.20 vs. 0.72 ± 0.15 with $p < 0.05$), dialysis time, replacement fluid rate, dialysate rate, blood flow rate and comorbidity index were not correlated with the variation of Magnesium concentration after dialysis. Phosphorus concentration decreased after dialysis with 0.78 vs. 1.2 mmol/l, a significant difference with $p < 0.05$. Longer dialysis time had a higher decrease in Phosphorus concentration, other changes were not significant with $p > 0.05$. **Conclusion:** Magnesium concentration and Phosphorus concentration both tended to decrease after continuous venovenous hemodialysis, there was a correlation between the variation of Magnesium and Phosphorus concentration and dialysis time. Other factors such as gender and age did not affect the variation of Magnesium and Phosphorus concentration. **Keywords:** Magnesium concentration, Phosphorus concentration, continuous venovenous hemodialysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Magie và phospho là hai khoáng chất thiết yếu trong cơ thể, đóng vai trò quan trọng trong chuyển hóa năng lượng, chức năng cơ và thần kinh, cũng như duy trì cân bằng nội môi. Rối loạn magie máu bao gồm hạ magie máu và tăng magie máu, có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến hệ tim mạch, thần kinh và chức năng cơ. Hạ magie máu có thể gây loạn nhịp tim, co giật, tăng nguy cơ tử vong, trong khi tăng magie máu có thể dẫn đến hạ huyết áp, rối loạn nhịp tim, thậm chí ngừng tim. Tương tự, rối loạn phospho máu bao gồm hạ phospho máu và tăng phospho

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoài Linh

Email: linhtranhoai.yhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

máu, gây ra những hậu quả nguy hiểm như suy giảm chức năng cơ, loạn nhịp tim và rối loạn chuyển hóa xương. Hạ phospho máu đặc biệt có liên quan đến tăng nguy cơ suy hô hấp, kéo dài thời gian thở máy và tăng tỷ lệ tử vong. Trên bệnh nhân nặng cần lọc máu tĩnh mạch -tĩnh mạch liên tục, rối loạn magie và phospho máu thường xuyên xảy ra do nhiều cơ chế khác nhau như thất thoát qua dịch lọc, thay đổi hấp thu qua đường tiêu hóa, rối loạn chức năng thận và ảnh hưởng từ bệnh lý nền. Các nghiên cứu cho thấy khoảng 10% đến 30% những bệnh nhân này bị hạ phospho máu trong khi khoảng 30% bị giảm magie máu. Nghiên cứu này nhằm "*Nhận xét tình trạng rối loạn Magie và Phospho máu trên bệnh nhân lọc máu tĩnh mạch – tĩnh mạch liên tục*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

• **Đối tượng nghiên cứu**

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*
+ Bệnh nhân trên 18 tuổi
+ Bệnh nhân được tiến hành lọc máu liên tục tĩnh mạch – tĩnh mạch tối thiểu trên 18 giờ.

+ Bệnh nhân có xét nghiệm nồng độ Magie, nồng độ Phospho ở mức bình thường trước lọc máu (với Magie: 0,7 – 1 mmol/l, Phospho: 0,81 – 1,45 mmol/l)

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

+ Bệnh nhân có tiền sử thận mạn tính giai đoạn 3 đến giai đoạn 5

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

• **Thời gian nghiên cứu:** Tháng 01/03/2025 đến 01/10/2025

• **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Hồi sức tích cực và chống độc, Bệnh viện Xanh Pôn

• **Các bước tiến hành nghiên cứu:**

+ Bệnh nhân đủ điều kiện lấy vào nghiên cứu
+ Đo nồng độ magie và phospho theo các mốc nghiên cứu

+ Lấy thông tin theo chỉ tiêu nghiên cứu tại thời điểm bắt đầu lọc máu, thời điểm sau mỗi cuộc lọc máu

+ Xử lý và phân tích số liệu

2.2. Xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y học và sử dụng phần mềm SPSS 22.0 Tính tỷ lệ phần trăm (%) đối với các biến định tính. Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến định lượng liên tục. Dùng test khi bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ, $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê. Dùng t – test để so sánh sự khác biệt của hai giá trị trung bình. Dùng test kiểm định phi tham số để so sánh sự

khác biệt của hai giá trị trung bình của các biến không chuẩn, $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Quy trình nghiên cứu được thông qua tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn đồng ý cho tiến hành nghiên cứu. Thông tin thu thập của bệnh nhân chỉ nhằm mục đích nghiên cứu, các thông tin cá nhân của bệnh nhân được hoàn toàn giữ bí mật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 29 bệnh nhân được lọc máu liên tục tĩnh mạch – tĩnh mạch tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc, bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

Bảng 1: Đặc điểm chung của nghiên cứu

		Số lượng (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Giới tính	Nam	21	72,4%
	Nữ	8	27,6%
Nhóm tuổi	40 - 59	3	10,3%
	60 - 79	21	72,4%
	≥ 80	5	17,2%
Chỉ số BMI	Suy dinh dưỡng	3	10,3%
	Bình thường	15	51,7%
	Béo phì	11	37,9%
Tình trạng sốc khi vào viện	Có	16	55,1%
	Không	13	44,8%
Ô nhiễm khuẩn tiên phát	Hô hấp	15	
	Tiết niệu	3	10,3%
	Tiêu hóa	7	24,1%
	Huyết	2	6,9%
	Da – mô mềm	1	3,4%
	Hệ thần kinh	1	3,4%
Chỉ định lọc máu	Sốc nhiễm khuẩn	24	82,8%
	Viêm tụy cấp nặng	3	10,3%
	ARDS	2	6,9%

$N = 29$

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam giới cao gần gấp 3 lần bệnh nhân nữ giới với nhóm tuổi phổ biến từ 60 – 79 tuổi chiếm 72,4%. Bệnh nhân nhập viện có tình trạng sốc với 55,1% với chỉ định lọc máu chủ yếu là do sốc nhiễm khuẩn với 82,8%.

Bảng 2: Đặc điểm cuộc lọc máu liên tục tĩnh mạch – tĩnh mạch

		Số lượng (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Chế độ lọc	CVVHDF	29	100%
		Trung bình ± độ lệch chuẩn	

Tốc độ dịch lọc (ml/ph)	148,3 ± 9,6
Dịch thẩm tách (ml/kg/h)	25,4 ± 4,5
Dịch thay thế (ml/kg/h)	25,2 ± 2,4
Thời gian lọc máu (h/bệnh nhân)	23,3 ± 3,7

N = 29

Nhận xét: Các bệnh nhân đều được lọc ở chế độ CVVHDF, với tốc độ dịch lọc trung bình 148,3 ± 9,6 ml/phút, dịch thẩm tách 25,4 ± 4,5 ml/kg/h, dịch thay thế với 25,2 ± 2,4 ml/kg/h.

Bảng 3: Thay đổi nồng độ Magie và Phospho trước và sau lọc máu

	Thời điểm		Giá trị p
	To	T1	
Nồng độ magie máu	0,89±0,20	0,72±0,15	<0,01
Biến thiên nồng độ magie sau lọc	0,17 ± 0,17		
Nồng độ phospho máu TB (SD)	1,2±0,29	0,78±0,31	<0,001
Biến thiên nồng độ phospho	0,42±0,33		

N = 29

Nhận xét: Các bệnh nhân có sự giảm Magie và Phospho sau lọc máu liên tục, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4: Mức độ giảm nồng độ Magie và Phospho

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ giảm nồng độ Magie sau lọc	Giảm nặng	1	3,4%
	Giảm nhẹ	15	51,7%
	Bình thường	13	44,8%
Mức độ giảm Phospho sau lọc	Giảm nặng	2	6,9%
	Giảm vừa	9	31%
	Giảm nhẹ	5	17,2%
	Bình thường	13	44,8%

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có giảm mức độ Magie ở mức độ nhẹ với 51,7%, còn với Phospho với mức độ vừa và nặng.

Bảng 5: Một số yếu tố lọc máu liên quan đến biến thiên nồng độ Phospho và Magie

		Hệ số tương quan Person	Giá trị p
Biến thiên nồng độ Magie	Thời gian lọc	0,34	0,07
	Tốc độ dịch thay thế	0,17	0,40
	Tốc độ dịch thẩm tách	-0,17	0,40
	Tốc độ máu	-0,34	0,07
	Chỉ số bệnh đồng mắc	0,18	0,33
Biến thiên	Thời gian lọc	0,60	0,001
	Tốc độ dịch thay thế	0,04	0,82

nồng độ Phospho	Tốc độ dịch thẩm tách	0,17	0,40
	Tốc độ máu	-0,35	0,06
	Chỉ số bệnh đồng mắc	0,06	0,74

N = 29

Nhận xét: Không có sự tương quan giữa biến thiên nồng độ magie sau lọc với thời gian lọc máu, tốc độ dịch thay thế, tốc độ dịch thẩm tách, tốc độ máu và chỉ số bệnh đồng mắc. Biến thiên nồng độ phospho có tương quan thuận mức độ trung bình với thời gian lọc máu ($\rho=0,6$, $p<0,001$), không có tương quan với tốc độ dịch thay thế, tốc độ dịch thẩm tách, tốc độ máu, chỉ số bệnh đồng mắc.

Bảng 6: Một số yếu tố liên quan đến biến thiên nồng độ Magie, nồng độ Phospho

		Biến thiên nồng độ Magie trước lọc (Trung vị)	p
Giới tính	Nam	0,18	0,52
	Nữ	0,14	
Nhóm tuổi	40-59	0,15	0,98
	60-79	0,18	
	80	0,17	
BMI	Suy dinh dưỡng	0,24	0,27
	Bình thường	0,14	
	Thừa cân	0,21	
		Biến thiên nồng độ Phospho (Trung vị)	p
Giới tính	Nam	1,2	0,9
	Nữ	1,2	
Nhóm tuổi	40-59	1,35	0,25
	60-79	1,17	
	80	1,24	
BMI	Suy dinh dưỡng	0,93	0,62
	Bình thường	1,22	
	Thừa cân	1,25	

N = 29

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến thiên nồng độ magie máu sau lọc ở các nhóm đối tượng theo giới tính, nhóm tuổi, nhóm BMI. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến thiên nồng độ phospho giữa các nhóm đối tượng theo giới tính, nhóm tuổi và chỉ số khối cơ thể.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 29 đối tượng nghiên cứu trong đó 21 bệnh nhân là nam giới (chiếm 72,4%), nữ giới có 8 bệnh nhân (27,6%)(Bảng 3.1). Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Trương Quý Hoàng năm 2019 với tỷ lệ nam/ nữ: 3,8: 1. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này 70,6 ± 11,0, trong đó nhóm từ 60-79 tuổi chiếm ưu thế 72,4%. Trong nghiên cứu của tác giả

Trương Quý Hoàng thực hiện tại trung tâm hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai có độ tuổi trẻ hơn là 55,9 tuổi, tuy nhiên độ tuổi chiếm tỷ lệ ưu thế cũng tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi là 60-69 tuổi. Thực tế những năm gần đây với mức sống tăng dần, già hóa dân số, sự chăm sóc sức khỏe cải thiện tuổi trung bình nhập viện có xu hướng tăng, và điều này tương đồng với nhiều báo cáo về tình hình bệnh tật gần đây.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận toàn bộ 29 đối tượng nghiên cứu được lọc mode lọc CVVHDF trong đó tốc độ máu trung bình là $148 \pm 9,6$ ml/ph, tốc độ dịch thẩm tách $25,4 \pm 4,5$ ml/kg/giờ, tốc độ dịch thay thế $23,2 \pm 2,4$ ml/kg/giờ, thời gian một cuộc lọc trung bình $23,3 \pm 3,7$ giờ. Trong khi đó nghiên cứu của Trương Quý Hoàng tốc độ máu trung bình 188 ml/ph, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Bên cạnh đó tốc độ dịch thay thế, dịch thẩm tách lần lượt là 27,8 ml/kg/giờ, và 28,7 ml/kg/giờ cao hơn trong nghiên cứu này. Nồng độ magie sau lọc thấp hơn nồng độ magie trước lọc, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê). Tỷ lệ bệnh nhân có giảm magie sau lọc chiếm 55,2%, trong đó chủ yếu ở mức giảm nhẹ 15 ca (51,7%). Kết quả này cho thấy có sự tương đồng với các tác giả Trương Quý Hoàng, N Billiet năm 2015 cho thấy có sự mất đáng kể Magie trong lọc máu, tuy nhiên một đề tài của tác giả Morimatsu thực hiện năm 2002 cho thấy trong quá trình lọc máu không có thay đổi đáng kể nào về nồng độ magie trong 48 giờ đầu. Mặc dù cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ đồng thời chưa loại trừ được hết những tác động có thể đến nồng độ magie đồng thời xảy ra trong quá trình lọc: như cung cấp không đủ, mất qua các chất thải khác. Tuy nhiên cùng với các nghiên cứu khác gợi ý dường như magie thực sự mất qua quá trình lọc máu.

Biến thiên nồng độ Magie sau lọc máu cũng không có sự khác biệt theo giới tính, nhóm tuổi, chỉ số khối cơ thể hay nguồn nhiễm khuẩn trung bình biến thiên nồng độ magie sau lọc 0,17 mmol/l. Không có tương quan giữa sự biến thiên nồng độ magie với các thông số lọc: thời gian lọc, tốc độ dịch thay thế, tốc độ dịch thẩm tách, tốc độ máu. đồng thời không có tương quan giữa biến thiên nồng độ magie với chỉ số bệnh đồng mắc (bảng 3.8). Tuy nhiên trong nghiên cứu của Trương Quý Hoàng bệnh nhân có tooics độ dịch lọc > 30 ml/kg/ giờ có mức độ giảm magie cao hơn có ý nghĩa thống kê. Theo Bellomo R năm 2009 nghiên cứu trên 1508 bệnh nhân có 747 bệnh nhân lọc máu với tốc độ dịch thải 40 ml/kg/giờ, và 761 bệnh nhân lọc máu với 25 ml/kg/ giờ cho kết quả nhóm có tốc độ dịch

lọc cao hơn sẽ có mức độ giảm magie nhiều hơn có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu này có lẽ do tốc độ máu, tốc độ dịch lọc trong nghiên cứu mức trung bình 25 ml/kg/ giờ, và tốc độ máu cũng thấp hơn so với các nghiên cứu còn lại, và lí do thứ 2 do số lượng nghiên cứu còn nhỏ nên hạn chế đánh giá hơn.

Nghiên cứu này của chúng tôi ghi nhận biến thiên nồng độ phosphor có tương quan thuận ở mức độ trung bình với thời gian lọc máu ($\rho=0,6$, $p<0,001$), tuy nhiên không có tương quan với tốc độ dịch thay thế, tốc độ dịch thẩm tách hay tốc độ máu. Điều này tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả như Trương Quý Hoàng mức độ giảm phosphor máu tương quan với thời gian lọc máu, bệnh nhân có thời gian lọc máu kéo dài hơn 48 giờ có mức độ giảm phosphor máu cao hơn so với nhóm lọc máu nhỏ hơn 48 giờ. Khác với nghiên cứu này của chúng tôi tác giả Trương Quý Hoàng ghi nhận có sự tương quan giữa mức độ giảm phosphor máu với tốc độ dịch lọc. Bệnh nhân lọc máu với tốc độ dịch lọc >30 ml/kg/ giờ có mức độ giảm phosphor máu cao hơn so với nhóm có tốc độ dịch lọc <30 ml/kg/ giờ. Điều này có thể được lý giải do trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi 100% có tốc độ dịch thẩm tách và dịch thay thế < 30 ml/kg/giờ và tốc độ máu trong nhóm nghiên cứu này đều thấp hơn so với tác giả Trương Quý Hoàng. Kết quả này cũng cho thấy mặc dù với tốc độ máu và tốc độ dịch lọc cao có thể đem lại hiệu quả điều chỉnh kiểm toan, loại bớt các cytokine nhanh hơn nhưng song song có thể kèm theo mất các vi chất nhiều hơn. Thậm chí một số nghiên cứu gần đây cho thấy lọc máu có thể gây mất các acid amin của bệnh nhân

V. KẾT LUẬN

Nồng độ Magie và nồng độ Phospho đều có xu hướng giảm sau quá trình lọc máu tĩnh mạch – tĩnh mạch liên tục, có sự tương quan giữa biến thiên nồng độ Magie và Phospho với thời gian lọc máu. Các yếu tố khác như giới tính, độ tuổi không ảnh hưởng đến biến thiên nồng độ Magie và Phospho.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alsumrain MH, Jawad SA, Imran NB, Riar S, DeBari VA, Adelman M.** Association of hypophosphatemia with failure-to-wean from mechanical ventilation. *Annals of clinical and laboratory science*. 2010;40(2):144-8.
2. **Wang L, Xiao C, Chen L, Zhang X, Kou Q.** Impact of hypophosphatemia on outcome of patients in intensive care unit: a retrospective cohort study. *BMC anesthesiology*. 2019;19(1):86.

3. **Tám BV.** Đánh giá hiệu quả trên huyết động của lọc máu liên tục trong điều trị sốc nhiễm khuẩn: Đại học Y Hà Nội; 2019.
4. **Hoàng TQ.** Khảo sát rối loạn magie, phospho ở bệnh nhân lọc máu tĩnh mạch -tĩnh mạch liên tục: Đại học Y Hà Nội; 2022.
5. **Billiet N, Merckx L, van der Laenen M, Vanelderden P, Boer W.** Magnesium profiles in renal replacement therapy (rrt) on icu: citrate CVVH (CICVVH) vs. intermittent haemodialysis (IHD): Intensive Care Med Exp. 2015 Oct 1;3(Suppl 1):A630. doi: 10.1186/2197-425X-3-S1-A630. eCollection 2015 Dec.

ĐỘNG HỌC THỂ TÍCH NƯỚC TIỂU TRONG GIAI ĐOẠN RẤT SỚM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP

Lê Quang Trường¹, Nguyễn Minh Kha^{1,2},
Trần Nguyễn Phương Hải², Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Lợi tiểu quai là điều trị nền tảng ở bệnh nhân suy tim cấp. Tuy nhiên, đáp ứng với lợi tiểu quai, đo bằng thông số thể tích nước tiểu, chưa được nghiên cứu rộng rãi ở Việt Nam. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá động học thể tích nước tiểu trong 24 giờ đầu tiên ở bệnh nhân suy tim cấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên bệnh nhân suy tim cấp nhập viện từ tháng 1/2025 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Có 76 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nhận vào được đưa vào nghiên cứu với tuổi trung bình là $65,9 \pm 13,9$ và 59,2% là nam. Tỷ lệ đề kháng lợi tiểu là 26,3%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) về thể tích nước tiểu giữa nhóm đề kháng và không đề kháng lợi tiểu ngay từ thời điểm 30 phút và 1 giờ sau khi nhập viện. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy sự khác biệt về thể tích nước tiểu xảy ra rất sớm sau khi tiêm lợi tiểu quai ở bệnh nhân suy tim cấp. **Từ khóa:** suy tim cấp, lợi tiểu quai, đề kháng lợi tiểu, đáp ứng lợi tiểu

SUMMARY

URINE OUTPUT KINETICS IN THE VERY EARLY PHASE IN PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE

Introduction: Loop diuretics are the cornerstone treatment in patients with acute heart failure. However, the response to loop diuretics, as measured by urine output, has not been extensively studied in Vietnam. This study was conducted to evaluate the kinetics of urine output within the first 24 hours in patients with acute heart failure. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was performed on patients with acute heart failure admitted between January 2025 and July 2025. **Results:** A total of 76 patients meeting the inclusion criteria were enrolled, with a mean age of 65.9 ± 13.9 years, and 59.2%

were male. The rate of diuretic resistance was 26.3%. There was a significant difference ($p < 0.001$) in urine output between the diuretic-resistant and non-resistant groups as early as 30 minutes and 1 hour after hospital admission. **Conclusion:** The study demonstrates that differences in urine output occur very early after the administration of loop diuretics in patients with acute heart failure.

Keywords: acute heart failure, loop diuretics, diuretic resistance, diuretic response.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim cấp là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở bệnh nhân trên 65 tuổi, trong đó hầu hết bệnh nhân có biểu hiện sung huyết tại thời điểm nhập viện [1]. Kiểm soát sung huyết càng sớm càng tốt là mục tiêu điều trị quan trọng nhất trong giai đoạn cấp này [1, 2]. Lợi tiểu quai là thuốc nền tảng để kiểm soát tình trạng sung huyết nhờ ưu điểm khởi phát tác dụng lợi tiểu nhanh và mạnh, đồng thời có thêm tác dụng dẫn mạch [3]. Tuy nhiên, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân suy tim cấp vẫn còn sung huyết tồn dư tại thời điểm xuất viện, mà nguyên nhân hàng đầu là đề kháng lợi tiểu quai [1, 2]. Cho đến nay vẫn chưa có định nghĩa thống nhất và thiếu các tiêu chuẩn mang tính định lượng cho khái niệm đề kháng lợi tiểu [4] dẫn đến việc các nghiên cứu thường cho kết quả không đồng nhất, khó áp dụng trên lâm sàng.

Hiện nay, thể tích nước tiểu và nồng độ natri niệu trong những giờ đầu được sử dụng rộng rãi nhằm nhận diện sớm các trường hợp đề kháng lợi tiểu, với ngưỡng cắt được sử dụng lần lượt là $< 150 \text{ mL/giờ}$ hoặc $< 70 \text{ mmol/L}$ trong 2 - 6 giờ đầu tiên [1-3]. Theo dõi thể tích nước tiểu thường được sử dụng trên lâm sàng nhưng không có nhiều nghiên cứu mô tả thể tích nước tiểu ở giai đoạn sớm sau khi tiêm tĩnh mạch thuốc lợi tiểu quai. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành nhằm mục tiêu đánh giá động học thể tích nước tiểu trong 24 giờ đầu tiên ở

¹Trường Y, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

bệnh nhân suy tim cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, được tiến cứu tiến hành trên bệnh nhân suy tim cấp nhập khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ tháng 1/2025 đến tháng 7/2025. Tiêu chuẩn nhận vào: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán suy tim cấp theo tiêu chuẩn của Hội Tim Châu Âu 2021 [1], có biểu hiện sung huyết và cần sử dụng lợi tiểu quai đường tĩnh mạch trong 24 giờ đầu tiên nhập viện. Bệnh nhân được chẩn đoán sung huyết khi có ít nhất 2 tiêu chí: (1) ran phổi, (2) sung huyết phổi trên X quang ngực thẳng, (3) tăng áp lực tĩnh mạch cảnh hoặc phản hồi gan cảnh dương tính, (4) gan to, (5) phù chân, (6) báng bụng. Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ mang thai, đã được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn 5, đã điều trị thay thế thận. Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 2766/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 7/10/2024.

Biên số nghiên cứu: nhân trắc học (tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI)), bệnh nền, thuốc ngoại trú, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, thể tích nước tiểu sau khi tiêm tĩnh mạch furosemide. Kết cục của nghiên cứu là đề kháng lợi tiểu, định nghĩa khi thể tích nước tiểu sau 2 giờ (V nước tiểu 2 giờ) < 300 mL [1, 2].

Xử lý thống kê: Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 365 và xử lý số liệu bằng phần mềm R phiên bản 4.5.1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2025 đến tháng 7/2025, có 76 bệnh nhân với tuổi trung bình $65,9 \pm 13,9$, nam giới chiếm 59,2%, thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu. Phần lớn (65,8%) bệnh nhân chưa từng được chẩn đoán suy tim trước đó, 13,2% bệnh nhân có tiền căn bệnh thận mạn giai đoạn 3 - 4. Có 21,1% bệnh nhân đang được sử dụng furosemide uống tại nhà với liều trung vị 20 (20 - 50) mg. Có 43,4% bệnh nhân có kiểu hình tưới máu mô kèm sung huyết, 44,7% bệnh nhân phải nằm đơn vị chăm sóc tim mạch tích cực ngay từ đầu với 40,8% có yếu tố thúc đẩy là hội chứng vành cấp. Các đặc điểm khác về bệnh nền, thuốc điều trị ngoại trú, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khác được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

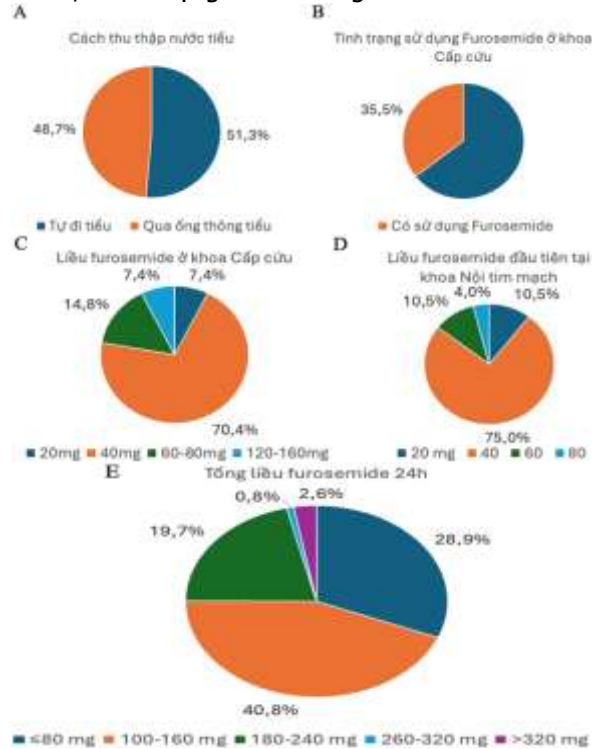
Đặc điểm	Dân số chung (N=76)
----------	---------------------

Nhân trắc học	
Tuổi (năm)	$65,9 \pm 13,9$
Nam, n (%)	45 (59,2%)
BMI (kg/m^2)	$23 \pm 3,1$
Bệnh nền	
Suy tim mạn, n (%)	26 (34,2%)
Tăng huyết áp, n (%)	57 (75,0%)
Bệnh mạch vành mạn, n (%)	38 (50,0%)
Bệnh thận mạn giai đoạn 3 - 4, n (%)	10 (13,2%)
Đái tháo đường, n (%)	31 (40,8%)
Rung nhĩ, n (%)	21 (27,6%)
Thuốc ngoại trú	
Furosemide, n (%)	16 (21,1%)
Liều furosemide ngoại trú, mg	20 (20 - 50)
Thiazide, n (%)	6 (7,9%)
SGLT2i, n (%)	14 (18,4%)
MRA, n (%)	14 (18,4%)
Chẹn beta, n (%)	20 (26,3%)
RASi/ARNI, n (%)	27 (35,5%)
Tình trạng nhập khoa Nội tim mạch	
Huyết áp tâm thu (mmHg)	$125,1 \pm 22,8$
Huyết áp tâm trương (mmHg)	70 (70-80)
Tần số tim (lần/phút)	$100,2 \pm 21,9$
Hội chứng vành cấp, n (%)	31 (40,8)
Nằm CICU, n (%)	24 (44,7%)
Giảm tưới máu mô, n (%)	33 (43,4%)
Hỗ trợ hô hấp, n (%)	51 (67,1%)
Sử dụng thuốc vận mạch/tăng co, n (%)	18 (23,7%)
Cận lâm sàng	
PSTM (%)	30 (23 - 28)
Albumin (g/dL)	$3,5 \pm 0,6$
BUN (mg/dL)	21,5 (16 - 37)
Creatinine (mg/dL)	1,2 (1 - 1,7)
ĐLCT ($\text{ml}/\text{phút}/1,73 \text{ m}^2$)	$57,3 \pm 25,6$
Natri (mmol/L)	135 (130 - 138)
NT-proBNP (pg/mL)	9706,5 (3311,5 - 31353,2)

SGLT2i: thuốc ức chế kênh đồng vận natri - glucose 2; MRA: thuốc đối kháng thụ thể aldosterone; RASi: thuốc ức chế hệ renin-angiotensin-aldosterone; ARNI: thuốc ức chế thụ thể angiotensin và neprilysin; PSTM: phân suất tổng máu thất trái đo bằng phương pháp Simpson; ĐLCT: độ lọc cầu thận ước đoán, tính bằng công thức CKD - EPI 2021; CICU: đơn vị chăm sóc tim mạch tích cực.

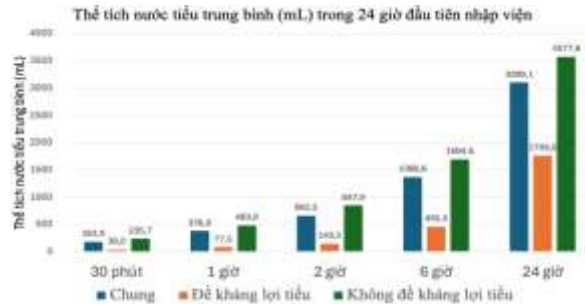
Có 48,7% bệnh nhân được theo dõi nước tiểu qua ống thông tiểu và 51,3% bệnh nhân tự đi tiểu. Trước khi nhập khoa Nội tim mạch, có 35,5% bệnh nhân được tiêm tĩnh mạch furosemide ở khoa Cấp cứu, trong đó 70,4% được sử dụng liều 40 mg. Liều furosemide trung vị được

sử dụng ở thời điểm nhập khoa Nội tim mạch là 40 (40 – 40) mg với 75,0% sử dụng liều 40 mg. Tổng liều furosemide sử dụng trong 24 giờ là 120 (80 – 200) mg, hầu hết (96,6%) sử dụng liều ≤ 240 mg và 28,9% sử dụng liều ≤ 80 mg.



Hình 1: Tình trạng sử dụng Furosemide và phương pháp thu thập nước tiểu

Chúng tôi ghi nhận có 20 (26,3%) bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn đề kháng lợi tiểu (V nước tiểu 2 giờ < 300 mL). Tỷ lệ bệnh nhân có V nước tiểu 6 giờ < 900 mL và V nước tiểu 24 giờ < 3000 mL lần lượt là 32,9% và 55,3%. Có 59,2% thỏa một trong 3 tiêu chí (V nước tiểu 2 giờ < 300 mL, V nước tiểu 6 giờ < 900 mL và V nước tiểu 24 giờ < 3000 mL) trong khi có 23,7% bệnh nhân thỏa cả 3 tiêu chí trên. Động học thể tích nước tiểu được mô tả trong Biểu đồ 1. Ngay từ thời điểm 30 phút và 1 giờ sau khi tiêm tĩnh mạch furosemide đã ghi nhận thể tích nước tiểu đáng kể, với trung bình 183,9 và 376,9 mL. Có sự khác biệt rõ rệt ($p < 0,001$) về thể tích nước tiểu giữa hai nhóm đề kháng và không đề kháng lợi tiểu tại tất cả các thời điểm, ngay từ giai đoạn rất sớm (30 phút và 1 giờ) sau khi tiêm tĩnh mạch furosemide. Hiệu lực lợi tiểu (thể tích nước tiểu trung bình 24 giờ/40 mg furosemide) ở nhóm đề kháng lợi tiểu là 337,1 (167,8 – 513,7) mL/40 mg furosemide, thấp hơn đáng kể nhóm không đề kháng lợi tiểu với 1212,5 (857,2 – 1606,2) mL/40 mg furosemide, $p < 0,001$.



Biểu đồ 1: Động học thể tích nước tiểu trong 24 giờ đầu tiên

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đề kháng lợi tiểu dựa trên thể tích nước tiểu là 26,3%, với điểm đáng chú ý là sự khác biệt rõ rệt về thể tích nước tiểu ngay từ thời điểm rất sớm giữa nhóm đề kháng và nhóm không đề kháng lợi tiểu. Sung huyết là nguyên nhân gây nhập viện hàng đầu ở bệnh nhân suy tim, gây ra bởi hai cơ chế chính: (1) quá tải thể tích và (2) tái phân bố thể tích [1, 5]. Quá tải thể tích do tăng hoạt tính hệ thần kinh thể dịch gây tái hấp thu muối – nước, thường diễn tiến từ từ với bệnh cảnh suy tim mạn mất bù cấp [5]. Trong khi đó, cơ chế tái phân bố thể tích xảy ra do sự di chuyển đột ngột của máu từ hệ tĩnh mạch lách vào tuần hoàn trung tâm, thường biểu hiện bệnh cảnh phù phổi cấp mà không tăng cân hay quá tải thể tích đáng kể [5]. Quá tải thể tích là cơ chế nổi trội và do đó, các khuyến cáo hiện nay đề nghị kiểm soát sung huyết càng sớm càng tốt với đầu tay là thuốc lợi tiểu quai [1, 2]. Tuy nhiên thực tế, chỉ một tỷ lệ thấp khoảng 11 – 18% bệnh nhân đạt được hiệu quả kiểm soát sung huyết, trong khi phần lớn bệnh nhân vẫn còn sung huyết tồn dư tại thời điểm xuất viện mà nguyên nhân hàng đầu là đề kháng với lợi tiểu quai, làm tăng nguy cơ các biến cố bất lợi gồm tử vong và tái nhập viện [2, 3].

Đề kháng lợi tiểu thường được định nghĩa là tình trạng không đạt được hiệu quả lợi tiểu mong muốn dù đã sử dụng liều lợi tiểu thích hợp [4], tuy nhiên không nêu cụ thể tiêu chí xác định hiệu quả lợi tiểu cũng như liều lợi tiểu tối ưu, dẫn đến sự thiếu thống nhất về định nghĩa được sử dụng và khó khăn trong việc diễn giải kết quả của các nghiên cứu. Các nghiên cứu thường đánh giá hiệu quả lợi tiểu dựa trên sự thay đổi cân nặng, thể tích nước tiểu và cân bằng dịch, nồng độ natri niệu. Hướng dẫn về điều trị suy tim năm 2021 của Hội Tim châu Âu [1] sử dụng nồng độ natri niệu và thể tích nước tiểu sau 2 – 6 giờ làm mục tiêu theo dõi, mặc dù chủ yếu dựa

vào ý kiến chuyên gia vào thời điểm đó. Trên cơ sở khuyến cáo này và bằng chứng từ một số thử nghiệm lâm sàng gần đây, đến năm 2025, đồng thuận của các chuyên gia tim mạch Châu Âu [2], cung cấp phác đồ sử dụng lợi tiểu ở các bệnh nhân suy tim cấp có quá tải thể tích với một số thay đổi nhỏ về liều lợi tiểu khởi đầu, lấy mục tiêu thể tích nước tiểu < 150 mL/giờ hoặc < 3000 mL/24 giờ hoặc nồng độ natri niệu < 70 mmol/L sau 2 giờ. Theo dõi thể tích nước tiểu dù có một số nhược điểm như phức tạp, dễ sai số nhưng vẫn được sử dụng phổ biến trong thực hành lâm sàng do không tốn chi phí và có thể theo dõi liên tục.

Tỷ lệ đề kháng lợi tiểu thường được báo cáo 20-50% [4], nhưng các nghiên cứu thường có cỡ mẫu nhỏ và định nghĩa không đồng nhất. Nghiên cứu của Kevin Damman [6] có 27% bệnh nhân đề kháng lợi tiểu (V nước tiểu 6 giờ < 900 mL), tương tự với tỷ lệ đề kháng lợi tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi với 26,3%. Tuy nhiên nếu chỉ xét riêng các bệnh nhân có V nước tiểu 6 giờ < 900 mL, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn (32,9%). Trong nghiên cứu P-Value-AHF [7], có 2,2% bệnh nhân đề kháng lợi tiểu (cả hai tiêu chí V nước tiểu 2 giờ < 300 mL và nồng độ natri niệu < 70 mmol/L sau 2 giờ), trong đó 7,5% bệnh nhân V nước tiểu 2 giờ < 300 mL, thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ 26,3% trong nghiên cứu của chúng tôi. Một mặt, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khá nặng với tỷ lệ 43,4% có kiểu hình giảm tưới máu, 44,7% phải nằm phòng chăm sóc đặc biệt ngay từ đầu, 52,6% bệnh nhân có độ lọc cầu thận < 60 mL/phút/1,73 m². Mặt khác, hầu hết các bệnh nhân chưa sử dụng đến liều lợi tiểu quai tối đa (400 – 600 mg furosemide / 24 giờ và có thể lên đến 1000 mg ở bệnh nhân suy thận nặng [1]). Điều này giải thích lý do tỷ lệ đề kháng lợi tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác.

Chúng tôi cũng ghi nhận động học thể tích nước tiểu sau khi tiêm furosemide với đặc điểm đáng chú ý là sự khác biệt rõ rệt về thể tích nước tiểu giữa nhóm đề kháng và không đề kháng lợi tiểu ngay từ thời điểm rất sớm (30 phút và 1 giờ). Lợi tiểu quai tác động thông qua ức chế kênh đồng vận Natri – Kali – Clo típ 2 (NKCC2) ở quai Henle – vị trí chịu trách nhiệm tái hấp thu 25 - 30% natri nên đây là nhóm thuốc lợi tiểu có tác dụng mạnh nhất [3]. Về mặt dược lý, thuốc khởi phát tác dụng lợi tiểu nhanh (10 phút nếu tiêm tĩnh mạch và 30 phút – 1 giờ nếu uống) [3]. Trong một nghiên cứu cũng nhằm đánh giá đáp ứng với lợi tiểu quai trong

giai đoạn sớm ở bệnh nhân suy tim cấp nhưng thông qua chỉ số nồng độ natri niệu, nghiên cứu của Y. Fujimoto [8] cho thấy nồng độ natri niệu đạt đỉnh sau 1 giờ và giảm dần tại thời điểm 2 giờ sau khi tiêm tĩnh mạch furosemide, đồng thời chính nồng độ natri niệu lúc 1 giờ, mà không phải 2 giờ, có liên quan với kết cục bất lợi. Các bằng chứng trên gợi ý rằng, việc theo dõi sớm thể tích nước tiểu hoặc nồng độ natri niệu trong giai đoạn rất sớm có thể giúp nhận diện sớm hơn nữa đề kháng lợi tiểu quai, thay vì sau 2 giờ như các khuyến cáo hiện hành [1, 2].

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, đơn trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế. Thứ hai, định nghĩa đề kháng lợi tiểu của chúng tôi chỉ dựa vào thể tích nước tiểu mà không đánh giá nồng độ natri niệu trong khi đây là chỉ số ngày càng có nhiều bằng chứng ủng hộ và được khuyến cáo rộng rãi. Thứ ba, do đặc thù thực hiện ở bệnh viện tuyến cuối hạng đặc biệt, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng nặng, có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ đề kháng lợi tiểu. Thứ tư, chúng tôi không thể kiểm soát hết các biến số khác như việc bệnh nhân đã nhập viện và xử trí ở các bệnh viện địa phương cũng như việc sử dụng lợi tiểu ở khoa Cấp cứu.

V. KẾT LUẬN

Đề kháng lợi tiểu ở bệnh nhân suy tim cấp khá phổ biến với tỷ lệ 26,3%. Sự khác biệt về thể tích nước tiểu giữa nhóm đề kháng và không đề kháng lợi tiểu xảy ra rất sớm, ngay từ thời điểm 30 phút và 1 giờ sau khi tiêm tĩnh mạch furosemide.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, Burri H, Butler J, Celutkienė J, Chioncel O et al:** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021, 42(36):3599-3726.
2. **Meekers E, Dauw J, ter Maaten JM, Martens P, Nijst P, Verbrugge FH, Van Es M, Erzeel J, Damman K, Trullàs JC et al:** Urinary sodium analysis: The key to effective diuretic titration? *European Journal of Heart Failure expert consensus document. European Journal of Heart Failure* 2025, 27(6):940-949.
3. **Wu L, Rodriguez M, El Hachem K, Krittanawong C:** Diuretic Treatment in Heart Failure: A Practical Guide for Clinicians. *J Clin Med* 2024, 13(15).
4. **Horiuchi Y, Wettersten N:** Treatment strategies for diuretic resistance in patients with heart failure. *Journal of Cardiology* 2025, 85(1):1-7.
5. **Mocan D, Jipa R, Jipa DA, Lala RI, Rasinar FC, Groza I, Sabau R, Sulea Bratu D, Balta DF, Cioban ST et al:** Unveiling the Systemic

- Impact of Congestion in Heart Failure: A Narrative Review of Multisystem Pathophysiology and Clinical Implications. *Journal of Cardiovascular Development and Disease* 2025, 12(4):124.
6. **Dammen K, Ter Maaten JM, Coster JE, Krikken JA, van Deursen VM, Krijnen HK, Hofman M, Nieuwland W, van Veldhuisen DJ, Voors AA et al:** Clinical importance of urinary sodium excretion in acute heart failure. *Eur J Heart Fail* 2020, 22(8):1438-1447.
 7. **Baumberger J, Dinges S, Lupi E, Wolters T, Stüssi-Helbling M, Cippà PE, Bellasi A, Huber LC, Arrigo M:** Prevalence and characteristics of upfront diuretic resistance in acute heart failure: The P-Value-AHF study. *ESC Heart Fail* 2025, 12(1):688-694.
 8. **Fujimoto Y, Kitai T, Nasu T, Matsumoto S, Naruse Y, Hioki H, Shimizu M, Yonetsu T, Horiuchi Y, Matsue Y:** The dynamics of urine sodium concentration after intra-venous furosemide in patients with acute heart failure. *European Heart Journal* 2024, 45(Supplement_1).

TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN GLUCOSE MÁU SAU SINH 4 ĐẾN 12 TUẦN Ở PHỤ NỮ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KÌ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Trương Đức Châu^{1,2}, Vũ Bích Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ rối loạn glucose máu sau sinh 4 đến 12 tuần ở phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) và xác định các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 100 phụ nữ sau sinh 4-12 tuần, được chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn ADA 2023, khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương cơ sở Thái Thịnh từ tháng 8/2024 đến 6/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn glucose máu sau sinh là 59%. Các yếu tố có liên quan đáng kể bao gồm: sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản (OR=4,3; p<0,05), BMI trước mang thai cao hơn (23,15 so với 21,76; p<0,05), điều trị ĐTĐTK bằng insulin (p<0,05), bệnh đồng mắc tăng huyết áp (OR=3,4; p<0,05), và rối loạn mỡ máu (OR=7,9; p<0,05). **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn glucose máu sau sinh ở phụ nữ có tiền sử ĐTĐTK ở mức cao (59%). Các yếu tố như BMI trước mang thai, điều trị insulin, biện pháp hỗ trợ sinh sản và bệnh lý đồng mắc làm tăng nguy cơ rối loạn đường huyết sau sinh. Việc sàng lọc và quản lý sớm rối loạn đường huyết sau sinh là cần thiết để phòng ngừa tiến triển đái tháo đường típ 2, góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe phụ nữ sau sinh. **Từ khóa:** rối loạn glucose máu sau sinh, đái tháo đường thai kỳ

SUMMARY

GLUCOSE INTOLERANCE STATUS AMONG WOMEN WITH HISTORY OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS WITHIN 4-12 WEEKS POSTPARTUM AT THE NATIONAL ENDOCRINOLOGY HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đức Châu

Email: drchau.bvnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

Objectives: To investigate the prevalence of glucose intolerance 4 to 12 weeks postpartum in women with a history of gestational diabetes mellitus (GDM) and to identify associated risk factors. **Methods:** A cross-sectional study was conducted involving 100 women 4-12 weeks postpartum who were diagnosed with GDM according to the 2023 ADA criteria. Participants were examined at the Thai Thịnh campus of the National Endocrinology Hospital from August 2024 to June 2025. **Results:** The prevalence of glucose intolerance postpartum was 59%. Significant associated factors included the use of assisted reproductive technology (OR=4.3; p<0.05), higher pre-pregnancy BMI (23.15 vs. 21.76; p<0.05), insulin treatment during pregnancy (p<0.05), comorbid hypertension (OR=3.4; p<0.05), and dyslipidemia (OR=7.9; p<0.05). **Conclusions:** The prevalence of postpartum glucose intolerance in women with a history of GDM is high (59%). Factors such as pre-pregnancy BMI, insulin therapy, use of assisted reproductive techniques, and comorbidities increase the risk of postpartum glucose dysregulation. Early screening and management of postpartum glucose intolerance are essential to prevent progression to type 2 diabetes and to improve postpartum women's health care outcomes. **Keywords:** Glucose intolerance, gestational diabetes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng tăng glucose máu phát hiện lần đầu tiên trong ba tháng giữa hoặc ba tháng cuối của thai kỳ, ở người phụ nữ không có chẩn đoán đái tháo đường (ĐTĐ) trước đó.¹ Đái tháo đường thai kỳ không chỉ ảnh hưởng đến người mẹ và thai nhi trong quá trình mang thai mà còn là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với sự phát triển của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 và tiền ĐTĐ ở người phụ nữ sau khi sinh.² Ước tính nguy cơ mắc ĐTĐ típ 2 trong suốt cuộc đời ở những phụ nữ mắc ĐTĐTK là 40 – 70%, cao gấp 10 lần so với

những người mang thai bình thường.^{3,4} Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc ĐTĐ típ 2 sau sinh đã được xác định như BMI trước khi mang thai, nồng độ glucose máu lúc đói trong thai kỳ, HbA1c tại thời điểm chẩn đoán ĐTĐTK, tuổi sinh con, tiền sử gia đình mắc ĐTĐ típ 2 và có chỉ định điều trị insulin trong quá trình mang thai.^{5,6}

Việt Nam là quốc gia có tỷ lệ mắc ĐTĐTK với tỷ lệ khá cao. Tuy vậy, các nghiên cứu hiện tại vẫn chủ yếu tập trung vào đánh giá các kết quả sản khoa ở bà mẹ và trẻ sơ sinh, trong khi nguy cơ mắc ĐTĐ thật sự ở bà mẹ sau khi sinh còn chưa được quan tâm đúng mức, tỉ lệ bà mẹ quay lại kiểm tra còn hạn chế. Theo thống kê, có khoảng 50% phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ sẽ tiến triển thành ĐTĐ típ 2 trong vòng 5-10 năm sau sinh nhưng chỉ có 31,1% được chẩn đoán.² Năm 2024, Bộ Y tế đã ban hành quyết định 1470/QĐ-BYT có nội dung Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn Quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ", trong đó khuyến cáo cần thực hiện xét nghiệm để chẩn đoán đái tháo đường thật sự (bền vững) ở phụ nữ có đái tháo đường thai kỳ, sau khi sinh từ 4 đến 12 tuần và phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ nên thực hiện xét nghiệm phát hiện sớm ĐTĐ hay tiền ĐTĐ ít nhất mỗi 1- 3 năm một lần.² Việc phát hiện sớm ĐTĐ ở những bà mẹ có tiền sử ĐTĐTK giúp bà mẹ được tiếp cận với các phương pháp kiểm soát đường huyết tốt hơn, tránh được những tai biến của ĐTĐ, đồng thời là cơ sở để các nhà lâm sàng tiên lượng, tư vấn cho bệnh nhân về nguy cơ mắc ĐTĐ khi có tiền sử ĐTĐTK. Tuy vậy, hiện chưa có số liệu thống kê về tỷ lệ rối loạn đường huyết sau giai đoạn 4-12 tuần sau sinh. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát tỷ lệ rối loạn glucose máu sau sinh 4 đến 12 tuần ở phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn glucose máu ở những phụ nữ trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những phụ nữ sau sinh đến khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương cơ sở Thái Thịnh trong thời gian từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025 thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của ADA 2023.¹

- Thời gian sau khi sinh từ 4 đến 12 tuần.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tiền sử rối loạn glucose máu trước khi mang thai.

- Có rối loạn glucose máu được phát hiện trong quý đầu của thai kỳ.

- Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: Basedow, suy giáp, Cushing, u tủy thượng thận, hội chứng Cohn, to đầu chi, bệnh lý gan, suy thận.

- Đang mắc các bệnh cấp tính như nhiễm khuẩn... hoặc trong tình trạng stress như chấn thương, đột quỵ, nhồi máu cơ tim, phẫu thuật.

- Đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: chẹn beta giao cảm (như propranolol), một số loại thuốc chống loạn thần, corticosteroid (như prednisone), epinephrine, estrogen, glucagon, isoniazid, lithium, thuốc tránh thai, phenothiazin, phenytoin, salicylate (gồm cả aspirin), thuốc lợi tiểu thiazide (như hydrochlorothiazide), thuốc chống trầm cảm ba vòng.

- Đang mắc trầm cảm sau sinh.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội tiết Sinh sản - Bệnh viện Nội tiết Trung ương cơ sở Thái Thịnh

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 08 năm 2024 đến tháng 06 năm 2025.

2.2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu của nghiên cứu được lấy dựa theo công tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: số người bệnh đái tháo đường thai kỳ được nghiên cứu.

✓ p: tỷ lệ người bệnh mắc rối loạn của một nghiên cứu tương tự.

Theo nghiên cứu của Phan Thị Tố Như và Hoàng Trung Vinh, tỷ lệ phụ nữ được chẩn đoán ĐTĐTK có rối loạn dung nạp glucose sau sinh 12 tuần là 43,7%.⁷

✓ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với $\alpha = 0,05$.

✓ d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể ($d = 0,1$).

Tổng cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là 95 người.

Để dự phòng người tham gia nghiên cứu muốn dừng tham gia hoặc không hoàn thành bộ câu hỏi, chúng tôi lấy dư thêm 5% số người tham gia và làm tròn nên cỡ mẫu cần có là 100 người.

- Phương pháp chọn mẫu: Trong đề tài này,

phương pháp chọn mẫu thuận tiện được sử dụng.

Chúng tôi thông qua hệ thống phần mềm quản lý bệnh viện, lựa chọn tất cả người bệnh được chẩn đoán với mã ICD: O24. Lập danh sách gồm họ và tên, tuổi, địa chỉ và số điện thoại. Chúng tôi liên hệ với đối tượng nghiên cứu qua số điện thoại. Tất cả đối tượng ĐTĐTK đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn của đối tượng nghiên cứu được hẹn đến khám tại bệnh viện Nội tiết Trung ương sau sinh từ 4 – 12 tuần. Chúng tôi gặp đối tượng nghiên cứu: giải thích mục đích, lợi ích và nguy cơ với đối tượng tham gia nghiên cứu. Những đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu tự nguyện ký vào phiếu chấp thuận nghiên cứu.

2.3. Quản lý và phân tích số liệu. Số liệu sau khi làm sạch và mã hóa được nhập vào máy tính và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

Quá trình phân tích dữ liệu sử dụng các phương pháp thống kê mô tả, tính toán tỷ suất chênh OR, thống kê mối tương quan và mô hình hồi quy logistic đa biến, cụ thể:

✓ Thống kê mô tả tần số, tần suất, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất với các biến về đặc điểm nhân khẩu học, các thông tin liên quan đến tiền sử sản khoa, các thông tin liên quan đến tình trạng glucose máu sau sinh.

✓ Tìm hiểu mối liên quan giữa các biến đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm bệnh lý liên quan đến sản khoa và đại tháo đường với tỷ lệ đại tháo đường thực sự bằng các test Chi bình phương và tỷ suất chênh OR.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng xét duyệt đề cương thạc sĩ Nội khoa Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và được Bệnh viện Nội tiết Trung ương đồng ý cho tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu viên đã trình bày rõ mục đích nghiên cứu với người bệnh. Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi được sự đồng ý tự nguyện tham gia của người bệnh và người bệnh có quyền rút khỏi nghiên cứu với bất kỳ lý do gì, vào bất kỳ thời điểm nào mà không gặp phải khó khăn gì trong việc tiếp tục điều trị. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh sẽ được mã hóa và giữ kín, chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu nhằm mục đích phát hiện sớm tình trạng đại tháo đường thực sự sau khi mắc đại tháo đường thai kỳ ở phụ nữ sau sinh, giúp người có bệnh sớm được điều trị sớm. Những người bệnh sau sàng lọc có kết quả mắc đại tháo đường thực sự sẽ được tư vấn để theo dõi các chỉ số glucose máu, điều chỉnh chế độ ăn và sinh hoạt kết hợp với dùng thuốc. Kết quả nghiên cứu sẽ được báo cáo với phía bệnh viện nhằm phục

vụ cho công tác điều trị và chăm sóc, giúp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho người bệnh. Kết quả nghiên cứu cũng được xuất bản trên các tạp chí khoa học để chia sẻ kết quả với các đồng nghiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập số liệu của 100 phụ nữ sau sinh đến khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương cơ sở Thái Thịnh thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $34,4 \pm 5,2$ tuổi với người trẻ tuổi nhất là 20 tuổi và người lớn tuổi nhất là 48 tuổi. Nhóm phụ nữ có độ tuổi dưới 35 và từ 35 tuổi trở lên có tỷ lệ lần lượt là 55% và 45%.

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử sản khoa	Tần số (n)	Tần suất (%)
Sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản	Không	82
	Có	18
Đa thai ở lần mang thai này	Không	98
	Có	2
Phương pháp sinh con ở lần mang thai này	Sinh thường	40
	Sinh mổ	60
Tuổi thai khi sinh	Sinh non	5
	Đủ tháng	95
	Già tháng	0
Cân nặng trẻ khi sinh (gram)	≥ 3500 gram	23
	< 3500 gram	77
BMI trước mang thai	GTTB $\pm$ ĐLC (GTNN-GTLN)	22,58 $\pm$ 2,76 (18,1-31,2)

18% đối tượng nghiên cứu có sử dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản. Phương pháp sinh con ở lần mang thai này chủ yếu là sinh mổ (60%) với tuổi thai đủ tháng (95%) và cân nặng trẻ dưới 3,5 kg (77%).

Bảng 2. Tình trạng đại tháo đường thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Tình trạng đại tháo đường thai kỳ	Tần số (n)	Tần suất (%)
Phát hiện đại tháo đường khi mang thai lần	1	34
	2	37
	3	24
	4	5
Rối loạn đường máu lần mang thai trước	Không	96
	Có	4
Điều trị insulin	Không	52
	Có	48
Đạt mục tiêu điều trị đại tháo đường thai kỳ	Không đạt	2
	Đạt	98
Gia đình có người thân	Không	56

mắc đái tháo đường		Có	44	44
Bệnh lý đồng mắc	Tăng huyết áp	Không	80	80
		Có	20	20
	Rối loạn mỡ máu	Không	60	60
		Có	40	40

Tỷ lệ phụ nữ mắc đái tháo đường thai kỳ từ lần mang thai thứ 2 trở lên chiếm đa số (66%). Chỉ 4% đối tượng nghiên cứu có tiền sử rối loạn đường máu ở lần mang thai trước. Khi nhập viện, 98% đối tượng nghiên cứu đạt được mục tiêu điều trị đái tháo đường thai kỳ. Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu kèm theo lần lượt là 20% và 40%. Có 52% đối tượng nghiên cứu phải điều trị bằng insulin

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn đường máu sau sinh

Đặc điểm		Giá trị	Rối loạn đường máu sau sinh		OR (CI 95%)	p
			Không (N)	Có (N)		
Sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản		Không	38	44	4,3 (1,2 – 16)	<0,05
		Có	3	15		
Điều trị insulin		Không	15	37	0,3 (0,1 – 0,8)	<0,05
		Có	26	27		
Bệnh đồng mắc	Tăng huyết áp	Không	37	43	3,4 (1,1 – 11,2)	<0,05
		Có	4	16		
	Rối loạn mỡ máu	Không	35	25	7,9 (2,9 – 21,7)	<0,05
		Có	6	34		

Nhóm phụ nữ mắc ĐTDĐ thai kỳ kèm theo tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu có tỷ lệ mắc rối loạn đường máu sau sinh cao hơn nhóm không mắc tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu kèm theo. Nhóm phụ nữ phải điều trị ĐTDĐTK bằng insulin có tỷ lệ rối loạn đường máu sau sinh cao hơn nhóm không cần điều trị bằng insulin. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa BMI trước khi mang thai với tình trạng rối loạn đường máu sau sinh

BMI trước khi mang thai		GTTB $\pm$ ĐLC	F	p
Rối loạn đường máu sau sinh	Không	21,76 $\pm$ 2,24	3,82	<0,05
	Có	23,15 $\pm$ 2,96		

Nhóm phụ nữ có tình trạng rối loạn đường máu sau sinh có chỉ số BMI trước khi mang thai cao hơn nhóm phụ nữ không có tình trạng rối loạn đường máu sau sinh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn đường máu ở phụ nữ sau sinh 4 – 12 tuần có chẩn đoán ĐTDĐ thai kỳ trước đó là 59%, cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Hiền Trinh và cộng sự (52%)⁸ và thấp hơn nghiên cứu của Tạ Thị Thùy Linh và cộng sự (69,1%)⁹. Sự khác biệt

để kiểm soát tình trạng ĐTDĐ thai kỳ.



■ Rối loạn đường máu sau sinh ■ Bình thường

Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn glucose máu sau sinh 4 - 12 tuần

Tỷ lệ rối loạn đường huyết ở phụ nữ sau sinh 4 – 12 tuần có chẩn đoán ĐTDĐ thai kỳ trước đó là 59%.

này có thể giải thích bởi trong nghiên cứu của Vũ Thị Hiền Trinh và cộng sự, đối tượng nghiên cứu là các phụ nữ sau sinh có tiền sử ĐTDĐTK chỉ cần can thiệp bằng thay đổi lối sống, đối tượng nghiên cứu của Tạ Thị Thùy Linh là người bệnh cần sử dụng insulin để kiểm soát tình trạng ĐTDĐTK trong khi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm tất cả thai phụ có chẩn đoán ĐTDĐTK, không kể hình thức kiểm soát tình trạng ĐTDĐ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân có sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản, bệnh nhân điều trị insulin và có các bệnh lý đồng mắc như tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu đều có tỷ lệ mắc ĐTDĐTK cao hơn so với nhóm không có các tình trạng trên. Trên thực tế, các bệnh nhân sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản đều có nguy cơ mắc ĐTDĐTK cao hơn. Song các nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng lâu dài của hỗ trợ sinh sản trên BN chưa được tìm hiểu, cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn. Nghiên cứu của Weinert cho thấy những bệnh nhân ĐTDĐTK phải điều trị insulin có nguy cơ rối loạn glucose máu sau sinh cao gấp 3,55 lần so với nhóm có glucose máu bình thường ($p < 0,001$).¹⁰ Các tác giả cho rằng nhóm cần insulin có đề kháng insulin mạnh hơn và chức năng bài tiết insulin của tế bào β kém hơn, tình trạng này kéo dài sau sinh, làm tăng nguy cơ rối loạn dung nạp glucose.

Tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu bản chất đã

là các bệnh lý của rối loạn chuyển hóa, làm tăng nguy cơ ĐTĐ. Khi phụ nữ mắc ĐTĐTK kèm theo tình trạng THA và rối loạn mỡ máu, thì tình trạng rối loạn chuyển hóa càng phức tạp, càng làm tăng nguy cơ rối loạn đường máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm phụ nữ có tình trạng rối loạn đường máu sau sinh có chỉ số BMI trước sinh cao hơn nhóm không rối loạn đường máu sau sinh. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Hiền Trinh.¹⁰ Tình trạng này cũng phản ánh mức độ rối loạn chuyển hóa của người phụ nữ từ trước lúc mang thai, càng làm tăng nguy cơ rối loạn đường máu sau sinh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn đường máu ở phụ nữ sau sinh 4 – 12 tuần có chẩn đoán ĐTĐTK là 59%. Các yếu tố có liên quan đến tình trạng rối loạn đường máu sau sinh gồm: sử dụng biện pháp hỗ trợ sinh sản để mang thai, BMI trước sinh cao, cần điều trị insulin để kiểm soát ĐTĐTK, có các bệnh lý đồng mắc như tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The American Diabetes Association** (2023). Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2023;47(Supplement_1):S20-S42.
2. **Bộ Y tế** (2024). Quyết định 1470/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn Quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ".
3. **Li Z, Cheng Y, Wang D et al** (2020). Incidence Rate of Type 2 Diabetes Mellitus after Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-

- Analysis of 170,139 Women. J Diabetes Res, 3076463.
4. **Vounzoulaki E, Khunti K, Abner SC et al** (2020). Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis. Bmj, 369:m1361.
5. **Inoue H, Ishikawa K, Takeda K et al** (2018). Postpartum risk of diabetes and predictive factors for glucose intolerance in East Asian women with gestational diabetes. Diabetes Res Clin Pract, 140:1-8.
6. **Napoli A, Sciacca L, Pintaudi B et al** (2021). Screening of postpartum diabetes in women with gestational diabetes: high-risk subgroups and areas for improvements-the STRONG observational study. Acta Diabetol, 58(9):1187-1197.
7. **Phan Thị Tô Như và Hoàng Trung Vinh** (2021). Đánh giá rối loạn dung nạp glucose sau sinh 12 tuần ở phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ. Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology.
8. **Vũ Thị Hiền Trinh và Nguyễn Thị Phi Nga** (2022). Đánh giá rối loạn glucose máu sau sinh và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường thai kỳ. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 17(5):87-94.
9. **Tạ Thùy Linh và cộng sự** (2023). Rối loạn glucose máu sau sinh và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ đái tháo đường thai kỳ điều trị insulin tại bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2022 - 2023. Tạp chí Y học Dự phòng, 3(5):120-126.
10. **Weinert LS, Mastella LS, Oppermann ML et al** (2014). Postpartum glucose tolerance status 6 to 12 weeks after gestational diabetes mellitus: a Brazilian cohort. Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia, 58(2):197-204.

NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH GAN NHIỄM MỠ LIÊN QUAN RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH

Phương Văn Sơn^{1,2}, Đào Việt Hằng¹, Phạm Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa là một bệnh lý phổ biến trên toàn thế giới, tỷ lệ này được chứng minh gia tăng trên nhóm bệnh nhân mắc bệnh động mạch chi dưới, nghiên cứu nhằm nhận xét một số yếu tố liên quan đến bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa ở bệnh nhân có bệnh động mạch chi dưới mạn tính. **Phương pháp**

nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 124 bệnh nhân mắc bệnh động mạch chi dưới được siêu âm đánh giá tình trạng gan nhiễm mỡ tại Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025. **Kết quả:** Trong 124 bệnh nhân, tỷ lệ nam/nữ: 1,5/1, tuổi trung bình 74,1±11,38 tuổi với 85,4% bệnh nhân trên 65 tuổi. Tỷ lệ gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa là 41,1%, chủ yếu là độ 1 với 29%. Tỷ lệ gan nhiễm mỡ cao hơn với giai đoạn bệnh động mạch chi dưới muộn hơn (53,7% và 57,7% ở phân độ Rutherford 5 và 6, khác biệt có p < 0,05). Tỷ lệ gan nhiễm mỡ tăng lên ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường (OR: 2,92, p: 0,06), có rối loạn mỡ máu (OR: 2,707, p: 0,01), có hội chứng chuyển hóa (OR: 3,17, p: 0,005). Ở nhóm mắc gan nhiễm mỡ có chỉ số Cholesterolon cao hơn (4,49 ± 1,2 với 3,54 ± 1,26), Trigicerid cao hơn (2,3 ± 1,33 với 1,47 ± 0,96), có chỉ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Phương Văn Sơn

Email: sosophuong19921992@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

số LDL cao hơn ($2,79 \pm 1,03$ với $2,06 \pm 1,03$) các khác biệt có $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa trên các bệnh nhân mắc động mạch chi dưới là tương đối cao, các yếu tố tăng chỉ số vòng bụng và nồng độ triglycerid trên 1,7 là 2 yếu tố nguy cơ độc lập của nhóm bệnh nhân này

Từ khóa: Gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa, bệnh động mạch chi dưới.

SUMMARY

REVIEW OF SOME FACTORS RELATED TO METABOLIC DYSFUNCTION-ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE (MASLD) IN PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERY DISEASE (PAD)

Objective: Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) is a common disease worldwide, the rate of which has been shown to increase in patients with peripheral artery disease. The study aims to evaluate some factors related to metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease in patients with peripheral artery disease. **Method:** A cross-sectional description study, data was collected on 124 patients with peripheral artery disease who underwent ultrasound assessment of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease at the Vietnam Heart Institute - Bach Mai Hospital from August 2024 to August 2025. **Results:** A 124 patient study in which the male/female ratio was 1.5/1, the average age was 74.1 ± 11.38 years old with 85.4% of patients over 65 years old. The rate of metabolic dysfunction-associated steatotic was 41.1%, mainly grade 1 with 29%. The rate of metabolic dysfunction-associated steatotic was higher with later stages of peripheral artery disease (53.7% and 57.7% in Rutherford grades 5 and 6, difference $p < 0.05$). The metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease increased in patients with diabetes (OR: 2.92, $p: 0.06$), dyslipidemia (OR: 2.707, $p: 0.01$), metabolic syndrome (OR: 3.17, $p: 0.005$). In metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease patient, the cholesterol index was higher (4.49 ± 1.2 vs 3.54 ± 1.26), the triglyceride index was higher (2.3 ± 1.33 vs 1.47 ± 0.96), and the LDL index was higher (2.79 ± 1.03 vs 2.06 ± 1.03). The differences had $p < 0.05$. **Conclusion:** The rate of MASLD in patients with PAD is relatively high. Factors such as increased waist circumference and triglyceride concentration above 1.7 are 2 independent risk factors in this group of patients. **Keywords:** metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, PAD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa (MASLD) là một trong những bệnh lý gan phổ biến nhất trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến khoảng 25% dân số toàn cầu. MAFLD không chỉ liên quan đến tổn thương gan mà còn làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch, tiểu đường type 2 và các bệnh chuyển hóa khác. Mặc dù không có liên quan đến tiêu thụ rượu, MASLD có thể tiến triển thành viêm gan nhiễm mỡ liên

quan đến rối loạn chuyển hóa (MASH), xơ gan và thậm chí là ung thư gan. Trong số đó, khoảng từ 12- 40% sẽ tiến triển thành viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (MASH). Ở Việt Nam chưa có thông kê chính thức nhưng những năm gần đây các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ gan nhiễm mỡ không do rượu (MASLD) ngày càng tăng. Cả MASLD và BDMCD đều là những bệnh lý mạn tính có liên quan đến tình trạng viêm mạn tính và stress oxy hóa. Khi xuất hiện đồng thời, hai bệnh lý này có thể làm tăng nguy cơ biến chứng và tiến triển bệnh nặng hơn. Tuy nhiên, mối liên hệ giữa MAFLD và BDMCD chưa được nghiên cứu sâu rộng và đầy đủ. Việc hiểu rõ đặc điểm và mối liên hệ giữa hai bệnh lý này có thể giúp cải thiện chiến lược quản lý và điều trị, từ đó giảm nguy cơ biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm "*Nhận xét một số yếu tố liên quan đến bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa ở bệnh nhân có bệnh động mạch chi dưới mạn tính*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

• **Đối tượng nghiên cứu**

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- + Bệnh nhân trên 18 tuổi
- + Bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc bệnh động mạch chi dưới
- + Bệnh nhân được thực hiện siêu âm gan
- **Tiêu chuẩn loại trừ**
- + Bệnh nhân có các bệnh lý tim mạch nặng trong vòng 6 tháng
- + Bệnh nhân có tiền sử lạm dụng rượu
- + Bệnh nhân có bệnh lý gây gan nhiễm mỡ thứ phát: cushing, suy giáp,...
- + Bệnh nhân có các bệnh lý khác về gan và hoặc có xơ gan tiến triển

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

• **Thời gian nghiên cứu:** Tháng 8/2024 đến tháng 8/2025

• **Địa điểm nghiên cứu:** Viện Tim Mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai

• **Các bước tiến hành nghiên cứu:**

- + Các bệnh nhân đủ điều kiện được lấy vào nghiên cứu, theo dõi trong thời gian nằm viện
- + Thu thập thông tin chung của các đối tượng nghiên cứu
- + Thực hiện siêu âm gan và lấy các xét nghiệm máu theo mục tiêu nghiên cứu
- + Xử lý và phân tích số liệu

2.2. **Xử lý và phân tích số liệu.** Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống

kê y học và sử dụng phần mềm SPSS 22.0 Tính tỷ lệ phần trăm (%) đối với các biến định tính. Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến định lượng liên tục. Dùng test khi bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ, $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê. Dùng t – test để so sánh sự khác biệt của hai giá trị trung bình. Dùng test kiểm định phi tham số để so sánh sự khác biệt của hai giá trị trung bình của các biến không chuẩn, $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài được thông qua và đồng ý của Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội. Đề tài nghiên cứu được thực hiện với mục đích khoa học và sự tự nguyện của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025 thực hiện tại Viện Tim Mạch - Bệnh viện Bạch Mai, có 124 bệnh nhân được lấy vào nghiên cứu, trong đó tỷ lệ

bệnh nhân nam giới chiếm 65,3%, tuổi trung bình là $74,1 \pm 11,38$ tuổi với cao nhất là 98 tuổi và thấp nhất là 30 tuổi với nhóm tuổi trên 65 chiếm ưu thế với 55,6% từ 65 đến 80 tuổi và 29,8% trên 80 tuổi, các bệnh lý đồng mắc phổ biến là tăng huyết áp với 71,8%, đái tháo đường với 43,5% và rối loạn mỡ máu với 48,4%.

Bảng 1: Tỷ lệ và mức độ bệnh gan nhiễm mỡ
 $N = 124$

		Số lượng (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Tình trạng gan nhiễm mỡ (n=124)	Không	73	58,9%
	Có	51	41,1%
Mức độ nhiễm mỡ (n=51)	Độ 1	36	70,59%
	Độ 2	10	19,61%
	Độ 3	5	9,80%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa chiếm 41,1%, trong đó phần lớn là độ 1 với 70,59%.

Bảng 2: Tỷ lệ gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa theo giai đoạn bệnh động mạch
 $N = 124$

		Có mắc gan nhiễm mỡ (n=51)		Không mắc gan nhiễm mỡ (n=73)		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Giai đoạn Fontaine	Giai đoạn 1	0	0%	0	0%	0.001
	Giai đoạn 2	4	15.4%	22	84.6%	
	Giai đoạn 3	10	32.3%	21	67.7%	
	Giai đoạn 4	37	55.2%	30	44.8%	
Giai đoạn Rutherford	Phân độ 3	4	15.4%	22	84.6%	0.003
	Phân độ 4	10	32.3%	21	67.7%	
	Phân độ 5	22	53.7%	19	46.3%	
	Phân độ 6	15	57.7%	11	42.3%	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, gain đoạn bệnh càng cao theo Fontaine hay theo Rutherford càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa càng cao, các khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Tỷ lệ mắc gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa và một số sinh trắc học
 $N = 124$

		Có mắc gan nhiễm mỡ (n=51)		Không mắc gan nhiễm mỡ (n=73)		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Giới tính	Nam	37	45,7%	44	54,3%	0,183
	Nữ	14	32,6%	29	64,4%	
Độ tuổi	Dưới 64	7	38,9%	11	61,1%	1,000
	Trên 65	44	41,5%	62	58,5%	
BMI	Dưới 18,5	16	42,1%	22	57,9%	0.411
	18,5-22,9	23	35,9%	41	64,1%	
	23-24,9	7	46,7%	8	53,3%	
	Trên 25	5	71,42%	2	28,57%	
SD thuốc lá	Có	23	51,1%	22	48,9%	0,128
	Không	28	35,4%	51	64,6%	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, việc có tiền sử sử dụng bia rượu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh cao hơn so với nhóm không sử dụng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Việc sử dụng thuốc lá, giới tính nam và tuổi cao trên 65, BMI cao cũng cho thấy tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4: Một số bệnh lý đồng mắc liên quan đến tỷ lệ mắc gan nhiễm mỡ

		Có mắc gan nhiễm mỡ (n=51)		Không mắc gan nhiễm mỡ (n=73)		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Đái tháo đường	Có	30	55,6%	24	44,4%	0,006
	Không	21	30%	49	70%	
Tăng huyết áp	Có	43	48,3%	46	51,7%	0,014
	Không	8	22,9%	27	77,1%	
Tai biến mạch não	Có	5	23,8%	16	76,2%	0,092
	Không	46	44,7%	57	55,3%	
Rối loạn mỡ máu	Có	32	53,3%	28	46,7%	0,01
	Không	19	29,7%	45	70,3%	
Hội chứng chuyển hóa	Có	40	50,6%	39	49,4%	0,005
	Không	11	24,4%	34	75,6%	
Gout mạn	Có	11	45,8%	13	54,2%	0,65
	Không	40	40%	60	60%	
Tim mạch	Có	15	68,2%	7	31,8%	0,008
	Không	36	35,3%	66	64,7%	
Suy thận	Có	3	42,9%	4	57,1%	1,00
	Không	48	41%	69	59%	

N = 124

Nhận xét: Trong nghiên cứu, đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu có tỷ lệ mắc gan nhiễm mỡ cao hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các bệnh lý khác không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5: Một số đặc điểm cận lâm sàng

N = 124

	Tình trạng gan nhiễm mỡ		p
	Có (n=51) X $\pm$ SD	Không (n=73) X $\pm$ SD	
Glucose máu	9,04 $\pm$ 4,43	8,52 $\pm$ 4,89	0.54
Triglicerid	2,3 $\pm$ 1,33	1,47 $\pm$ 0,96	0.00
Cholesteron	4,49 $\pm$ 1,2	3,54 $\pm$ 1,26	0.00
LDL	2,79 $\pm$ 1,03	2,06 $\pm$ 1,03	0.00
HDL	1,01 $\pm$ 0,37	1,05 $\pm$ 0,38	0.57
Uric máu	414,43 $\pm$ 118,67	338,1 $\pm$ 109,4	0.00
AST	76,08 $\pm$ 261	29,81 $\pm$ 18,62	0.134
ALT	84,77 $\pm$ 370	29,47 $\pm$ 17,03	0.205
ALbumin	34,24 $\pm$ 4,86	32,77 $\pm$ 6,57	0.156
Creatinin	97,9 $\pm$ 58,72	110,1 $\pm$ 107,6	0.517
Crp	51,85 $\pm$ 61,5	58,86 $\pm$ 55,25	0.463

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân có bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa có chỉ số triglicerid, cholesterol, LDL và acid uric cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc với $p < 0,05$, các chỉ số khác có khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 6: Hồi quy logistic một số yếu tố nguy cơ

N = 124

	OR (95%CI)	p*	OR	p**	R ² : 0,268 p : 0,000
Tuổi $\geq$ 65	1,289 (0,36 – 4,68)	0.7	1,289 (0,21 – 2,82)	0.7	
Nam	1,962 (0,63 – 6,14)	0.25	0,51 (0,16 – 1,59)	0.25	
BMI > 23	0,99 (0,3 – 3,34)	0.99	1,007 (0,3 – 3,38)	0.99	
Tăng CSVB	3,25 (1,52 – 6,96)	0.009	3,68 (1,38 – 9,71)	0.009	
SD Thuốc lá	1,94 (0,66 – 5,72)	0.23	1,937 (0,66 – 5,72)	0.232	
Có ĐTĐ	2,917 (1,39 – 6,12)	0.006	1,725 (0,66 – 4,49)	0.264	
Có THA	3,155 (1,29 – 7,70)	0.014	2,22 (0,70 – 7,06)	0.179	
Có RLMM	2,707 (1,29 – 5,66)	0.01	1,896 (0,54 – 6,69)	0.32	
Có HCCH	3,17 (1,41 – 7,13)	0.005	0,897 (0,22 – 3,61)	0.878	
Chl > 5,2	3,568 (1,32 – 9,63)	0.014	1,52 (0,26 – 8,87)	0.643	
Tg > 1,7	3,23 (1,53 – 6,82)	0.002	4,49 (1,68 – 12,02)	0.003	
LDL > 3,4	3,23 (1,19 – 8,78)	0.025	1,418 (0,23 – 8,68)	0.705	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có tăng chỉ số vòng bụng và tăng chỉ số triglycerid trên 1,7 mmol/l là 2 yếu tố nguy cơ độ lập của gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa, tuy nhiên mô hình hồi quy ít giá trị với R^2 là 0,248.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên các đối tượng có bệnh động mạch chi dưới và xác định tỷ lệ các bệnh nhân mắc gan nhiễm mỡ ở các cấp độ khác nhau. Theo thiết kế nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân mắc gan nhiễm mỡ thấp hơn so với tỷ lệ bệnh nhân không mắc bệnh lý này với 41,1% so với 58,9%. Đồng thời, về phân độ gan nhiễm mỡ, phần lớn ở độ 1 với 29%, chỉ có 10 bệnh nhân ở độ 2 với 8,1% và 5 bệnh nhân tương đương 4% ở giai đoạn 3. Gan nhiễm mỡ là bệnh lý gan thường gặp trên thế giới, đặc biệt là ở các nước phát triển. Theo các nghiên cứu cộng đồng khác về gan nhiễm mỡ lại cho thấy nam giới là yếu tố nguy cơ của gan nhiễm mỡ, theo nghiên cứu phân tích tổng hợp trên thế giới thực hiện năm 2021 trên 62239 bệnh nhân có gan nhiễm mỡ cho thấy nữ giới chỉ chiếm 39% và nguy cơ mắc gan nhiễm mỡ thấp hơn 0,81 lần so với nam giới với 95%CI: 0,68 – 0,97. Nghiên cứu khác về gan nhiễm mỡ trên toàn cầu tiến hành năm 2023 cho thấy nam thanh niên có tỷ lệ mắc gan nhiễm mỡ cao hơn nữ giới (46% so với 20%). Có thể lý giải do nữ giới thường có thói quen kiểm tra sức khỏe định kỳ cao hơn nam giới, bên cạnh đó là các khác biệt về lối sống như rượu bia, việc lạm dụng các thức ăn nhiều dầu mỡ cũng ảnh hưởng đến tình trạng này.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ đái tháo đường trên nhóm bệnh nhân có gan nhiễm mỡ là 30/51 bệnh nhân với 58,83%, cao hơn so với nhóm không nhiễm mỡ là 24/73 bệnh nhân với 32,88%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,006$. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy kết quả tương tự với tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường gặp nhiều ở bệnh nhân mắc gan nhiễm mỡ. Trong nghiên cứu của Phạm Hồng Phương, tỷ lệ đái tháo đường trên các bệnh nhân gan nhiễm mỡ là 26,6%, trong nghiên cứu của Vũ Thu Trang (2016) có tỷ lệ đái tháo đường lên tới 46,5%, trong nghiên cứu của Đỗ Thu Hiền tỷ lệ này là 34,9%. Nghiên cứu của Sun Ling nhận thấy tỷ lệ có ĐTĐ ở các bệnh nhân có gan nhiễm mỡ là 26,6% cao hơn 17,5% ở các bệnh nhân không có gan nhiễm mỡ ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Wong Vincent W.S cho kết quả tỷ lệ có đái tháo đường ở bệnh nhân có gan nhiễm mỡ

(*) : các giá trị đơn biến, (**) : giá trị khi thực hiện đa biến tương tự như chúng tôi (41,3%) cao hơn nhiều so với bệnh nhân không có gan nhiễm mỡ là 17,2% ($p < 0,001$).

Về các chỉ số mỡ máu, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm gan nhiễm mỡ và nhóm gan không nhiễm mỡ, trong đó chỉ số triglycerid máu cao hơn ở nhóm bệnh nhân gan nhiễm mỡ với $2,3 \pm 1,33$ so với $1,47 \pm 0,96$, nồng độ cholesterol $4,49 \pm 1,2$ so với $3,54 \pm 1,26$, hay nồng độ LDL $2,79 \pm 1,03$ so với $2,06 \pm 1,03$, các khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, và các yếu tố bất lợi đều nghiêng về nhóm gan nhiễm mỡ. Quần thể nghiên cứu của chúng tôi là cá bệnh nhân mắc bệnh động mạch chi dưới, mà cơ chế bệnh sinh chính của bệnh lý này thường là do các rối loạn mỡ máu, với bệnh lý gan nhiễm mỡ được định nghĩa cơ bản là sự tích tụ các acid béo trong tế bào gan, điều này có thể giải thích một phần nào đây sự khác biệt về nồng độ mỡ máu cao hơn ở nhóm bệnh nhân mắc gan nhiễm mỡ trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Phạm Hồng Phương cũng nhận thấy nồng độ Cholesterol toàn phần, Triglycerid và LDL-C cao hơn có ý nghĩa ở nhóm có gan nhiễm mỡ (với p đều $< 0,005$), nồng độ HDL-C ở nhóm có gan nhiễm mỡ cũng thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không gan nhiễm mỡ, ($p = 0,034$). Tỷ lệ có rối loạn lipid máu ở bệnh nhân có gan nhiễm mỡ hơi cao hơn so với bệnh nhân không gan nhiễm mỡ, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,086$). Kháng insulin tại gan sẽ làm tăng tổng hợp glucose từ đó làm tăng đường máu, tăng insulin máu dẫn đến tăng tổng hợp các acid béo tự do tại gan. Kháng insulin làm tăng tổng hợp VLDL làm tăng giải phóng các sản phẩm giàu triglycerid, giàu VLDL từ gan vào máu là một cơ chế bù trừ nhằm làm giảm lượng mỡ gan. Tuy nhiên, điều này sẽ gây nên chuyển hóa bất thường của HDL-C, làm giảm HDL-C. Triglycerid tăng cao sẽ dẫn đến gia tăng các LDL nhỏ, đậm đặc (sd-LDL). Rối loạn lipid máu này sẽ tăng nguy cơ xơ vữa mạch máu và có liên quan chặt chẽ tới các biến cố tim mạch. Ngoài nguyên nhân tăng hấp thu các acid béo tự do nguồn gốc chủ yếu từ sự thủy phân của triglycerid từ mô mỡ, chế độ ăn giàu chylomicron cũng là một nguyên nhân góp phần gây nên rối loạn chuyển hóa lipid và gây nên gan nhiễm mỡ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa trên các bệnh nhân mắc động mạch chi dưới là tương đối cao, các yếu tố tăng chỉ số

vòng bụng và nồng độ triglycerid trên 1,7 là 2 yếu tố nguy cơ độc lập của nhóm bệnh nhân này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tình hình gan nhiễm mỡ và một số yếu tố liên quan ở cán bộ do Ban Bảo vệ sức khỏe tỉnh ủy Sóc Trăng quản lý năm 2020-2021 (7).** Accessed September 15, 2025. <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/857/716>
2. **Nguyễn Phương Oanh.** Hội chứng chuyển hóa và các yếu tố nguy cơ ở người trưởng thành tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019 (8).
3. **Amarapurkar DN, Hashimoto E, Lesmana LA, et al.** How common is non-alcoholic fatty liver disease in the Asia-Pacific region and are

there local differences? J Gastroenterol Hepatol. 2007;22(6): 788-793. doi:10.1111/j.1440-1746.2007.05042.x

4. **Chitturi S, Farrell GC, Hashimoto E, et al.** Non-alcoholic fatty liver disease in the Asia-Pacific region: definitions and overview of proposed guidelines. J Gastroenterol Hepatol. 2007;22(6): 778-787. doi:10.1111/j.1440-1746.2007.05001.x
5. **Phương PH, Hùng PM, Biền VĐ.** Đánh giá sự liên quan giữa bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu với tổn thương động mạch vành ở các bệnh nhân được chụp động mạch vành. J 108 - Clin Med Phamarcy. Published online April 18, 2018. Accessed July 9, 2024. <https://tcydlis108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/247>

THỰC TRẠNG CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÂU TREO TRIỆT MẠCH THEO TRỰC DỌC TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Thân Phương^{1,2}, Trần Ngọc Dũng^{1,2},
Nguyễn Thị Sơn^{1,2}, Nguyễn Quốc Văn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: “Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh (NB) trĩ được điều trị bằng phẫu thuật khâu treo triệt mạch theo trực dọc (TND’s Vertical Ligation-Mucopexy -TVLM) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (BVĐHYHN) năm 2025” và “Mô tả thực trạng chuẩn bị NB trước mổ trĩ bằng phương pháp TVLM tại BVĐHYHN và khảo sát một số yếu tố liên quan đến nhóm đối tượng nghiên cứu trên.” **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 64 NB được phẫu thuật bằng phương pháp TVLM tại BVĐHYHN từ tháng 01/2025 đến tháng 07/2025 thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. **Kết quả:** NB chủ yếu ở độ tuổi dưới 60 (76,6%), nam nhiều hơn nữ (62,5%), thời gian mắc bệnh trung bình là 10,8 năm. Tình trạng bệnh trĩ đa số ở thể trĩ hỗn hợp (57,8%), thường có triệu chứng sa búi trĩ (96,9%) và đại tiện ra máu (75%). Công tác chuẩn bị trước mổ nhìn chung được thực hiện tốt (92,2%). Một số nội dung còn hạn chế như thông báo giờ mổ (25%), đo lại dấu hiệu sinh tồn (12,5%) và vận chuyển NB bằng cáng/xe đẩy (59,4%). Nhóm NB mổ phiến có tỷ lệ NB được vận chuyển bằng cáng/xe đẩy hoàn thành chưa tốt cao hơn nhóm NB mổ cấp cứu (OR=48,8; 95%CI: 9,2-258,7, p<0,05). **Kết luận:** NB trĩ được phẫu thuật bằng phương pháp TVLM tại BVĐHYHN chủ yếu ở độ tuổi lao động, nam nhiều hơn nữ, thời gian mắc bệnh

trung bình 10,8 năm, đa số ở thể trĩ hỗn hợp, thường có triệu chứng sa búi trĩ và đại tiện ra máu. Công tác chuẩn bị trước mổ tại bệnh viện nhìn chung được thực hiện tốt (92,2%), tuy nhiên một số nội dung còn hạn chế như thông báo giờ mổ, đo lại dấu hiệu sinh tồn và vận chuyển NB bằng cáng/xe đẩy. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa loại ca mổ và việc vận chuyển NB bằng cáng/xe đẩy.

Từ khóa: chuẩn bị người bệnh trước mổ, trĩ, khâu treo triệt mạch theo trực dọc (TVLM)

SUMMARY

PRE-OPERATIVE PREPARATION OF HEMORRHOID SURGERY USING TND’S VERTICAL LIGATION - MUCOPEXY METHOD AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical characteristics of hemorrhoids patients treated by TND’s Vertical Ligation-Mucopexy (TVLM) surgery at Hanoi Medical University Hospital (HMHU) in 2025, and to assess the current status of preoperative preparation for hemorrhoid surgery using the TVLM method as well as investigate associated factors related to the studied patient group. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 64 patients undergoing TVLM surgery at HMHU from January to July 2025 who met the inclusion criteria. **Results:** The majority of patients were under 60 years old (76.6%), predominantly male (62.5%), with an average disease duration of 10.8 years. Most cases involved mixed hemorrhoids (57.8%), commonly presenting with prolapsed hemorrhoidal tissue (96.9%) and rectal bleeding (75%). The preoperative preparation was generally well performed, with 92.2% compliance. However, some shortcomings were noted, including failure to inform patients of surgery time

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thân Phương

Email: phuongtl1@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

(25%), incomplete re-assessment of vital signs (12.5%), and inadequate patient transport by stretcher or wheelchair (59.4%). Patients scheduled for elective surgery showed a significantly lower rate of proper patient transport compared to emergency surgery cases (OR=48.8; 95% CI: 9.2-258.7, $p<0.05$).

Conclusions: Patients undergoing TVLM surgery at HNUH were mainly working-age adults, with a higher proportion of males, average disease duration of 10.8 years, mostly presenting with mixed hemorrhoids and common symptoms of prolapse and bleeding. Preoperative preparation was satisfactory overall, but further improvements are needed in informing surgery schedules, reassessing vital signs, and patient transport. A statistically significant association was observed between type of surgery and proper patient transport. **Keywords:** pre-operative preparation, hemorrhoids, TND's Vertical Ligation-Mucopexy (TVLM).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trĩ là bệnh lý hậu môn trực tràng phổ biến, tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng gây đau đớn, khó chịu, ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe thể chất, tinh thần cũng như cũng như chất lượng cuộc sống của NB.¹

Khâu treo triệt mạch theo trục dọc (TVLM) là một phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn và mang tính bảo tồn các búi trĩ, bảo tồn lớp đệm của ống hậu môn, đảm bảo tính tự chủ của hậu môn trong quá trình đại tiện. TVLM sử dụng các mũi khâu hình chữ X được đặt theo chiều dọc dọc theo ống hậu môn để vừa thắt các mạch máu trĩ vừa nâng đỡ mô bị sa, giúp cải thiện triệu chứng, phục hồi nhanh và giảm tái phát.² Bên cạnh đó, công tác chuẩn bị trước mổ và chăm sóc sau mổ đóng vai trò rất quan trọng, ảnh hưởng đến sự an toàn của NB và cả kết quả phẫu thuật. Chuẩn bị NB trước mổ gồm đánh giá tình trạng sức khỏe NB, chuẩn bị tâm lý, thể chất NB và hồ sơ bệnh án giúp cuộc phẫu thuật diễn ra suôn sẻ, an toàn, giảm thiểu sự cố y khoa, đồng thời giảm tình trạng lo lắng, căng thẳng cho NB.³

Tại BVĐHYHN, phiếu chuẩn bị NB trước mổ đã được đưa vào thực hiện thường quy nhằm kiểm tra một cách hệ thống các nội dung cần chuẩn bị cho NB trước mổ. Tuy nhiên, việc đánh giá thực trạng công tác chuẩn bị trước mổ trên nhóm NB trĩ được điều trị bằng phương pháp TVLM vẫn còn hạn chế. Vì vậy, đề tài "Thực trạng công tác chuẩn bị trước mổ bằng phương pháp TVLM tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội" được thực hiện với hai mục tiêu:

1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng của NB trĩ được điều trị bằng phương pháp TVLM tại BVĐHYHN năm 2025.

2. Mô tả thực trạng chuẩn bị NB trước mổ trĩ

bằng phương pháp TVLM tại BVĐHYHN và khảo sát một số yếu tố liên quan đến nhóm đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. NB được phẫu thuật bằng phương pháp TVLM tại BVĐHYHN trong thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 07/2025 thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- ≥ 18 tuổi, không phân biệt giới.
- Được chẩn đoán trĩ và có chỉ định phẫu thuật bằng phương pháp TVLM.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mặc bệnh lý phối hợp vùng hậu môn – trực tràng (rò, áp xe, ung thư).
- Có rối loạn tâm thần hoặc rối loạn nhận thức, không đủ khả năng hợp tác.

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

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Chúng tôi thu thập được 64 NB, đạt yêu cầu về cỡ mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện, dựa trên tất cả NB thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Biến nền: tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở, trình độ học vấn, BMI, tiền sử ngoại khoa, thời gian mắc bệnh, phân loại trĩ, biến chứng...

- Biến phụ thuộc: mức độ hoàn thành công tác chuẩn bị trước phẫu thuật

- Định nghĩa
- ✓ Thực hiện "đầy đủ": thực hiện tất cả các bước theo quy trình.

- ✓ Thực hiện "chưa đầy đủ": thực hiện một phần, còn tiểu mục chưa thực hiện.

- ✓ "Không thực hiện": bỏ sót bước trong quy trình.

- Kết quả phân loại:
- ✓ Tốt: $>90\%$ tiêu chí.

- ✓ Chưa tốt, gồm: Khá: 80–90% tiêu chí; Chưa đạt: $<80\%$ tiêu chí.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Bộ câu hỏi phần A: 19 mục về đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng.

- Bảng kiểm phần B: 23 tiêu chí chuẩn bị trước mổ (4 nhóm: tinh thần, thể chất, hồ sơ bệnh án, bàn giao).

Công cụ nghiên cứu được xây dựng dựa trên quy trình chuẩn của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, tham khảo nghiên cứu trước đó, được nhóm chuyên gia phản biện và thử nghiệm pilot trên

10 NB trước khi áp dụng chính thức.

2.6. Xử lý số liệu

- Xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0
- Thống kê mô tả: tần số, tỷ lệ %, giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.
- Thống kê phân tích: Chi-square hoặc Fisher's exact test để khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm NB và chất lượng chuẩn bị trước mổ.
- Ngưỡng ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và được sự đồng ý của Lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. NB được giải thích rõ mục tiêu, nội dung, tự nguyện tham gia và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả các đặc điểm lâm sàng của người bệnh trĩ

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm nhân khẩu học		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<30	5	7,8
	30-39	8	12,5
	40-49	24	37,5
	50-59	12	18,8
	≥ 60	15	23,4
Giới tính	Nam	40	62,5
	Nữ	24	37,5
Trình độ học vấn	THPT trở xuống	39	60,9
	Trung cấp, cao đẳng, đại học	31	32,8
	Sau đại học	4	6,3
Nghề nghiệp	Công nhân, nông dân	14	21,9
	Nhân viên văn phòng	17	26,6
	Học sinh, sinh viên	2	3,1
	Nội trợ	2	3,1
	Kinh doanh/Tự do	29	45,3
Nơi sống	Khu vực thành phố	31	48,4
	Khu vực nông thôn	33	51,6
Bảo hiểm y tế	Không	4	6,3
	Có	60	93,8

Trong 64 NB nghiên cứu, có 76,6% dưới 60 tuổi, nam chiếm 62,5%.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
-------------------	--------------	-----------

Bảng 3: Thực trạng chuẩn bị người bệnh trước mổ

Chuẩn bị NB trước mổ	Không thực hiện		Thực hiện chưa đầy đủ		Thực hiện đầy đủ	
	n	%	n	%	n	%
Chuẩn bị tinh thần NB trước mổ						
Giải thích, động viên NB	1	1,6	0	0	63	98,4

BMI theo IDI & WPRO	Gầy: <18.5	3	4,7
	Bình thường: 18.5-22.9	34	53,1
	Thừa cân, béo phì: ≥ 23	27	42,2
Tiền sử ngoại khoa	Không	40	62,5
	Có	24	37,5
Số lần từng mổ trĩ	Chưa từng mổ trĩ	56	87,5
	1	6	9,4
	2	2	3,1
Thời gian mắc bệnh	Dưới 5 năm	15	23,4
	5 năm - dưới 10 năm	14	21,9
	10 năm - dưới 20 năm	22	34,4
	Từ 20 năm trở lên	13	20,3
	GTTB $\pm$ ĐLC (GTNN-GTLN)	10,8 $\pm$ 8,7 (1 – 45)	
Triệu chứng	Đau hậu môn	37	57,8
	Ngứa hoặc cảm giác khó chịu vùng hậu môn	32	50
	Đại tiện ra máu	48	75
	Chảy dịch hậu môn	5	7,8
	Có khối trĩ sa ở hậu môn	62	96,9
Phân loại trĩ	Trĩ nội độ 3	20	31,3
	Trĩ nội độ 4	7	10,9
	Trĩ hỗn hợp	37	57,8
Hình thái búi trĩ	Thế búi	25	39,1
	Thế vòng	39	60,9
Biến chứng bệnh trĩ	Không có biến chứng	33	51,6
	Chảy máu	15	23,4
	Tắc mạch	16	25
	Ngheét	2	3,1
	Hoại tử	0	0
Ca phẫu thuật	Mổ phiến	43	67,2
	Mổ cấp cứu	21	32,8

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh: trung bình 10,8 $\pm$ 8,7 năm (dao động 1–45 năm).

Triệu chứng thường gặp: sa búi trĩ (96,9%), đại tiện ra máu (75%), đau hậu môn (57,8%), ngứa hậu môn (50%).

Phân loại trĩ: trĩ hỗn hợp chiếm 57,8%, trĩ nội độ III 31,3%, độ IV 10,9%. Biến chứng: tắc mạch 25%, chảy máu 23,4%.

Loại phẫu thuật: 67,2% mổ phiến, 32,8% mổ cấp cứu.

3.2. Thực trạng chuẩn bị người bệnh trước mổ trĩ bằng phương pháp TVLM

Thông báo thời gian dự kiến phẫu thuật	16	25	0	0	48	75
Khai thác tiền sử bệnh, tiền sử dị ứng, tiền sử ngoại khoa	0	0	1	1,6	63	98,4
Chuẩn bị thể chất NB trước mổ						
NB được đeo vòng tay/vòng định danh	0	0	0	0	64	100
NB được hướng dẫn nhìn ăn uống	0	0	0	0	64	100
NB được hướng dẫn thực hiện vệ sinh cá nhân (theo quy định về vệ sinh NB trước phẫu thuật)	1	1,6	0	0	63	98,4
NB được hướng dẫn tháo trang sức, răng giả, vệ sinh móng tay	0	0	0	0	64	100
ĐD thực hiện y lệnh trước mổ nếu có	0	0	0	0	64	100
ĐD thực hiện tháo NB trước mổ	0	0	0	0	57	100
Chuẩn bị hồ sơ bệnh án trước mổ						
Bệnh án đã có dấu thông qua mổ	0	0	0	0	64	100
Biên bản hội chẩn phẫu thuật đầy đủ chữ ký	0	0	1	1,6	63	98,4
Có phiếu khám mê theo quy định	0	0	0	0	57	100
Cam kết thực hiện phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức có đầy đủ chữ ký	0	0	0	0	64	100
Hồ sơ đầy đủ các cận lâm sàng cần thiết	0	0	0	0	64	100
Phiếu kiểm tra NB trước phẫu thuật của ĐD điền đầy đủ thông tin và chữ ký	1	1,6	1	1,6	62	96,9
Công tác bàn giao NB						
ĐD đo lại dấu hiệu sinh tồn cho NB	8	12,5	2	3,1	54	84,4
ĐD hướng dẫn NB cởi quần áo lót, thay váy mổ mới, đội mũ	0	0	0	0	64	100
ĐD kiểm tra lại vòng định danh	0	0	0	0	64	100
ĐD kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và chuyển hồ sơ trên bệnh án điện tử	0	0	0	0	64	100
ĐD vận chuyển NB đi mổ	0	0	0	0	64	100
NB có người nhà đi cùng đến phòng mổ	0	0	0	0	64	100
NB được vận chuyển đến phòng mổ bằng cáng/ xe đẩy	38	59,4	0	0	26	40,6
ĐD bàn giao NB cho nhân viên khoa gây mê hồi sức và ký sổ bàn giao	0	0	0	0	64	100
Mức độ hoàn thành công tác chuẩn bị NB trước mổ (N,%)	Chưa đạt yêu cầu: 1 (1,6) Khá: 4 (6,3%); Tốt: 59 (92,2%)					

Mức độ hoàn thành chung: 92,2% chuẩn bị đạt mức tốt, 6,3% khá, 1,6% chưa đạt.

Các bước còn hạn chế: Thông báo thời gian mổ: chưa thực hiện ở 25% NB, Đo lại dấu hiệu sinh tồn: 12,5% chưa đầy đủ, Vận chuyển bằng cáng/xe đẩy: chỉ đạt 40,6%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến công tác chuẩn bị người bệnh trước mổ

Bảng 4: Mối liên quan giữa đặc điểm ca mổ và công tác chuẩn bị trước mổ

Đặc điểm		Ca mổ		OR CI 95%	p
		Phiên (N,%)	Cấp cứu (N,%)		
Vận chuyển NB bằng cáng/xe đẩy	Chưa tốt	36	2	48,8	<0,05
	Tốt	7	19	9,2-258,7	

Nhóm NB mổ phiên có tỷ lệ vận chuyển chưa tốt cao hơn nhóm cấp cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=48,8; 95% CI: 9,2–258,7; p<0,05). Không thấy liên quan giữa nhân khẩu học, tiền sử bệnh với chất lượng chuẩn bị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm lâm sàng của NB tri được điều trị bằng phương pháp TVLM tại BVĐHYHN. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn NB dưới 60 tuổi (76,6%), nam giới chiếm đa số (62,5%), thời gian mắc bệnh trung bình 10,8 năm. Tri hỗn hợp là thể bệnh phổ biến nhất

(57,8%), với triệu chứng nổi bật là sa búi trĩ (96,9%) và chảy máu (75%). Biến chứng hay gặp là tắc mạch (25%) và chảy máu (23,4%). Những đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu trong nước và quốc tế, vốn ghi nhận bệnh trĩ thường gặp ở lứa tuổi lao động, nam giới nhiều hơn, biểu hiện lâm sàng điển hình là sa búi trĩ và xuất huyết.^{4,5}

Mẫu nghiên cứu phản ánh đúng thực tế NB có chỉ định phẫu thuật, cho thấy tình trạng bệnh thường nặng (đa số độ III–IV hoặc tri hỗn hợp). Tuy nhiên, nghiên cứu còn hạn chế do cỡ mẫu

64 NB và thời gian nghiên cứu ngắn, kết quả chưa thể khái quát cho toàn bộ quần thể NB trĩ.

4.2. Thực trạng chuẩn bị NB trước mổ trĩ bằng phương pháp TVLM tại BVĐHYHN.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chuẩn bị NB trước mổ đạt tỷ lệ tốt cao (92,2%), phản ánh quy trình điều dưỡng tại Bệnh viện ĐHY Hà Nội được thực hiện nghiêm túc. Tuy nhiên, còn tồn tại ba vấn đề chính: Thông báo giờ mổ chưa đầy đủ (25%), Đo lại dấu hiệu sinh tồn chưa triệt để (12,5%) và Vận chuyển NB bằng cáng/xe đẩy chưa đạt (59,4%). Nguyên nhân khách quan có thể do lịch mổ thay đổi theo tình hình ca cấp cứu, cơ sở vật chất (thang máy, lối vận chuyển) còn hạn chế. Nguyên nhân chủ quan có thể do có sự bỏ sót một số bước trong quy trình của điều dưỡng.

Kết quả của chúng tôi có sự khá tương đồng so với nghiên cứu của Trần Thị Nguyệt cũng tại Bệnh viện Đại học Y vào năm 2023 với kết quả một số bước chuẩn bị trước mổ còn thực hiện chưa tốt là: tìm hiểu tâm lý NB, hướng dẫn NB vệ sinh cá nhân, hoàn thiện giấy cam kết, xác nhận bác sĩ đã đánh dấu vị trí phẫu thuật, đo lại dấu hiệu sinh tồn và vận chuyển NB đi phẫu thuật.⁶ Tuy nhiên, khi so sánh về tỷ lệ thực hiện các tiêu chí có thể thấy sự cải thiện rõ rệt trong công tác chuẩn bị trước mổ cho NB khi năm 2022 có tới 94% NB không được hướng dẫn thực hiện vệ sinh cá nhân đầy đủ, 52,4% NB không được đo lại dấu hiệu sinh tồn, 42,8% giấy cam kết thực hiện phẫu thuật/thủ thuật/gây mê hồi sức thiếu thông tin hành chính.⁶ Tỷ lệ thực hiện tốt các quy trình chuẩn bị trước mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đặng Thu Thanh và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông và Lê Thị Thảo Nguyên và Trương Quang Trung tại Bệnh viện Đại học Y với tỷ lệ thực hiện tuân thủ chung của quy trình chuẩn bị NB trước phẫu thuật ở mức tốt đạt lần lượt là 84,5% và 81,3%.^{7,8}

Đáng chú ý, nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa loại ca mổ (phiên/cấp cứu) và việc vận chuyển NB bằng cáng/xe đẩy ($p < 0,05$). Điều này gợi ý cải thiện cơ sở hạ tầng và quy trình vận chuyển sẽ giúp nâng cao chất lượng chuẩn bị.

Có thể thấy, tỷ lệ thực hiện tốt công tác chuẩn bị trước mổ cho NB cao, nhiều bước được tuân thủ 100% (như đeo vòng định danh, hoàn thiện hồ sơ, chuẩn bị thể chất). Các mặt còn tồn tại như thông báo giờ mổ, đo lại sinh tồn và vận chuyển NB còn hạn chế, cần khắc phục để nâng cao an toàn phẫu thuật.

Nghiên cứu giúp khẳng định hiệu quả của quy trình chuẩn bị trước mổ tại Bệnh viện ĐHY Hà Nội nhưng cũng chỉ ra các khâu cần cải tiến. Kết quả là cơ sở để xây dựng khuyến nghị: tăng cường giám sát tuân thủ quy trình, cải thiện cơ sở vật chất hỗ trợ vận chuyển, và bổ sung giải pháp thông tin cho NB về thời gian mổ.

V. KẾT LUẬN

NB trĩ được phẫu thuật bằng phương pháp TVLM tại BVĐHYHN chủ yếu là nam giới, ở độ tuổi lao động, mắc bệnh lâu năm; thể bệnh thường gặp là trĩ hỗn hợp, với triệu chứng điển hình là sa búi trĩ và chảy máu. Công tác chuẩn bị trước mổ nhìn chung được thực hiện tốt (92,2%), nhiều bước đạt 100% tuân thủ. Tuy nhiên, vẫn còn hạn chế ở các khâu: thông báo giờ mổ, đo lại dấu hiệu sinh tồn và vận chuyển NB bằng cáng/xe đẩy. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa loại ca mổ và việc vận chuyển NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Karel K, Marcel K, Lee S et al (2024). Hemorrhoids are associated with an increased risk of depression in Germany: A retrospective cohort study in primary care outpatients. *J of Psy Res*, 175: 381-385.
2. Dung N T, Anh T N, Phan D N et al (2025). TND's Vertical Ligation-Mucopexy: A Minimally Invasive Approach for Circumferential Hemorrhoids. *Surg. Gastroenterol. Oncol*, 1-7.
3. Turunen E, Miettinen M, Setälä L et al (2017). An integrative review of a preoperative nursing care structure. *J Clin Nurs*. 26(7-8):915-930.
4. Nguyễn Xuân Hùng và Nguyễn Ngọc Ánh (2023). Tình hình bệnh trĩ tổng cộng đồng và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 529 (1B).
5. Huỳnh Võ Ngọc Trân và Trần Hoàng Anh (2025). Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân bị bệnh trĩ tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 548 (1):236-239.
6. Trần Thị Nguyệt và cộng sự (2023). Thực trạng chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch của điều dưỡng tại Khoa Ngoại tiết niệu - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 521(2).
7. Đặng Thu Thanh và cộng sự (2025). Thực trạng chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch tại Khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 549(1):115-119.
8. Lê Thị Thảo Nguyên và Trương Quang Trung (2023). Mô tả kết quả chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật chấn thương tịa Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 541(2):271

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH TẠI THỜI ĐIỂM VÀO KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC – CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Trần Hoài Linh¹, Nguyễn Thị Bảo Liên¹, Nguyễn Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm miêu tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại thời điểm vào khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD được điều trị kháng sinh tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ 01/01/2025 đến 31/08/2025. **Kết quả:** Trong 53 bệnh nhân tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ: 10/1, tuổi trung vị là 73 tuổi với độ tuổi phổ biến là trên 60 tuổi chiếm 90,6%, tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 bệnh đồng mắc phổ biến với 45,2% và 20,8%. Nhịp tim tương đối nhanh với trung vị là 114 lần/phút, tần số tim 100 – 150 lần/phút phổ biến với 71,7%, Nhiệt độ trung vị là 37 độ C, nhiệt độ phổ biến là 36 – 37,5 độ C chiếm 81,1%. Huyết áp tâm thu và tâm trương đều trong giới hạn bình thường với trung vị là 130 mmHg và 80 mmHg, trong đó có 9,4% bệnh nhân được sử dụng vận mạch. Phần lớn bệnh nhân được có hỗ trợ hô hấp với 60,4% sử dụng oxy liệu pháp, thở máy xâm nhập chiếm 24,5%. Các triệu chứng hô hấp phổ biến là tăng tình trạng dịch tiết phế quản với 93,1%, thay đổi tính chất màu sắc đờm với 67,9% và rale rít là 77,4%. **Kết luận:** Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính hay gặp trên bệnh nhân nam giới, cao tuổi và có tiền sử sử dụng thuốc lá, các triệu chứng lâm sàng hay gặp trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính là tình trạng tăng số lượng dịch tiết đờm, rale rít và sốt.

Từ khóa: đợt cấp COPD, triệu chứng hô hấp, nhiễm khuẩn.

SUMMARY

REVIEW SOME CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THE TIME OF ADMITTANCE TO THE INTENSIVE RESUSCITATION – ANTI-POISON DEPARTMENT OF XANH PON GENERAL HOSPITAL

Objective: The study aims to describe some clinical characteristics of patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease at the time of admission to the Department of Intensive Care - Anti-Poison, Xanh Pon General Hospital. **Method:** A cross-sectional description study, data was collected on 53 patients was diagnosed

acute exacerbations of COPD who were treated with antibiotics at the Department of Intensive Care - Anti-Poison, Xanh Pon General Hospital from January, 2025 to August, 2025. **Results:** A 53 patients study in which the male/female patient ratio is 10/1, the median age is 73 years old with 90,6% of patient over 60 years old. Hypertension and diabetes are 2 common comorbidities with 45.2% and 20.8%. Heart rate was relatively fast with a median of 114 beats/minute, heart rate of 100-150 beats/minute was common with 71.7%. Median temperature was 37°C, common temperature was 36°C -37.5°C with 81.1%. Systolic and diastolic blood pressure were within normal limits with a median of 130 mmHg and 80 mmHg, of which 9.4% of patients used vasopressors. Most patients received respiratory support with 60.4% using oxygen therapy, invasive mechanical ventilation accounted for 24.5%. Common respiratory symptoms were increased bronchial secretions with 93.1%, changes in sputum color and properties with 67.9% and wheezing with 77.4%. **Conclusion:** Chronic obstructive pulmonary disease is common in male patients, elderly patients and patients with a history of tobacco use. Common clinical symptoms in patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease are increased sputum secretions, wheezing and fever. **Keywords:** COPD exacerbation, respiratory symptoms, infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một vấn đề y tế cộng đồng, là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới.¹ Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 1990 BPTNMT là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 6 và là nguyên nhân gây tàn phế đứng hàng thứ 12 trên toàn thế giới. Đến năm 2021 tỷ lệ tử vong do BPTNMT đã tăng lên đứng hàng thứ 4 gây ra 3,5 triệu ca tử vong vào năm 2021, chiếm khoảng 5% tổng số ca tử vong trên toàn cầu. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến đợt cấp BPTNMT bao gồm nguyên nhân do nhiễm trùng và không nhiễm trùng. Nhiễm trùng đường hô hấp chịu trách nhiệm cho 70-80% các đợt cấp BPTNMT trong đó căn nguyên vi khuẩn chiếm từ 30 – 50% các trường hợp. Khoa Hồi sức tích cực – chống độc thường xuyên tiếp nhận và điều trị những bệnh nhân đợt cấp BPTNMT mức độ nặng, cần thông khí cơ học. Do đó việc xác định nguyên nhân đợt cấp đặc biệt là căn nguyên vi khuẩn gây bệnh trong đợt cấp là rất cần thiết. Đây cũng là căn cứ để lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp cho điều trị nhằm giảm tỷ lệ sinh ra

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoài Linh

Email: linhtranhoai.ynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

các chủng vi khuẩn kháng thuốc, góp phần cải thiện kết quả điều trị, giảm chi phí và giảm tỷ lệ tàn tật do bệnh gây ra. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm "*Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại thời điểm vào khoa Hồi sức tích cực – Chống độc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thiết kế nghiên cứu

• Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ BN được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT vào khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

+ Có chỉ định dùng kháng sinh theo GOLD 2023.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Có các bệnh phổi hợp như: Lao phổi, ung thư phổi

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

• **Thời gian nghiên cứu:** Từ 01/01/2025 đến 31/08/2025

• **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn.

• Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn được lấy vào nghiên cứu

+ Thu thập thông tin theo mục tiêu nghiên cứu tại thời điểm nhập khoa, theo dõi cho đến khi bệnh nhân ra viện hoặc chuyển khoa

+ Xử lý và phân tích số liệu theo mục tiêu nghiên cứu

2.2. Xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y học và sử dụng phần mềm SPSS 22.0 Tính tỷ lệ phần trăm (%) đối với các biến định tính. Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến định lượng liên tục. Dùng test khi bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ, $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê. Dùng t – test để so sánh sự khác biệt của hai giá trị trung bình. Dùng test kiểm định phi tham số để so sánh sự khác biệt của hai giá trị trung bình của các biến không chuẩn, $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Quy trình nghiên cứu được thông qua tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn đồng ý cho tiến hành nghiên cứu. Thông tin thu thập của bệnh nhân chỉ nhằm mục đích nghiên cứu, các thông tin cá nhân của bệnh nhân được hoàn toàn giữ bí mật

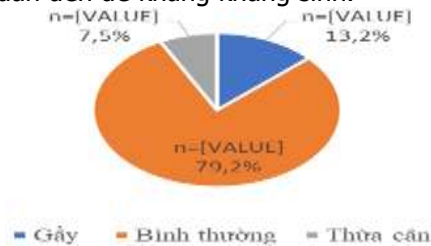
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD được sử dụng kháng sinh tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Xanh Pôn

Bảng 1: Một số đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu $N = 53$

		Số lượng (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Giới tính	Nam	48	90,6%
	Nữ	5	9,4%
Tuổi	Dưới 60	5	9,45
	60 – 80	38	71,7%
	Trên 80	10	18,9%
Tiền sử	Đái tháo đường	11	20,8%
	Suy tim	10	18,9%
	Tăng huyết áp	24	45,3%
	Khác	12	22,6%
Tiền sử liên quan đến đề kháng kháng sinh	Sử dụng thuốc lá	44	83%
	Năm viện trong 3 tháng	16	30,2%
	Sử dụng kháng sinh trong 3 tháng	17	32,1%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, hầu hết là bệnh nhân nam giới có tuổi trên 60, trong các bệnh lý đồng mắc đái tháo đường và tăng huyết áp và đái tháo đường là các bệnh lý phổ biến nhất. Có khoảng 1/3 số bệnh nhân có tiền sử liên quan đến đề kháng kháng sinh.



Biểu đồ 1: Phân bố chỉ số BMI

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn có chỉ số BMI ở mức bình thường.

Bảng 2: Một số đặc điểm khi nhập viện

		Số lượng (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Nơi chuyển đến	Cộng đồng	12	22,6%
	Bệnh viện	41	77,4%
Nguyên nhân nhập viện	Suy hô hấp	47	88,7%
	Shock nhiễm khuẩn	1	1,9%
	Tràn khí màng phổi	2	3,8%
	Ngừng tuần	1	1,9%

Hỗ trợ hô hấp	hoàn		
	Khác	2	3,8%
	Thở máy xâm nhập	19	35,8%
	Thở máy NIV	2	3,8%
	Oxy liệu pháp	32	60,4%

N = 53

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân bệnh viện cao gần gấp 3 lần bệnh nhân cộng đồng, trong đó nguyên nhân suy hô hấp chiếm ưu thế với 88,7%, phần lớn bệnh nhân cần hỗ trợ oxy và chỉ có 1/3 số bệnh nhân cần thở máy xâm nhập.

Bảng 3: Một số đặc điểm về huyết động

			Số lượng	Tỷ lệ phần trăm
Nhịp tim	Giá trị	Trung vị: 114 – tứ phân vị: 100 – 123,5; Min: 69 – Max: 168		
	Phân loại nhịp tim	Dưới 100	14	26,4%
		100 -150	38	71,7%
		Trên 150	1	1,9%
Điểm GCS	Giá trị	GCS trung vị 15 – Tứ phân vị: 14 – 15; Min: 3 – Max: 15		
	Phân độ	Dưới 10 điểm	3	5,7%
		10 – 13 điểm	7	13,2%
		14 – 15 điểm	43	81,1%
Nhiệt độ	Giá trị	Trung vị: 37 – tứ phân vị: 36,7 – 37,2; Min: 36 – Max: 39		
	Phân loại	Dưới 36	2	3,8%
		36 – 37,5	43	81,1%
		37,5 – 38,5	7	13,2%
		Trên 38,5	1	1,9%
Huyết áp tâm thu	Giá trị	Trung vị: 130 – tứ phân vị: 120 – 140; Min: 90 – Max: 200		
	Phân loại huyết áp tâm thu	Dưới 90	2	3,8%
		90 – 120	14	26,4%
		Trên 120	37	69,8%
Huyết áp tâm trương	Giá trị	Trung vị: 80 – tứ phân vị: 70 – 80; Min: 50 – Max: 110		
	Phân loại huyết áp tâm trương	Dưới 60	5	9,4%
		60 – 90	44	83%
		Trên 90	4	7,5%
Sử dụng vận mạch	Có		5	9,4%
	Không		48	90,6%

N = 53

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu hầu hết không sốt, huyết áp tâm thu và tâm trương trong giới hạn bình thường, không sử dụng vận mạch, nhịp tim dao động ở mức 100 – 150 l/p.

Bảng 4: Đặc điểm tình trạng hô hấp

			Số lượng	Tỷ lệ phần trăm
SpO2	Giá trị	Trung vị: 93 – tứ phân vị: 89 – 96,5; Min: 38 – Max: 100		
	Phân loại	Dưới 88	9	17%
		88 – 92	17	32,1%
		Trên 92	27	50,9%
Fio2	Giá trị	Trung vị: 40 – tứ phân vị: 31,5 – 40; Min: 21 – Max: 60		
	Phân loại	Dưới 40	43	81,1%
		40 – 60	10	18,9%
		Trên 60	0	0%
Nhịp thở	Giá trị	Trung vị: 22 – tứ phân vị: 20 – 25; Min: 20 – Max: 30		
	Phân độ	20 – 25	35	66,04%
		Trên 25	18	33,96%
Tình trạng dịch tiết phế quản	Không có		1	1,9%
	Ít		20	37,7%
	Nhiều		32	60,4%
Tình trạng tính chất dịch tiết phế quản	Trong		17	32,1%
	Đục/xanh/vàng		36	67,9%
Khả năng ho khác	Tốt		25	47,2%
	Kém		28	52,8%
Rale nổ	Có		29	54,7%
	Không		24	45,3%
Rale rít	Có		41	77,4%
	Không		12	22,6%
Rale ngáy	Có		11	20,8%
	Không		42	79,2%

N = 53

Nhận xét: Đặc điểm về tình trạng hô hấp gặp nhiều nhất liên quan đến nhiều dịch tiết phế quản, tính chất dịch tiết đục/xanh/vàng và rales nổ, rales rít. Phần lớn bệnh nhân có chỉ số SpO2 trên 92% và không cần tăng Fio2

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 8 năm 2025, tổng số 53 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thỏa mãn tiêu chuẩn chọn được đưa vào nghiên cứu. Trong số các bệnh nhân đợt cấp BPTNMT, tỷ lệ bệnh nhân nam là 90,6% cao hơn hẳn so với tỷ lệ nữ: 9,4%. Điều này có thể lý giải là do tình trạng hút thuốc lá thường gặp hơn ở nam giới tại Việt Nam nói riêng và trên thế giới nói chung và hút thuốc lá là một trong những nguyên nhân phổ biến dẫn đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm tuổi 60-80, chiếm tỷ lệ 71,7%. Trong đó tuổi trung bình của bệnh nhân là 73, bệnh nhân

có tuổi thấp nhất là 47, lớn tuổi nhất là 101. Kết quả này cũng tương tự như của Phạm Lê Nhật Thảo, Nguyễn Văn Linh. Trong số các bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập khoa HSTC-CD, bệnh lý nền gặp nhiều nhất là tăng huyết áp (45,3%), sau đó lần lượt là đái tháo đường tuýp II (20,8%) và suy tim (18,9%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Natasha Cordeiro tổng hợp từ các nghiên cứu trong giai đoạn 2020 – 2021 với tỷ lệ các bệnh nền thường gặp ở bệnh nhân BPTNMT là tăng huyết áp (17 – 64,7%), đái tháo đường (10,2 – 45%). Cũng theo nghiên cứu tổng quan này, những bệnh lý nền, đặc biệt là các bệnh lý về tim mạch và đái tháo đường, thường gặp ở bệnh nhân BPTNMT, trong đó có một số bệnh lý sẽ liên quan phần nào đến nguy cơ tử vong ở bệnh nhân BPTNMT trong các đợt cấp.

Trong số 53 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá chiếm 83%. Kết quả này cũng tương đồng với tỷ lệ hút thuốc lá thường gặp ở các bệnh nhân BPTNMT trên thế giới (70% ở các nước thu nhập cao, 30 – 40% ở các nước có thu nhập thấp và trung bình).² Tương tự như vậy, tại Việt Nam, 75% số ca mắc BPTNMT có tiền sử hút thuốc.⁴ Bên cạnh các yếu tố nguy cơ khác như ô nhiễm môi trường, nhiễm khuẩn hô hấp tái diễn, tăng tính phản ứng đường thở (hen phế quản hoặc viêm phế quản co thắt), hút thuốc lá, thuốc lá là từ lâu nay đã được xem là nguyên nhân hàng đầu của BPTNMT. Gần một phần ba số bệnh nhân trong nghiên cứu có tiền sử sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch trước khi vào viện, tương đương với gần một phần ba bệnh nhân trong nghiên cứu mắc đợt cấp trong vòng 3 tháng gần đây hoặc một bệnh lý nhiễm trùng khác cần phải nhập viện và sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch. Bên cạnh đó, hơn một nửa số bệnh nhân có trên 2 đợt cấp BPTNMT trong vòng một năm. Các tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Phạm Lê Nhật Thảo (2022) và Nguyễn Văn Linh (2024). Có thể là do việc quản lý BPTNMT trong giai đoạn ổn định đã được quan tâm nhiều hơn thông qua đơn vị quản lý BPTNMT của bệnh viện cũng như là sự tuân thủ điều trị và dự phòng đợt cấp của các bệnh nhân đang ngày một tốt lên. Mặc dù vậy, vẫn cần rất thận trọng trong công tác quản lý BPTNMT để giảm tần suất nhập viện và tiến triển đợt cấp ở bệnh nhân BPTNMT nhờ đó giảm nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng và nấm.

Về ý thức, tỷ lệ bệnh nhân VPLQTM có GCS 14 – 15 điểm gặp nhiều nhất 81,1%, có tỷ lệ nhỏ BN có GCS < 8 điểm (5,7%). Thay đổi ý

thức ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT cũng là một trong các yếu tố đánh giá tình trạng suy hô hấp, đặc biệt ở mức độ nặng hoặc nguy kịch rối loạn ý thức có thể liên quan đến tình trạng tăng CO₂ máu. Tuy nhiên, việc này khó có thể chính xác một cách tuyệt đối bởi ở những bệnh nhân có điểm Glasgow < 15 điểm từ trước khi nhập khoa, đặc biệt ở những bệnh nhân di chứng đột quỵ não, sa sút trí tuệ, Alzheimer hoặc nằm một chỗ nhiều năm. Bên cạnh đó, việc sử dụng thuốc an thần, giảm đau hoặc giãn cơ trong quá trình đặt ống nội khí quản có thể ảnh hưởng đến tình trạng ý thức của người bệnh.

Về các chỉ số huyết động, chúng tôi nhận thấy, nhịp tim trung vị là tương đối cao với 114 nhịp/phút, nhịp tim cao nhất ghi nhận được là 168 l/p, nhịp tim chậm nhất ghi nhận được là 69 lần/phút. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tăng nhịp tim là một trong những tình trạng hay gặp ở các bệnh nhân mắc đợt cấp COPD, trong nghiên cứu của Đỗ Khánh Linh ghi nhận có 58,5% bệnh nhân có tình trạng nhịp tim tăng trên 100 l/phút, với nghiên cứu của Đỗ Thị Vân Anh tỷ lệ này là 65%, với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Phương tỷ lệ này là 70%, còn trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 71,7% bệnh nhân có nhịp tim từ 100 lần/phút đến 150 lần/phút, ghi nhận 1 trường hợp có nhịp tim 168 lần/phút, đây là bệnh nhân mắc COPD lâu năm có kèm theo tình trạng tâm phế mạn và có tình trạng rung nhĩ đáp ứng tần số thất nhanh. Có nhiều lý do để giải thích cho kết quả nghiên cứu này, lý do đầu tiên cũng là lý do phổ biến nhất, đó là phần lớn bệnh nhân trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi nhập viện trong tình trạng suy hô hấp bao gồm có tăng tần số thở và tăng công thở, điều này ít nhiều làm tăng gánh nặng lên hệ tim mạch và gây đáp ứng tăng nhịp tim.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá tình trạng hô hấp trên lâm sàng bằng chỉ số SpO₂ và nhịp thở. Chúng tôi nhận thấy với quần thể nghiên cứu này đều có sự gia tăng nhịp thở, có gần 2/3 số bệnh nhân có tình trạng tăng nhịp thở nhẹ với 20 đến 25 lần/phút và có 18/53 bệnh nhân có tình trạng nhịp thở tăng cao, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu hay các báo cáo khác về đợt cấp COPD. Trong tiêu chuẩn chẩn đoán Anthonisen, khó thở tăng lên là một trong ba tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp COPD. Với các bệnh nhân COPD, các bệnh nhân này luôn trong tình trạng suy hô hấp mãn tính với đặc trưng là sự tắc nghẽn, khi bệnh nhân có các đợt cấp, làm cho các cơ chế này vượt lên làm tình trạng co thắt trở nên mạnh mẽ hơn, bên cạnh đó là quá trình viêm của niêm mạc đường

hô hấp làm cho quá trình hô hấp diễn ra khó khăn hơn,. Bên cạnh đó là sự rối loạn hệ số Va/Q do quá trình viêm phổi mang lại càng làm cho khó thở tăng lên. Trong cá nghiên cứu về đợt cấp COPD như của Đỗ Khánh Linh, Đỗ Văn Anh hay của Nguyễn Thị Hoài Phương cũng ghi nhận khó thở tăng lên gặp ở hầu hết các bệnh nhân mắc bệnh phổi mãn tính. Tình trạng khó thở tăng lên trong tiêu chuẩn của Anthonisen chỉ viết vắn tắt là "tình trạng khó thở tăng lên", tuy nhiên khi chuyển hóa thành lâm sàng thì biểu hiện của tiêu chuẩn này là tương đối phong phú, trong đó, việc tăng tần số thở là triệu chứng xuất hiện sớm nhất và dễ để nhận biết nhất.

V. KẾT LUẬN

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính hay gặp trên bệnh nhân nam giới, cao tuổi và có tiền sử sử dụng thuốc lá, các triệu chứng lâm sàng hay gặp trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính là tình trạng tăng số lượng dịch tiết

đờm, rale rít và sốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Xuyên.** Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mạn tính tại Việt Nam. Tạp chí Y học thực hành (704) – số 2/2010. 2010.
2. **Lê Nhật Huy.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và đánh giá kết quả can thiệp điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại tỉnh Nghệ An. Luận án Tiến sĩ Y học trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
3. **Phan Thanh Thủy.** Đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người bệnh tại một số đơn vị quản lý ngoại trú. Tạp chí nghiên cứu Y học 160 (12V1). 2022.
4. **Sohy C.** Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and antibiotics: what studies are still needed? European Respiratory Journal. 2002;19(5):966-975. doi:10.1183/09031936.02.00291302
5. **Agusti A.** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Am J Respir Crit Care Med. 2023; 207(7): 819-837. doi:10.1164/rccm.202301-0106PP

PHỤC HỒI THẦN KINH HOÀN TOÀN SAU NGỪNG TIM DO TAI NẠN KÉP: ĐIỆN GIẬT VÀ ĐUỐI NƯỚC - MỘT CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP

Lê Thị Minh Hương¹, Lê Viết Cường¹

TÓM TẮT

Ngừng tim ngoài bệnh viện (OHCA) là một tình trạng cấp cứu nguy kịch với tỷ lệ tử vong cao. Việc phục hồi hoàn toàn chức năng thần kinh sau OHCA là rất hiếm, đặc biệt trong các tình huống phức tạp có nhiều cơ chế tổn thương phối hợp. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 30 tuổi bị ngừng tim do tai nạn kép: điện giật và đuối nước. Bệnh nhân được người thân ép tim và thổi ngạt ngay tại hiện trường, sau đó được vận chuyển đến bệnh viện. Tại khoa Cấp cứu, bệnh nhân được sốc điện sớm, đặt nội khí quản, bóp bóng qua ống nội khí quản với oxy, dùng thuốc theo phác đồ và nhanh chóng khôi phục tuần hoàn tự phát. Trong quá trình hồi sức tích cực tại khoa Hồi sức, bệnh nhân được điều trị hạ thân nhiệt chỉ huy (TTM), chăm sóc đa chuyên khoa và can thiệp chuyên sâu kịp thời, xử lý các biến chứng. Bệnh nhân tiến triển thuận lợi, cai thở máy sau 4 ngày, hồi phục hoàn toàn chức năng thần kinh và được xuất viện với tình trạng ổn định vào ngày thứ 11 của bệnh. Trường hợp này cho thấy vai trò quyết định của hồi sức tim phổi (CPR) chất lượng cao tại hiện trường, sốc điện sớm và

chiến lược chăm sóc hậu hồi sức đa chuyên khoa trong việc tối ưu hóa kết quả thần kinh ở bệnh nhân OHCA phức tạp.

Từ khóa: Ngừng tim ngoài viện; Điện giật; Đuối nước; Hồi sinh tim phổi; Hạ thân nhiệt chỉ huy.

SUMMARY

COMPLETE NEUROLOGICAL RECOVERY AFTER CARDIAC ARREST DUE TO A DUAL ACCIDENT: ELECTROCUTION AND DROWNING – A RARE CASE REPORT

Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) is a life-threatening emergency with a high mortality rate. Complete neurological recovery after OHCA is extremely rare, especially in complex situations involving multiple mechanisms of injury. We report the case of a 30-year-old male who experienced cardiac arrest due to a dual accident: electrocution and drowning. The patient received chest compressions and rescue breaths performed by relatives immediately at the scene, followed by transportation to the hospital. At the Emergency Department, early defibrillation was delivered, endotracheal intubation was performed, bag-valve ventilation via an endotracheal tube with supplemental oxygen was provided, advanced cardiac life support medications were administered, and return of spontaneous circulation (ROSC) was achieved. During advanced resuscitative management in the Intensive Care Unit (ICU), the patient underwent targeted temperature

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Nha Trang

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Minh Hương

Email: huong.yc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

management (TTM), received multidisciplinary critical care, timely interventions, and treatment of complications. The patient improved favorably, was extubated after 4 days, achieved complete neurological recovery, and was discharged in stable condition on day 11 of hospitalization. This case highlights the decisive role of high-quality cardiopulmonary resuscitation (CPR) initiated promptly at the scene, early defibrillation, and a comprehensive post-resuscitation care strategy in optimizing neurological outcomes in complex OHCA patients.

Keywords: Out-of-hospital cardiac arrest; Electrocution; Drowning; Cardiopulmonary resuscitation; Targeted temperature management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

OHCA là một thách thức lớn trong hồi sức cấp cứu, với tỷ lệ tử vong và di chứng thần kinh cao. Các yếu tố tiên lượng phụ thuộc nhiều vào nguyên nhân gây ngừng tim, chất lượng CPR, và chiến lược hồi sức sau ngừng tim^{6,7}. Trong đó điện giật và đuối nước là hai nguyên nhân có cơ chế bệnh sinh đặc thù nguy hiểm^{1,2}. Một tình huống hiếm gặp được mô tả trong y văn là Electric Shock Drowning (ESD), khi điện rò rỉ trong môi trường nước gây điện giật và đuối nước đồng thời. Đây là một cơ chế tổn thương phức tạp, tiên lượng rất nặng nề và ít trường hợp hồi phục hoàn toàn được báo cáo⁸.

Điện giật có thể gây rối loạn nhịp thất nguy hiểm, ngừng thở và tổn thương đa cơ quan. Một số nghiên cứu cho thấy nạn nhân OHCA do điện giật có tỷ lệ sống sót cao hơn so với các nguyên nhân khác nếu được cấp cứu kịp thời, nhờ đặc điểm thường gặp ở người trẻ, khỏe mạnh trước đó và có nhịp tim có thể sốc điện^{1,9}. Ngược lại, đuối nước là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do tai nạn, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Cơ chế bệnh sinh chủ yếu là thiếu oxy, dẫn đến ngừng thở, rối loạn nhịp và ngừng tim. Những bệnh nhân sống sót thường phải đối mặt với biến chứng hô hấp kéo dài và nguy cơ di chứng thần kinh, ngay cả khi xuất viện với trạng thái thần kinh bình thường².

Sự kết hợp đồng thời của điện giật và đuối nước là tình huống cực kỳ hiếm gặp. Trong bối cảnh này, nạn nhân vừa có nguy cơ rối loạn nhịp tim đột ngột do dòng điện, vừa bị thiếu oxy trầm trọng do hít nước, khiến hồi sức và chăm sóc sau hồi sức trở nên phức tạp hơn nhiều. Hiện nay, y văn trong và ngoài nước rất hiếm ghi nhận trường hợp hồi phục hoàn toàn thần kinh trong tình huống kép này⁸. Việc báo cáo các ca bệnh hiếm này, khác với ESD kinh điển là bệnh nhân bị điện giật trên ca nô sau đó rơi xuống biển và OHCA, có ý nghĩa quan trọng, giúp nhấn mạnh vai trò sống còn của CPR chất lượng cao, sốc điện kịp thời,

cùng các chiến lược chăm sóc hậu hồi sức đa chuyên khoa nhằm tối ưu hóa tiên lượng thần kinh cho bệnh nhân OHCA phức tạp^{6,7}.

CPR sớm và sốc điện kịp thời là những yếu tố quyết định khả năng sống còn trong ngừng tim do điện giật^{1,9}. Ngược lại, ở nạn nhân đuối nước, việc kiểm soát đường thở và nhanh chóng điều chỉnh tình trạng thiếu oxy đóng vai trò trọng yếu trong cải thiện tiên lượng². Ngoài ra, chăm sóc sau hồi sức, đặc biệt là TTM, đã được khuyến cáo nhằm tăng khả năng hồi phục chức năng thần kinh ở bệnh nhân sau ngừng tim^{6,7}.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam 30 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, bị điện giật khi đang làm việc trên ca nô và rơi xuống biển. Người thân có mặt tại hiện trường lập tức vớt bệnh nhân lên, tiến hành ép tim ngoài lồng ngực và thổi ngạt miệng - miệng tại chỗ. Sau đó, bệnh nhân được vận chuyển đến khoa Cấp cứu bằng taxi, thời gian di chuyển khoảng 25 phút. Trong suốt quá trình vận chuyển, người thân tiếp tục duy trì ép tim và thổi ngạt liên tục, không có phương tiện hỗ trợ hồi sức nâng cao.

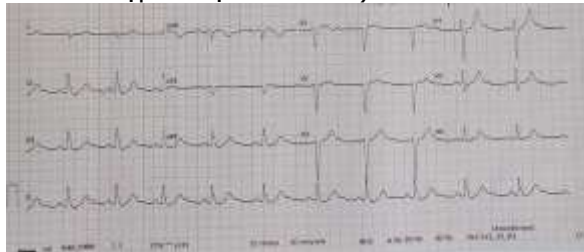
Khi nhập viện, bệnh nhân trong tình trạng da tím, ngừng tim, ngừng thở, không có mạch và huyết áp, monitor ghi nhận rung thất. Bệnh nhân được tiến hành sốc điện phá rung một lần (200 J, sốc điện hai pha), kết hợp ép tim ngoài lồng ngực, đặt nội khí quản, bóp bóng qua ống nội khí quản có oxy, tiêm adrenaline mỗi 3–5 phút theo phác đồ hồi sinh tim phổi nâng cao (ACLS), đồng thời lấy máu xét nghiệm; đường máu trong giới hạn bình thường. Sau 22 phút ACLS tại khoa Cấp cứu, bệnh nhân có tuần hoàn tự phát trở lại (ROSC) với huyết động ổn định, điện tim ghi nhận nhịp xoang 65 lần/phút (Hình 1). Khí máu động mạch ban đầu cho thấy toan hỗn hợp nặng (pH 6,711; pCO₂ 61,6 mmHg; HCO₃⁻ 7,9 mmol/L; lactate 13,22 mmol/L). Sau ROSC, các thông số cải thiện rõ rệt (pH 7,261; pCO₂ 42,9 mmHg; HCO₃⁻ 19,5 mmol/L; lactate 3,36 mmol/L). Diễn tiến những ngày tiếp theo, lactate tiếp tục giảm nhanh (2,04 mmol/L; 1,83 mmol/L; 1,33 mmol/L), cho thấy tình trạng tưới máu mô cải thiện.

Bệnh nhân được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực (ICU) với thở máy kiểm soát và hạ thân nhiệt chỉ huy 33–34 °C trong 48 giờ, sau đó tái ấm dần. Nội khí quản được rút thành công vào ngày thứ 4. Trong quá trình hồi sức, bệnh nhân xuất hiện tổn thương thận cấp với creatinine dao động 209–218 µmol/L, ure 10–11 mmol/L, độ lọc cầu thận 32–35 mL/phút, nhưng lượng nước tiểu

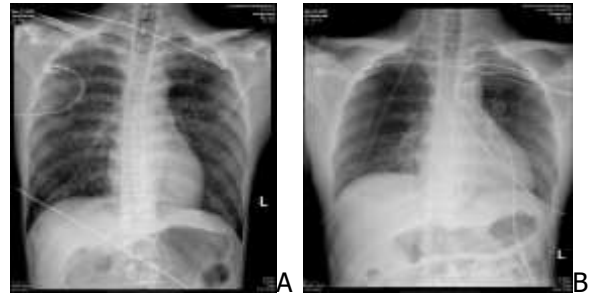
duy trì tốt, chức năng thận hồi phục dần, không cần lọc máu. X-quang ngực cho thấy viêm phổi mô kẽ lan tỏa; nội soi phế quản phát hiện nhiều đàm trắng đục; procalcitonin tăng cao (7,8 ng/mL), phù hợp với viêm phổi hít sau đuối nước (Hình 2A), cải thiện rõ rệt sau 4 ngày điều trị kháng sinh (Hình 2B). Bệnh nhân được dùng kháng sinh meropenem và levofloxacin theo độ lọc cầu thận. Siêu âm tim ghi nhận huyết khối nhĩ phải kích thước 11 x 6mm; siêu âm Doppler chi dưới phát hiện huyết khối bán phần tĩnh mạch đùi sâu (Hình 3). Bệnh nhân được điều trị chống đông bằng enoxaparin liều 0,1 đơn vị/kg/12 giờ, sau đó chuyển sang dabigatran đường uống. Các marker tim tăng cao rõ rệt với Troponin T hs 984 ng/L, CK 2.496 U/L, CK-MB 45,53 ng/mL, proBNP 791 pg/mL, gợi ý tổn thương cơ tim sau ngừng tim và điện giật. Chụp cắt lớp vi tính sọ não không thấy tổn thương nhu mô não. (Hình 4)

Trong thời gian điều trị tại ICU, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân cải thiện dần. Sau khi rút nội khí quản thành công vào ngày thứ 4, bệnh nhân duy trì huyết áp ổn định, không cần thuốc vận mạch. Chức năng thận hồi phục dần mà không cần lọc máu. Tình trạng viêm phổi cải thiện sau điều trị kháng sinh, X-quang phổi kiểm tra cho thấy tổn thương mờ đã giảm rõ rệt.

Bệnh nhân được chuyển khoa nội trú theo dõi và điều trị tiếp vào ngày thứ 7 và xuất viện an toàn vào ngày thứ 11 của bệnh trong tình trạng ổn định toàn thân. Tại thời điểm xuất viện cũng như khi tái khám sau 7 ngày, bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, không có di chứng thần kinh, chức năng vận động và nhận thức bình thường, không ghi nhận biến chứng tim mạch tồn dư. Bệnh nhân tiếp tục được duy trì chống đông bằng dabigatran ngoại trú. Đánh giá theo các thang điểm chuẩn cho kết cục thần kinh sau ngừng tim, bệnh nhân đạt: CPC = 1 (hoạt động thần kinh bình thường, trở lại công việc và sinh hoạt như trước ngừng tim), mRS = 0 (không có triệu chứng tồn dư), và GOS = 5 (hồi phục tốt, tái hòa nhập xã hội hoàn toàn).



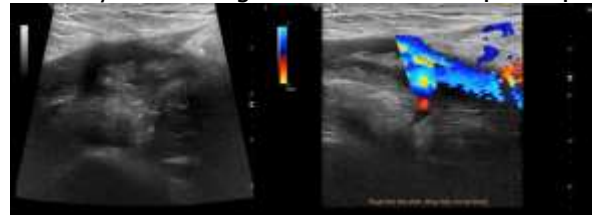
Hình 1. Điện tim sau có ROSC ghi nhận nhịp xoang 65 lần/phút, trực trung gian



Hình 2. X-Quang ngực thẳng tại giường

(A): X-quang ngực lúc nhập viện cho thấy tổn thương mô kẽ lan tỏa, phù hợp với viêm phổi hít sau đuối nước.

(B): X-quang ngực ngày thứ 4 sau điều trị cho thấy tổn thương thâm nhiễm cải thiện rõ rệt.



Hình 3. Siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới cho thấy huyết khối bán phần tĩnh mạch đùi sâu bên phải



Hình 4. Cắt lớp vi tính sọ não không tiêm thuốc cản quang kết quả không phát hiện bất thường nhu mô não

IV. BÀN LUẬN

OHCA do điện giật và đuối nước đều là những tình huống nguy kịch, có tỷ lệ tử vong và di chứng thần kinh rất cao. Điện giật thường gây rung thất, là rối loạn nhịp có thể sốc điện được; nếu được khử rung kịp thời, khả năng sống sót và hồi phục thần kinh tốt hơn so với các nguyên nhân khác^{6,7}.

Năm 2000, tác giả Bailey đã báo cáo một trường hợp điện giật ngừng tim 15 phút, được sốc điện sớm và hồi phục hoàn toàn chức năng thần kinh¹. Tác giả Yamashita và cộng sự năm 2012 cũng ghi nhận một bệnh nhân điện giật được CPR trong 20 phút trước khi khử rung, vẫn hồi phục thần kinh nguyên vẹn⁹. Ngược lại, đuối nước thường gây thiếu oxy kéo dài, tiên lượng thần kinh rất xấu khi ngừng tim trên 10 phút.

Theo Idris năm 2003 công bố nghiên cứu cho thấy phần lớn các trường hợp ngừng tim do đuối nước quá 10 phút đều có kết cục kém, song vẫn có những báo cáo hồi phục thần kinh nguyên vẹn sau 20 phút CPR liên tục². Năm 2018 tác giả Szpilman và cộng sự đã mô tả khái niệm ESD, nhấn mạnh cơ chế tổn thương kép do điện giật trong môi trường nước với tiên lượng rất nặng nề, hầu hết trường hợp tử vong hoặc để lại di chứng thần kinh nặng, rất hiếm có ca hồi phục hoàn toàn được báo cáo⁸. Trong ca bệnh của chúng tôi, bệnh nhân gặp tai nạn kép: trước tiên bị điện giật trên ca nô gây rung thất và ngừng tim đột ngột; sau đó rơi xuống biển dẫn đến ngạt nước và thiếu oxy kéo dài. Đây là sự phối hợp hai cơ chế tổn thương đặc biệt nguy kịch khiến tiên lượng càng xấu hơn. Tuy nhiên, bệnh nhân đã hồi phục hoàn toàn với các thang điểm thần kinh tối ưu: CPC = 1, mRS = 0, GOS = 5 khác biệt hẳn so với hầu hết các báo cáo trước đây. Kết quả này có được nhờ CPR ngoài viện được tiến hành ngay tại hiện trường bởi người thân, sốc điện phá rung kịp thời khi nhập viện, và đặc biệt là áp dụng TTM kết hợp hồi sức đa chuyên khoa trong ICU. Theo khuyến cáo hội đồng hồi sức châu Âu (ERC) 2021 và hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA) 2020, TTM nên được áp dụng cho bệnh nhân còn hôn mê sau ROSC để cải thiện tiên lượng thần kinh^{6,7}. Ca bệnh này minh chứng rõ ràng cho vai trò then chốt của TTM, cùng với CPR sớm và sốc điện kịp thời, trong việc cải thiện kết cục thần kinh sau OHCA do tai nạn kép.

Sau ROSC, bệnh nhân xuất hiện huyết khối nhĩ phải và huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. Cơ chế hình thành huyết khối trong bối cảnh này có thể giải thích bởi tam chứng Virchow: (1) ứ trệ tuần hoàn do giai đoạn ngừng tim và bất động kéo dài, (2) tổn thương nội mạc mạch máu liên quan đến sốc điện và quá trình hồi sức, (3) tình trạng tăng đông sau ngừng tim và phản ứng viêm toàn thân. Các yếu tố này phối hợp làm tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch. Theo khuyến cáo của ESC 2019 và CHEST 2016/ACC 2020, điều trị chuẩn bao gồm khởi đầu bằng heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH) như enoxaparin, sau đó chuyển sang thuốc chống đông đường uống trực tiếp (DOACs)^{3,4,5}. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân được điều trị bằng enoxaparin sau đó chuyển sang dabigatran, phù hợp với hướng dẫn quốc tế, cho thấy việc xử trí biến chứng tuân thủ phác đồ chuẩn.

Trường hợp này nhấn mạnh ba yếu tố quan trọng quyết định hồi phục thần kinh hoàn toàn sau OHCA phức tạp: (1) CPR ngoài viện sớm và

liên tục ngay tại hiện trường; (2) Sốc điện kịp thời khi xác định rung thất; (3) Chiến lược TTM và hồi sức đa chuyên khoa trong ICU, giúp bảo vệ não và xử trí biến chứng hiệu quả. Ca bệnh củng cố thông điệp: khởi đầu CPR ngay lập tức, sốc điện sớm và hồi sức chuẩn hoá có thể tạo nên sự khác biệt giữa di chứng thần kinh nặng nề và hồi phục hoàn toàn, ngay cả trong tình huống tai nạn kép hiếm gặp và thời gian ngừng tim kéo dài.

V. KẾT LUẬN

Trường hợp bệnh nhân ngừng tim do tai nạn kép (điện giật và đuối nước) với tổng thời gian ngừng tim kéo dài nhưng vẫn hồi phục hoàn toàn chức năng thần kinh là một ca lâm sàng hiếm gặp và có giá trị thực tiễn cao. Thành công đạt được nhờ sự phối hợp nhiều yếu tố then chốt: CPR ngoài viện sớm và liên tục, sốc điện kịp thời, cùng với chiến lược hồi sức hiện đại bao gồm TTM và xử trí đa chuyên khoa trong ICU. Ngoài ra, ca bệnh còn cho thấy tầm quan trọng của việc phát hiện và xử trí kịp thời biến chứng huyết khối sau ngừng tim, với cơ chế liên quan đến tam chứng Virchow (ứ trệ tuần hoàn, tổn thương nội mạc, tình trạng tăng đông). Việc lựa chọn chống đông bằng LMWH chuyển sang DOACs phù hợp với khuyến cáo quốc tế, góp phần kiểm soát biến chứng hiệu quả.

Ý nghĩa lâm sàng của ca bệnh này là nhấn mạnh rằng: ngay cả trong hoàn cảnh ngừng tim kéo dài và cơ chế phức tạp, tiên lượng vẫn có thể cải thiện rõ rệt nếu hồi sức được khởi đầu sớm tại hiện trường, can thiệp đúng phác đồ và chăm sóc hồi sức tích cực chuẩn hóa. Đây là minh chứng cho giá trị của việc phổ cập kỹ năng sơ cứu tim phổi cơ bản trong cộng đồng, kết hợp với tuân thủ phác đồ hồi sức nâng cao trong bệnh viện, nhằm tối ưu hoá cơ hội sống còn và hồi phục thần kinh cho bệnh nhân OHCA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bailey B.** Cardiac arrest due to electrocution: case report and review. *J Emerg Med.* 2000;18(1):81–85.
2. **Idris AH, Berg RA, Bierens J, et al.** Recommended guidelines for uniform reporting of data from drowning: the "Utstein style." *Resuscitation.* 2003;59(1):45–57.
3. **January CT, Wann LS, Calkins H, et al.** 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *J Am Coll Cardiol.* 2019;74(1):104–132.
4. **Kearon C, Akl EA, Ornelas J, et al.** Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report. *Chest.* 2016;149(2):315–352.

5. **Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al.** 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J.* 2020;41(4):543–603.
6. **Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, et al.** European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines 2021: Post-resuscitation care. *Resuscitation.* 2021;161:220–269.
7. **Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, et al.** 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2020;142(16_suppl_2):S366–S468.
8. **Szpilman D, Bierens JJLM, Handley AJ, Orlowski JP.** Electric shock drowning (ESD): a newly recognized cause of drowning deaths. *Resuscitation.* 2018;128:118–123.
9. **Yamashita K, Yagi T, Sumi Y, et al.** Successful resuscitation and neurologically intact survival after prolonged cardiac arrest due to electrocution. *Resuscitation.* 2012;83(3):e89–e90.

THỰC TRẠNG THIẾU MEN G6PD Ở TRẺ SƠ SINH TRÊN KẾT QUẢ SÀNG LỌC MẪU MÁU GÓT CHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NINH THUẬN TỪ NĂM 2019 ĐẾN 2024

Nguyễn Công Tâm¹, Nguyễn Văn Lập¹, Thái Thị Kim Yên¹,
Lê Thị Tâm Hiền¹, Nguyễn Thị Kim Kha¹

TÓM TẮT

Cơ sở nghiên cứu: Sàng lọc sơ sinh (SLSS) đóng vai trò thiết yếu trong việc phát hiện sớm và can thiệp kịp thời các bệnh lý bẩm sinh, bao gồm thiếu men Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD), giúp giảm thiểu nguy cơ tàn tật và nâng cao chất lượng dân số. Thiếu men G6PD là khiếm khuyết men phổ biến nhất ở người và là nguyên nhân gây vàng da sơ sinh, tán huyết, có thể dẫn đến tử vong hoặc tổn thương não vĩnh viễn nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ trẻ thiếu men G6PD và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng này tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả được thực hiện trên 20.601 trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023. Các mẫu máu gót chân được sàng lọc để phát hiện thiếu men G6PD. Dữ liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22, sử dụng thống kê mô tả và phép kiểm X để xác định mối liên quan với độ tin cậy 95%. **Kết quả:** Tỷ lệ SLSS tại bệnh viện là 55%. Tỷ lệ mắc thiếu men G6PD được ghi nhận là 2,5% (522/20.601). Nghiên cứu chỉ ra nam giới chiếm đa số các trường hợp thiếu G6PD (69,3%). Các yếu tố như nơi sống ở nông thôn và thuộc dân tộc thiểu số có mối liên quan đáng kể với tỷ lệ mắc bệnh cao hơn. Tuổi mẹ, tuổi thai và cân nặng lúc sinh không có mối liên quan rõ ràng với tình trạng thiếu men G6PD. **Kết luận:** Sàng lọc sơ sinh có vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm thiếu men G6PD, một bệnh lý di truyền phổ biến. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở trẻ nam, trẻ sống ở nông thôn và trẻ thuộc dân tộc thiểu số tại Ninh Thuận cần được chú ý để có các

biện pháp can thiệp và tư vấn phù hợp. **Từ khóa:** G6PD, suy giáp bẩm sinh, sàng lọc sơ sinh hợp.

SUMMARY

PREVALENCE OF G6PD DEFICIENCY IN NEWBORNS DETECTED THROUGH HEEL- PRICK BLOOD SPOT SCREENING AT NINH THUAN GENERAL HOSPITAL FROM 2019 TO 2024

Background: Neonatal screening (NNS) is vital for the early detection and timely intervention of congenital conditions, including Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) deficiency, thereby reducing disability risks and enhancing population quality. G6PD deficiency is the most common enzyme defect in humans, causing neonatal jaundice and hemolysis, which can lead to death or permanent brain damage if not diagnosed and treated promptly. **Objective:** This study aimed to determine the prevalence of G6PD deficiency in newborns and investigate associated factors at Ninh Thuan General Hospital. **Methods:** This retrospective descriptive study was conducted on 20,601 newborns at Ninh Thuan General Hospital from October 2019 to December 2023. Heel-prick blood samples were screened for G6PD deficiency. Data were collected and analyzed using SPSS 22 software, employing descriptive statistics and Chi-squared tests with a 95% confidence level. **Results:** The NNS rate at the hospital was 55%. The prevalence of G6PD deficiency was recorded as 2.5% (522/20,601). The study indicated a male predominance (69.3%) among G6PD deficient cases. Factors such as residence in rural areas and belonging to ethnic minority groups were significantly associated with higher disease prevalence. Maternal age, gestational age, and birth weight showed no clear association with G6PD deficiency. **Conclusion:** Neonatal screening plays a crucial role in the early detection of G6PD deficiency, a common genetic disorder. The higher prevalence in male infants, those from rural areas, and ethnic

¹Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Tâm

Email: drcong tampr2011@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

minority groups in Ninh Thuan highlights the need for appropriate interventions and counseling strategies.

Keywords: G6PD deficiency, congenital hypothyroidism, neonatal screening

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sàng lọc sơ sinh (SLSS) là một giải pháp quan trọng nhằm phát hiện và can thiệp sớm bệnh tật ở trẻ sơ sinh, giúp trẻ phát triển khỏe mạnh, tránh được những hậu quả nặng nề do bệnh lý bẩm sinh, giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội, góp phần nâng cao chất lượng dân số. Chương trình SLSS đã được phát triển trên thế giới từ những năm 1960 và tại Châu Á từ cuối thập niên 1970. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã kêu gọi SLSS trở thành một chương trình toàn cầu. Tại Việt Nam ước tính có khoảng 10.000-20.000 trẻ bị thiếu men Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) mỗi năm. Thiếu men G6PD tại Việt Nam chiếm tỷ lệ khoảng 1,7% trẻ sơ sinh[4], [5], [8]. Đây là một nguyên nhân gây vàng da sơ sinh, làm tăng nguy cơ vàng da nhân, có thể dẫn đến tử vong hoặc tàn huyết ở mọi lứa tuổi. Nhằm có một đánh giá tổng quát về tình hình mắc bệnh thiếu men G6PD và tìm hiểu các yếu tố liên quan, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ trẻ thiếu men G6PD.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả trẻ được sinh ra tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận được lấy máu xét nghiệm sàng lọc sau sinh có xét nghiệm tầm soát thiếu men G6PD mẫu lấy đạt. Được sự chấp thuận của cha/mẹ.

Tiêu chí loại trừ: Trẻ kèm theo một trong những tình trạng lâm sàng nguy cấp đang diễn tiến (suy hô hấp, hạ đường huyết, xuất huyết tiêu hóa, hạ thân nhiệt...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả đối tượng đạt tiêu chí lấy mẫu.

2.3. Xử lý các số liệu: Xử lý bằng phần mềm SPSS 22, sử dụng thống kê mô tả như tần suất, phần trăm biểu thị sự phân bố các đặc tính. Xác định yếu tố có liên quan bằng phép kiểm với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ sàng lọc sơ sinh và tỷ lệ mắc G6PD. Có 20.601 mẫu máu gót chân được ghi

nhận trên 37.464 trẻ sinh ra tại Bệnh viện tỉnh, đạt tỷ lệ sàng lọc 55%.

Bảng 3.1. Tỷ lệ thiếu men G6PD

	Có thiếu men G6PD	Không thiếu men G6PD	Tổng
Số lượng	522	20.079	20.601
Tỷ lệ (%)	2,5%	97,5%	100%

3.2. Đặc điểm chung

- Các đặc điểm chung về bà mẹ

Bảng 3.2. Đặc điểm tuổi mẹ

Đặc điểm	Dịch tễ	n	%
Tuổi mẹ	<18 tuổi	3.264	15,8
	18 – 35 tuổi	16.201	78,6
	>35 tuổi	1.136	5,5
Tổng		20.601	100
Trung bình: 30,8 ± 5,53 tuổi			

Nhận xét: Phần lớn bà mẹ có độ tuổi từ 18-35 tuổi chiếm 78,6%, bà mẹ dưới 18 tuổi chiếm 15,8%.

Bảng 3.3. Đặc điểm về nơi sống của mẹ

Nơi sống	n	%
Thành thị	5.252	25,5
Nông thôn	15.349	74,5
Tổng	20.601	100,0

Nhận xét: Đa phần đối tượng được sàng lọc sống ở nông thôn chiếm 74,5%.

Bảng 3.4. Đặc điểm dân tộc mẹ

Dân tộc	n	%
Kinh	15.399	74,8
Khác	5.252	25,2
Tổng	20.601	100

Nhận xét: 74,8% bà mẹ là người Kinh, các dân tộc Chăm, Rắc lăy và các dân tộc khác chiếm 25,2%.

- Các đặc điểm về thai

Bảng 3.5. Đặc điểm về tuổi thai

Tuổi thai	n	%
Từ 37-38 tuần	340	1,65
Từ 38-42 tuần	18.679	90,67
Trên 42 tuần	1.582	7,68
Tổng	20.601	100,0

Nhận xét: Phần lớn trẻ có tuổi thai từ 38-42 tuần chiếm 90,67%.

- Các đặc điểm về trẻ sau sinh

Bảng 3.6. Đặc điểm về cân nặng lúc sinh

Cân nặng lúc sinh	n	%
Trên 2500 tới 4000gram	20.053	98,34
Trên 4000 gram	548	1,66
Tổng	20.601	100,0

Nhận xét: Trẻ có cân nặng lúc sinh phù hợp chiếm 98,34% với 20.053 trẻ.

Bảng 3.7. Đặc điểm giới tính trẻ

Giới tính	n	%
Nam	10.787	52,4

Nữ	9.814	47,6
Tổng	20.601	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ nam chiếm 52,4% với 10.787 trẻ

3.3. Các yếu tố có liên quan đến tình trạng thiếu G6PD

- Vùng địa lý

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa khu vực sống và G6PD

Khu vực sống	Thiếu G6PD (n=252)		Bình thường (n=20.079)		p
	n	%	n	%	
Ở thành thị	98	1,86	5.164	25,72	<0,001
Ở nông thôn	424	98,14	14.915	74,28	

Nhận xét: Phụ nữ mang thai sống ở nông thôn có khả năng cao hơn khi sinh con mắc bệnh G6PD so với phụ nữ sống ở thành phố.

- Yếu tố dân tộc

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa dân tộc và G6PD

Dân tộc	Thiếu G6PD (n=252)		Bình thường (n= 20.079)		p
	n	%	n	%	
Kinh	257	49,23	14.915	74,28	<0,001
Khác	265	50,77	5.164	25,75	

Nhận xét: Dân tộc thiểu số có tỷ lệ mắc bệnh G6PD cao hơn đáng kể so với người Kinh, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Yếu tố tuổi mẹ

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa tuổi mẹ và tình trạng thiếu men G6PD

Đặc điểm	Thiếu G6PD (n=252)		Bình thường (n= 20.079)		p
	n	%	n	%	
Tuổi mẹ >35	23	4,4%	1.113	5,5%	>0,05
Tuổi mẹ ≤35	499	95,6%	18.966	94,5%	

Nhận xét: Mẹ có tuổi trên 35 tuổi không liên quan đến tình trạng mắc G6PD.

- Yếu tố của trẻ có liên quan đến tình trạng thiếu men G6PD

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa giới tính và tình trạng thiếu men G6PD

Giới tính	Thiếu G6PD (n=252)		Bình thường (n=20.079)		p
	n	%	n	%	
Nam	362	69,3%	10.425	51,9%	<0,01
Nữ	160	30,7%	9.654	48,1%	

Nhận xét: Phần lớn trẻ mắc G6PD là nam chiếm 69,3%, cao hơn đáng kể so với trẻ nữ (p< 0,01).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ sàng lọc sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận Tỷ lệ sàng lọc sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ

tháng 10/2019 đến tháng 12/2023 là **55%**, cao hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Trung Ương Huế năm 2019 (33,21%)[2], thấp hơn so với một số nước trong khu vực Đông Nam Á như Thái Lan và Philippines. Tỷ lệ trẻ mắc thiếu men G6PD 2,5%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu năm 2023 tại Đắk Nông (2,31%), và tại Ninh Thuận (3-4% theo Lê Vũ Chương năm 2008).

4.2. Các đặc điểm chung. Nhóm tuổi mẹ trên 35 chiếm 5,5%, tương đương các nghiên cứu khác[2], [6]. Và 74,5% bà mẹ sống ở nông thôn trong tổng nhóm được sàng lọc.

Phần lớn trẻ trong nghiên cứu này đều có tuổi thai phù hợp là trẻ đủ tháng chiếm 90,67%, trẻ có tuổi thai trên 42 tuần chiếm 7,68%. Cũng tương tự các nghiên cứu ở Huế, Cần Thơ, Quảng Ninh là nhóm trẻ chiếm tỷ lệ cao nhất[2], [6], [8]. Tỷ lệ nam giới trong nhóm được sàng lọc là 52,4%

4.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu men G6PD

Nơi sống: trẻ sống tại nông thôn có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn sống ở thành thị (p< 0,001), Kết quả tương đương với ghi nhận của Lê Vũ Chương: tỷ lệ mắc bệnh thiếu men G6PD cao hơn rõ rệt ở các khu vực nông thôn và miền núi [5]. Nơi sống cũng liên quan đến đặc điểm phân bố biến thể của đột biến gen G6PD[1].

Dân tộc: Tỷ lệ mắc bệnh G6PD cao hơn ở nhóm dân tộc thiểu số. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Văn Thường[8]. Theo Lê Vũ Chương các nhóm dân tộc thiểu số như người Chăm và Rắc Lây có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn, với mức khoảng 8,3% trong khi dân tộc Kinh có tỷ lệ thấp hơn[5]. Các tỉnh như Đồng Nai và Bình Phước có tỷ lệ mắc cao ở các nhóm dân tộc thiểu số [3], [6].

69,3% trẻ mắc bệnh thiếu men G6PD là ở nam. Giới nam có một nhiễm sắc thể X dẫn tới tỷ lệ bệnh thường cao hơn [6]. Ghi nhận trong các nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận đặc điểm này; Nguyễn Thị Thu Phương có tỷ lệ thiếu men G6PD ở nam chiếm 65,2%[7]. Hoàng Thị Liên Châu và cộng sự ghi nhận rằng nam giới chiếm tới 77,14% tổng số ca mắc bệnh G6PD[2].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu men G6PD ở trẻ sơ sinh được xác định là 2,5%. Mức này tương đương với một số nghiên cứu tại các vùng Đông Nam Á (2-4%). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa tuổi mẹ và nguy cơ mắc thiếu men G6PD ở trẻ.

Có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa các khu vực. Ở vùng nông thôn, tỷ lệ mắc cao

hơn, chiếm 81,23% các trường hợp mắc bệnh thiếu men G6PD.

Trẻ sơ sinh từ các bà mẹ thuộc dân tộc thiểu số có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn (chiếm 4,88% tổng số trẻ được sàng lọc thuộc các dân tộc khác).

Phần lớn trẻ được sàng lọc có tuổi thai từ 38-42 tuần (90,67%), tức là đa phần là trẻ đủ tháng. Không tìm thấy mối liên quan rõ ràng giữa tuổi thai và tỷ lệ thiếu men G6PD.

Thiếu men G6PD chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ nam, chiếm 69,3% trong tổng số trường hợp mắc bệnh. Tỷ lệ này phản ánh đặc điểm di truyền liên kết với nhiễm sắc thể X của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AlSaif S., M. B. Ponferrada, K. AlKhairy et al (2017). "Screening for glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in neonates: a comparison between cord and peripheral blood samples", BMC Pediatrics, 17(1), 159.
2. Hoàng Thị Liên Châu, Trần Thị Hoàn, Hoàng Thị Bích Ngọc et al (2019). "Tình hình sàng lọc sơ sinh bằng phương pháp lấy máu gót chân tại Bệnh viện Trung Ương Huế", Tạp chí Phụ sản,

- 16(4), 79 - 82.
3. Hue N. T., J. P. Charlieu, T. T. H. Chau et al (2009). "Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) mutations and haemoglobinuria syndrome in the Vietnamese population", Malaria Journal, 8(1), 152.
4. Huỳnh Văn Quốc Vũ, Trần Ngọc Dung (2022). "Tỷ lệ thiếu men G6PD và một số yếu tố liên quan ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2021-2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 516(1).
5. Lê Vũ Chương, Lê Thị Ngọc Dung (2009). "Đặc điểm dịch tễ học thiếu men Glucose - 6 phosphate dehydrogenase ở trẻ sơ sinh được sinh ra tại tỉnh Ninh Thuận", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 13.
6. Nguyễn Đức Giang, Vũ Sinh Nam, Huỳnh Hồng Quang et al (2023). "Phân tích biến thể di truyền thiếu hoạt độ enzyme g6pd bằng kỹ thuật multiplex với độ phân giải cao tại vùng lưu hành sốt rét của tỉnh Đắk Nông", Tạp chí Y học Việt Nam, 521(1).
7. Nguyễn Thị Thu Phương, Ngô Thị Quỳnh Mai (2022). "Tạp chí Y học Việt Nam, 510(2).
8. Nguyễn Văn Thường, Trần Tín Nghĩa, Lê Thị Thùy Trang et al (2024). "Đánh giá kết quả sàng lọc sơ sinh bệnh thiếu enzym G6PD tại bệnh viện sản nhi tỉnh Quảng Ninh", Tạp chí Y học Việt Nam, 533(2).

ĐÁNH GIÁ KHÔNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ GAN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Vũ Nhị Hà¹, Ngô Thị Mỹ Bình¹, Dương Khánh Linh¹,
Nguyễn Tuấn Minh¹, Hồ Lương Nhật Vinh², Lê Thanh Liêm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ không tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư gan điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 113 bệnh nhân ung thư gan ngoại trú. Mức độ tuân thủ được đánh giá bằng thang điểm Morisky-8; các đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng, kinh tế - xã hội và điều trị được thu thập qua bảng hỏi chuẩn hóa và hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Không có bệnh nhân nào đạt mức tuân thủ cao. Tỷ lệ không tuân thủ chiếm 62,8% (điểm trung bình Morisky $4,75 \pm 1,40$). Các yếu tố cản trở tuân thủ gồm khó khăn khi uống thuốc (47,8%), lo ngại tác dụng phụ (20,3%), khó khăn tài chính (58,4%), gặp tác dụng phụ mệt mỏi (72,6%), mất ngủ (63,7%). Tuy nhiên, phân tích thống kê không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa mức độ tuân thủ với tuổi, giới, trình độ học vấn, giai đoạn bệnh hay niềm tin vào

nhân viên y tế ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ không tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân ung thư gan ngoại trú còn ở mức rất cao. Cần triển khai các giải pháp can thiệp đồng bộ như tăng cường tư vấn, hỗ trợ tâm lý, kiểm soát tác dụng phụ và giảm gánh nặng chi phí, nhằm cải thiện tuân thủ và nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: ung thư gan; tuân thủ điều trị; Morisky-8; ngoại trú; yếu tố liên quan.

SUMMARY

ASSESSMENT OF TREATMENT NON-ADHERENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate treatment non-adherence and associated factors among outpatients with hepatocellular carcinoma at Thai Nguyen Central Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 113 outpatients diagnosed with hepatocellular carcinoma. Medication adherence was assessed using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Demographic, clinical, socioeconomic, and treatment-related characteristics were collected through structured questionnaires and medical records. **Results:** None of the patients achieved high adherence, low adherence was

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

²Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Mỹ Bình

Email: ngothimybinh@ttnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

observed in 62.8% (mean MMAS-8 score: 4.75 ± 1.40). Common barriers included difficulty in taking medication (47.8%), concerns about adverse effects (20.3%), financial hardship (58.4%), and treatment-related side effects such as fatigue (72.6%) and insomnia (63.7%). However, statistical analyses revealed no significant associations between adherence and age, sex, educational attainment, disease stage, or trust in healthcare providers ($p > 0.05$). **Conclusion:** Non-adherence to medication among outpatients with hepatocellular carcinoma remains alarmingly high, with most patients showing low adherence. Comprehensive interventions—focusing on counseling, psychological support, management of adverse effects, and financial assistance—are urgently needed to improve adherence and optimize treatment outcomes.

Keywords: hepatocellular carcinoma; medication adherence; Morisky-8; outpatients; associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan là một trong những ung thư ác tính phổ biến, có tỷ lệ tử vong cao và đang gia tăng nhanh trên toàn cầu, gồm ung thư nguyên phát và thứ phát. Trong đó, ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là thể nguyên phát thường gặp nhất, hiện đứng trong nhóm các ung thư gây tử vong hàng đầu [1]. Theo GLOBOCAN 2022, thế giới ghi nhận hơn 866.000 ca mắc mới và 759.000 ca tử vong do HCC, dự báo đến năm 2050 số ca mới có thể tăng gần gấp đôi nếu không có biện pháp can thiệp hiệu quả [1], [2], [3]. Tại Việt Nam, HCC cũng là nguyên nhân tử vong hàng đầu, liên quan đến tỷ lệ nhiễm HBV và HCV cao, phát hiện muộn và hạn chế trong tiếp cận điều trị [2], [3].

Những năm gần đây, điều trị HCC đã có bước tiến quan trọng với liệu pháp nhắm trúng đích (sorafenib, lenvatinib, regorafenib) và liệu pháp miễn dịch kết hợp kháng VEGF (atezolizumab–bevacizumab), giúp cải thiện thời gian sống thêm ở bệnh nhân giai đoạn tiến triển [4], [5]. Tuy nhiên, hiệu quả ngoài thực tế phụ thuộc lớn vào mức độ tuân thủ điều trị, đặc biệt ở bệnh nhân ngoại trú sử dụng thuốc đường uống kéo dài [6]. Các nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ không tuân thủ thuốc chống ung thư đường uống dao động 20–50%, làm tăng nguy cơ tái phát, giảm thời gian sống thêm không tiến triển và sống còn toàn bộ [7], [8]. Một số tổng quan gần đây nhấn mạnh các can thiệp hỗ trợ kỹ thuật số, tư vấn tâm lý và đồng hành điều trị có thể cải thiện đáng kể tuân thủ [9]. Trong thực hành, thang điểm Morisky 8 mục (MMAS-8) thường được dùng để đánh giá tuân thủ nhờ tính ngắn gọn và độ tin cậy [10].

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HCC” (Quyết định

3129/QĐ-BYT, 2020), tạo nền tảng quản lý thống nhất [11]. Tuy nhiên, bằng chứng về mức độ tuân thủ và các yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân HCC ngoại trú còn hạn chế [6]. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá mức độ không tuân thủ điều trị và xác định các yếu tố liên quan ở bệnh nhân HCC điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, qua đó góp phần cung cấp dữ liệu thực chứng phục vụ xây dựng các biện pháp can thiệp nâng cao hiệu quả điều trị và tiên lượng bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng các tiêu chí:

- Chẩn đoán xác định theo Hướng dẫn của Bộ Y tế (QĐ 3129/QĐ-BYT, 2020) [11].
- Có khả năng trả lời phỏng vấn, đồng ý tham gia sau khi được giải thích mục tiêu, nội dung và quyền lợi.

Loại trừ: từ chối tham gia, không hoàn thành bộ câu hỏi, mắc bệnh cấp tính nặng hoặc ung thư khác đồng thời.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, với $p = 0,582$ dựa trên nghiên cứu trước về không tuân thủ thuốc ở bệnh nhân HCC ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 [7], $\alpha = 0,05$, $d = 0,1$ và dự phòng 10% mất mẫu. Kết quả tính được số mẫu tối thiểu là 104. Thực tế nghiên cứu tiến hành trên 113 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

2.4. Nội dung và công cụ nghiên cứu

- **Tuân thủ điều trị:** đánh giá bằng thang Morisky 8 mục (MMAS-8) [10]: 8 điểm = cao; 6–7 = trung bình; <6 = thấp.

- **Yếu tố liên quan:** theo mô hình của WHO gồm 5 nhóm yếu tố [2]; bổ sung thang TPS đánh giá mức độ tin tưởng vào bác sĩ điều trị [9].

2.5. Thu thập và xử lý số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi chuẩn hóa khi tái khám. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường ĐH Y – Dược, ĐH Thái Nguyên phê duyệt (số 222/ĐHYD-HĐĐĐ). Tất cả bệnh nhân ký văn bản đồng thuận tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky - 8

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

ngiên cứu

Đặc điểm chung			Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Yếu tố người bệnh	Giới tính	Nữ	38	33,6
		Nam	75	66,4
	Tuổi (năm)	<40	0	0
		40 – 60	37	32,7
		>60	76	67,3
	Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	113	100
	Khó khăn khi uống thuốc	Khó uống	54	47,8
		Không	36	31,9
Lo lắng tác dụng phụ		23	20,3	
Yếu tố kinh tế xã hội	Nghề nghiệp	Về hưu/Nội trợ	83	73,5
		Công nhân/dịch vụ	14	12,4
		Công chức/viên chức	1	0,9
		Khác	15	13,2
	Trình độ học vấn	Đại học trở lên	24	21,2
		Dưới đại học	89	78,8
	Khó khăn tài chính	Có	66	58,4
		Không	47	41,6
Yếu tố điều trị	Tác dụng phụ của thuốc	Mệt mỏi	82	72,6
		Đau	38	33,6
		Buồn nôn	19	16,8
		HC bàn tay chân	28	24,8
		Mất ngủ	72	63,7
		Tiêu chảy	31	27,4
	Tình trạng bệnh	Giai đoạn sớm	28	24,8
		Giai đoạn tiến triển	30	26,5
		Giai đoạn trung gian	53	46,9
		Giai đoạn muộn	2	1,8
	Thời gian mắc bệnh	Dưới 5 năm	113	100
	Thời gian điều trị	Dưới 5 năm	113	100
	Thay đổi phác đồ điều trị	Đổi thuốc	43	38,1
Không đổi		59	52,2	
Tăng cường điều trị		11	9,7	
Yếu tố cơ sở y tế	Mức độ tin tưởng nhân viên y tế	Hoàn toàn tin tưởng	45	39,8
		Tin tưởng	45	39,8
		Bình thường	23	20,4
	Hỗ trợ y tế	Được hướng dân chi tiết từ NVYT	113	100
		Được tư vấn về TD KMM và cách xử lý	113	100
		Cần thêm hỗ trợ từ NVYT	38	33,6
	Đánh giá	Lo lắng căng thẳng	41	36,3

tâm lý	Tin tưởng hiệu quả điều trị của thuốc	111	98,2
--------	---------------------------------------	-----	------

Nhận xét: Đa số bệnh nhân là nam giới, tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao. Hầu hết có gia đình, phần lớn đã nghỉ hưu hoặc nội trợ. Tỷ lệ khó khăn tài chính và tác dụng phụ trong quá trình điều trị tương đối phổ biến.

Bảng 2. Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky - 8

Mức độ tuân thủ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	p
Cao	0	0	0,006
Trung bình	42	37,2	
Thấp	71	62,8	
Tổng	113	100	
Điểm trung bình Morisky	4,75 ± 1,40		

Nhận xét: Không có bệnh nhân đạt tuân thủ cao. Tỷ lệ tuân thủ thấp chiếm đa số, với điểm trung bình MMAS-8 ở mức thấp.

3.2. Mối liên quan mức độ tuân thủ với một số yếu tố

Bảng 3. Liên quan mức độ tuân thủ với giới tính

Mức độ tuân thủ	Giới tính				Tổng	
	Nam		Nữ			
	n	%	n	%	n	%
Trung bình	30	40,0	12	31,6	42	37,2
Thấp	45	60,0	26	68,4	71	62,8
Tổng	75	100	38	100	113	100
p	>0,05 (Chi-Square)					

Nhận xét: Không có sự khác biệt rõ ràng về mức độ tuân thủ giữa nam và nữ.

Bảng 4. Liên quan mức độ tuân thủ với nhóm tuổi

Mức độ tuân thủ	Nhóm tuổi						Tổng	
	<40		40-60		>60			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trung bình	0	0	15	40,5	27	35,5	42	37,2
Thấp	0	0	22	59,5	49	64,5	71	62,8
Tổng	0	0	37	100	76	100	113	100
p	>0,05 (Chi-Square)							

Nhận xét: Tỷ lệ không tuân thủ cao ở cả nhóm trung niên và cao tuổi, không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm tuổi.

Bảng 5. Liên quan mức độ tuân thủ với trình độ học vấn

Mức độ tuân thủ	Trình độ học vấn				Tổng	
	Đại học trở lên		Dưới đại học			
	n	%	n	%	n	%
Trung bình	12	50	30	33,7	42	37,2
Thấp	12	50	59	66,3	71	62,8
Tổng	24	100	89	100	113	100
p	>0,05 (Chi-Square)					

Nhận xét: Trình độ học vấn cao hơn không thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ tuân thủ so với nhóm dưới đại học.

Bảng 6. Liên quan mức độ tuân thủ với tình trạng khó khăn khi uống thuốc

Mức độ tuân thủ	Khó khăn khi uống thuốc						Tổng	
	Có		Không		Lo lắng			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trung bình	19	35,2	15	41,7	8	34,8	42	37,2
Thấp	35	64,8	21	58,3	15	65,2	71	62,8
Tổng	54	100	36	100	23	100	113	100
p	>0.05 (Chi-Square)							

Nhận xét: Khó khăn khi uống thuốc có xu hướng đi kèm tỷ lệ không tuân thủ cao hơn,

Bảng 8. Liên quan mức độ tuân thủ với tình trạng bệnh

Mức độ tuân thủ	Tình trạng bệnh								Tổng	
	GD sớm		GD tiến triển		GD trung gian		GD muộn			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trung bình	9	32,1	11	36,7	22	41,5	0	0	42	37,2
Thấp	19	67,9	19	63,3	31	58,5	2	100	71	62,8
Tổng	28	100	30	100	53	100	2	100	113	100
p	>0,05 (Chi-Square)									

Nhận xét: Người bệnh ở mọi giai đoạn đều có tỷ lệ không tuân thủ cao, không ghi nhận sự khác biệt đáng kể theo giai đoạn.

Bảng 9. Liên quan mức độ tuân thủ với việc đổi phác đồ điều trị

Mức độ tuân thủ	Thay đổi phác đồ điều trị giữa các lần						Tổng	
	Có đổi thuốc		Không thay đổi		Tăng cường điều trị			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trung bình	16	37,2	22	37,3	4	36,4	42	37,2
Thấp	27	62,8	37	62,7	7	63,6	71	62,8
Tổng	43	100	59	100	11	100	113	100
p	>0.05 (Chi-Square)							

Nhận xét: Việc thay đổi hay giữ nguyên phác đồ điều trị không ảnh hưởng rõ rệt đến mức độ tuân thủ.

Bảng 10. Liên quan mức độ tuân thủ với sự tin tưởng bác sĩ điều trị

Sự tin tưởng với bác sĩ điều trị												p
Mức độ tuân thủ	Hoàn toàn tin tưởng		Tin tưởng		Trung bình		Không tin tưởng		Hoàn toàn không tin tưởng			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Trung bình	34	30,1	6	5,3	1	0,9	1	0,9	0	0	0,227	
Thấp	55	48,7	16	14,2	0	0	0	0	0	0		
Tổng	89	78.8	22	19.5	1	0.9	1	0.9	0	0		

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân vẫn có mức độ tin tưởng cao vào nhân viên y tế, và chưa cho thấy mối liên quan chặt chẽ với tuân thủ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân HCC ngoại trú. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ không tuân thủ thuốc ở bệnh nhân HCC ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chiếm đa số, điểm trung bình MMAS-8 chỉ đạt mức thấp và hoàn toàn không có bệnh nhân nào đạt mức tuân thủ cao. Đây là thực

song chưa thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Liên quan mức độ tuân thủ với tình trạng khó khăn về tài chính

Mức độ tuân thủ	Khó khăn về tài chính				Tổng	
	Có		Không			
	n	%	n	%	n	%
Trung bình	20	30,3	22	46,8	42	37,2
Thấp	46	69,7	25	53,2	71	62,8
Tổng	66	100	47	100	113	100
p	>0.05 (Chi-Square)					

Nhận xét: Bệnh nhân có khó khăn tài chính ghi nhận tỷ lệ không tuân thủ cao hơn, nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

trạng đáng báo động, phản ánh sự khác biệt giữa hiệu quả điều trị trong thử nghiệm lâm sàng và kết quả trong thực tế. Trong các thử nghiệm, bệnh nhân thường được giám sát chặt chẽ, trong khi ở thực tế ngoại trú, tuân thủ phụ thuộc nhiều vào nhận thức, khả năng tự quản lý và hoàn cảnh cá nhân.

So sánh với quốc tế, nhiều nghiên cứu báo cáo tỷ lệ tuân thủ thuốc chống ung thư đường uống dao động trong khoảng 50–80% tùy loại thuốc và quần thể [7], [8]. Tỷ lệ không tuân thủ cao hơn trong nghiên cứu này cho thấy bối cảnh

đặc thù của Việt Nam, nơi mà bệnh nhân HCC thường lớn tuổi, mắc nhiều bệnh phối hợp, trình độ học vấn và hiểu biết y tế còn hạn chế, đồng thời chịu gánh nặng tài chính kéo dài. Kết quả này tương đồng với báo cáo gần đây về bệnh nhân HCC ngoại trú tại một số cơ sở trong nước, cũng ghi nhận tỷ lệ không tuân thủ vượt quá 50% [6]. Như vậy, tình trạng này không chỉ mang tính cục bộ mà có thể là đặc trưng chung của nhóm bệnh nhân HCC ngoại trú ở Việt Nam.

4.2. Các yếu tố liên quan đến không tuân thủ. Phân tích số liệu không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tuân thủ và các đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, trình độ học vấn), giai đoạn bệnh, thay đổi phác đồ hay mức độ tin tưởng vào nhân viên y tế, cho thấy tình trạng không tuân thủ mang tính phổ biến, đa yếu tố và khó quy về một nguyên nhân đơn lẻ.

Tuy nhiên, một số rào cản nổi bật vẫn được ghi nhận. Nhiều bệnh nhân gặp khó khăn khi uống thuốc hoặc lo ngại tác dụng phụ, đặc biệt là mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ và hội chứng tay-chân — những yếu tố thường làm giảm tuân thủ đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu quốc tế [4], [5], [7]. Gánh nặng tài chính cũng góp phần hạn chế khả năng tuân thủ, dù khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê, phản ánh thực tế thuốc nhắm trúng đích và liệu pháp miễn dịch còn chi phí cao và chưa được bảo hiểm chi trả đầy đủ. Ngoài ra, dù phần lớn người bệnh bày tỏ sự tin tưởng cao vào bác sĩ điều trị, yếu tố này không đủ để bảo đảm tuân thủ, cho thấy cần có thêm tư vấn liên tục, hỗ trợ thực tế và cơ chế đồng hành điều trị.

Những kết quả này phù hợp với cách tiếp cận của WHO, vốn xem tuân thủ điều trị là một vấn đề đa chiều, chịu ảnh hưởng đồng thời bởi yếu tố người bệnh, tình trạng bệnh, liệu pháp điều trị, hoàn cảnh kinh tế – xã hội và hệ thống y tế [2]. Việc không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê có thể do đặc điểm mẫu nghiên cứu tương đối đồng nhất và cỡ mẫu còn hạn chế. Những phát hiện này nhấn mạnh nhu cầu tích hợp đánh giá nguy cơ không tuân thủ vào quy trình điều trị, song song với quản lý tác dụng phụ, hỗ trợ tâm lý – xã hội và tài chính, nhằm cải thiện tuân thủ và nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân HCC ngoại trú.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang chỉ phản ánh tình trạng tại một thời điểm, chưa cho thấy sự thay đổi tuân thủ theo thời gian và ảnh hưởng đến kết quả sống thêm. Thứ hai, việc đánh giá bằng MMAS-8 dựa trên tự báo cáo của người bệnh nên có thể bị thiên lệch trí nhớ và xã

hội. Thứ ba, cỡ mẫu 113 tuy đạt tính toán nhưng vẫn hạn chế cho phân tích đa biến chuyên sâu. Thứ tư, nghiên cứu được tiến hành tại một trung tâm duy nhất nên khả năng khái quát còn hạn chế. Các hạn chế này cần được khắc phục bằng nghiên cứu đoàn hệ với cỡ mẫu lớn hơn và đa trung tâm trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 113 bệnh nhân HCC ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho thấy tỷ lệ không tuân thủ điều trị rất cao, phần lớn chỉ đạt mức tuân thủ thấp theo thang điểm MMAS-8. Các yếu tố nhân khẩu học, giai đoạn bệnh và niềm tin vào nhân viên y tế không chứng minh được mối liên quan rõ ràng, trong khi khó khăn khi uống thuốc, tác dụng phụ và gánh nặng tài chính nổi lên như những rào cản tiềm tàng. Điều này phản ánh tính chất đa yếu tố và phức tạp của vấn đề tuân thủ trong điều trị HCC.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường tư vấn và hỗ trợ bệnh nhân, quản lý tốt tác dụng phụ và giảm gánh nặng chi phí để cải thiện tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(2): 229-263.
2. **Jiang Z, Zhou H, Sun Q, Wang H, Qiu Y, Liu L, et al.** Global burden of liver cancer from 1990 to 2021 and projections to 2050: a systematic analysis. *BMC Public Health.* 2025;25:322.
3. **Truong TN, Tran T, Le N, Nguyen TT, Bui Q, Dao AT, et al.** Epidemiology and clinical characteristics of hepatocellular carcinoma in Vietnam: a hospital-based study. *BMJ Open.* 2023;13(8):e072345.
4. **Gordan JD, Abou-Alfa GK, Meyer T, Cheng AL, Kudo M, Finn RS.** Systemic therapy for advanced hepatocellular carcinoma: ASCO guideline. *J Clin Oncol.* 2024;42(5):391-416.
5. **European Association for the Study of the Liver (EASL).** EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol.* 2024;81(1):223-265.
6. **Ky TD, Nguyen HT, Tran QN, Pham MH, Bui QT, Le TH.** Primary nonadherence to oral targeted therapy among outpatients with hepatocellular carcinoma in Vietnam: prevalence and associated factors. *BMC Cancer.* 2024;24: 631.
7. **Vyas A, Malhotra J, Lee J, Hu X, O'Connor T, Wang J, et al.** Association between adherence to oral anticancer medications and clinical and economic outcomes in patients with solid tumors. *J Manag Care Spec Pharm.* 2024;30(3):215-226.
8. **Liao WC, Huang CW, Chen CH, Wang YC, Chang YJ, Lin MH, et al.** Effectiveness of digital health interventions to improve medication

adherence in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *JMIR Cancer*. 2025;11:e64208.

9. **De Geest S, Zullig LL, Dunbar-Jacob J, Helmy R, Hughes DA, Wilson IB, et al.** ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline

(EMERGE). *Int J Clin Pharm*. 2018; 40(5):566-574.

10. **Zhang Y, Wu S, Li J, Zhu L, Su L, Chen C, et al.** Reliability and validity of the Chinese version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with cancer. *Ann Palliat Med*. 2021;10(7):7437-7446.

LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG LẦN ĐẦU CHẨN ĐOÁN: DỮ LIỆU TỪ TRUNG TÂM DỊ ỨNG MIỄN DỊCH LÂM SÀNG, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Hoàng Phương^{1,2}, Lê Thị Oanh¹, Nguyễn Văn Hồng Quân³, Chu Chí Hiếu², Nguyễn Thị Thu Hà¹, Nguyễn Anh Minh¹, Vũ Thị Hằng², Phan Thị Ngọc Bích² và Bùi Văn Dân^{1,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh tự miễn phức tạp với biểu hiện lâm sàng đa dạng. Đã có nhiều báo cáo mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của SLE tại nước ta, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đề cập đến nhóm lần đầu được chẩn đoán theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 37 người bệnh lần đầu tiên được chẩn đoán SLE theo bộ tiêu chí EULAR/ACR 2019 tại Trung tâm Dị ứng Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025. **Kết quả:** Nữ giới là đối tượng chủ yếu với tỷ lệ nữ/nam là 5,2/1, nhóm tuổi 20-40 thường gặp nhất. Tổn thương huyết học thường gặp nhất, được ghi nhận ở 94,6% đối tượng nghiên cứu, tổn thương thận xác định ở 62,2% các trường hợp. Kháng thể kháng nhân dương tính ở toàn bộ các trường hợp, trong đó kiểu hình homogeneous thường gặp nhất trên miễn dịch huỳnh quang. Kháng thể kháng chuỗi kép DNA cũng gặp ở 97,3% người bệnh. Xét về mức độ hoạt động bệnh, đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở nhóm hoạt động mạnh hoặc rất mạnh. **Kết luận:** Nhóm người bệnh SLE lần đầu được chẩn đoán tại Trung tâm Dị ứng Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu thuộc nhóm bệnh hoạt động mạnh/rất mạnh và tổn thương huyết học, thận là những biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất. **Từ khóa:** ACR/EULAR 2019, homogeneous, lupus ban đỏ hệ thống lần đầu chẩn đoán, SLEDAI, tổn thương huyết học

SUMMARY

NEWLY DIAGNOSED SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: DATA FROM THE CLINICAL IMMUNOLOGY AND ALLERGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Phân hiệu Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hoá

⁴Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Dân

Email: buivandan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a complex autoimmune disease characterized by a broad spectrum of clinical manifestations. Although several studies in Vietnam have described the clinical and laboratory features of SLE, none have specifically focused on patients newly diagnosed according to the 2019 EULAR/ACR classification criteria. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 37 patients newly diagnosed with SLE based on the 2019 EULAR/ACR classification criteria at The Clinical Immunology and Allergy Center, Bach Mai Hospital, between October 2024 and August 2025. **Results:** Females predominated, with a female-to-male ratio of 5.2:1, and the most common age group was 20–40 years. Hematologic involvement was the most frequent manifestation (94.6%), followed by renal involvement (62.2%). Antinuclear antibodies were positive in all patients, with the homogeneous immunofluorescence pattern being the most common. Anti-double-stranded DNA antibodies were detected in 97.3% of cases. Regarding disease activity, most patients were classified as having high or very high activity. **Conclusion:** In this cohort of patients newly diagnosed with SLE at The Clinical Immunology and Allergy Center, Bach Mai Hospital, the majority presented with high or very high disease activity. Hematologic and renal involvement were the most frequent manifestations.

Keywords: 2019 ACR/EULAR, homogeneous pattern, newly diagnosed systemic lupus erythematosus, SLEDAI, hematologic involvement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là bệnh lý của mô liên kết có tổn thương nhiều cơ quan do hệ thống miễn dịch của cơ thể bị rối loạn, đặc trưng bởi sự có mặt của kháng thể kháng nhân và nhiều tự kháng thể khác. SLE là bệnh lý thường gặp trong nhóm bệnh lý tự miễn hệ thống. Trên thế giới, tỷ lệ lưu hành SLE thay đổi khoảng 20-70/100.000 người, trong khi đó số người bệnh mới được chẩn đoán là 0,4 triệu người hàng năm [8]. Tại Việt Nam, SLE cũng là bệnh hệ thống hay gặp nhất với tỷ lệ mắc bệnh 50/100.000 người/năm.

SLE biểu hiện lâm sàng đa dạng và mức độ nghiêm trọng khác nhau. Trong SLE, bất kì cơ quan nào cũng có thể bị tổn thương [4]. Phần lớn người bệnh là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tỷ lệ nữ/nam ước tính từ 6-14/1 [9]. Giai đoạn tiền lâm sàng của SLE thường kéo dài, các tự kháng thể như kháng thể kháng nhân (ANA), kháng Ro/SSA, kháng dsDNA có thể xuất hiện nhiều năm trước khi người bệnh có triệu chứng rõ rệt. Khi bước vào giai đoạn lâm sàng, bệnh thường khởi phát với các biểu hiện đa dạng và không đặc hiệu, vì vậy việc chẩn đoán và phân loại thường bị chậm trễ. Trong khi đó, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc phát hiện sớm SLE cho phép can thiệp kịp thời, giảm thiểu tổn thương cơ quan và mang đến lợi ích lâu dài. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều thách thức trong chẩn đoán sớm SLE trong thực hành lâm sàng. Các triệu chứng hay gặp trong SLE mới chẩn đoán bao gồm sốt chiếm tỷ lệ 34,5%, nổi ban ở má (49,6%). Trong nghiên cứu của Marca Mosca và cộng sự, tổn thương cơ quan hay gặp bao gồm viêm khớp (57,6%), trong khi đó các tự kháng thể thường gặp nhất là ANA (99,5%), kháng DsDNA 71,7%, kháng Sm 30,2% [7].

Cho đến nay chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam mô tả các đặc điểm của nhóm người bệnh SLE lần đầu tiên được chẩn đoán theo bảng EULAR/ACR 2019. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm người bệnh lupus ban đỏ hệ thống chẩn đoán lần đầu tại trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán SLE lần đầu theo tiêu chuẩn EULAR/ ACR 2019 [3];
- Người bệnh hoặc người giám hộ của người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử chẩn đoán bệnh lý tự miễn hệ thống khác: viêm da cơ, xơ cứng bì hệ thống, viêm khớp dạng thấp, viêm mạch;
- Bệnh nhân được điều trị glucocorticoid hoặc ức chế miễn dịch trước đó;
- Phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu không xác suất

Thời gian: Từ tháng 10/2024 đến tháng 8/2025

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Dị ứng Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai

Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Kháng thể kháng nhân dương tính: Hiệu giá ANA $\geq 1:80$ bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang sử dụng tế bào HEp-2 hoặc $>1,2$ Ndx bằng phương pháp ELISA

- Đặc điểm lâm sàng: định nghĩa các biểu hiện lâm sàng, mức độ bệnh theo EULAR/ACR 2019 [5].

- Kháng thể antiphospholipid: dương tính khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chí: (i) nồng độ kháng thể anticardiolipin (IgG hoặc IgM) dương tính, (ii) kháng thể anti- β_2 glycoprotein (IgG hoặc IgM) dương tính, (iii) chất kháng đông lupus dương tính.

- Nồng độ bổ thể: giảm nồng độ C3, C4 khi nồng độ huyết thanh C3 $< 0,9$ g/l, C4 $< 0,1$ g/l.

- Kháng thể đặc hiệu lupus: dương tính khi có kháng thể kháng dsDNA dương tính (> 25 U/ml) hoặc kháng Sm dương tính (> 18 AU/ml).

- Đánh giá hoạt động bệnh bằng thang điểm SLEDAI-2K [5].

Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê phù hợp.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị và không gây bất kì nguy cơ bất lợi nào đối với người tham gia.

- Đảm bảo quyền tự nguyện tham gia nghiên cứu của các đối tượng.

- Kết quả của nghiên cứu nhằm mục đích xác định các vấn đề cần cải thiện trong thực hành giúp cải thiện tiên lượng cho người bệnh, và hoàn toàn bảo mật.

- Người bệnh không tham gia nghiên cứu sẽ không có sự phân biệt trong điều trị và chăm sóc y tế.

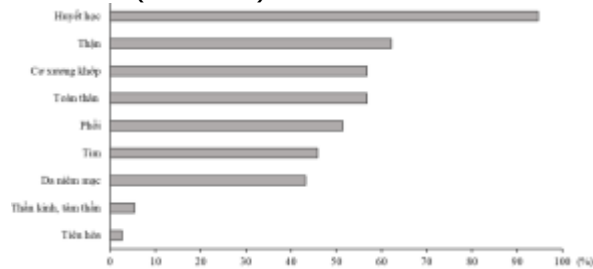
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Lupus ban đỏ hệ thống chẩn đoán lần đầu hay gặp ở nữ, với tỉ lệ 83,8% gấp 5,2 lần so với nam giới. Trong đó, 73% biểu hiện khởi phát SLE sớm (< 50 tuổi) đặc biệt ở nhóm trong độ tuổi sinh sản (21 – 40 tuổi) chiếm 40,5% (Bảng 1).

Bảng 1. Tỉ lệ mắc lupus ban đỏ theo giới tính và theo nhóm tuổi

Phân loại		n (N=37)	Tỉ lệ (%)
Theo giới	Nam	6	16,2
	Nữ	31	83,8
Theo nhóm tuổi	0 - 20	7	18,9
	21 - 40	15	40,5
	41 - 60	8	21,6
	> 60	7	18,9
Độ tuổi khởi phát	≤ 50	27	73,0
	> 50	10	27,0

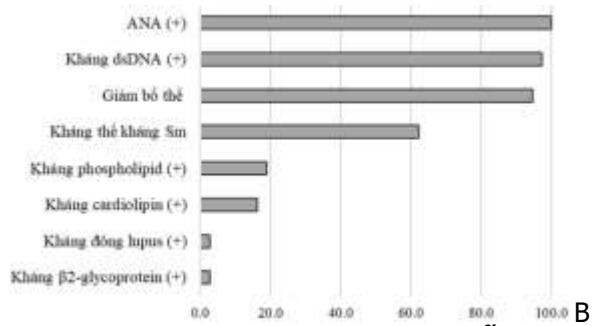
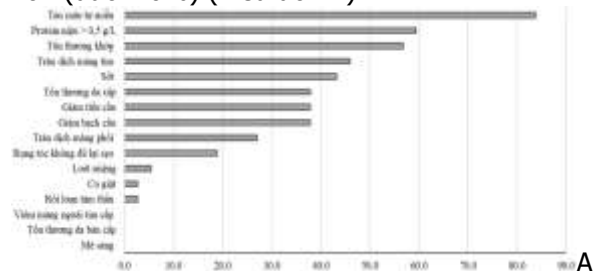
3.2. Phân bố tổn thương cơ quan trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương huyết học là phổ biến nhất, với tỷ lệ 94,6% bệnh nhân bị ảnh hưởng. Tiếp theo, các cơ quan như thận, cơ xương khớp và toàn thân cũng ghi nhận tỷ lệ tổn thương tương đối cao, lần lượt đạt khoảng 60%, 58% và 56%. Tổn thương ở phổi, tim và da niêm mạc có mức độ trung bình, dao động từ 40% đến 50%. Ngược lại, các hệ cơ quan thần kinh, tâm thần và tiêu hóa ghi nhận tỷ lệ tổn thương thấp nhất, dưới 10% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tổn thương cơ quan trong nhóm nghiên cứu

3.3. Phân bố các đặc điểm lâm sàng và miễn dịch theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019. Biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là tan máu tự miễn với tỷ lệ gần 80%, theo sau là protein niệu > 0,5 g/L (khoảng 65%), tổn thương khớp và tràn dịch màng tim (xấp xỉ 55–60%). Các biểu hiện khác như sốt, tổn thương da cấp, giảm tiểu cầu và giảm bạch cầu cũng ghi nhận ở tỷ lệ đáng kể (từ 30–45%). Một số triệu chứng ít gặp hơn bao gồm loét miệng, co giật, rối loạn tâm thần. Trong khi đó, tổn thương da bán cấp, viêm màng ngoài tim cấp và mê sảng không phát hiện ở trường hợp nào trong nghiên cứu (Biểu đồ 2A).

Xét về tiêu chí miễn dịch, toàn bộ người bệnh có xét nghiệm ANA (+), kháng thể kháng dsDNA (+) và giảm bổ thể chiếm tỷ lệ cao (trên 80%). Các tự kháng thể khác như kháng thể kháng Sm và kháng phospholipid được phát hiện ở khoảng 40–50% đối tượng nghiên cứu. Các tự kháng thể kháng thể kháng cardiolipin, kháng β 2-glycoprotein và kháng đông lupus có tỷ lệ thấp hơn (dưới 20%) (Biểu đồ 2B).



Biểu đồ 2. Đặc điểm lâm sàng, miễn dịch theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019.

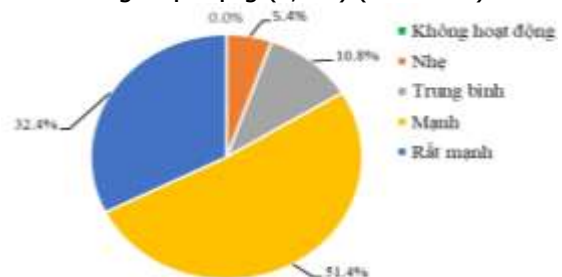
(A) Các đặc điểm lâm sàng; (B) Các đặc điểm miễn dịch

3.4. Kiểu hình ANA trên miễn dịch huỳnh quang. Trên miễn dịch huỳnh quang, chủ yếu gặp mẫu ANA dương tính với 1 kiểu hình chiếm 78,3%, trong khi có 21,7% trường hợp dương tính có 2 kiểu hình. Đáng chú ý, Homogeneous là kiểu hình thường gặp nhất chiếm 51,3%; Speckled và Cytoplasmic lần lượt dương tính ở 37,8% và 27% các trường hợp; kiểu hình Mitotic và Nucleolar gặp chỉ ở 1 trường hợp chiếm 2,7% (Bảng 2).

Bảng 2. Kiểu hình ANA miễn dịch huỳnh quang gián tiếp

Kiểu hình	N = 37	Tỷ lệ (%)
Homogeneous	14	37,8
Speckled	13	35,1
Cytoplasmic	2	5,4
Homogeneous + Cytoplasmic	5	13,5
Speckled + Cytoplasmic	1	2,7
Cytoplasmic + Mitotic	1	2,7
Cytoplasmic + Nucleolar	1	2,7

3.5. Mức độ hoạt động bệnh trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, dựa trên thang điểm SLEDAI-2K, phần lớn có mức độ hoạt động mạnh (51,4%) và rất mạnh (32,4%), chiếm tổng cộng 83,8%. Trong khi đó, tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động trung bình chiếm 10,8%, và nhẹ chỉ chiếm 5,4%. Đáng chú ý, không có đối tượng nào thuộc nhóm không hoạt động (0,0%) (Biểu đồ 3).



Biểu đồ 3. Mức độ hoạt động SLE

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 37 trường hợp lần đầu được chẩn đoán SLE cho thấy bệnh vẫn thường gặp ở nữ giới, với tỷ lệ mắc cao gấp hơn 5 lần so với nam giới. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước trên thế giới và Việt Nam, ủng hộ vai trò của nội tiết tố, đặc biệt là estrogen, có liên quan đến sự hoạt hóa miễn dịch và nguy cơ cao hơn ở nữ giới [9]. Trong nghiên cứu này, SLE khởi phát sớm trước 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao, trong đó nhóm tuổi từ 21–40 tuổi chiếm đến 40,5%, tương tự với báo cáo của Somers et al. và đồng nghiệp [10], cho thấy đây là nhóm nguy cơ chính cần được quan tâm trong công tác sàng lọc và phát hiện bệnh sớm.

Tổn thương huyết học chiếm tỉ lệ cao nhất (94,6%), tiếp đến là tổn thương thận (62,2%). Tỷ lệ này cao hơn một số báo cáo quốc tế, nhưng lại tương đồng với đặc điểm người bệnh châu Á – vốn có xu hướng tổn thương thận và huyết học nhiều hơn so với quần thể Âu – Mỹ. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân và cộng sự trên 74 người bệnh lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện Trung Ương Huế, tổn thương cơ quan hay gặp nhất là thận (75,4%), huyết học (74,3%); nghiên cứu ở nhóm người bệnh châu Á của Desmond YH Yap ghi nhận tỉ lệ tổn thương thận lên đến 50-60% so với 30 – 38% ở người da trắng [1]. Đặc biệt, tỉ lệ tổn thương thận cao nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát chức năng thận sớm ngay từ thời điểm chẩn đoán, đồng thời triển khai các biện pháp điều trị tích cực và theo dõi chặt chẽ nhằm hạn chế nguy cơ tiến triển đến biến chứng mạn tính.

Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 với ANA miễn dịch huỳnh quang dương tính là tiêu chí đầu vào nên tất cả các ca bệnh đều dương tính ANA, trong đó kiểu hình homogeneous chiếm ưu thế (51,4%), tiếp đến là speckled (37,8%). Nghiên cứu của Al-Mughales ghi nhận kiểu hình homogeneous 35,2%, speckled 52,1% [2]. Kháng thể kháng dsDNA dương tính ở 97,3% và kháng thể Sm ở 62,2% – cao hơn so với nhiều nghiên cứu quốc tế, thường dao động trong khoảng 30–40%. Kết quả của nghiên cứu gợi ý rằng các xét nghiệm miễn dịch rất có giá trị trong hỗ trợ chẩn đoán sớm và định hướng tiên lượng người bệnh mới chẩn đoán SLE tại Việt Nam.

Đánh giá tại thời điểm chẩn đoán cho thấy đa số trường hợp có bệnh hoạt động ở mức độ mạnh (51,4%) và rất mạnh (32,4%) theo thang điểm SLEDAI-2K. Mức độ hoạt động bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu tại Ai Cập (SLEDAI trung bình 12,96

± 8,32 và 54,3% người bệnh hoạt động mạnh và rất mạnh khi bắt đầu chẩn đoán) [6]. Sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu có thể do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, thực hiện ở các ca bệnh nội trú mà không phải ngoại trú, sai lệch chọn mẫu tiềm ẩn, vì nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai, một bệnh viện tuyến cuối, nơi tập trung những ca bệnh phức tạp và nghiêm trọng từ khắp cả nước. Do đó, cần các nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn để làm sáng tỏ và bổ trợ thêm cho kết quả của nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Các đặc điểm lâm sàng và miễn dịch ở nhóm người bệnh lupus ban đỏ hệ thống chẩn đoán lần đầu theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2019 bao gồm chủ yếu gặp ở nữ trong độ tuổi sinh sản, hay gặp nhất là tổn thương huyết học, kháng thể kháng dsDNA dương tính và nồng độ bổ thể giảm. Có đến 83,8% người bệnh có mức độ hoạt động bệnh mạnh và rất mạnh tại thời điểm chẩn đoán, từ đó nhấn mạnh vai trò của việc chẩn đoán sớm SLE nhằm hạn chế tỉ lệ tử vong, tổn thương cơ quan đích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Nguyễn Trần Diệu Anh (2021). Clinical and sub-clinical features in patients with systemic lupus erythematosus. Tạp chí Y Dược học, 27(7), 25–32. <https://doi.org/10.34071/jmp.2021.7.4>
2. Al-Mughales, J. A. (2022). Anti-nuclear antibodies patterns in patients with systemic lupus erythematosus and their correlation with other diagnostic immunological parameters. *Frontiers in Immunology*, 13, 850759. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.850759>
3. Aringer, M., Costenbader, K., Daikh, D., Brinks, R., Mosca, M., Ramsey-Goldman, R., Smolen, J. S., Wofsy, D., Boumpas, D. T., Bruce, I. N., Cervera, R., Doria, A., Graninger, W., Hiepe, F., Jacobsen, S., Jayne, D., Kouloumas, M., Kovács, L., Mok, C. C., ... Yates, C. (2019). 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 78(9), 1151–1159. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-214819>
4. Cojocaru, M., Cojocaru, I. M., Silosi, I., & Vrabie, C. D. (2011). Manifestations of systemic lupus erythematosus. *Maedica (Bucharest)*, 6(4), 330–336.
5. Gladman, D. D., Ibañez, D., & Urowitz, M. B. (2002). Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *The Journal of Rheumatology*, 29(2), 288–291. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11838846/>
6. Mokbel, A., Fouad, N. A., Alkmary, A., & Abdo, M. (2025). Disease activity at the onset of diagnosis as a predictor of disease outcomes in a cohort of patients with systemic lupus

- erythematosus: A post hoc retrospective analysis of the COMOSLE-EGYPT study. *Clinical Rheumatology*, 44(1), 229–235. <https://doi.org/10.1007/s10067-024-07222-w>
7. Mosca, M., Costenbader, K. H., Johnson, S. R., Lorenzoni, V., Sebastiani, G. D., Hoyer, B. F., Navarra, S., Bonfa, E., Ramsey-Goldman, R., Medina-Rosas, J., Piga, M., Tani, C., Tedeschi, S. K., Dörner, T., Aringer, M., & Touma, Z. (2019). Brief report: How do patients with newly diagnosed systemic lupus erythematosus present? A multicenter cohort of early systemic lupus erythematosus to inform the development of new classification criteria. *Arthritis & Rheumatology*, 71(1), 91–98. <https://doi.org/10.1002/art.40674>
 8. Pons-Estel, G. J., Alarcón, G. S., Scofield, L., Reinlib, L., & Cooper, G. S. (2010). Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39(4), 257–268. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2008.10.007>
 9. Ramirez Sepúlveda, J. I., Bolin, K., Mofors, J., Leonard, D., Svenungsson, E., Jönsen, A., Bengtsson, A. A., Nordmark, G., Rantapää-Dahlqvist, S., Wahren-Herlenius, M., & Gunnarsson, I. (2019). Sex differences in clinical presentation of systemic lupus erythematosus. *Biology of Sex Differences*, 10(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s13293-019-0274-2>
 10. Somers, E. C., Marder, W., Cagnoli, P., Lewis, E. E., DeGuire, P., Gordon, C., Helmick, C. G., Wang, L., Wing, J. J., Dhar, J. P., & McCune, W. J. (2014). Population-based incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: The Michigan Lupus Epidemiology and Surveillance Program. *Arthritis & Rheumatology*, 66(2), 369–378. <https://doi.org/10.1002/art.38238>

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỶ LỆ CREATININE/CYSTATIN C VỚI CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Nguyễn Tấn Đức¹, Lê Quốc Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ Creatinine/Cystatin C (Cre/CysC) huyết thanh thường được biết đến như một chỉ dấu thay thế trong chẩn đoán tình trạng thiếu cơ cũng như dự báo kết cục bất lợi ở một số bệnh lý. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa tỷ lệ này với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2. **Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ĐTĐ type 2. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 124 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 đến khám tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Quân y 175, từ 01/2025 đến 05/2025. Các dữ liệu được thu thập bao gồm: tuổi, giới, thời gian mắc đái tháo đường, chỉ số khối cơ thể (BMI); các kết quả xét nghiệm máu bao gồm: glucose đói, HbA1c, creatinine, cystatin C. Tỷ lệ Cre/CysC được tính bằng cách lấy nồng độ creatinine (mg/dL) chia cho nồng độ cystatin C (mg/L) (x100 nếu áp dụng). Các phân tích tương quan và hồi quy tuyến tính Cre/CysC theo tuổi, giới, BMI, thời gian mắc ĐTĐ, glucose và HbA1c được thực hiện. **Kết quả:** Trên tổng số 124 bệnh nhân, nam chiếm tỷ lệ 53.2%, tuổi trung vị của bệnh nhân là 51, thời gian mắc ĐTĐ trung vị là 5 năm, chỉ số khối cơ thể là 21.72 kg/m². Tỷ lệ Cre/CysC trung vị là 11.79. Không có sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ trong các chỉ số trên ($p > 0.05$). Tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh có tương quan nghịch mức độ trung bình với nồng độ glucose và HbA1c, tương quan nghịch mức độ mạnh với BMI, tương quan thuận mức độ yếu với tuổi bệnh nhân (r lần lượt là -0.33, -0.42, -0.78, 0.2827; $p < 0.05$); không có mối liên quan giữa tỷ lệ Cre/CysC với thời gian mắc ĐTĐ ($r = -0.13$, $p > 0.05$). **Kết luận:** Tỷ lệ Cre/CysC có xu hướng giảm khi bệnh nhân có BMI cao, nồng độ glucose máu khi đói và HbA1c cao. Đây là những bằng chứng gợi ý cho việc sử dụng tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh như một dấu ấn bổ sung trong đánh giá tình trạng khối cơ và tình trạng chuyển hóa ở bệnh nhân ĐTĐ. **Từ khóa:** tỷ lệ creatinine/cystatin C; đái tháo đường; thiếu cơ; eGFR; BMI.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN CREATININE/CYSTATIN C RATIO AND CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Background: The serum creatinine-to-cystatin C ratio (Cre/CysC) has been proposed as a proxy for low muscle mass and adverse outcomes. Evidence in patients with type 2 diabetes (T2D) remains limited. **Objective:** To examine the association between serum Cre/CysC and clinical as well as biochemical characteristics in T2D. **Methods:** We conducted a cross-sectional analytical study of 124 adults with T2D attending the outpatient clinic of 175 Military Hospital (January–May 2025). Data included age, sex, diabetes duration, BMI, fasting plasma glucose, HbA1c, creatinine, and cystatin C. Cre/CysC was calculated as creatinine (mg/dL) divided by cystatin C (mg/L) [x100 if applicable]. Correlations and linear regression of

¹Bệnh viện Quân Y 175

²Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: dr.lequoctuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

Cre/CysC with age, BMI, diabetes duration, glucose and HbA1c were performed. **Results:** The median age was 51 years; diabetes duration 5 years, BMI 21.72 kg/m². The median Cre/CysC was 11.79; it correlated inversely with BMI, fasting glucose, HbA1c (all $p < 0.05$). Associations remained significant after multivariable adjustment. **Conclusion:** Lower Cre/CysC is associated with adverse metabolic profile and longer diabetes duration in T2D. Cre/CysC may serve as a supportive indicator of low muscle mass and metabolic dysregulation, warranting studies with direct muscle measurements and outcome validation.

Keywords: creatinine/cystatin C ratio; type 2 diabetes; sarcopenia; eGFR; BMI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cystatin C là một chất chuyển hoá hiện diện rộng rãi trong các tế bào có nhân, tham gia vào quá trình viêm và xâm lấn khối u, được lọc qua cầu thận và tái hấp thu hoàn toàn ở ống lượn gần. Nó cũng đã được công nhận là một dấu ấn sinh học hiệu quả hơn creatinine trong phản ánh quá trình lọc của cầu thận. Trong những năm gần đây, tỷ lệ Creatinine/Cystatin C được sử dụng thể hiện tình trạng sức khoẻ ở nhiều bối cảnh lâm sàng khác nhau, ví dụ như bệnh lý thiếu cơ, tiên lượng tỷ lệ tử vong ở bệnh lý tim mạch [1, 2].

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý chuyển hóa mạn tính có tỷ lệ mắc đang gia tăng nhanh chóng và trở thành gánh nặng sức khoẻ toàn cầu. Theo thống kê của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), năm 2023 có khoảng 537 triệu người trưởng thành mắc ĐTĐ, con số này được dự báo sẽ tăng lên 783 triệu vào năm 2045 [3]. Các rối loạn chuyển hoá trong ĐTĐ đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết do đề kháng insulin hoặc suy giảm tiết insulin. Hệ cơ xương đóng vai trò thiết yếu trong việc điều hoà cân bằng nội môi đường huyết thông qua quá trình hấp thụ và lưu trữ glucose. Về mặt lý thuyết, tăng khối lượng cơ có thể đem lại lợi ích trong việc cải thiện tình trạng kháng insulin, qua đó hỗ trợ kiểm soát đường huyết tốt hơn.

Những bằng chứng gần đây chỉ ra rằng việc giảm khối lượng cơ qua phép đo hấp thụ tia X năng lượng kép hoặc chụp cắt lớp vi tính có thể liên quan đến sự phát triển ĐTĐ ở người trung niên và lớn tuổi. Tuy nhiên, các phương pháp đo lường tiêu chuẩn vàng này không khả thi với khảo sát dịch tễ học quy mô lớn khi đòi hỏi phải có thiết bị chuyên dụng, những hạn chế liên quan đến phơi nhiễm tia xạ và thiếu hiệu quả về chi phí; trong khi hiệu quả của phương pháp đơn giản, không xâm lấn và ít tốn kém hơn như phân tích trở kháng điện sinh học để đánh giá khối lượng cơ vẫn còn nhiều nghi ngờ khi không đo

trực tiếp khối lượng cơ và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố [4]. Tỷ lệ Creatinine/Cystatin C gần đây nhận được sự quan tâm đáng kể như một cách đánh giá khối lượng cơ ở các nhóm dân số khác nhau với độ chính xác đã được xác nhận với chụp cắt lớp vi tính. Tuy nhiên, tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá mối liên quan của tỷ lệ này với sự phát triển cũng như các đặc điểm lâm sàng của bệnh ĐTĐ; vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ của ADA 2024. Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc bệnh lý cấp tính: nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, suy gan, nhiễm khuẩn cấp,...; bệnh nhân mắc bệnh nội tiết: tuyến giáp, u thượng thận, đang điều trị với glucocorticoid; bệnh nhân mắc bệnh hemoglobin đã được chẩn đoán, thiếu máu nặng (Hb < 11.8 g/dL); bệnh nhân có bệnh lý thận mạn tính (eGFR < 60 mL/ph/1.73m²).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2025 đến 05/2025, tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Quân y 175.

2.2.3. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng hệ số tương quan:

$$n = \frac{4(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2}{[\ln(\frac{1+r}{1-r})]^2} + 3$$

Với: hệ số tương quan $r = 0.3$ ở mức ý nghĩa 5% ($\alpha = 0.05$) và hiệu năng 80% ($\beta = 0.2$), cỡ mẫu tính được tối thiểu là 85 người. Chúng tôi chọn các đối tượng thoả tiêu chuẩn đến khám trong thời gian nghiên cứu và chọn được 124 bệnh nhân vào tham gia nghiên cứu.

2.2.4. Biến số nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành thu thập các dữ liệu nền (tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, thời gian mắc ĐTĐ); các mẫu máu lấy lúc đói (sau 8 tiếng nhịn ăn qua đêm) chống đông bằng heparin được sử dụng thực hiện các xét nghiệm: glucose, creatinine, cystatin C; mẫu máu chống đông bằng EDTA được sử dụng để thực hiện xét nghiệm HbA1c.

Creatinine được định lượng bằng phương pháp Jaffe, sử dụng hoá chất CREA của Beckman Coulter. Cystatin C được định lượng bằng phương pháp miễn dịch độ đục, sử dụng hoá

chất Cystatin C của Dialab. Cả hai xét nghiệm đều được thực hiện trên máy phân tích sinh hoá tự động AU680 của Beckman Coulter. Tỷ lệ Creatinine/ Cystatin C được tính bằng cách lấy nồng độ Creatinine huyết tương (mg/dL) chia cho nồng độ Cystatin C huyết tương (mg/L) và nhân với 10.

$$\text{Cre/CysC} = \frac{\text{Creatinine (mg/dL)}}{\text{Cystatin C (mg/L)}} \times 10$$

eGFR được tính theo công thức CKD-EPI 2021 kết hợp creatinine và cystatin C:

$$\text{eGFR} = 135 \times \min\left(\frac{\text{Scr}}{0.8}, 1\right)^{-1.154} \times \max\left(\frac{\text{Scr}}{0.8}, 1\right)^{-1.544} \times \min\left(\frac{\text{CysC}}{0.8}, 1\right)^{-0.222} \times \max\left(\frac{\text{CysC}}{0.8}, 1\right)^{-0.778} \times 0.9961^{\text{tuổi}} \times 0.963 \text{ (nếu là phụ nữ)}$$

BMI được tính từ cân nặng và chiều cao của các đối tượng nghiên cứu theo công thức:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{\text{Chiều cao}^2 \text{ (m)}}$$

2.2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Thu thập, mã hoá số liệu bằng phần mềm Excel; xử lý và phân tích bằng phần mềm STATA 17.0. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng được kiểm định phân bố bằng phép kiểm Shapiro-Wilk. Nếu có phân phối chuẩn, trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, so sánh trung bình của hai nhóm bằng T-test. Nếu phân phối không

chuẩn, trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị, so sánh trung bình bằng phép kiểm Spearman. Đánh giá tương quan giữa tỷ lệ Creatinine/Cystatin C với các đặc điểm lâm sàng và chỉ số cận lâm sàng của bệnh ĐTĐ bằng phương trình hồi quy tuyến tính. Đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Đây là nghiên cứu mô tả tương quan nên không can thiệp vào quá trình chẩn đoán và điều trị. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Các dữ liệu và mẫu máu chỉ thu thập khi có sự đồng ý của bệnh nhân. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Quân y 175 theo quyết định số 74/GCN-HĐĐĐ ngày 08/01/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 05 năm 2025, 124 đối tượng thỏa mãn tiêu chí tuyển chọn đã được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng tham gia nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (N=124)	Nam (N=66)	Nữ (N=58)	p
Tuổi (năm)	51	51	51	
Trung vị (Q1 - Q3)	(41-55.5)	(41-55)	(42-56)	0.944
Thời gian mắc ĐTĐ (năm)	5	5	5	
Trung vị (Q1 - Q3)	(4-5)	(4-5)	(4-5)	0.082
BMI (kg/m ²)	21.72	21.72	21.72	
Trung vị (Q1 - Q3)	(20.72-22.1)	(20.73-22.1)	(20.8-22.15)	0.344
Creatinine (mg/dL)	0.835	0.825	0.84	
Trung vị (Q1 - Q3)	(0.79-0.87)	(0.79-0.88)	(0.8-0.87)	0.62
Cystatin C (mg/L)	0.7	0.7	0.7	
Trung vị (Q1 - Q3)	(0.6-0.8)	(0.6-0.8)	(0.6-0.8)	0.55
eGFR	111.46	119.53	100.19	
Trung vị (Q1 - Q3)	(100.65-120.0)	(113.93-122.49)	(95.38-108.2)	<0.05
Cre/CysC	11.79	12	11.71	
Trung vị (Q1 - Q3)	(11.125-12.83)	(11.125-12.83)	(11.125-12.83)	0.53
Glucose (mmol/L)	9.2	9.1	9.2	
Trung vị (Q1 - Q3)	(8.5-10)	(8.2-10.1)	(8.6-10)	0.69
HbA1c (%)	8.5	8.3	8.5	
Trung vị (Q1 - Q3)	(8.05-8.8)	(7.9-8.7)	(8.2-8.9)	0.06

Nhận xét: Trong 124 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 66 người nam (53.2%) và 58 người nữ (46.8%). Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 51 tuổi, không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p = 0.944$). BMI trung vị là 21.72 kg/m², thời gian mắc ĐTĐ trung vị là 5 năm. Nồng độ creatinine máu trung vị là 0.835 mg/dL. Nồng độ

cystatin C máu trung vị là 0.7 mg/L. Tỷ lệ Cre/CysC trung vị là 11.79. Nồng độ glucose máu và HbA1c trung vị lần lượt là 9.2 mmol/L, 8.5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ trong các chỉ số trên ($p > 0.05$).

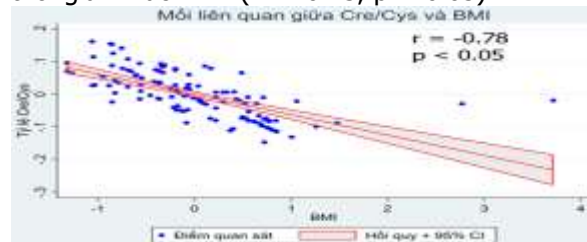
3.2. Môi trường quan giữa tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh và các yếu tố đặc

điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh ĐTĐ. Chúng tôi tiến hành đánh giá mối tương quan giữa tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh ĐTĐ sau khi hiệu chỉnh với eGFR, kết quả thể hiện trong Bảng 2 và Biểu đồ 1, 2, 3, 4.

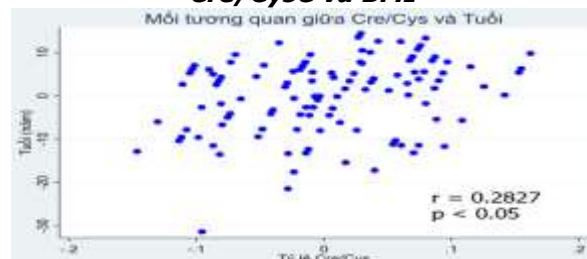
Bảng 2: Tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh và các yếu tố liên quan

Đặc điểm	Hệ số r	p	95% CI (Fisher's Z)
Tuổi (năm)	0.2827	<0.05	0.112 đến 0.437
Thời gian mắc ĐTĐ (năm)	-0.13	0.1485	-0.3 đến 0.05
BMI (kg/m ²)	-0.78	<0.05	-0.841 đến -0.701
Glucose (mmol/L)	-0.33	<0.05	-0.479 đến -0.164
HbA1C (%)	-0.42	<0.05	-0.55 đến -0.26

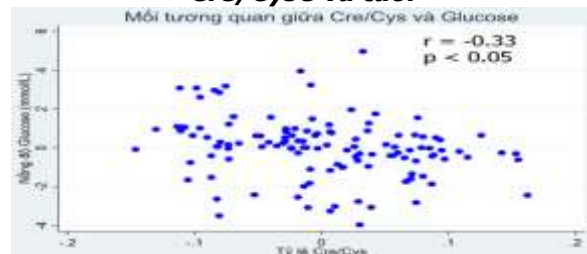
Nhận xét: Tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh có tương quan thuận mức độ yếu với tuổi, tương quan nghịch mức độ trung bình với nồng độ glucose và HbA1c, tương quan nghịch mức độ mạnh với BMI. Các tương quan này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Không ghi nhận tương quan giữa tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh và thời gian mắc ĐTĐ ($r = -0.13$, $p > 0.05$).



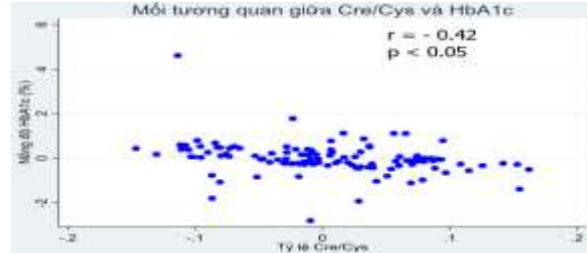
Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa tỷ lệ Cre/CysC và BMI



Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa tỷ lệ Cre/CysC và tuổi



Biểu đồ 3. Mối liên quan giữa tỷ lệ Cre/CysC và nồng độ Glucose máu



Biểu đồ 4. Mối liên quan giữa tỷ lệ Cre/CysC và HbA1c

IV. BÀN LUẬN

Thiếu cơ đã được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO-World Health Organization) công nhận là một bệnh trong Phân loại Quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe liên quan (ICD-International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) từ năm 2016, với tỷ lệ mắc bệnh theo tiêu chuẩn của Quỹ Viện y tế quốc gia (FNIH-The foundation for the National Institutes of Health) xấp xỉ 7 - 20% ở bệnh nhân ĐTĐ. Sự hiện diện của khối cơ thấp là bước quan trọng trong việc chẩn đoán thiếu cơ. Creatinine là sản phẩm nội sinh được phóng thích từ cơ, nồng độ trong máu phụ thuộc vào khối lượng cơ nhưng cũng chịu ảnh hưởng bởi chức năng thận. Trong khi đó, Cystatin C được tiết ra bởi tất cả tế bào có nhân, với quá trình sản xuất và bài tiết qua ống thận là đồng nhất, không chịu sự ảnh hưởng của khối cơ; vì thế, Cystatin C được sử dụng trong đánh giá chức năng thận và ước tính mức lọc cầu thận tốt hơn so với Creatinine. Gần đây, tỷ lệ Cre/CysC được xem như một dấu ấn thay thế trong đánh giá khối lượng cơ ở nhiều bệnh lý.

Tỷ lệ Cre/CysC trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 11.79, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ (12 so với 11.71; $p = 0.53$). Tỷ lệ này có sự tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới, nhưng ghi nhận cao hơn một số nghiên cứu, như của tác giả Qing Yang và cộng sự (2021), giá trị tỷ lệ Cre/CysC trung bình là 7.26 ± 2.06 ; tỷ lệ ở nam cao hơn ở nữ có ý nghĩa thống kê (7.86 ± 2.07 và 6.38 ± 1.71 ; $p < 0.01$) [5]. Lý giải cho sự khác biệt này là do cỡ mẫu tương đối khiêm tốn ($n = 124$) có thể thiếu sức mạnh để phát hiện khác biệt nhỏ giữa hai giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh có mối tương quan ở nhiều mức độ khác nhau trong các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ĐTĐ, cụ thể mức độ trung bình với nồng độ glucose và HbA1c, mức độ mạnh với BMI; tương quan thuận mức độ yếu với tuổi bệnh nhân; r lần lượt là -0.33, -0.42, -0.78, 0.2827; $p < 0.05$; không có mối liên quan

giữa tỷ lệ Cre/CysC với thời gian mắc ĐTD ($r = -0.13$, $p > 0.05$). Điều này cho thấy, tỷ lệ Cre/CysC có xu hướng giảm khi bệnh nhân có BMI cao, nồng độ glucose máu khi đói và HbA1c cao. Đây là những bằng chứng gợi ý cho việc sử dụng tỷ lệ Cre/CysC huyết thanh như một dấu ấn bổ sung trong đánh giá tình trạng khối cơ và tình trạng chuyển hoá ở bệnh nhân ĐTD.

Cơ chế cho các mối liên quan này có thể được lý giải như sau: ở những bệnh nhân có BMI cao thường đi kèm béo phì, đề kháng insulin, viêm mạn tính dẫn đến việc giảm khối cơ và thay đổi thành phần cơ - mỡ, khiến Creatinine giảm tương đối so với Cystatin C. Tương tự, ở những bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém (đường huyết đói, HbA1c cao); thời gian mắc ĐTD lâu năm thúc đẩy quá trình viêm mạn tính kéo dài, stress oxy hoá và kháng insulin làm giảm tổng hợp và gây rối loạn điều hoà protein cơ; các biến chứng ĐTD như bệnh thận, thần kinh cũng gián tiếp thúc đẩy sự teo cơ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế. Nghiên cứu của tác giả Jang Yel Shin (2022) trên 1577 bệnh nhân ĐTD tít 2 cho thấy tỷ lệ Cre/CysC có mối tương quan thuận với chỉ số ASM/BMI với $r = 0.239$ ở nam và 0.303 ở nữ, $p < 0.001$ [6]. Một nghiên cứu khác của tác giả Shanhu Qiu và cộng sự (2021) với 3278 người tham gia trên 45 tuổi ghi nhận mối tương quan nghịch giữa tỷ lệ Cre/CysC với đường huyết đói và HbA1c, với r lần lượt là -0.04 ; -0.11 ($p < 0.05$) [7].

Hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu trên thế giới trực tiếp về mối tương quan giữa tỷ lệ Cre/CysC và thời gian mắc ĐTD. Tuy nhiên, các nghiên cứu liên quan về thiếu cơ ở bệnh nhân ĐTD cho thấy thời gian mắc bệnh càng dài, các vấn đề về suy giảm khối cơ càng nặng. Nghiên cứu của Akiko Nishimura và cộng sự (2019) trên quần thể người Nhật Bản cho thấy ở phụ nữ trên 60 tuổi mắc ĐTD, nguy cơ thiếu cơ gia tăng khi thời gian mắc ĐTD càng dài (OR = 1.43) [8]. Điều này gián tiếp ủng hộ cho mối tương quan nghịch giữa tỷ lệ Cre/CysC và thời gian mắc ĐTD. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận mối tương quan giữa tỷ lệ Cre/CysC và thời gian mắc ĐTD có thể do kích thước mẫu hạn chế, hoặc những yếu tố trung gian ảnh hưởng như kiểm soát tốt đường huyết trong thời gian mắc bệnh dài có thể làm chậm các biến chứng và các ảnh hưởng lên khối cơ.

Trong các mối tương quan từ nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có yếu tố tuổi có khác biệt so với nhiều nghiên cứu trên thế giới. Trong khi

chúng tôi ghi nhận có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa tỷ lệ Cre/CysC và tuổi bệnh nhân, theo nghiên cứu của Li Zhang và cộng sự (2023) cho thấy mối tương quan nghịch mức độ trung bình giữa tỷ lệ này và tuổi ($r = -0.37$; $p < 0.001$) [9]. Sự khác biệt này có thể lý giải bởi một số đặc điểm sau: tuổi trung vị của bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi không quá cao (51) và số lượng mẫu chưa đủ lớn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ Cre/CysC liên quan bất lợi với các chỉ số chuyển hoá và thời gian mắc bệnh, có tiềm năng đóng vai trò chỉ dấu gợi ý khối cơ thấp ở bệnh nhân ĐTD, do đó cần nghiên cứu đối chiếu với đo trực tiếp khối cơ và theo dõi kết quả để xác nhận ý nghĩa sinh học trực tiếp

VI. KIẾN NGHỊ

Cần tiến hành thêm các nghiên cứu dọc với cỡ mẫu lớn hơn và có đo trực tiếp khối cơ để xác định ngưỡng tối ưu của tỷ lệ Cre/CysC trong tầm soát sớm thiếu cơ và quản lý bệnh nhân ĐTD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tabara, Y., et al.,** Creatinine-to-cystatin C ratio as a marker of skeletal muscle mass in older adults: J-SHIPP study. *Clin Nutr*, 2020. 39(6): p. 1857-1862.
2. **Lee, H.S., et al.,** Sarcopenia Index as a Predictor of Clinical Outcomes in Older Patients with Coronary Artery Disease. *J Clin Med*, 2020. 9(10).
3. **Sun, H., et al.,** IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract*, 2022. 183: p. 109119.
4. **Wang, D., et al.,** Imaging of Sarcopenia in Type 2 Diabetes Mellitus. *Clin Interv Aging*, 2024. 19: p. 141-151.
5. **Yang, Q., et al.,** Cre/CysC ratio may predict muscle composition and is associated with glucose disposal ability and macrovascular disease in patients with type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Res Care*, 2021. 9(2).
6. **Shin, J.Y.,** Low serum creatinine to cystatin C ratio is independently associated with sarcopenia and high carotid plaque score in patients with type 2 diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 2022. 32(6): p. 1454-1462.
7. **Qiu, S., et al.,** Changes in creatinine-to-cystatin C ratio over 4 years, risk of diabetes, and cardiometabolic control: The China Health and Retirement Longitudinal Study. *J Diabetes*, 2021. 13(12): p. 1025-1033.
8. **Nishimura, A., et al.,** Sex-related differences in frailty factors in older persons with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Ther Adv Endocrinol Metab*, 2019. 10: p. 2042018819833304.
9. **Zhang, L., et al.,** Serum creatinine/cystatin C ratio is a predictor of all-cause mortality for older adults over 80 years. *Heliyon*, 2023. 9(3): p. e14214.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬ DỤNG DAO HÀN MẠCH TRONG PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN VÚ TOÀN BỘ KÈM VẾT HẠCH NÁCH

Lê Văn Vũ¹, Phạm Hồng Khoa¹, Nguyễn Xuân Tuấn²

TÓM TẮT

Phẫu thuật cắt tuyến vú kết hợp vết hạch nách là phương pháp điều trị phổ biến trong ung thư vú. Dao điện truyền thống thường được sử dụng, song còn nhiều hạn chế như tỷ lệ seroma cao, đau sau mổ và thời gian hồi phục kéo dài. Dao hàn mạch là công nghệ cầm máu hiện đại, hứa hẹn giảm biến chứng và cải thiện kết quả sau phẫu thuật. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của dao hàn mạch so với dao điện truyền thống trong phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ kèm nạo hạch nách ở bệnh nhân ung thư vú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 138 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II–III được điều trị tại Bệnh viện K từ 6/2023–6/2025. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: nhóm A (dao điện truyền thống, n=62) và nhóm B (dao hàn mạch n=76). Các biến số được ghi nhận gồm: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, điểm đau sau mổ (VAS), lượng dịch dẫn lưu, biến chứng hoại tử vết da và thời gian nằm viện. **Kết quả:** Nhóm sử dụng dao hàn mạch cho thấy nhiều ưu điểm so với nhóm dao điện: thời gian mổ ngắn hơn ($57,1 \pm 11,2$ so với $78,5 \pm 18,9$ phút; $p < 0,0001$), mất máu ít hơn ($88,5 \pm 29,8$ so với $115,4 \pm 31,3$ mL; $p < 0,0001$), điểm đau sau mổ thấp hơn ($3,5 \pm 0,9$ so với $5,1 \pm 0,8$; $p < 0,0001$), lượng dịch dẫn lưu 72 giờ đầu thấp hơn ($310,6 \pm 95,2$ so với $520,3 \pm 110,5$ mL; $p < 0,0001$) và thời gian rút dẫn lưu sớm hơn ($5,1 \pm 0,9$ so với $6,2 \pm 1,1$ ngày; $p < 0,0001$). Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm dao hàn mạch ngắn hơn ($5,3 \pm 1,0$ so với $6,8 \pm 1,2$ ngày; $p < 0,0001$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng giữa hai nhóm (hoại tử vết da: 3,9% so với 4,8%; $p > 0,05$). **Kết luận:** Việc sử dụng dao hàn mạch trong phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ kèm nạo hạch nách giúp giảm thời gian mổ, lượng máu mất, mức độ đau và dịch dẫn lưu, đồng thời rút ngắn thời gian nằm viện mà không làm tăng biến chứng. **Từ khóa:** ung thư vú, cắt tuyến vú toàn bộ, dao hàn mạch, nạo hạch nách

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFICACY OF A VESSEL-SEALING DEVICE IN TOTAL MASTECTOMY WITH AXILLARY LYMPH NODE DISSECTION

Background: Total mastectomy with axillary lymph node dissection is a standard surgical procedure in the management of breast cancer. Conventional electrocautery is widely applied but remains associated

with several limitations, including higher rates of seroma formation, increased postoperative pain, and prolonged recovery. Advanced vessel-sealing technology provides improved hemostasis and may reduce complications while enhancing surgical outcomes. **Objective:** To assess the efficacy of an advanced vessel-sealing device compared with conventional electrocautery in total mastectomy with axillary lymph node dissection for breast cancer. **Patients and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 138 patients with stage II–III breast cancer treated at K Hospital from June 2023 to June 2025. Patients were allocated into two groups: Group A (conventional electrocautery, n = 62) and Group B (vessel-sealing device, n = 76). Outcomes evaluated included operative time, intraoperative blood loss, postoperative pain (VAS), drain output, skin flap necrosis, and length of hospital stay. **Results:** The vessel-sealing device group showed significant advantages over conventional electrocautery: shorter operative time (57.1 ± 11.2 vs. 78.5 ± 18.9 minutes; $p < 0.0001$), reduced blood loss (88.5 ± 29.8 vs. 115.4 ± 31.3 mL; $p < 0.0001$), lower postoperative pain (VAS 3.5 ± 0.9 vs. 5.1 ± 0.8 ; $p < 0.0001$), reduced drain output during the first 72 hours (310.6 ± 95.2 vs. 520.3 ± 110.5 mL; $p < 0.0001$), and earlier drain removal (5.1 ± 0.9 vs. 6.2 ± 1.1 days; $p < 0.0001$). The mean hospital stay was shorter in the vessel-sealing group (5.3 ± 1.0 vs. 6.8 ± 1.2 days; $p < 0.0001$). No significant differences were observed in complication rates, including skin flap necrosis (3.9% vs. 4.8%; $p > 0.05$). **Conclusion:** The application of an advanced vessel sealing device in total mastectomy with axillary lymph node dissection effectively reduces operative time, intraoperative blood loss, postoperative pain, drain output, and hospital stay, without increasing complications.

Keywords: breast cancer, total mastectomy, vessel sealing device, axillary lymph node dissection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh lý ác tính thường gặp nhất ở nữ phụ nữ trên toàn thế giới và Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2020, mỗi năm có hơn 2,3 triệu ca mới được chẩn đoán và gần 685.000 trường hợp tử vong do ung thư vú [1]. Tại Việt Nam, ung thư vú đứng hàng đầu về tần suất mắc mới ở phụ nữ, chiếm khoảng 25% tổng số các loại ung thư.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị nền tảng trong ung thư vú. Trong đó, phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ kết hợp nạo hạch nách vẫn giữ vai trò quan trọng dù các phương pháp bảo tồn ngày càng phát triển. Trải qua nhiều thập kỷ, dao điện đơn cực là dụng cụ cắt–cầm máu chính

¹Bệnh viện K

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

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Vũ

Email: levanvu.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

trong phẫu thuật tuyến vú. Tuy nhiên, dao điện có một số hạn chế: thời gian mổ dài, mất máu đáng kể, diện tổn thương nhiệt rộng gây đau nhiều sau mổ, lượng dịch dẫn lưu lớn tăng nguy cơ hình thành seroma, thời gian lưu dẫn lưu và nằm viện kéo dài [2].

Dao hàn mạch là công nghệ phẫu thuật hiện đại, hoạt động dựa trên nguyên lý năng lượng lưỡng cực với cơ chế làm biến tính collagen và elastin trong thành mạch, giúp hàn kín mạch máu và ống bạch huyết có đường kính đến 7 mm. Thiết bị này cho phép đồng thời cắt và hàn, hạn chế tổn thương nhiệt lan rộng. Nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy dao hàn mạch giúp giảm lượng dịch dẫn lưu, giảm seroma, rút ngắn thời gian mổ và nằm viện [3,4,5,6,7].

Tuy nhiên, tại Việt Nam, bằng chứng lâm sàng về hiệu quả của dao hàn mạch trong phẫu thuật tuyến vú còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả sử dụng dao hàn mạch so với dao điện truyền thống trong phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ kèm nạo hạch nách.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 138 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn II–III, điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện K từ 6/2023 đến 6/2025

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vú bằng giải phẫu bệnh.
- Có chỉ định cắt tuyến vú toàn bộ kèm nạo hạch nách mức I–II.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng không chịu được phẫu thuật.
- Đã xạ trị vùng vú–nách trước mổ.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, so sánh hai nhóm bệnh nhân ung thư vú. Các bệnh nhân được chia thành hai nhóm theo phương tiện phẫu thuật sử dụng:

- Nhóm A: cắt tuyến vú bằng dao điện truyền thống (n=62).
- Nhóm B: cắt tuyến vú bằng dao hàn mạch (n=76).

So sánh kết quả phẫu thuật và biến chứng hậu phẫu giữa hai nhóm.

Các biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung

- Tuổi (năm).
- Chỉ số BMI (kg/m^2).

- Giai đoạn bệnh (II, III).
- Điều trị tân bổ trợ (có/không).

Kết quả phẫu thuật

- Thời gian mổ (phút).
- Lượng máu mất trong mổ (mL).
- Điểm đau sau mổ theo thang điểm VAS ngày thứ 1.

Lượng dịch dẫn lưu

- Lượng dịch dẫn lưu từng ngày (ngày 1, ngày 2, ngày 3).
- Tổng lượng dịch dẫn lưu trong 72 giờ đầu (tính cho từng bệnh nhân).
- Thời gian rút dẫn lưu (ngày).

Biến chứng và hồi phục

- Hoại tử vạt da.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Tụ dịch cần can thiệp (chọc hút).
- Thời gian nằm viện (ngày).

Cách thu thập số liệu. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện K, gồm tóm tắt bệnh án, biên bản phẫu thuật, phiếu theo dõi hậu phẫu và điều dưỡng. Thông tin đặc điểm bệnh nhân (tuổi, BMI, giai đoạn, điều trị tân bổ trợ) và dữ liệu phẫu thuật (thời gian mổ, lượng máu mất, phương tiện phẫu thuật) được lấy trực tiếp từ bệnh án và biên bản mổ. Mức độ đau sau mổ ngày thứ nhất được đánh giá bằng thang VAS (0–10). Lượng dịch dẫn lưu ghi nhận hàng ngày, tính tổng trong 72 giờ đầu. Biến chứng (hoại tử vạt, nhiễm trùng, tụ dịch) được bác sĩ điều trị xác định. Thời gian rút dẫn lưu và nằm viện lấy từ ngày thực tế ghi trong hồ sơ.

2.3. Xử lý số liệu. Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ SD, so sánh bằng t-test hoặc Mann–Whitney U test tùy phân bố. Các biến định tính biểu diễn bằng tần số, tỷ lệ %, so sánh bằng Chi-square hoặc Fisher's exact test. Mức ý nghĩa thống kê xác định khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Dao điện (n=62)	Dao hàn mạch (n=76)	p
Tuổi trung bình (năm)	51,2 $\pm$ 9,7	54,1 $\pm$ 10,1	0,04
BMI (kg/m^2)	23,6 $\pm$ 2,9	23,5 $\pm$ 3,0	>0,05
Giai đoạn II (số BN, %)	37(59,7%)	36(47,4%)	0,03
Giai đoạn III (số BN, %)	25(40,3%)	40(52,6%)	>0,05
Điều trị tân bổ trợ (số BN, %)	37(59,7%)	46(60,5%)	>0,05

Nhận xét: Nhóm dao hàn mạch có tuổi

trung bình cao hơn và tỷ lệ giai đoạn II thấp hơn, nhưng nhìn chung đặc điểm bệnh nhân giữa hai nhóm khá tương đồng, đảm bảo tính so sánh kết quả.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Chỉ số	Dao điện (n=62)	Dao hàn mạch(n=76)	p
Thời gian mổ (phút)	78,5±18,9	57,1±11,2	<0,0001
Máu mất (mL)	115,4±31,3	88,5±29,8	<0,0001
Điểm VAS sau mổ (ngày 1)	5,1±0,8	3,5±0,9	<0,0001

Nhận xét: Nhóm dao hàn mạch có thời gian mổ ngắn hơn rõ rệt so với dao điện, phản ánh ưu thế về thao tác nhanh gọn. Lượng máu mất trong mổ cũng thấp hơn, giúp hạn chế nguy cơ cần truyền máu. Điểm đau sau mổ ngày đầu ở nhóm dao hàn mạch thấp hơn, chứng tỏ tổn thương nhiệt ít và hồi phục thuận lợi hơn. Những lợi ích này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Kết quả phù hợp với cơ chế cắt-hàn đồng thời của thiết bị, giúp giảm tổn thương mô. Đây là cơ sở quan trọng cho việc ứng dụng dao hàn mạch rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

3.3. Lượng dịch dẫn lưu và thời gian rút dẫn lưu

Bảng 3. Lượng dịch dẫn lưu sau mổ và thời gian rút dẫn lưu

Thời điểm	Dao điện (n=62)	Dao hàn mạch (n=76)	p
Ngày 1 (mL)	224,1±59,5	137,9±41,2	<0,0001
Ngày 2 (mL)	182,6±51,3	106,0±35,4	<0,0001
Ngày 3 (mL)	113,6±42,1	66,7±27,9	<0,0001
Tổng 72 giờ (mL)	520,3±110,5	310,6±95,2	<0,0001
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	6,2±1,1	5,1±0,9	<0,0001

Nhận xét: Trong 3 ngày đầu, nhóm dao hàn mạch cho lượng dịch ít hơn rõ rệt so với nhóm dao điện, chênh lệch ổn định từ 40–90 mL mỗi ngày. Tổng lượng dịch 72 giờ ở nhóm dao hàn mạch thấp hơn gần 210 mL, chứng minh khả năng giảm dịch tiết một cách nhất quán. Thời gian rút dẫn lưu trung bình sớm hơn gần 1 ngày ở nhóm dao hàn mạch (5,1 so với 6,2 ngày; $p < 0,0001$). Đây là khác biệt rất có ý nghĩa lâm sàng, vì rút dẫn lưu sớm giúp bệnh nhân thoải mái hơn, giảm nguy cơ nhiễm trùng và rút ngắn thời gian nằm viện.

3.4. Biến chứng và thời gian nằm viện

Bảng 4. Biến chứng và thời gian nằm viện

Biến chứng	Dao điện	Dao hàn mạch	p
------------	-------------	-----------------	---

	(n=62)	(n=76)	
Hoại tử vật da	3(4,8%)	3(3,9%)	>0,05
Nhiễm trùng vết mổ	2(3,2%)	2(2,6%)	>0,05
Tụ dịch cần chọc hút	5(8,1%)	4(5,3%)	>0,05
Thời gian nằm viện (ngày)	6,8±1,2	5,3±1,0	<0,0001

Nhận xét: Tỷ lệ hoại tử vật da, nhiễm trùng vết mổ và tụ dịch cần chọc hút ở hai nhóm đều thấp và không khác biệt đáng kể. Điều này chứng minh dao hàn mạch không làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ. Tuy nhiên, thời gian nằm viện trung bình của nhóm dao hàn mạch ngắn hơn khoảng 1,5 ngày. Kết quả này mang ý nghĩa thống kê và thực tiễn, giúp giảm chi phí điều trị. Đồng thời, rút ngắn thời gian nằm viện góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc. Như vậy, dao hàn mạch vừa an toàn vừa hiệu quả hơn trong phục hồi sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm sử dụng dao hàn mạch có nhiều ưu thế vượt trội so với dao điện truyền thống: thời gian phẫu thuật ngắn hơn, lượng máu mất ít hơn, điểm đau sau mổ thấp hơn, lượng dịch dẫn lưu giảm rõ rệt trong 3 ngày đầu, thời gian rút dẫn lưu sớm hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn. Tỷ lệ biến chứng như hoại tử vật da, nhiễm trùng vết mổ hay tụ dịch cần chọc hút không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Những phát hiện này phù hợp với nhiều báo cáo trong y văn quốc tế về lợi ích của hệ thống hàn mạch trong phẫu thuật tuyến vú và vết hạch nách [2–7,9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình giảm khoảng 21 phút ở nhóm dao hàn mạch (57,1 so với 78,5 phút) và lượng máu mất giảm từ 115,4 xuống 88,5 mL. Cơ chế hợp lý là thiết bị có thể thực hiện đồng thời cắt và hàn kín mạch (cut & seal), nhờ vậy hạn chế các thao tác khâu buộc và giảm diện tổn thương nhiệt lan rộng so với dao điện. Shaikh và cộng sự (2021) cũng ghi nhận thời gian mổ, máu mất và điểm VAS thấp hơn rõ rệt ở nhóm Dao hàn mạch (76,3 so với 132,7 phút; 120,7 mL so với 239,2 mL; VAS 2,4 so với 5,18) [2]. Phân tích tổng hợp của Macario và cộng sự (2008) khẳng định lợi thế về thời gian và mất máu khi dùng dao hàn mạch ở nhiều loại phẫu thuật, trong đó có phẫu thuật vú [9]. Tuy nhiên, Antonio và cộng sự (2007) không thấy khác biệt rõ về thời gian mổ [8], cho thấy kết quả còn phụ thuộc vào kỹ thuật và kinh nghiệm phẫu thuật viên.

Một trong những lợi ích nhất quán được ghi nhận là giảm lượng dịch dẫn lưu và rút dẫn lưu sớm hơn. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận

giảm khoảng 210 mL tổng dịch trong 72 giờ đầu (310,6 so với 520,3 mL) và rút ống sớm hơn gần 1 ngày. Cơ chế có thể liên quan đến khả năng hàn kín cả mạch máu và các kênh bạch huyết nhờ nhờ biến tính collagen và elastin, từ đó hạn chế dò bạch huyết và seroma. Seki và cộng sự (2016) [4] và Chang và cộng sự (2017) [5] đều báo cáo giảm dịch dẫn lưu và thời gian rút ống ở nhóm Dao hàn mạch. Panhofer và cộng sự (2015) cũng ghi nhận kết quả tương tự [6]. Ngược lại, Botoncea và cộng sự (2019) không thấy sự khác biệt đáng kể [7], cho thấy kết quả còn chịu ảnh hưởng bởi kỹ thuật đóng khoang, tiêu chuẩn rút ống và đặc điểm bệnh nhân (BMI, giai đoạn, điều trị tân bổ trợ).

Điểm VAS sau mổ ngày thứ nhất trong nghiên cứu này cũng thấp hơn đáng kể ở nhóm dao hàn mạch (3,5 so với 5,1 điểm). Điều này phản ánh tổn thương nhiệt ít hơn và tình trạng viêm mô hạn chế so với dao điện truyền thống. Shaikh [2] cũng báo cáo điểm VAS thấp hơn rõ rệt khi dùng Dao hàn mạch, trong khi Cortadellas và cộng sự (2011) cho thấy dao hàn mạch giúp giảm đau và rút ống dẫn lưu sớm hơn [3]. Kết quả này củng cố thêm bằng chứng rằng dao hàn mạch không chỉ cải thiện kết quả phẫu thuật mà còn nâng cao trải nghiệm và sự thoải mái của người bệnh.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn 1,5 ngày ở nhóm dao hàn mạch (5,3 so với 6,8 ngày), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Panhofer (2015) [6] và Shaikh (2021) [2]. Một số tác giả khác như Manouras (2008) [10] và Botoncea (2019) [7] không thấy sự khác biệt rõ, có thể do khác biệt trong chiến lược chăm sóc hậu phẫu, tiêu chí rút ống và chính sách xuất viện. Tuy vậy, xu hướng chung là dao hàn mạch góp phần rút ngắn thời gian nằm viện, từ đó giảm chi phí và tăng hiệu quả sử dụng giường bệnh.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu này thấp và không khác biệt giữa hai nhóm, phù hợp với nhiều báo cáo trước đó [7,8,9]. Các nghiên cứu cũng khẳng định hệ thống hàn mạch không làm tăng nguy cơ hoại tử vạt da hoặc nhiễm trùng vết mổ. Một số báo cáo thậm chí cho thấy xu hướng giảm biến chứng nhờ giảm seroma và rút ống sớm [7,8]. Phân tích tổng hợp của Macario (2008) [9] cũng không chỉ ra yếu tố làm tăng biến chứng khi dùng dao hàn mạch so với các kỹ thuật truyền thống. Như vậy, dao hàn mạch vừa an toàn vừa hiệu quả, phù hợp để ứng dụng rộng rãi.

Như vậy, dao hàn mạch vừa hiệu quả vừa an

toàn. Tuy nhiên, ngoài hiệu quả lâm sàng, cần xem xét cả khía cạnh kinh tế và những giới hạn của nghiên cứu. Dao hàn mạch có chi phí dụng cụ ban đầu cao hơn so với dao điện, nhưng lợi ích về giảm thời gian mổ, giảm dịch dẫn lưu, rút ống sớm và rút ngắn nằm viện có thể bù đắp chi phí này. Một số báo cáo khuyến nghị nghiên cứu thêm về phân tích chi phí – hiệu quả trong bối cảnh thực tế [9]. Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế là thiết kế hồi cứu, cỡ mẫu chưa đủ lớn để phát hiện biến cố hiếm, và chưa phân tích chi phí – lợi ích. Do đó, cần có thử nghiệm ngẫu nhiên, đa trung tâm với cỡ mẫu lớn và phân tích kinh tế chi tiết để khẳng định thêm tính ưu việt và khả năng ứng dụng rộng rãi của phương pháp.

V. KẾT LUẬN

Dao hàn mạch trong phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ kèm nạo hạch nách giúp rút ngắn thời gian mổ, giảm máu mất, đau sau mổ, dịch dẫn lưu và thời gian nằm viện mà không làm tăng biến chứng. Kết quả phù hợp với xu hướng quốc tế, khẳng định đây là lựa chọn an toàn, hiệu quả. Cần thêm nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm và phân tích chi phí – hiệu quả để đánh giá lợi ích lâu dài trong thực hành tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–49.
2. **Shaikh IA, Khan AA, Butt UI, Ahmed M, Ali A, Shah M, et al.** Comparison of vessel sealing system versus conventional electrocautery in modified radical mastectomy. *Breast J.* 2021;27(3):222–8.
3. **Cortadellas T, Córdoba O, Fuster M, Muñoz-Casares C, de la Torre J, Bascuñana J, et al.** LigaSure versus conventional electrocautery in axillary lymphadenectomy for breast cancer: a prospective randomized clinical trial. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;128(2):353–8.
4. **Seki T, Hachiya K, Morimoto T, Sato K, Hirano A, Kimura Y, et al.** The use of LigaSure vessel sealing system in axillary lymph node dissection for breast cancer. *Breast Cancer.* 2016;23(2):237–41.
5. **Chang YW, Kim HJ, Park BW, Kim SJ.** The effectiveness of the LigaSure vessel sealing system in axillary lymph node dissection for breast cancer: a prospective randomized controlled study. *World J Surg Oncol.* 2017;15:146.
6. **Panhofer P, Riedl O, Dubsy P, Hochreiner G, Dubsy PC, Jakesz R, et al.** Impact of vessel sealing systems in axillary lymph node dissection for breast cancer. *Eur Surg Res.* 2015;54(1-2):1–8.

7. Botoncea M, Stanculeanu DL, Cursaru A, Anghel RM. LigaSure versus conventional surgery in axillary dissection for breast cancer: a prospective randomized study. *Chirurgia (Bucur)*. 2019;114(2):192–8.
8. Antonio M, Gómez R, Tresserra F, Fusté F, Izquierdo M, Grases PJ. Axillary dissection in breast cancer surgery: harmonic scalpel versus electrocautery. *Eur J Surg Oncol*. 2007;33(3):339–43.
9. Macario A, Dexter F, Vitez TS, Hunter TD, Escobar A. Meta-analysis of studies comparing LigaSure vessel sealing system with standard surgical techniques. *Arch Surg*. 2008;143(3):279–86.
10. Manouras A, Markogiannakis H, Genetzakis M, Lagoudianakis E, Papadima A, Kafiri G, et al. Modified radical mastectomy with axillary dissection using the LigaSure vessel sealing system. *Arch Surg*. 2008;143(6):575–80.

GIÁ TRỊ DỰ ĐOÁN TÁI NHẬP VIỆN VÀ TỬ VONG CỦA TỈ SỐ BẠCH CẦU ĐA NHÂN TRUNG TÍNH/BẠCH CẦU LYMPHO Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Phan Thanh Toàn¹, Phan Thái Hảo¹, Trương Thị Mỹ Kiều²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ tái nhập viện và tử vong trong 90 ngày, cũng như giá trị dự đoán của tỉ số bạch cầu đa nhân trung tính/bạch cầu lympho (NLR) trong tiên lượng các biến cố này ở bệnh nhân hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu và tiền cứu được thực hiện trên 307 bệnh nhân hội chứng vành cấp (HCVC) nhập viện tại Khoa Tim mạch Can thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 08/2024 đến tháng 03/2025. Các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và NLR tại thời điểm nhập viện được thu thập. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS, sử dụng phân tích ROC và hồi quy logistic để xác định giá trị tiên lượng của NLR. **Kết quả:** Tỷ lệ biến cố bất lợi trong 90 ngày là 14%, trong đó tử vong chiếm 2,9% và tái nhập viện 11,1%. Giá trị NLR trung bình là $4,8 \pm 2,7$; nhóm có biến cố có NLR cao hơn rõ rệt so với nhóm không biến cố ($p < 0,05$). Phân tích ROC xác định ngưỡng NLR 2,855 có độ nhạy 88,4%, độ đặc hiệu 29,9%, diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,538 (KTC 95%: 0,452–0,624; $p = 0,426$). Hồi quy logistic đa biến cho thấy NLR $\geq 2,855$ làm tăng nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện gấp 3,07 lần (KTC 95%: 1,14–8,25; $p = 0,025$), độc lập với các yếu tố khác như tuổi hay bệnh nền. Ngoài ra, Killip lớn hơn I và phân suất tổng máu thất trái (EF) $\leq 40\%$ cũng được xác định là yếu tố tiên lượng xấu. Kết quả khẳng định NLR cao phản ánh phản ứng viêm mạnh và tiên lượng xấu hơn ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. **Kết luận:** NLR khi nhập viện là yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến tử vong và tái nhập viện trong 90 ngày ở bệnh nhân HCVC, giúp nhận diện nhóm nguy cơ cao có khả năng tái nhập viện và tử vong trong vòng 90 ngày. **Từ khóa:** Hội chứng vành cấp,

NLR, Tử vong 90 ngày, Tái nhập viện, Yếu tố tiên lượng, Phản ứng viêm, bệnh mạch vành.

SUMMARY

THE PREDICTIVE VALUE OF THE NEUTROPHIL-TO-LYMPHOCYTE RATIO FOR READMISSION AND MORTALITY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: This study aimed to determine the 90-day readmission and mortality rates, as well as to evaluate the predictive value of the neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) for these outcomes in patients with acute coronary syndrome at Cho Ray Hospital. **Subjects and Methods:** A combined retrospective and prospective cohort study was conducted on 307 patients with acute coronary syndrome admitted to the Interventional Cardiology Department of Cho Ray Hospital from August 2024 to March 2025. Clinical and laboratory data, including the neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) at admission, were collected. Data were analyzed using SPSS software, with ROC curve analysis and logistic regression applied to determine the prognostic value of NLR. **Results:** The 90-day adverse event rate was 14%, including 2.9% mortality and 11.1% hospital readmission. The mean neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) was 4.8 ± 2.7 ; patients who experienced adverse events had significantly higher NLR values compared to those without events ($p < 0.05$). Receiver operating characteristic (ROC) analysis identified an optimal NLR cutoff of 2.855, with a sensitivity of 88.4%, specificity of 29.9%, and an area under the curve (AUC) of 0.538 (95% CI: 0.452–0.624; $p = 0.426$). Multivariate logistic regression showed that NLR ≥ 2.855 increased the risk of death or readmission by 3.07 times (95% CI: 1.14–8.25; $p = 0.025$), independent of age or comorbidities. In addition, Killip class $> I$ and left ventricular ejection fraction (EF) $\leq 40\%$ were also identified as predictors of poor outcomes. These findings confirm that elevated NLR reflects an enhanced inflammatory response and is associated with worse prognosis in patients with acute coronary

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thanh Toàn

Email: pthanhtoan123@gmail.com.

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

syndrome (ACS). **Conclusion:** Admission NLR is an independent prognostic factor associated with 90-day mortality and readmission in ACS patients, allowing early identification of high-risk individuals who may experience adverse short-term outcomes.

Keywords: Acute coronary syndrome; Neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR); 90-day mortality; Readmission; Prognostic factor; Inflammation; Coronary artery disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới, với khoảng 620 triệu người đang sống chung với bệnh và hơn 20 triệu ca tử vong mỗi năm. Trong đó, HCVC chiếm gần một nửa số ca tử vong tim mạch, bao gồm nhồi máu cơ tim cấp và đau thắt ngực không ổn định.

Phản ứng viêm đóng vai trò trung tâm trong cơ chế sinh bệnh của xơ vữa động mạch và biến cố mạch vành cấp. Tỷ số bạch cầu đa nhân trung tính/bạch cầu lymphô (Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio -NLR) là chỉ dấu viêm đơn giản, dễ thực hiện, phản ánh sự mất cân bằng miễn dịch. Nhiều nghiên cứu quốc tế chứng minh NLR cao liên quan đến tổn thương mạch vành nặng, tang biến cố tim mạch và tử vong ở bệnh nhân HCVC. Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu về NLR còn hạn chế và chưa làm rõ vai trò tiên lượng của chỉ số này. Vì vậy, đề tài được thực hiện nhằm đánh giá giá trị dự đoán tái nhập viện và tử vong trong 90 ngày của NLR ở bệnh nhân HCVC tại Bệnh viện Chợ Rẫy, góp phần xác định vai trò lâm sàng của NLR trong tiên lượng bệnh nhân tim mạch cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu và tiền cứu

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu thu nhận 307 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán HCVC (nhồi máu cơ tim ST chênh lên, không ST chênh lên, hoặc đau thắt ngực không ổn định) và được chụp ĐMV tại Khoa Tim Mạch Can Thiệp – Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. Hồ Chí Minh, trong thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng 3/2025. Các bệnh nhân có bệnh hệ thống hoặc đang sử dụng thuốc ảnh hưởng đến số lượng bạch cầu, bệnh ác tính, tự miễn, lao, nhiễm trùng cấp, xơ gan, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, hoặc đã sử dụng thuốc tiêu sợi huyết trong vòng 72 giờ trước đó bị loại trừ. Tất cả bệnh nhân đều đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh và các yếu tố nguy cơ tim mạch, đặc điểm lâm sàng và các kết quả cận lâm sàng: công thức máu, LDL, HDL, Cholesterol toàn phần, Triglycerid,

Troponin Ihs, siêu âm tim, kết quả chụp mạch vành được thu thập trong thời gian nằm viện. Kết cục chính bao gồm tử vong, tái nhập viện trong vòng 90 ngày được và mối liên quan với NLR. Cuối cùng, dữ liệu được sử dụng để xác định diện tích dưới đường cong ROC, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và âm của NLR trong tiên lượng kết cục của bệnh nhân HCVC.

Xử lý số liệu: Dữ liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0 và Microsoft Excel 2023. Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị (IQR) nếu không chuẩn; các biến phân loại được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test cho biến định tính; t-test, ANOVA cho biến định lượng phân phối chuẩn; Mann-Whitney U test hoặc Kruskal-Wallis test cho biến không chuẩn, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Y đức: Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch phê duyệt theo quyết định số 1123/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 15/08/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu.

Nghiên cứu gồm các bệnh nhân HCVC có tuổi trung bình $63,2 \pm 11,3$, trong đó nam giới chiếm 75,2%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp gồm tăng huyết áp (76,2%), rối loạn lipid máu (93,5%), đái tháo đường (24,1%) và hút thuốc lá (36,5%). Nhồi máu cơ tim ST chênh lên (NMCTSTCL) chiếm 49,9%, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (NMCTKSTCL) 37,8% và đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKÔĐ) 14,3%. Phân suất tống máu thất trái (EF) trung bình là $49,6 \pm 9,3\%$. Giá trị troponin I-hs trung vị là 4621 ng/L (IQR: 549,6–16.781,6). Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính trung bình (Neu) $8,4 \pm 3,5$ G/L, lymphô trung bình (Lym) $1,9 \pm 0,7$, NLR trung bình $4,8 \pm 2,7$. Đặc điểm mạch vành ghi nhận 69,1% bệnh nhân có tổn thương ≥ 2 nhánh, và 57% có dòng chảy TIMI < 3 . Trong điều trị nội khoa, các thuốc được sử dụng phổ biến gồm ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể angiotensin/ức chế thụ thể angiotensin-neprilysin (ACEI/ARB/ARNI) (75,6%), chẹn beta (53,1%), SGLT2i (33,9%), spironolactone (17,9%) và chẹn kênh canxi (2,3%).

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu và kết cục sau 90 ngày của nhóm nghiên cứu (N=307)

Biến số	Biến khảo sát	Giá trị
---------	---------------	---------

Đặc điểm dân số	Tuổi (Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	63,2 $\pm$ 11,3
	Nam giới (%)	75,2
	Tăng huyết áp (%)	76,2
	Đái tháo đường (%)	24,1
	Rối loạn lipid máu (%)	93,5
	Hút thuốc lá (%)	36,5
Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	NMCTSTCL (%)	49,9
	NMCTKSTCL (%)	37,8
	ĐTNKỒĐ (%)	14,3
	EF (Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	49,6 $\pm$ 9,3
	Troponin I-hs (ng/L), trung vị (IQR)	4621 (16.781,6-549,6)
	Số lượng NEU (G/L), TB $\pm$ ĐLC	8,4 $\pm$ 3,5
Đặc điểm mạch vành	Số lượng LYM (G/L), TB $\pm$ ĐLC	1,9 $\pm$ 0,7
	NLR, TB $\pm$ ĐLC	4,8 $\pm$ 2,7
Điều trị nội khoa	Tổn thương ≥ 2 nhánh (%)	69,1
	Dòng chảy TIMI < 3 (%)	57
Kết cục sau 90 ngày	ACEI/ARB/ARNI (%)	75,6
	Chẹn beta (%)	53,1
	SGLT2 (%)	33,9
	Spironolactone (%)	17,9
	Chẹn kênh canxi (%)	2,3
Kết cục sau 90 ngày	Có biến cố bất lợi (%)	14,0
	Tử vong (%)	2,9
	Tái nhập viện (%)	11,1

Ghi chú: Dữ liệu được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, trung vị (khoảng tứ phân vị), hoặc n (%).

3.2. Tỷ lệ tái nhập viện và tử vong trong vòng 90 ngày ở bệnh nhân HCVC

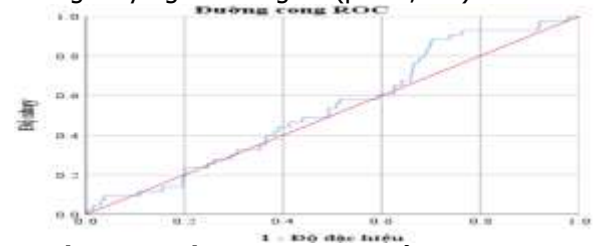
Bảng 2. Tỷ lệ tử vong và tái nhập viện sau 90 ngày

Biến khảo sát	Kết quả (N=307)
Có biến cố 90 ngày	43 (14,0%)
Tử vong	9 (2,9%)
Tái nhập viện	34 (11,1%)

Kết quả ghi nhận có tổng cộng 43 bệnh nhân (chiếm 14,0%) gặp phải biến cố. Trong đó, tỷ lệ tử vong là 2,9% (9 trường hợp), và tỷ lệ tái nhập viện là 11,1% (34 trường hợp).

3.3. Xác định diện tích dưới đường cong, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của NLR thời điểm nhập viện trong dự đoán tái nhập viện và tử vong trong vòng 90 ngày ở bệnh nhân HCVC. Phân tích ROC cho thấy điểm cắt tối ưu của NLR là 2,855, độ nhạy 88,4%, độ đặc hiệu 29,9% trong dự đoán tái nhập viện và tử vong sau 90 ngày ở bệnh nhân HCVC. Giá trị tiên đoán dương chỉ 17%, trong khi giá trị tiên đoán âm khá cao (94%). Diện tích dưới đường cong

0,538 (KTC 95%: 0,452 – 0,624), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,426$).



Hình 1. Đường cong ROC của NLR trong tiên lượng tái nhập viện và tử vong trong 90 ngày ở bệnh nhân hội chứng vành cấp
3.4. Xác định giá trị dự đoán độc lập của NLR trong tiên lượng tái nhập viện và tử vong ở bệnh nhân HCVC

Bảng 3. Hồi quy logistic đơn biến các yếu tố liên quan đến tái nhập viện và tử vong

Biến số	OR	KTC	p
NLR $\geq 2,855$	3,24	1,23-8,55	0,017
Tuổi ≥ 60	1,77	0,85-3,67	0,123
BMI bất thường/bình thường	0,79	0,41-1,51	0,487
Tăng huyết áp	1,03	0,48-2,21	0,931
Đái tháo đường	0,94	0,44-2,02	0,888
Rối loạn lipid máu	0,62	0,2-1,98	0,428
NMCTSTCL/ĐTNKỒĐ	4,72	1,07-20,72	0,04
NMCTKSTCL/ĐTNKỒĐ	2,88	0,62-13,23	0,174
Killip >1	6,97	2,13-22,75	0,001
EF	2,29	1,14-4,61	0,02
Troponin Ihs tăng	1,09	0,31-3,84	0,89
Bệnh >1 nhánh mạch vành	1,35	0,65-2,82	0,413
TIMI <3	2,15	1,05-4,37	0,034

Kết quả phân tích hồi quy logistic đơn biến ghi nhận: Chỉ số NLR $\geq 2,855$ có liên quan có ý nghĩa thống kê với biến cố, OR = 3,24 (KTC 95%: 1,23 – 8,55; $p = 0,017$). Yếu tố Killip > I có mối liên quan chặt chẽ nhất với nguy cơ biến cố, OR = 6,97 (KTC 95%: 2,13 – 22,75; $p = 0,001$). Ngoài ra, nhóm NMCTSTCL so với đau thắt ngực không ổn định cũng có liên quan có ý nghĩa thống kê, OR = 4,72 (KTC 95%: 1,07 – 20,72; $p = 0,040$). Chỉ số EF $\leq 40\%$ có liên quan với OR = 2,29 (KTC 95%: 1,14 – 4,61; $p = 0,020$). Dòng chảy TIMI < 3 cũng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với biến cố, OR = 2,15 (KTC 95%: 1,05 – 4,37; $p = 0,034$). Trong khi đó, các yếu tố như tuổi ≥ 60 , tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, BMI bất thường, bệnh mạch vành nhiều nhánh và troponin Ihs tăng không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với biến cố ($p > 0,05$).

Bảng 4. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố

tổ liên quan đến tái nhập viện và tử vong

Biến khảo sát	OR	KTC	p
NLR $\geq 2,855$	3,07	1,14-8,25	0,025
Tuổi ≥ 60	2,07	0,97-4,41	0,059
Killip $> I$	5,93	1,76-19,9	0,004

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy: Chỉ số NLR $\geq 2,855$ có liên quan đến

nguy cơ xảy ra biến cố cao hơn, với OR = 3,07 (KTC 95%: 1,14 – 8,25; p = 0,025). Yếu tố Killip $> I$ có liên quan đến biến cố, OR = 5,93 (KTC 95%: 1,76 – 19,9; p = 0,004). Trong khi đó, tuổi ≥ 60 có OR = 2,07 (KTC 95%: 0,97 – 4,41) nhưng không có ý nghĩa thống kê (p = 0,059).

Bảng 5. Đặc điểm EF, Troponin Ihs, TIMI, tái nhập viện và tử vong 2 nhóm NLR

Biến khảo sát	NLR $\geq 2,855$	NLR $< 2,855$	p
EF	≤ 40 (n=65)	58 (89,2%)	0,001
	> 40 (n=242)	165 (68,2%)	
Troponin Ths	Tăng (n=284)	215 (75,7%)	$< 0,001$
	Không tăng (n=23)	8 (34,8%)	
Dòng chảy TIMI	Bình thường (n=132)	75 (56,8%)	$< 0,001$
	Giảm (n=175)	148 (84,6%)	
Tái nhập viện và tử vong	Có (n=43)	38 (88,4%)	0,013
	Không (n=185)	185 (70,1%)	
Tái nhập viện	Có (n=34)	30 (88,2%)	0,031
	Không (n=273)	193 (70,7%)	

Kiểm định Chi bình phương: Bệnh nhân có EF $\leq 40\%$ có tỷ lệ NLR $\geq 2,855$ cao hơn đáng kể so với nhóm EF $> 40\%$ (89,2% so với 68,2%; p = 0,001). Nhóm tăng troponin I-hs cũng có tỷ lệ NLR cao hơn rõ rệt so với nhóm không tăng (75,7% so với 34,8%; p < 0,001). NLR $\geq 2,855$ gặp nhiều hơn ở nhóm có dòng chảy TIMI giảm so với nhóm TIMI bình thường (84,6% so với 56,8%; p < 0,001). Tỷ lệ NLR $\geq 2,855$ cao hơn ở nhóm có tái nhập viện và tử vong (88,4% so với 70,1%; p = 0,013), tái nhập viện (88,2% với 70,7%; p=0,031).

IV. BÀN LUẬN

Sau 90 ngày theo dõi, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ biến cố bất lợi 14%, trong đó tử vong chiếm 2,9% và tái nhập viện 11,1%. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả của Wang và cộng sự (2023), báo cáo tỷ lệ biến cố dao động từ 10–18% trong 3 tháng đầu¹. Điều này phản ánh rằng dù điều trị HCVC đã có nhiều tiến bộ, tiên lượng ngắn hạn vẫn còn hạn chế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có phản ứng viêm mạnh hoặc rối loạn huyết động.

Kết quả phân tích ROC cho thấy điểm cắt NLR tối ưu là 2,855, với độ nhạy cao (88,4%) nhưng độ đặc hiệu thấp (29,9%), AUC đạt 0,538 (p = 0,426). Mặc dù ý nghĩa thống kê chưa rõ ràng, với giá trị tiên đoán âm cao (94%), NLR thấp có thể giúp loại trừ sớm nguy cơ biến cố tim mạch.

Khi phân tích hồi quy logistic, NLR $\geq 2,855$ làm tăng nguy cơ biến cố gấp 3,07 lần (p = 0,025) ngay cả sau khi hiệu chỉnh đa biến, khẳng định vai trò độc lập của NLR trong tiên lượng.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Horne và cộng sự (2020) chứng minh tăng NLR là yếu tố tiên lượng bất lợi ở bệnh nhân HCVC². Về cơ chế, NLR phản ánh sự mất cân bằng giữa phản ứng viêm (Neutrophil) và đáp ứng miễn dịch (lymphô). Khi NLR tăng, quá trình viêm nội mô và stress oxy hóa được thúc đẩy, làm nặng thêm tổn thương cơ tim và rối loạn huyết động³. Trong nghiên cứu này, NLR cao còn liên quan có ý nghĩa với Troponin Ihs tăng, EF giảm và dòng chảy TIMI < 3 , chứng minh mối liên hệ chặt chẽ giữa phản ứng viêm và mức độ tổn thương cơ tim. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Kaya (2019) và Li (2021), cho thấy NLR tăng liên quan đến dòng chảy TIMI chậm và tử vong cao hơn sau nhồi máu cơ tim^{4–5}.

Ngoài ra, Killip $> I$ (OR = 5,93; p = 0,004) và EF $\leq 40\%$ (OR = 2,29; p = 0,02) cũng là yếu tố tiên lượng xấu, phù hợp với nghiên cứu của O'Gara và cộng sự (2022) về mối liên hệ giữa suy tim cấp, giảm EF và tăng tử vong sau HCVC⁶. Với ưu điểm rẻ tiền, dễ đo và sẵn có trong xét nghiệm thường quy, NLR là công cụ hữu ích giúp bác sĩ lâm sàng phân tầng nguy cơ sớm và quản lý hiệu quả hơn bệnh nhân HCVC.

Tuy nhiên nghiên cứu có một số hạn chế: Đây là nghiên cứu đơn trung tâm tại Bệnh viện Chợ Rẫy, thời gian ngắn nên khả năng khái quát hóa hạn chế. Mẫu bệnh chủ yếu ở tuyến cuối, tỷ lệ yếu tố nguy cơ cao có thể khác với quần thể chung. Đo lường NLR một lần khi nhập viện, không thu thập động học hay giá trị đỉnh (48–96h). Dữ liệu trước đây cho thấy NLR sau can thiệp hoặc đỉnh có giá trị tiên lượng mạnh hơn.

V. KẾT LUẬN

• Tỷ lệ biến cố sau 90 ngày: Có 43 bệnh nhân (14,0%) gặp biến cố bất lợi, bao gồm 9 trường hợp tử vong (2,9%) và 34 trường hợp tái nhập viện (11,1%).

• Giá trị tiên lượng của NLR: Phân tích ROC xác định điểm cắt NLR = 2,855 có độ nhạy 88,4%, độ đặc hiệu 29,9%, giá trị tiên đoán âm 94% và AUC = 0,538 trong tiên lượng biến cố 90 ngày.

• Trong phân tích hồi quy đa biến, NLR $\geq$ 2,855 là yếu tố tiên lượng độc lập với nguy cơ tái nhập viện hoặc tử vong (OR = 3,07; KTC 95%: 1,14–8,25; $p = 0,025$). Ngoài ra, Killip > I (OR = 5,93; $p = 0,004$) và EF $\leq$ 40% ($p = 0,02$) cũng liên quan có ý nghĩa thống kê với biến cố bất lợi. Bệnh nhân có NLR $\geq$ 2,855 thường có EF thấp, dòng chảy TIMI kém và troponin tăng, cho thấy mối liên hệ giữa phản ứng viêm, hoại tử cơ tim và tưới máu mạch vành suy giảm.

Nghiên cứu này khẳng định vai trò độc lập của NLR trong tiên lượng ở bệnh nhân HCVC, giúp nhận diện nhóm nguy cơ cao có khả năng tái nhập viện hoặc tử vong trong 90 ngày. Việc tích hợp xét nghiệm NLR vào quy trình đánh giá và theo dõi bệnh nhân HCVC có thể góp phần

phân tầng nguy cơ sớm, tối ưu hóa điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang X, Zhang J, Li Y, et al. Prognostic value of inflammatory markers in acute coronary syndrome: A 3-month follow-up study. *Front Cardiovasc Med.* 2023;10:112345.
2. Horne BD, Anderson JL, John JM, et al. Association of the neutrophil-to-lymphocyte ratio with mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 2020;125(4):534–540.
3. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2023;44(36):3212–3336.
4. Kaya A, Yilmaz S, Isik T, et al. Association between neutrophil-to-lymphocyte ratio and slow coronary flow in patients with acute coronary syndrome. *Angiology.* 2019;70(7):645–651.
5. Li H, Wang J, Wu Q, et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio and long-term outcomes in patients with acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2021;11(5):1127–1136.
6. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. The management of ST-elevation myocardial infarction: A scientific statement. *Circulation.* 2022;145(9):e560–e616.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN

Cao Thị Huyền Trang¹, Đào Thị Hương Giang¹
Phan Thị Hồng Giang², Phạm Thị Ánh Tuyết¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu được tiến hành nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân loãng xương tại khoa nội IV, bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, trên 202 bệnh nhân, theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thời gian từ 3/2023 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 69,41 $\pm$ 8,80, tỷ lệ nữ/nam là 16/1, tuổi mãn kinh trung bình là 48,28 $\pm$ 2,22. Lâm sàng: 2,97% tiền sử gãy xương, 61,88% ít vận động thể lực, 75,25% thoái hóa khớp, 48,52% tăng huyết áp. 81,68% đau cột sống thắt lưng, 31,19% đau cột sống cổ, 14,85% giảm chiều cao $\geq$ 4cm. Cận lâm sàng: hình ảnh Xquang (56,04%

lún xẹp đốt sống, 30,77% giảm mật độ xương); Đo BMD: Giá trị trung bình chỉ số T-score tại cột sống thắt lưng là -2,84 $\pm$ 0,98 SD và tại cổ xương đùi là -1,61 $\pm$ 1,09 SD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Từ khóa:** Loãng xương, y học hiện đại, y học cổ truyền, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF OSTEOPOROSIS PATIENTS AT THE TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Objective: This study aimed to investigate the clinical and paraclinical characteristics of osteoporosis patients treated in Department of Internal Medicine IV, Traditional Medicine Hospital, Ministry of Public Security. **Subjects and methods:** This prospective, descriptive, cross-sectional study included 202 patients recruited by convenience sampling from March 2023 to March 2024. **Results:** The mean age of participants was 69.41 $\pm$ 8.80 years, with a female-to-male ratio of 16:1, the mean menopausal age at

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Y học Cổ truyền Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ánh Tuyết

Email: drtuyetyhct@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

menopause was 48.28 ± 2.22 years. Clinically: 2.97% reported a fracture history, 61.88% reported infrequent physical activity, 75.25% had osteoarthritis, and 48.52% had hypertension. Clinical manifestations included low back pain (81.68%), cervical spine pain (31.19%), and height reduction of ≥ 4 cm (14.85%). Paraclinical findings: Radiographic examination revealed vertebral compression fractures in 56.04% and reduced bone density in 30.77% of patients. Bone Mineral Density (BMD) measurements yielded mean T-scores of -2.84 ± 0.98 SD at the lumbar spine and -1.61 ± 1.09 SD at the femoral neck. This difference was statistically significant ($p < 0.05$).

Keywords: Osteoporosis, modern medicine, traditional medicine, clinical, paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một rối loạn chuyển hóa xương được đặc trưng bởi mật độ xương (BMD), suy giảm vi cấu trúc xương, dẫn đến tăng độ giòn của xương và nguy cơ gãy xương. Trong năm 2000, trên toàn thế giới ước tính có khoảng 8 triệu ca gãy xương do loãng xương, trong đó có 1,6 triệu ca ở đùi, 1,7 triệu ca ở cẳng tay [8]. Hậu quả của bệnh loãng xương là khá nghiêm trọng, không chỉ ảnh hưởng lớn đến sức khỏe mà còn tác động đến kinh tế - xã hội. Chi phí chăm sóc sức khỏe trực tiếp liên quan đến bệnh loãng xương được ước tính là 38 triệu đô la mỗi ngày, có thể so sánh với chi phí do suy tim xung huyết (CHF) hoặc hen phế quản [4]. Tại Việt Nam, chi phí điều trị cho mỗi ca gãy cổ xương đùi (CXĐ) tại bệnh viện tối thiểu khoảng 30 triệu đồng [3]. Việc nâng cao kiến thức của các y bác sĩ trong chẩn đoán và điều trị sớm cũng như tăng cường nhận thức của người dân sẽ có hiệu quả ngăn ngừa bệnh, làm giảm gánh nặng tài chính lớn đối với hệ thống bảo hiểm y tế của các quốc gia. Tại khoa Nội IV - bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an, tỷ lệ bệnh nhân (BN) mắc các bệnh lý cơ xương khớp, đặc biệt là loãng xương ngày càng gia tăng nhưng cho đến nay chưa có số liệu thống kê cụ thể. Do đó, việc tìm hiểu tình hình điều trị BN loãng xương thực sự rất cần thiết nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và phân bổ nguồn lực phù hợp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân loãng xương tại bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả BN được chẩn đoán loãng xương. Sử dụng phương pháp đo DEXA ít nhất một vị trí trung tâm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO: Loãng xương: T-score $\leq -2,5$ [1]. BN đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ điều trị.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các BN không có khả năng trả lời phỏng vấn như sa sút trí tuệ, hôn mê, thất ngôn sau tai biến mạch máu não, tâm thần... Mắc bệnh lý mạn tính nặng kèm theo như suy gan, suy thận, lao, ung thư, HIV. BN tái khám và điều trị ngoại trú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện, thu nhận được 202 bệnh nhân.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Theo mẫu bệnh án được thiết kế sẵn.

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, đặc điểm theo phụ nữ.

- Đặc điểm lâm sàng: Yếu tố nguy cơ, BMI, bệnh lý kèm theo, các triệu chứng.

- Đặc điểm cận lâm sàng: X quang cột sống, đo mật độ xương (BMD) ở 2 vị trí cột sống thắt lưng (CSTL) và cổ xương đùi (CXĐ)

2.3. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Từ 3/2023 đến 3/2024 tại khoa nội IV – Bệnh viện YHCT Bộ công an.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu nhập và xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $69,41 \pm 8,80$. Tỷ lệ nữ/nam là 16/1. Trong đó, 88,42% phụ nữ mãn kinh, 56,31% có số lần sinh > 3 con.

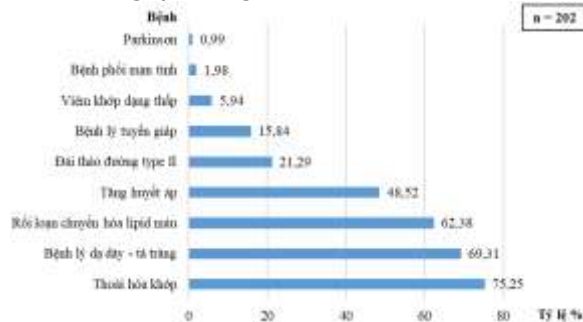
3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng

Chỉ số			Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Yếu tố nguy cơ (n=202)	Tiền sử gãy xương		6	2,97
	Thói quen sinh hoạt	Hút thuốc	3	1,49
		Uống rượu	11	5,45
		Ít vận động thể lực	125	61,88
	Tiền sử bệnh lý mạn tính kèm theo		196	97,03
BMI (n=202)	Gầy		12	5,94
	Trung bình		113	55,94
	Thừa cân		47	23,27
	Béo phì		30	14,85
	Trung bình (X ± SD) (kg/m ²)		22,29±2,84	
Triệu chứng	Đau cột sống cổ		63	31,19
	Đau CSTL		165	81,68
	Đau dọc xương dài		40	19,80

(n=202)	Rối loạn tư thế cột sống	71	35,15
	Giảm chiều cao ≥ 4 cm	30	14,85
	Gãy xương	2	0,99

2,97% BN có tiền sử gãy xương, 61,88% BN ít vận động thể lực. 5,94% BMI gầy. Đa số đau CSTL (81,68%). 14,85% giảm chiều cao ≥ 4 cm và 0,99% gãy xương.



Biểu đồ 3.1. Các bệnh lý kèm theo trên bệnh nhân loãng xương

Thoái hóa khớp (75,25%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (62,38%), tăng huyết áp (48,52%), đái tháo đường type II (21,29%) là các bệnh lý đi kèm phổ biến.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.3. Đặc điểm trên phim Xquang

Triệu chứng	Số BN (n=91)	Tỷ lệ (%)
Mật độ xương giảm	28	30,77
Xếp đốt sống	D12	4
	L1	32
	L2	20
	L3	21
	L4	24
	L5	21
Tổng	51	56,04
Bình thường	12	13,19

Trên phim Xquang có 56,04% BN xếp đốt sống, 30,77% BN giảm mật độ xương

Bảng 3.4. Tỷ lệ loãng xương ở các vị trí và giá trị T-score trung bình

Vị trí	Số BN (n=202)	Tỷ lệ (%)	T-score trung bình ($\bar{X} \pm SD$)
Cột sống thắt lưng	L1	149	73,76
	L2	173	85,64
	L3	137	67,82
	L4	131	64,85
Cổ xương đùi	39	19,31	-1,61 $\pm$ 1,09
p			<0,05

BMD tính theo T-score, giá trị trung bình tại cột sống thắt lưng là $-2,84 \pm 0,98$ SD, thấp hơn tại CXĐ là $-1,61 \pm 1,09$ SD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Vị trí có tỷ lệ loãng xương cao nhất là L2 với 85,64%, thấp nhất là

tại CXĐ với 19,31%.

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chỉ ra mối liên quan giữa độ tuổi mãn kinh, số lần sinh con với nguy cơ loãng xương. Về độ tuổi mãn kinh, các nghiên cứu trên đều cho thấy rằng sự ảnh hưởng của mãn kinh lên BMD, chủ yếu thông qua sự thiếu hụt hormon estrogen dẫn đến giảm BMD một cách nhanh chóng. Sau 45 tuổi, người phụ nữ vừa mới bước vào giai đoạn mất xương sau mãn kinh nên chủ yếu biểu hiện ở xương xốp, còn xương đặc sẽ biểu hiện muộn hơn thường sau 70 tuổi. Sau giai đoạn mất xương nhanh do giảm lượng estrogen thì phụ nữ tiếp tục giai đoạn mất xương do tuổi già. Cơ chế ảnh hưởng của việc sinh con nhiều lần và loãng xương là do nhu cầu calci của phụ nữ mang thai và cho con bú cao hơn bình thường để cho thai nhi phát triển và tạo sữa. Vì vậy, nếu không cung cấp đủ calci trong giai đoạn này thì calci sẽ được huy động từ xương vào máu và gây hiện tượng mất chất khoáng, làm giảm BMD. Hơn nữa ở phụ nữ mang thai nhiều lần thì tình trạng này càng tăng lên dẫn đến BMD ngày càng giảm nhiều hơn so với phụ nữ sinh ít con [5].

Loãng xương làm giảm BMD và tổn thương vi cấu trúc của xương làm giảm sức mạnh của xương, do đó làm cho xương trở nên giòn và dễ gãy. Khi gãy xương người bệnh càng ít vận động, đặc biệt trên đối tượng người cao tuổi, đa bệnh lý, làm cho tốc độ mất xương ngày càng tăng lên [2]. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng việc tiếp xúc với khói thuốc lá có tương quan với bệnh loãng xương hoặc tình trạng thiếu xương. Khói thuốc lá ảnh hưởng gián tiếp đến BMD thông qua sự thay đổi trọng lượng cơ thể, trục hormon tuyến cận giáp - vitamin D, hormon tuyến thượng thận, hormon giới tính và tăng stress oxy hóa lên mô xương. Ngoài ra khói thuốc lá còn ảnh hưởng trực tiếp đến khối lượng xương thông qua tác động trực tiếp đến quá trình tái tạo xương [2]. Hoạt động thể lực ở mức thấp làm tăng nguy cơ loãng xương lên 6 lần so với hoạt động thể lực ở mức cao. Theo tác giả Nguyễn Thị Hoa, sự vận động của các cơ kích thích sự tạo xương và tăng khối lượng xương, đồng thời vận động còn giúp tăng sức mạnh của cơ và làm giảm nguy cơ ngã. Ngược lại, sự giảm vận động dẫn tới mất xương nhanh và gây gãy xương do loãng xương [2].

Từ nghiên cứu của Kofi Asomaning và cộng sự, ở phụ nữ có chỉ số BMI thấp có nguy cơ mắc bệnh loãng xương cao hơn [7]. Một số cơ chế giả định rằng tải trọng tăng lên các vị trí xương

chịu lực sẽ kích thích tăng quá trình tạo xương, một cơ chế khác là ở những người béo phì có sự tăng tổng hợp estrogen, tăng tiết insulin và tăng nồng độ leptin trong huyết tương, những hormon này có vai trò trong việc kích hoạt quá trình tạo xương [7].

Loãng xương được biết đến là một bệnh lý âm thầm, thường không có biểu hiện lâm sàng nào. Các triệu chứng đầu tiên có thể là biểu hiện biến chứng của loãng xương (xẹp đốt sống hoặc gãy xương ngoại vi) [1]. Qua các nghiên cứu đều thấy rằng, BN đều có một hoặc nhiều triệu chứng như: đau CSTL, đau cột sống cổ, đau dọc xương dài, rối loạn tư thế cột sống, giảm chiều cao so với trước, gãy xương. Mặc dù các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu nhưng khi gặp trên BN cao tuổi thì có ý nghĩa định hướng chẩn đoán [1].

Khi nghiên cứu về sự liên quan giữa loãng xương và các bệnh lý mạn tính, các tác giả nhận thấy rằng BN loãng xương thường hay mắc 2 -3 bệnh lý đi kèm. Một số bệnh lý hay gặp như: thoái hóa khớp, đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa... Thoái hóa khớp là nhóm bệnh lý có liên quan mật thiết với loãng xương, khi tuổi càng cao các tế bào sụn khớp lão hóa càng nhiều dẫn đến giảm khả năng đàn hồi và chịu lực, từ đó ảnh hưởng đến mật độ xương. Nồng độ lipoprotein tỷ trọng thấp trong huyết tương có mối tương quan nghịch với BMD; ngược lại mức lipoprotein tỷ trọng cao và triglycerid thấp liên quan đến việc tăng nguy cơ gãy xương đốt sống [9]. Ở BN tăng huyết áp sự bài tiết calci qua nước tiểu quá mức gây ra bệnh tuyến cận giáp thứ phát làm tăng nồng độ calci trong huyết thanh bằng cách giải phóng calci từ xương, từ đó làm tăng nguy cơ loãng xương. Ngoài ra, một số thuốc điều trị tăng huyết áp cũng ảnh hưởng đến quá trình loãng xương [6].

Với loãng xương, trên Xquang có thể thấy ở giai đoạn sớm có hình ảnh tăng thấu quang đồng nhất nhưng chỉ khi khối lượng xương đã mất >30% trở lên thường mới phát hiện được nên không dùng Xquang quy ước để chẩn đoán sớm. Còn ở giai đoạn muộn thì ngoài hình ảnh tăng thấu quang có thể có một hoặc nhiều đốt sống bị biến dạng (hình chêm, lõm một hoặc hai mặt) [1]. Lún xẹp đốt sống chính là biến chứng gây xương tại cột sống, đó là tình trạng vi gãy các bề xương trong đốt sống khiến thân đốt sống giảm chiều cao sinh lý. Khi mức độ chiều cao của thân đốt sống giảm từ 20% trở lên được coi là có lún đốt sống [1].

Trong các nghiên cứu đã chỉ cho thấy sự khác biệt về BMD ở 2 vị trí CSTL và CXĐ, điều

này do cấu tạo xương tại 2 vị trí này khác nhau: CSTL chủ yếu là xương xốp, còn CXĐ chủ yếu là xương đặc. Xương đặc có đặc điểm chắc, dày và cứng hơn xương xốp nên quá trình mất xương xảy ra ở CSTL nhanh hơn so với CXĐ. Tuy nhiên, kết quả đo BMD ở CSTL bị ảnh hưởng nhiều bởi thành phần xung quanh cột sống như calci hóa động mạch, dây chằng, gai xương đốt sống. Tình trạng trên thường xảy ra ở người cao tuổi. Những yếu tố đó làm tăng giả tạo BMD tại CSTL, gây ra sự sai lệch trong kết quả đo BMD [1].

Bên cạnh đó, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng xét mối tương quan giữa BMD và một số đặc điểm lâm sàng của BN (tuổi, giới tính, chỉ số BMI). Kết quả nhận thấy giá trị chỉ số T-score ở nhóm ≥ 80 tuổi ở cả hai vị trí CSTL ($-3,29 \pm 1,38$ SD) và CXĐ ($-2,29 \pm 0,96$ SD) đều thấp hơn so với các nhóm tuổi khác ($p < 0,05$). Tương tự với chỉ số BMI, giá trị chỉ số T-score ở nhóm có BMI gây ở cả hai vị trí CSTL ($-4,23 \pm 0,93$ SD) và CXĐ ($-2,19 \pm 0,94$ SD) đều thấp hơn so với các nhóm khác ($p < 0,05$). Tuy nhiên, giá trị chỉ số T-score theo giới tính thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) tại cả hai vị trí CSTL và CXĐ.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình là $69,41 \pm 8,80$ tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 16/1. Tuổi mãn kinh trung bình là $48,28 \pm 2,22$ tuổi, 56,31% có số lần sinh >3 con.

Lâm sàng: 2,97% tiền sử gãy xương, 61,88% ít vận động thể lực. BMI trung bình là $22,29 \pm 2,84$ kg/m². Đau CSTL (81,68%), rối loạn tư thế cột sống (35,15%), đau CSC (31,19%). Thoái hóa khớp (75,25%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (62,38%), tăng huyết áp (48,52%), đái tháo đường type II (21,29%) là các bệnh lý đi kèm phổ biến.

Cận lâm sàng: Xquang CSTL: 56,04% BN có lún xẹp đốt sống, 30,77% BN giảm mật độ xương. Đo BMD: Chỉ số T-score trung bình tại CSTL là $-2,84 \pm 0,98$ SD và tại CXĐ là $-1,61 \pm 1,09$ SD. L2 có tỷ lệ loãng xương cao nhất (85,64%), thấp nhất là tại CXĐ (19,31%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Đạt Anh.** Bệnh học Nội khoa. Nhà xuất bản y học. 2020;2:209-219.
2. **Nguyễn Thị Hoa.** Xác định các yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam giới. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;535:243-248.
3. **Vũ Thị Thanh Thủy.** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ lún đốt sống do loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh. Luận án Phó Tiến sĩ khoa học Được Trường Đại Học Hà Nội. 1996.
4. **Kenny AM, Prestwood KM.** Osteoporosis.

- Pathogenesis, diagnosis, and treatment in older adults. *Rheum Dis Clin North Am.* 2000; 26(3): 569-591. doi:10.1016/s0889-857x(05) 70157-5
5. **Lewiecki EM.** Prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008;35(2):301-315, ix. doi:10.1016/j.ogc.2008.03.007
 6. **Nakagami H, Morishita R.** [Hypertension and osteoporosis]. *Clin Calcium.* 2013;23(4):497-503.
 7. **Asomaning K, Bertone-Johnson ER, Nasca PC, Hooven F, Pekow PS.** The association between body mass index and osteoporosis in patients referred for a bone mineral density examination. *J Womens Health (Larchmt).* 2006;15(9): 1028-1034. doi:10.1089/jwh.2006. 15.1028
 8. **Johnell O, Kanis JA.** An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporos Int.* 2006;17(12): 1726-1733. doi:10.1007/s00198-006-0172-4
 9. **Yamaguchi T, Sugimoto T, Yano S, et al.** Plasma lipids and osteoporosis in postmenopausal women. *Endocr J.* 2002;49(2):211-217. doi:10.1507/endocrj.49.211

NHIỄM TOAN CHUYỂN HÓA Ở TRẺ TIÊU CHẢY CẤP TẠI KHOA CẤP CỨU CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trịnh Thị Phong¹, Ngô Thị Thu Hương², Phạm Thị Thanh Tâm¹,
Đỗ Thị Xuân Thùy¹, Trần Duy Vũ¹, Lê Ngọc Duy¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở trẻ bị nhiễm toan chuyển hoá do mắc tiêu chảy cấp tại Khoa Cấp cứu và Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương. Nghiên cứu mô tả cắt ngang một loạt ca bệnh, có 62 bệnh nhân tiêu chảy cấp có nhiễm toan chuyển hóa vào cấp cứu tại Khoa Cấp cứu và Chống độc từ 01/07/2024 đến 30/06/2025. Nhóm trẻ dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao 88,7%, trong đó dưới 1 tuổi 38,7%; giới nam gặp nhiều hơn nữ. Rotavirus là căn nguyên hàng đầu gây bệnh kèm biến chứng nhiễm toan chuyển hoá (30,6%). Triệu chứng lâm sàng nôn (85,5%), mất nước (62,9%) và sốt (59,7%) là các triệu chứng nổi bật. Đa số bệnh nhân có pH > 7,2 (71%); nhóm pH < 7,2 có tỷ lệ mất nước (72,2%), thở máy (22,2%) và chuyển hồi sức cấp cứu (27,8%). Nhiễm toan chuyển hoá ở trẻ bị tiêu chảy cấp là một biến chứng nặng cần phải được phát hiện sớm và xử trí kịp thời để việc điều trị đạt hiệu quả cao, tránh nặng nề bệnh cho trẻ.

Từ khóa: trẻ em, nhiễm toan chuyển hóa, tiêu chảy cấp.

SUMMARY

METABOLIC ACIDOSIS ASSOCIATED WITH ACUTE DIARRHEA IN CHILDREN AT THE EMERGENCY AND POISON CONTROL DEPARTMENT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Study on clinical, paraclinical characteristics and treatment outcomes in children with metabolic acidosis due to acute diarrhea at the Emergency and

Poison Control Department, Vietnam National Children's Hospital. This cross-sectional descriptive study included 62 pediatric patients diagnosed with acute diarrhea complicated by metabolic acidosis admitted to the Emergency and Poison Control Department from July 2024 to June 2025. Children under 5 years of age accounted for a high proportion (88.7%), of which those under 1 year represented 38.7%. Male patients were more common than females. Rotavirus was identified as the leading etiologic agent associated with metabolic acidosis (30.6%). The predominant clinical symptoms included vomiting (85.5%), dehydration (62.9%) and fever (59.7%). Most patients presented with a pH > 7.2 (71%). In contrast, those with pH < 7.2 had higher rates of dehydration (72.2%), mechanical ventilation (22.2%), and emergency resuscitation (27.8%). Metabolic acidosis secondary to acute diarrhea represents a severe complication that requires early recognition and timely management to optimize treatment outcomes and prevent disease progression in children. **Keywords:** Children; Metabolic acidosis; Acute diarrhea

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em tại các nước đang phát triển, một trong những biến chứng nặng gây tử vong ở trẻ là do nhiễm toan chuyển hóa, bệnh tiêu chảy gây mất bicarbonat qua phân, giảm tưới máu mô và suy thận cấp. Nghiên cứu ở Bangladesh, Shari và cộng sự (2017) đã nhận thấy có mối liên quan về tình trạng nhiễm toan chuyển hóa làm tăng tỷ lệ tử vong ở trẻ bị tiêu chảy cấp so với nhóm trẻ không có nhiễm toan.^{1,2} Trong các nghiên cứu gần đây đã có nghiên cứu cần bổ sung bicarbonat trong phác đồ điều trị bệnh tiêu chảy cấp của Tổ chức Y tế Thế giới.³

Tại Việt Nam, bệnh tiêu chảy cấp là một

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Duy

Email: drduy2411@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

trong những bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, các nghiên cứu trong nước về nhiễm toan chuyển hóa ở trẻ tiêu chảy cấp còn khá hạn chế. Năm 2023, Đỗ Hoàng Nam và cộng sự đã nghiên cứu về tình hình nhiễm toan chuyển hoá ở trẻ điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, nhận thấy tỷ lệ biến chứng này còn cao (10,4%) trong đó trẻ nhiễm toan chuyển hóa do nguyên nhân sốc nhiễm khuẩn từ đường tiêu hóa chiếm tỉ lệ 41%.⁴ Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ tiêu chảy cấp có nhiễm toan chuyển hóa điều trị tại Khoa Cấp cứu và Chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 62 trẻ bị tiêu chảy cấp có biến chứng nhiễm toan chuyển hoá vào điều trị tại Khoa Cấp cứu và Chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/07/2024 – 30/06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán tiêu chảy cấp theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới: Đi ngoài phân lỏng hoặc tóe nước ≥ 3 lần/ngày và thời gian mắc tiêu chảy < 14 ngày. Toan chuyển hóa: khí máu tại thời điểm nhập viện pH $< 7,35$, HCO_3^- thấp $< 18\text{mmol/l}$, pCO_2 thấp $< 35\text{mmHg}$ và BE giảm < -2 .^{5,6}

Tiêu chuẩn loại trừ: người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu, trẻ nhiễm toan chuyển hóa trong các bệnh lý khác hoặc trẻ tiêu chảy cấp nhiễm toan chuyển hóa có kèm bệnh khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Nghiên cứu: mô tả một loạt ca bệnh.
+ Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

+ Biến số nghiên cứu:
- Đặc điểm bệnh nhân: nhóm tuổi, giới, nơi chuyển đến, căn nguyên.

- Các chỉ số lâm sàng: sốt, nôn, tiêu chảy, mất nước, thở nhanh, mạch yếu, refill.

- Các chỉ số cận lâm sàng: xét nghiệm khí máu, điện giải đồ được lấy cùng nhau tại thời điểm nhập Khoa Cấp cứu và Chống độc. Khí máu động mạch sau khi lấy được vận chuyển ngay đến phòng xét nghiệm, theo quy trình tại Khoa Cấp cứu và Chống độc.

- Biện pháp điều trị: thở oxy, thở máy, bolus dịch, vận mạch tại Khoa Cấp cứu và Chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương

2.3. Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê. Biến định tính được mô tả theo tần suất và tỉ lệ phần trăm. Biến định lượng mô tả dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn (biến phân bố chuẩn), trung vị và

khoảng tứ phân vị (biến phân bố không chuẩn). Tiến hành phân tích hồi quy để tìm mối liên quan giữa 2 biến.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu không gây hại cho sức khỏe của trẻ, được sự đồng ý của gia đình và được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương theo số 3241.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong một năm nghiên cứu (01/07/2024 đến 30/06/2025), có 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	Đặc điểm	n=62	Tỷ lệ %
Giới	Nam	42	67,7
	Nữ	20	32,3
Tuổi	Tuổi trung bình: $25,93 \pm 26,63$ tháng; trung vị (tứ phân vị) 16,5 (8,58;35,07) Thấp nhất 1 tháng – cao nhất 132 tháng		
	1 tháng - ≤ 1 tuổi	24	38,7
	1 - ≤ 5 tuổi	31	50,0
	> 5 tuổi	7	11,3
Nơi chuyển đến	Tự đến	55	88,7
	Chuyển viện	7	11,3
Căn nguyên	Rotavirus	19	30,6
	Adenovirus	8	12,9
	Norovirus	6	9,7
	Nhiễm khuẩn	4	4,8
	Không rõ	26	42,0

Trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ 2:1. Độ tuổi trung bình $1,7 \pm 2,2$ năm, nhóm < 5 tuổi chiếm chủ yếu (88,7%), đặc biệt là < 1 tuổi (38,7%). Trẻ được tự đưa đến chiếm tỷ lệ cao 88,7%, tỉ lệ được chuyển tuyến là 11,3%. Rotavirus là nguyên nhân hàng đầu (30,6%) gây tình trạng nhiễm toan chuyển hóa ở nhóm trẻ bị tiêu chảy cấp.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của trẻ tiêu chảy cấp có nhiễm toan chuyển hóa

Triệu chứng	Tổng số (n=62)		p
	Số lượng	%	
RL tri giác	9	14,5	0,074**
Nôn	53	85,5	0,247*
Sốt	37	59,7	0,225**
Mạch yếu	12	19,4	0,645**
Refill $> 2s$	8	12,9	0,189*
Mất nước	39	62,9	1,00**
Thở nhanh	23	37,1	1,00**
Tiêu chảy	62	100	-

*Chi square test; **Fisher's exact test

Nôn, mất nước và sốt là triệu chứng hay gặp ở trẻ bị tiêu chảy cấp có nhiễm toan chuyển hóa

với tỷ lệ là: 85,5%; 62,9% và 59,7%;

Tất cả bệnh nhân khi vào Khoa Cấp cứu và Chống độc bị tiêu chảy cấp có tình trạng nhiễm toan chuyển hoá đều được làm khí máu động mạch cho kết quả sau:

Bảng 3. Kết quả khí máu của trẻ tiêu chảy cấp có nhiễm toan chuyển hóa

Khí máu	n = 62	Tỷ lệ %
---------	--------	---------

7,2 < pH < 7,35	44	71,0
7,0 ≤ pH ≤ 7,2	15	24,2
pH < 7,0	3	4,8

Bệnh nhân tiêu chảy cấp nhiễm toan chuyển hóa nhẹ có pH > 7,2 chiếm tỉ lệ cao 71,0%. Nhóm toan chuyển hóa nặng 7,0 ≤ pH ≤ 7,2 và rất nặng pH < 7 lần lượt chiếm 24,2% và 4,8%.

Bảng 4. Đặc điểm rối loạn điện giải đồ máu với tình trạng mất nước

Giá trị (nmol/L)	Mất nước nhẹ (n = 23)	Mất nước trung bình (n = 28)	Mất nước nặng (n = 11)	P*
Natri	136,11 ± 7,12	139,74 ± 8,88	155,97 ± 18,55	0,000
Kali	4,20 ± 0,86	4,15 ± 0,70	3,93 ± 0,54	0,609
Clo	108,87 ± 8,86	113,54 ± 11,40	131,69 ± 20,57	0,001

*Kruskal Wallis test

Nồng độ natri và clo tăng cao chủ yếu ở nhóm mất nước nặng. Không có sự khác biệt đáng kể về thay đổi nồng độ kali giữa các nhóm mất nước (p = 0,609).

Bảng 5. Đặc điểm kết quả khí máu và biện pháp điều trị

Biện pháp điều trị	Tổng số		pH < 7,2		pH ≥ 7,2		p
	n	%	n	%	n	%	
Thở oxy qua mask	13	21	4	22,2	9	20,5	0,877*
Thở máy	4	6,5	4	22,2	0	0	-
Bolus dịch	29	46,8	8	44,4	25	56,8	0,375*
Vận mạch	3	4,8	3	16,7	0	0	-

*Chi square test

Trẻ có pH < 7,2 (toan nặng) cần các biện pháp hồi sức chuyên sâu hơn như thở máy và thuốc vận mạch, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

Bảng 6. Kết quả điều trị với tình trạng nhiễm toan chuyển hóa

Kết quả điều trị	Tổng số		pH < 7,2 (n = 18)		pH ≥ 7,2 (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Chuyển khoa tiêu hóa	34	54,8	9	50,0	25	56,8	0,009**
Chuyển khoa hồi sức tích cực	6	9,7	5	27,8	1	2,3%	
Ra viện tại khoa Cấp cứu và Chống độc	22	35,5	4	22,2	18	40,9	

**Fisher's exact test

Tỷ lệ trẻ phải chuyển vào Khoa Hồi sức tích cực còn cao 9,7%, tỷ lệ tăng cao ở nhóm có PH < 7,2 (27,8%), nhóm trẻ có pH < 7,2 chỉ có 2,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,009). Điều này cho thấy tình trạng toan càng nặng là yếu tố tiên lượng nặng của bệnh cho trẻ.

IV. BÀN LUẬN

Trong một năm nghiên cứu, có 62 trẻ bị tiêu chảy cấp kèm nhiễm toan chuyển hoá được điều trị tại Khoa Cấp cứu và Chống độc, trong đó hay gặp nhất là nhóm trẻ dưới 5 tuổi (88,7%), trẻ dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ cao 38,7%, trên 5 tuổi là 11,3%. Tỷ lệ giới nam: nữ là 2:1. Năm 2017 Huỳnh Thị Kim Thanh và cộng sự nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, 90% trẻ bị tiêu chảy nhập viện là nhóm trẻ < 24 tháng, tỷ lệ nam hay gặp hơn trẻ nữ.⁷ Nghiên cứu của Shari tại Bangladesh (2017) điều trị cho 74 trẻ nhiễm

toan chuyển hoá do tiêu chảy cấp nhận thấy tuổi trung bình là 7 tháng, tỷ lệ nam bị bệnh nhiều hơn nữ.¹

Nghiên cứu nhận thấy căn nguyên virus chiếm chủ yếu, trong đó Rotavirus vẫn là tác nhân hàng đầu gây tiêu chảy cấp có nhiễm toan chuyển hóa (30,6%), kết quả này tương đồng với nhiều báo cáo trong và ngoài nước. Nghiên cứu đa trung tâm của Tate năm 2016 ghi nhận Rotavirus chiếm tới 40% các trường hợp tiêu chảy cấp nhập viện ở trẻ dưới 5 tuổi.⁸ Tại Việt Nam, nhiều công trình cũng ghi nhận tỷ lệ Rotavirus dao động từ 25–50%, giữ vai trò căn nguyên hàng đầu ở trẻ nhập viện vì tiêu chảy cấp. Bên cạnh đó, Adenovirus và Norovirus được phát hiện với tỷ lệ thấp hơn, điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ tại Việt Nam, nơi Rotavirus chiếm ưu thế, trong khi Norovirus thường gây dịch bùng phát theo mùa hoặc trong môi trường

tập thể.⁹ Phần lớn trẻ bị tiêu chảy cấp có biến chứng nhiễm toan chuyển hóa được cấp cứu là được đưa đến trực tiếp từ nhà 88,7%, gia đình đã đưa trẻ đến bệnh viện muộn khi bị bệnh tiêu chảy cấp với các biến chứng, trẻ chưa được điều trị đúng gây ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ cũng như tiền lượng nặng của trẻ. Nhóm trẻ chuyển viện từ tuyến dưới chiếm 11,3%, cho thấy vai trò then chốt của hệ thống y tế cơ sở trong việc phát hiện sớm và can thiệp kịp thời các ca bệnh nặng. Việc tăng cường năng lực chuyên môn, hồi sức và xử trí cấp cứu ban đầu tại tuyến cơ sở có ý nghĩa quan trọng, không chỉ giúp giảm tỷ lệ chuyển tuyến mà còn góp phần cải thiện tiền lượng và giảm biến chứng nặng cho trẻ. Triệu chứng lâm sàng điển hình hay gặp trong nghiên cứu là nôn 85,5%; mất nước 62,9%; sốt 59,7% các dấu hiệu này giúp cha mẹ nhận diện sớm và đưa trẻ đến viện trước khi có biến chứng nặng. Các triệu chứng cảnh báo nặng như rối loạn tri giác, mạch yếu, thời gian hồi phục mao mạch >2s ít gặp hơn. Nghiên cứu tại Cần Thơ (2023) nhận thấy tỷ lệ gặp của nôn là 38,5% trong nhóm bệnh nhiễm toan chuyển hóa, tác giả nhận thấy dấu hiệu li bì, rối loạn tri giác có tỷ lệ cao hơn.⁴ Tỷ lệ nôn của chúng tôi có cao hơn là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi nhiễm toan chuyển hóa do tiêu chảy cấp, do vậy dấu hiệu của tổn thương đường tiêu hóa tăng cao. Nghiên cứu của Chisti nhận thấy yếu tố dự báo lâm sàng nhiễm toan chuyển hóa ở trẻ em dưới năm tuổi bị tiêu chảy cấp là mất nước nặng và huyết áp tâm thu thấp ngay cả sau khi bù nước đầy đủ.²

Tất cả bệnh nhân khi vào khoa có dấu hiệu lâm sàng tiêu chảy cấp, có nghi ngờ nhiễm toan chuyển hóa đều được làm khí máu động mạch và điện giải đồ ngay trước khi điều trị, theo kết quả của bảng 3, ghi nhận pH máu > 7,2 là 71%, nhưng tỷ lệ có tình trạng toan nặng với pH < 7,0 còn cao 4,8%. Kết quả nghiên cứu ở bảng 4, nhận thấy trẻ mất nước nặng, có rối loạn điện giải với nồng độ natri máu tăng cao, giá trị trung bình $155,97 \pm 18,55$ mmol/L, cao hơn rõ rệt so với nhóm mất nước khác ($p < 0,001$), phản ánh tình trạng tăng natri máu do mất nước ưu trương, theo cơ chế sinh lý bệnh: khi mất nước do tiêu chảy cấp, trẻ mất nhiều nước hơn điện giải, dẫn đến tăng natri máu và tăng clo máu, đồng thời góp phần vào nặng tình trạng nhiễm toan chuyển hóa máu. Nhóm trẻ có tình trạng nhiễm toan nặng với dấu hiệu mất nước nặng và phải hồi sức tích cực thở máy 22,2%, vận mạch 16,7%, sử dụng nhiều biện pháp hồi sức ngay và chuyên sâu, còn nhóm nhiễm toan nhẹ và vừa

không có trường hợp nào phải thở máy và dùng vận mạch. Tình trạng nhiễm toan chuyển hóa là một dấu hiệu quan trọng phản ánh mức độ nặng của tình trạng mất nước và sốc giảm thể tích. Theo nghiên cứu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), đã ghi nhận khi khí máu có pH < 7,2 là một yếu tố tiên lượng xấu ở trẻ tiêu chảy cấp, thường gắn liền với tình trạng mất nước nặng và tăng nguy cơ tử vong.⁵ Nghiên cứu của bác sĩ Huỳnh Thị Kim Thanh cũng ghi nhận mối liên quan chặt chẽ giữa mức độ nhiễm toan và tình trạng mất nước nặng, trong đó nhóm có pH < 7,2 thường phải can thiệp hồi sức tích cực nhiều hơn.⁷ Tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển khoa hồi sức tích cực là 9,7%, riêng nhóm có pH < 7,2 lên tới 27,8%, trong khi nhóm còn lại chỉ 2,3%. Nghiên cứu ở Bangladesh, cũng như các báo cáo trên thế giới, cho thấy nhiễm toan nặng là yếu tố tiên lượng xấu, làm tăng nguy cơ cần hồi sức tích cực và tử vong. Tỷ lệ bệnh nhân nặng phải can thiệp chuyên sâu vẫn ở mức cao, đặt ra yêu cầu tăng cường chẩn đoán sớm và xử trí ban đầu tại tuyến dưới, đặc biệt với nhóm trẻ dưới 1 tuổi.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm toan chuyển hóa ở trẻ bị tiêu chảy cấp là một biến chứng nặng cần phải được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Tiêu chảy cấp có nhiễm toan hay gặp ở nhóm trẻ nhỏ bị nhiễm Rotavirus với các triệu chứng hay gặp là nôn, sốt, mất nước nhiều. Rối loạn điện giải, làm tăng natri máu cao ở nhóm tiêu chảy mất nước nặng có nhiễm toan. Khí máu giúp chẩn đoán sớm biến chứng nhiễm toan chuyển hóa và giúp theo dõi và đánh giá tiên lượng của trẻ trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sharifuzzaman, Monira S, Tahmeed A et al** (2017). Determinants and Outcome of Metabolic Acidosis in Diarrheal Children Under 5 Years of Age in an Urban Critical Care Ward in Bangladesh. *Glob Pediatr Health*, 4, 1-5.
2. **Chisti M.J, Ahmed T, Ashraf H et al** (2012). Clinical Predictors and Outcome of Metabolic Acidosis in Under-Five Children Admitted to an Urban Hospital in Bangladesh with Diarrhea and Pneumonia. *PLoS One*, 7(6), e39164.
3. **Takia L, Baranwal A.K, Gupta P.K et al** (2023). Additional Bicarbonate Infusion Complements WHO Rehydration Therapy in Children with Acute Diarrhea and Severe Dehydration Presenting with Severe Non-anion Gap Metabolic Acidemia: An Open Label Randomized Trial. *Indian J Pediatr*, 92(3), 268-276.
4. **Đỗ Hoàng Nam, Phan Việt Hưng, Võ Văn Thi** (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả toan chuyển hóa và kết quả điều trị ở bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi tại khoa Hồi sức tích cực chống độc bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2021- 2023. *Tạp chí y dược Cần Thơ*, 56, 59-64.

5. **Zaki SA, Shanbag P** (2023). Editor's Pick: Metabolic Acidosis in Children: A Literature Review. *EMJ Nephrol*, 4, 47-56.
6. **Phạm Nhật An** (2019). Bài Giảng Nhi khoa sau đại học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. **Huỳnh Thị Kim Thanh, Phan Việt Hưng** (2017). Khảo sát lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhi tiêu chảy cấp có toan chuyển hoá nhập tại khoa hồi sức tích cực - chống độc bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 21(6), 189-189.
8. **Tate J.E, Burton A.H, Cynthia B.P et al** (2016). Global, Regional, and National Estimates of Rotavirus Mortality in Children <5 Years of Age, 2000-2013. *Clin Infect Dis*, 62(2), 96-105.
9. **Phùng Thị Bích Thủy** (2018). Xác định tỷ lệ nhiễm Rotavirus và Norovirus và một số yếu tố liên quan tới tiêu chảy cấp của bệnh nhi điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 471(2), 96-99.

ĐỐI CHIẾU KẾT QUẢ SIÊU ÂM, TẾ BÀO HỌC VÀ GIẢI PHẪU BỆNH BƯỚU GIÁP NHÂN ĐÃ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Phan Hữu Hên¹, Lâm Ái Quỳnh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bướu giáp nhân là bệnh lý nội tiết rất thường gặp, tuy nhiên chỉ 5 - 10% là ác tính. Thách thức lớn nhất đối với bác sĩ lâm sàng là xác định nguy cơ ác tính của nhân giáp để lựa chọn đúng bệnh nhân cần phẫu thuật. Siêu âm (SA) và chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) là hai phương pháp cận lâm sàng quan trọng, nhưng dữ liệu so sánh đồng thời giữa hai phương pháp này với tiêu chuẩn vàng là giải phẫu bệnh (GPB) ở nhóm bệnh nhân đã phẫu thuật vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đối chiếu kết quả của SA, tế bào học và GPB, từ đó đánh giá giá trị chẩn đoán của các phương pháp này. **Mục tiêu:** Xác định giá trị chẩn đoán ung thư tuyến giáp của SA, tế bào học cũng như sự kết hợp hai phương pháp trên bệnh nhân có bướu giáp nhân đã phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 248 bệnh nhân có bướu giáp nhân đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2024 đến hết tháng 08/2024 và có đầy đủ kết quả SA, tế bào học và GPB. **Kết quả:** Tỷ lệ ác tính trên GPB là 74,2%, chủ yếu là ung thư tuyến giáp dạng nhú (71,8%). Các đặc điểm SA liên quan đến ác tính gồm hồi âm kém, vi vôi hóa, trục dọc, nhân đặc và TIRADS 4-5. Giá trị chẩn đoán của SA có độ nhạy (Se) 88,0%, độ đặc hiệu (Sp) 68,8% và độ chính xác (Acc) 83,1%. Tế bào học (khi loại trừ nhóm không xác định) cho kết quả vượt trội với Se 97,9%, Sp 97,0% và Acc 97,7%. Khi kết hợp SA và tế bào học theo nguyên tắc OR (loại trừ nhóm không xác định), Se tăng lên 99,3% và Acc đạt 96,6%. Theo nguyên tắc AND, Sp đạt 97,0% và giá trị tiên đoán dương (PPV) đạt 99,2%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tế bào học có giá trị chẩn đoán cao hơn SA. Việc kết hợp SA và tế bào học giúp cải thiện đáng kể độ chính xác chẩn đoán, hỗ trợ lâm

sàng trong việc sàng lọc và đưa ra quyết định phẫu thuật. **Từ khóa:** Bướu giáp nhân, Siêu âm, Chọc hút bằng kim nhỏ, Giải phẫu bệnh, TIRADS, Bethesda.

SUMMARY

COMPARISON OF ULTRASOUND, CYTOLOGY, AND HISTOPATHOLOGY RESULTS IN THYROID NODULES POST-SURGERY AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Thyroid nodules are a common endocrine disorder, yet only 5-10% are malignant. The primary clinical challenge is to determine the malignancy risk of these nodules to select appropriate candidates for surgery. Ultrasound (US) and fine-needle aspiration (FNA) are two crucial diagnostic tools, but data simultaneously comparing both methods against the gold standard, histopathology, in post-operative patients remain limited. This study was conducted to compare the results of US, cytology, and histopathology to evaluate their diagnostic values. **Objective:** To determine the diagnostic value of US, cytology, and their combination for thyroid cancer in patients with thyroid nodules who underwent surgery at Cho Ray Hospital. **Method:** A retrospective, cross-sectional, analytical study was conducted on 248 patients with thyroid nodules who underwent surgery at Cho Ray Hospital from January 2024 to August 2024 and had complete US, cytology, and histopathology results. **Result:** The malignancy rate on histopathology was 74,2%, predominantly papillary thyroid carcinoma (71,8%). US features associated with malignancy included hypoechogenicity, microcalcifications, taller-than-wide shape, solid composition, and TIRADS 4-5 classification. The diagnostic value of US showed a sensitivity (Se) of 88,0%, specificity (Sp) of 68,8%, and accuracy (Acc) of 83,1%. Cytology (excluding indeterminate cases) demonstrated superior performance with Se 97,9%, Sp 97,0%, and Acc 97,7%. Combining US and cytology using the OR principle (excluding indeterminate cases) increased Se to 99,3% and Acc to 96,6%. Using the AND principle, Sp reached 97,0% and positive predictive value (PPV) was 99,2%. **Conclusion:** The study revealed a high rate of malignancy in the surgical cohort of thyroid nodules.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hữu Hên

Email: phanhuuhen@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

Cytology has a higher diagnostic value than ultrasound. The combination of US and cytology significantly improves diagnostic accuracy, aiding clinicians in screening and surgical decision-making.

Keywords: Thyroid nodule, Ultrasound, Fine-needle aspiration, Histopathology, TIRADS, Bethesda.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp nhân là một bệnh lý nội tiết rất thường gặp, với tần suất phát hiện qua khám lâm sàng chiếm 5 - 7% dân số và có thể tăng lên đến 20 - 76% nhờ sự phát triển của siêu âm (SA)¹. Dù hơn 90% các trường hợp là lành tính, chỉ có 5 - 10% là ác tính, nhưng tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp đang ngày càng gia tăng. Tình trạng này có thể do việc sử dụng rộng rãi SA và kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) dưới hướng dẫn SA, giúp phát hiện các vi ung thư có đường kính dưới 1 cm^{2,3}.

Thách thức lớn nhất đối với bác sĩ lâm sàng là xác định chính xác nguy cơ ác tính của nhân giáp, nhằm lựa chọn đúng bệnh nhân cần phẫu thuật và hạn chế những can thiệp không cần thiết ở các trường hợp lành tính. SA tuyến giáp là phương pháp không xâm lấn được khuyến nghị đầu tay, giúp đánh giá số lượng, kích thước và đặc điểm hình thái của nhân giáp, nhưng không thể khẳng định chắc chắn bản chất của nhân. FNA là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao^{4,5}, tuy nhiên độ chính xác phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật thực hiện và kinh nghiệm của người đọc. Do đó, giải phẫu bệnh (GPB) vẫn là tiêu chuẩn vàng để xác định bản chất nhân giáp.

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã so sánh kết quả SA và FNA với GPB, nhưng kết quả về độ nhạy và độ đặc hiệu vẫn còn khác biệt đáng kể. Đặc biệt, các dữ liệu so sánh đồng thời giữa SA, FNA với GPB ở nhóm bệnh nhân đã phẫu thuật vẫn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Xác định giá trị chẩn đoán ung thư tuyến giáp của siêu âm, tế bào học trên bệnh nhân có bướu giáp nhân đã phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp hồi cứu, mô tả cắt ngang có phân tích. Dân số nghiên cứu là tất cả bệnh nhân có bướu giáp nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy

trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến hết tháng 08/2024. Các tiêu chuẩn chọn mẫu bao gồm bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ đầy đủ cả ba kết quả: siêu âm, tế bào học (FNA) và giải phẫu bệnh sau mổ. Các trường hợp có kết quả GPB là ung thư di căn hoặc u lympho sẽ bị loại trừ.

Dữ liệu được thu thập từ hệ thống bệnh án điện tử, bao gồm thông tin nhân khẩu học, kết quả xét nghiệm chức năng giáp, và đặc điểm chi tiết của nhân giáp trên SA (phân loại theo ACR-TIRADS 2017), kết quả tế bào học (phân loại theo hệ thống Bethesda), và kết quả GPB. Các biến số được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 26. Phép kiểm Chi bình phương, Fisher, t-test và Mann-Whitney được sử dụng để so sánh các biến số. Các giá trị chẩn đoán như độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác được tính toán cho SA, tế bào học và sự kết hợp của cả hai. Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức của Bệnh viện Chợ Rẫy thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận 248 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn, với độ tuổi trung bình là 47,5 ± 13,0 và nữ giới chiếm đa số (78,6%).

Bảng 1: Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đặc điểm	Kết quả n (%) N = 248
Phình giáp	53 (21,4)
U dạng nang (adenoma)	2 (0,8)
U tế bào ái toan (Hurthle)	1 (0,4)
PTC	178 (71,8)
PTC biến thể nang	4 (1,6)
Ung thư tế bào ái toan (Hurthle)	2 (0,8)
U giáp biên	3 (1,2)
Viêm giáp bán cấp	4 (1,6)
Viêm giáp lympho bào (Hashimoto)	1 (0,4)
Phân loại giải phẫu bệnh	
Lành tính	64 (25,8)
Ác tính	184 (74,2)

Trên kết quả GPB, tỷ lệ ác tính chiếm 74,2%, trong đó ung thư tuyến giáp dạng nhú (PTC) là phổ biến nhất (71,8%). Nhóm lành tính chiếm 25,8%, chủ yếu là phình giáp (21,4%) (Bảng 1).

Bảng 2: Liên quan giữa đặc điểm siêu âm với giải phẫu bệnh

Đặc điểm	Giải phẫu bệnh		p
	Lành tính n (%)	Ác tính n (%)	
Số lượng nhân giáp/SA: Đơn nhân	16 (19,5)	66 (80,5)	0,111 ^a
Đa nhân	48 (28,9)	118 (71,1)	
Đường kính nhân giáp (mm)*	23,9 (11,3 - 37,0)	11,0 (7,0 - 16,0)	<0,001 ^b
Phân loại đường kính nhân giáp			0,001 ^a

<10mm	13 (14,1)	79 (85,9)	
≥ 10mm	51 (32,7)	105 (67,3)	
Thành phần nhân giáp/SA			
Dạng nang	0 (0)	0 (0)	0,008 ^c
Dạng bọt biển	1 (100)	0 (0)	
Dạng đặc + nang	15 (41,7)	21 (58,3)	
Dạng đặc	48 (22,7)	163 (77,3)	
Độ hồi âm của nhân giáp/SA			
Hồi âm bình thường	0 (0)	2 (100)	< 0,001 ^c
Hồi âm kém	25 (14,0)	154 (86,0)	
Hồi âm dày	20 (69,0)	9 (31,0)	
Hồi âm hỗn hợp	19 (50,0)	19 (50,0)	
Hình dạng nhân giáp/SA			
Chiều rộng > chiều cao	57 (34,1)	110 (65,9)	< 0,001 ^a
Chiều cao > chiều rộng	7 (8,6)	74 (91,4)	
Kiểu vôi hóa của nhân giáp/SA			
Không vôi hóa	48 (42,1)	66 (57,9)	< 0,001 ^a
Vi vôi hóa	6 (6,3)	90 (93,8)	
Vôi hóa hạt lớn hoặc vôi hóa viền	10 (26,3)	28 (73,7)	
Phân độ TIRADS:			
TIRADS 1	0 (0)	0 (0)	< 0,001 ^a
TIRADS 2	11 (73,3)	4 (26,7)	
TIRADS 3	33 (66,0)	17 (34,0)	
TIRADS 4	15 (12,6)	104 (87,4)	
TIRADS 5	5 (7,8)	59 (92,2)	
Phân loại bướu giáp nhân theo SA			
Lành tính (TIRADS 1+2+3)	44 (66,7)	22 (33,3)	< 0,001 ^a
Ác tính (TIRADS 4+5)	20 (11,0)	162 (89,0)	

*trung vị (khoảng tứ phân vị 25% - 75%)

^aPhép kiểm Chi bình phương, ^bPhép kiểm Mann - Whitney, ^cPhép kiểm Fisher

Các đặc điểm SA có liên quan ý nghĩa thống kê với GPB ác tính bao gồm: thành phần nhân dạng đặc ($p=0,008$), hồi âm kém ($p<0,001$), hình dạng có chiều cao > chiều rộng ($p<0,001$), và có vi vôi hóa ($p<0,001$). Phân loại SA theo TIRADS cho thấy nhóm TIRADS 4-5 có tỷ lệ ác tính lần lượt là 87,4% và 92,2% (Bảng 2).

Bảng 3: Liên quan giữa đặc điểm tế bào học với giải phẫu bệnh

Đặc điểm	Giải phẫu bệnh		p
	Lành tính n (%)	Ác tính n (%)	
Tế bào học bướu giáp nhân			
Bethesda nhóm I	6 (60,0)	4 (40,0)	< 0,001*
Bethesda nhóm II	32 (91,4)	3 (8,6)	
Bethesda nhóm III	21 (53,8)	18 (46,2)	
Bethesda nhóm IV	4 (17,4)	19 (82,6)	
Bethesda nhóm V	1 (1,7)	57 (98,3)	
Bethesda nhóm VI	0 (0)	83 (100)	
Phân loại tế bào học bướu giáp nhân			
Lành tính (Bethesda II)	32 (91,4)	3 (8,6)	< 0,001*
Ác tính (Bethesda V, VI)	1 (0,7)	140 (99,3)	
Không xác định (Bethesda I, III, IV)	31 (43,1)	41 (56,9)	

*Phép kiểm chi bình phương

Kết quả tế bào học theo hệ thống Bethesda cho thấy sự tương quan chặt chẽ với GPB ($p<0,001$). Nhóm Bethesda V và VI gần như toàn bộ là ác tính (lần lượt là 98,3% và 100%), trong khi nhóm Bethesda II chủ yếu là lành tính (91,4%). Nhóm không xác định (Bethesda I, III, IV) chiếm 29,0% tổng số trường hợp (Bảng 3).

Bảng 4: Giá trị chẩn đoán của các phương pháp

Phương pháp	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	Acc (%)
SA	88,0	68,8	89,0	66,7	83,1
TBH (loại trừ KXĐ)	97,9	97,0	99,3	91,4	97,7

TBH (gộp KXĐ vào lành tính)	76,1	98,4	99,3	58,9	81,9
SA + TBH (OR, loại trừ KXĐ)	99,3	84,8	96,6	96,6	96,6
SA + TBH (AND, loại trừ KXĐ)	91,6	97,0	99,2	72,7	92,6
SA + TBH (OR, gộp KXĐ vào lành tính)	92,9	68,8	89,5	77,2	86,7
SA + TBH (AND, gộp KXĐ vào lành tính)	71,2	98,4	99,2	54,3	78,2

Kết quả cho thấy tế bào học có các chỉ số chẩn đoán cao hơn rõ rệt so với SA đơn thuần. Việc kết hợp SA và tế bào học theo nguyên tắc OR cho độ nhạy gần như tối đa (99,3%), trong khi nguyên tắc AND đạt độ đặc hiệu cao nhất (97,0%) và PPV gần tuyệt đối (99,2%) (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ác tính trong nhóm bệnh nhân phẫu thuật bướu giáp nhân là 74,2%, cao hơn so với tỷ lệ 5-10% trong dân số chung¹, điều này phù hợp với đặc điểm của dân số chọn mẫu là các trường hợp có chỉ định phẫu thuật.

Về đặc điểm siêu âm, các dấu hiệu như hồi âm kém, vi vôi hóa, trục dọc và thành phần đặc đều liên quan mạnh đến ác tính, phù hợp với nhiều nghiên cứu trong y văn. Đây đều là các dấu hiệu SA kinh điển được nhiều nghiên cứu ghi nhận. Đáng chú ý, kích thước nhân nhỏ (<10 mm) vẫn có nguy cơ ác tính cao. Hammad⁶ báo cáo các nhân có đường kính ≥ 6 cm thậm chí lại có nguy cơ ác tính thấp hơn so với nhóm nhân kích thước 3 - 5,9 cm, và Cotter⁷ cũng cho thấy những nhân > 4 cm có xu hướng ít khả năng ác tính hơn. Tường Thị Hồng Hạnh⁸ ghi nhận kích thước trung bình nhân ác tính ($10,8 \pm 7,9$ mm) nhỏ hơn có ý nghĩa so với nhân lành tính ($22,6 \pm 12,8$ mm). Điều này củng cố quan điểm rằng kích thước không phải là yếu tố đáng tin cậy duy nhất để loại trừ ác tính.

Giá trị chẩn đoán của SA trong nghiên cứu của chúng tôi (Se 88,0%, Sp 68,8%) có sự khác biệt so với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Trần Thị Lý và cộng sự⁹ nghiên cứu trên 233 BN với 233 nhân giáp báo cáo SA theo ACR TI-RADS 2017 đạt Se 96,2%, Sp 53,9%, PPV 51,7%, NPV 96,5%, Acc 68,2%. Hay Osseis và cộng sự¹⁰ ghi nhận Se 68,2%, Sp 76,6%, Acc 73,3%. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về đặc điểm quần thể bệnh nhân và tỷ lệ ác tính trong mẫu nghiên cứu.

Đối với tế bào học, khi loại trừ các trường hợp không xác định, FNA cho thấy giá trị chẩn đoán rất cao (Se 97,9%, Sp 97,0%), tương đương hoặc cao hơn nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Tường Thị Hồng Hạnh⁸ tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 ghi nhận Se 78,4%, Sp 59,6% và Acc 74,6%. So với các

TBH: Tế bào học; KXĐ: Không xác định nghiên cứu nước ngoài, kết quả của chúng tôi cũng cho thấy giá trị chẩn đoán ở mức cao như nghiên cứu của Michael Osseis¹⁰ ghi nhận Se 89,3% nhưng Sp chỉ đạt 48,4% và Acc 75,9%. Tuy nhiên, nhóm không xác định (Bethesda I, III, IV) chiếm đến 29,0% và vẫn là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng. Trong nhóm này, các đặc điểm SA như vi vôi hóa và phân độ TIRADS 4-5 có thể giúp phân tầng thêm nguy cơ ác tính.

Sự phối hợp giữa SA và tế bào học đã chứng tỏ hiệu quả trong việc nâng cao độ chính xác chẩn đoán, một kết quả tương đồng với nghiên cứu của Tường Thị Hồng Hạnh và cộng sự⁸ ghi nhận khi phối hợp SA và tế bào học, Se đạt 95,3%, Sp 67,3% và Acc 89,6%; cao hơn so với FNA đơn thuần (Se 78,4%; Sp 59,6%; Acc 74,6%). Tương tự, các báo cáo quốc tế như nghiên cứu của Tan và cộng sự¹¹ báo cáo sự kết hợp Bethesda và TIRADS đạt Se 97,3%, Sp 92,0% và Acc 95,9% trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp, phù hợp với xu hướng mà chúng tôi ghi nhận. Việc áp dụng nguyên tắc OR (kết quả dương tính khi một trong hai xét nghiệm dương tính) giúp tối đa hóa độ nhạy, phù hợp cho mục đích sàng lọc. Ngược lại, nguyên tắc AND (kết quả dương tính khi cả hai xét nghiệm cùng dương tính) mang lại độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương rất cao, hữu ích trong việc xác nhận chỉ định phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm của bệnh nhân phẫu thuật bướu giáp nhân bao gồm tỷ lệ ác tính cao (74,2%), với PTC là thể mô học chiếm đa số. Các đặc điểm SA như hồi âm kém, nhân đặc, vi vôi hóa, trục dọc và TIRADS 4-5 liên quan chặt chẽ với nguy cơ ác tính. Tế bào học có giá trị chẩn đoán ung thư tuyến giáp rất cao (độ chính xác 97,7% khi loại trừ nhóm không xác định), vượt trội so với SA đơn thuần (độ chính xác 83,1%). Kết hợp SA và tế bào học giúp cải thiện đáng kể giá trị chẩn đoán. Áp dụng nguyên tắc OR giúp đạt độ nhạy tối đa (99,3%), phù hợp cho sàng lọc, trong khi nguyên tắc AND cho độ đặc hiệu cao (97,0%), thích hợp để củng cố quyết định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Popoveniuc G, Jonklaas J. Thyroid nodules.

- Med Clin North Am. Mar 2012;96(2):329-49. doi:10.1016/j.mcna.2012.02.002
2. **Ringel MD, Sosa JA, Baloch Z, et al.** 2025 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. Aug 2025;35(8):841-985. doi:10.1177/10507256251363120
 3. **Brito JP, Al Nofal A, Montori VM, Hay ID, Morris JC.** The Impact of Subclinical Disease and Mechanism of Detection on the Rise in Thyroid Cancer Incidence: A Population-Based Study in Olmsted County, Minnesota During 1935 Through 2012. *Thyroid*. Sep 2015;25(9):999-1007. doi:10.1089/thy.2014.0594
 4. **Sharma C.** Diagnostic accuracy of fine needle aspiration cytology of thyroid and evaluation of discordant cases. *J Egypt Natl Canc Inst*. Sep 2015;27(3): 147-53. doi:10.1016/j.jnci.2015. 06.001
 5. **Hambleton C, Kandil E.** Appropriate and accurate diagnosis of thyroid nodules: a review of thyroid fine-needle aspiration. *Int J Clin Exp Med*. 2013;6(6):413-22.
 6. **Hammad AY, Noureldine SI, Hu T, Ibrahim Y, Masoodi HM, Kandil E.** A meta-analysis examining the independent association between thyroid nodule size and malignancy. *Gland Surg*. Jun 2016;5(3):312-7. doi:10.21037/g.2015.11.05
 7. **Cotter A, Jinih M.** Thyroid nodule size and risk of malignancy: a systematic review. *Discov Oncol*. Jul 1 2025;16(1):1188. doi:10.1007/s12672-025-02588-y
 8. **Tường Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Huy Hoàng, Vũ Thị Hoa, et al.** Giá trị của phối hợp 2 phương pháp chọc hút tế bào và siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp. *Tạp chí y dược lâm sàng* 108. 2021;16(DB4)
 9. **Tran TL, Le TM, Nguyen TTT, Pham MT.** The value of the eu-tirads and acr-tirads in the diagnostic efficiency of thyroid nodules. *Vietnamese Journal of Radiology and Nuclear Medicine*. 06/15 2022;(39):48-53. doi:10.55046/vjnm.39.201.2020
 10. **Osseis M, Jammal G, Kazan D, Noun R.** Comparison between Fine Needle Aspiration Cytology with Histopathology in the Diagnosis of Thyroid Nodules. *J Pers Med*. Jul 28 2023;13(8) doi:10.3390/jpm13081197

ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP SIX SIGMA TRONG KHẢO SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU NĂNG MỘT SỐ XÉT NGHIỆM HÓA SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BÀ RỊA

Kha Đức Lượng¹, Bùi Thị Thảo Vi², Ngô Thọ², Ngô Kim Tú²,
Quách Thị Huệ², Lê Văn Huy Cường², Nguyễn Đăng Khoa¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Việc quản lý chất lượng hiệu quả là điều kiện tiên quyết để đảm bảo độ tin cậy của kết quả xét nghiệm. Công cụ Six Sigma cung cấp một phương pháp định lượng để đánh giá hiệu năng của từng xét nghiệm dựa trên ba thông số chính: tổng sai số cho phép (TEa), độ chệch (bias), và độ biến thiên (CV). Nghiên cứu này thực hiện đánh giá hiệu năng của các xét nghiệm hóa sinh thường quy trên hai hệ thống máy phân tích tự động AU 680 và DxC 700 bằng thang đo Six sigma, đề xuất quy trình QC tối ưu cho từng xét nghiệm nhằm mục đích nâng cao độ tin cậy của kết quả, đồng thời tối ưu hóa chi phí vận hành.

Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 3-8/2025 tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Đa khoa Bà Rịa, ghi nhận các xét nghiệm hoá sinh (trong huyết thanh) gồm ure, glucose, creatinin, cholesterol toàn phần, triglycerid và HDL-c, dựa trên sử dụng hóa chất đồng bộ, tham gia IQC/EQA và có ≥ 60 kết quả IQC trong 3 tháng. Dữ

liệu IQC và EQA trong 6 tháng được thu thập để tính CV%, bias% và Sigma theo CLIA 2019. **Kết quả:** Phân tích 1988 kết quả IQC và 72 kết quả EQA. Đa số xét nghiệm có CV% trong giới hạn, và bias thấp hơn giới hạn. Ở hệ thống máy AU 680, triglycerid và HDL-c đạt $\geq 6\sigma$; cholesterol, glucose và creatinin $< 3\sigma$; ure $< 2\sigma$. Hệ thống máy DxC 700, triglycerid và HDL-c vẫn $\geq 6\sigma$; glucose và cholesterol $3-4\sigma$; creatinin $2-3\sigma$; ure $< 2\sigma$. **Kết luận:** SixSigma cho phép đánh giá định lượng hiệu năng từng xét nghiệm và chỉ dẫn kế hoạch QC phù hợp. Qua nghiên cứu, xét nghiệm triglycerid và HDL-c đạt mức xuất sắc; cholesterol và glucose nằm trong khoảng chấp nhận đến kém tùy máy; urea và creatinin cần cải thiện. Ứng dụng thang Sigma kết hợp quy tắc Westgard sẽ nâng cao độ tin cậy kết quả, tối ưu nguồn lực QC và giảm chi phí vận hành.

Từ khóa: SixSigma, xét nghiệm hóa sinh, AU680, DxC700.

SUMMARY

APPLICATION OF THE SIX SIGMA METHOD TO EVALUATE THE PERFORMANCE OF BIOCHEMICAL TESTS AT BA RIA GENERAL HOSPITAL

Background: Effective quality management is a prerequisite for ensuring the reliability of results. The Six Sigma tool provides a quantitative methodology for evaluating the performance of individual assays based on three key parameters: total allowable error (TEa),

¹Trường Đại học Trà Vinh

²Bệnh viện Đa khoa Bà Rịa, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Khoa

Email: khoa251296.bvbr@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

bias, and coefficient of variation (CV). This study assessed the performance of routine biochemical assays on two automated analyzer systems, the AU 680 and DxC 700, using the Six Sigma scale, proposing an optimized QC strategy for each assay to enhance result reliability and concurrently optimize operational costs. **Materials and Methods:** This study employed a descriptive cross-sectional design conducted at the Laboratory Department of Ba Ria General Hospital from March to August 2025. The study focused on six specific serum biochemistry assays (urea, glucose, creatinine, total cholesterol, triglyceride, and HDL-c). Assays were selected based on the criteria of utilizing manufacturer-matched reagents, mandatory participation in Internal Quality Control (IQC) and External Quality Assessment (EQA) programs, and having at least 60 IQC data points over a three-month period. IQC and EQA data spanning six months were subsequently collected to calculate the Coefficient of Variation (CV%), bias% and the Sigma level established according to the CLIA 2019 criteria. **Results:** A total of 1,988 IQC results and 72 EQA results were analyzed. The majority of the assays demonstrated a CV within acceptable limits and a bias lower than the allowable total error (TEa). On the AU 680 analyzer system, triglyceride and HDL-c achieved $\geq 6\sigma$ performance. In contrast, cholesterol, glucose, and creatinine levels were below 3σ , and urea was below 2σ . On the DxC 700 system, triglyceride and HDL-c maintained $\geq 6\sigma$ performance; glucose and cholesterol ranged from 3 to 4σ ; creatinine was between 2 and $< 3\sigma$; and urea remained below 2σ . **Conclusions:** Six Sigma enables the quantitative assessment of individual assay performance and guides appropriate Quality Control (QC) plan design. Through this study, triglyceride and HDL-c assays demonstrated excellent performance (world-class quality); cholesterol and glucose ranged from acceptable to poor depending on the instrument; while urea and creatinine require improvement. Applying the Sigma scale in conjunction with Westgard rules will enhance result reliability, optimize QC resources, and reduce operational costs. **Keywords:** Six Sigma; biochemical tests; AU680; DxC700.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kết quả xét nghiệm ảnh hưởng trực tiếp đến hơn 70% quyết định chẩn đoán và điều trị của bác sĩ, từ đó tác động đến hiệu quả điều trị và an toàn người bệnh [1]. Tuy nhiên, sai sót trong quy trình xét nghiệm, bao gồm: giai đoạn trước, trong và sau phân tích vẫn thường xuyên xảy ra với tỷ lệ lỗi có thể lên tới hàng nghìn đến trăm nghìn phần triệu cơ hội (DPMO) nếu không có hệ thống kiểm soát hiệu quả. Mặc dù IQC và EQA đã giảm thiểu sai số ngẫu nhiên và hệ thống, nhưng việc lựa chọn quy tắc Westgard chưa được tối ưu hóa dựa trên tính chất từng xét nghiệm và không kịp thời phản ánh biến động chất lượng của từng xét nghiệm [2,3]. Việc nâng cao chất lượng xét nghiệm không chỉ đảm bảo độ tin cậy của kết quả mà còn giúp giảm chi phí

lắp lại xét nghiệm, rút ngắn thời gian chờ và tối ưu hóa quy trình làm việc tại khoa Xét nghiệm. Đặc biệt tại các bệnh viện tuyến tỉnh hay tuyến trung ương nói chung và Bệnh viện Đa khoa Bà Rịa (BVĐK BR) nói riêng, chất lượng xét nghiệm là yếu tố then chốt để xây dựng uy tín và tạo niềm tin của người bệnh hay khách hàng với các dịch vụ y tế tại cơ sở khám chữa bệnh [4,5]. Tại Khoa Xét nghiệm BVĐK BR, quy trình IQC được thực hiện theo hướng dẫn chung của nhà sản xuất với tần suất cố định, thường là 1 lần/ngày. Việc này dẫn đến thiếu sự phân tích để điều chỉnh tần suất và bộ quy luật kiểm soát phù hợp. Ngoài ra, phòng xét nghiệm đã tham gia chương trình EQA quốc gia nhưng chưa sử dụng dữ liệu EQA để tính bias và CV cho từng xét nghiệm cụ thể, dẫn đến khó khăn trong việc xác định nguyên nhân chính của sai sót hay các lỗi [3]. Trong bối cảnh chất lượng xét nghiệm có ảnh hưởng đến kết quả điều trị và chi phí y tế, việc áp dụng công cụ Six Sigma cho đảm bảo kết quả xét nghiệm hóa sinh đáng tin cậy là bước cải tiến quan trọng để đánh giá chính xác hiệu năng xét nghiệm dựa trên TEa, bias và CV. Đồng thời, cũng giúp xác định nhanh chóng các xét nghiệm cần ưu tiên cải tiến, giảm thiểu sai sót, tối ưu hóa nguồn lực và kiểm soát QC [4]. Từ những cơ sở trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát và đánh giá chất lượng một số xét nghiệm hóa sinh dựa vào thang điểm Sigma; từ đó đề xuất quy trình kiểm soát chất lượng phù hợp, tối ưu cho từng xét nghiệm giúp nâng cao độ tin cậy kết quả.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 3/2025 đến tháng 8/2025 tại Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Đa khoa Bà Rịa.

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là dữ liệu IQC và EQA của các xét nghiệm hoá sinh (trong huyết thanh) gồm ure, glucose, creatinin, cholesterol toàn phần, triglycerid và HDL-c được thực hiện ở máy phân tích tự động: AU 680 và DxC 700 (Beckman Coulter, Hoa Kỳ). Các xét nghiệm thuộc chương trình hoá sinh thường quy của khoa; mỗi thiết bị sử dụng thuốc thử và vật tư QC từ hãng Beckman Coulter, mẫu EQA từ Trung tâm kiểm chuẩn Đại học Y Dược TP. HCM.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Các xét nghiệm được đưa vào phân tích khi đáp ứng các tiêu chí (dựa trên tiêu chí của CLSI và Westgard QC): (1) sử dụng hoá chất chính hãng tương thích với thiết bị; (2) có thực hiện nội kiểm (IQC) và tham

gia ngoại kiểm (EQA); (3) thu thập được ≥ 60 điểm IQC cho mỗi mức QC trong vòng 3 tháng; (4) có dữ liệu EQA tương ứng. Loại trừ các xét nghiệm không thoả một trong các tiêu chí trên hoặc dữ liệu vi phạm lỗi thô bạo do thao tác kỹ thuật viên.

Phương pháp thu thập số liệu. Các dữ liệu IQC và EQA trong 6 tháng được thu thập song song. Số liệu IQC gồm hai mức QC (bình thường và bệnh lý) cho mỗi xét nghiệm, được sử dụng để tính hệ số biến thiên (CV %) bằng tỷ lệ giữa độ lệch chuẩn và giá trị trung bình của KXN. Số liệu EQA được so sánh với giá trị trung bình nhóm đồng đẳng để tính bias %. TEa được lấy từ quy định của CLIA 2019. Điểm Sigma được tính theo công thức: $\text{Sigma} = [(\text{TEa} - |\text{bias\%}|)/\text{CV\%}]$. Đối với mỗi xét nghiệm, điểm Sigma được tính ở hai mức QC và lựa chọn giá trị thấp nhất làm đại diện. Dựa trên thang phân loại của Westgard, hiệu năng phương pháp được chia thành: $\geq 6\sigma$ – xuất sắc; $4 < 6\sigma$ – tốt; $3 < 4\sigma$ – chấp nhận được; $2 < 3\sigma$ – kém; $< 2\sigma$ – không chấp nhận. Từ kết quả này, nhóm nghiên cứu đề xuất quy tắc để kiểm soát chất lượng cho từng loại xét nghiệm ứng với mức điểm sigma

Xử lý số liệu. Dữ liệu được nhập và xử lý bằng Microsoft Excel. Các chỉ số CV%, bias% và Sigma score được tính cho mỗi xét nghiệm trên hai thiết bị. Hiệu năng giữa hai máy được so sánh để đánh giá sự khác biệt. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và mô tả bằng biểu đồ.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học Bệnh viện Đa khoa Bà Rịa phê duyệt, chỉ sử dụng số liệu IQC và EQA sẵn có, không ảnh hưởng kết quả điều trị và bảo mật thông tin người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã thực hiện phân tích 1988 kết quả IQC và 72 kết quả EQA. Kết quả như sau:

Độ chụm (CV %). Hệ số biến thiên CV% của các xét nghiệm được tính trung bình trong 6 tháng (Bảng 1). Hầu hết các xét nghiệm có CV%

nằm trong giới hạn cho phép của nhà sản xuất, ngoại trừ xét nghiệm creatinin huyết thanh ở cả 2 máy, và glucose máu thực hiện ở máy AU680 có CV% cao hơn CV% của nhà sản xuất. Xét nghiệm creatinin huyết thanh có CV% cao nhất. Ở hệ thống máy DxC 700 có CV% thấp hơn so với hệ thống AU 680 ở hầu hết các xét nghiệm.

Bảng 1. Hệ số biến thiên (CV%) của các xét nghiệm trên hệ thống máy AU 680 và DxC 700

Xét nghiệm	CV(%) QC mức 1		CV(%) QC mức 2		CV% NSX
	AU 680	DXC 700	AU 680	DXC 700	
Ure	3,83	3,84	3,76	3,22	5
Glucose	3,5	2,72	3,42	2,61	3
Creatinin	5,41	5,4	5,28	5,38	5
Cholesterol	2,68	2,4	2,77	2,43	3
Triglyceride	2,59	2,52	2,74	2,52	5
HDL-c	3,15	2,56	3,97	3,19	4

Độ đúng (Bias %). Bias% được tính bằng chênh lệch giữa giá trị trung bình của khoa Xét nghiệm và giá trị trung bình nhóm đồng đẳng trong EQA. Tất cả xét nghiệm đều có bias % thấp hơn giới hạn cho phép (B%) (Bảng 2). Ở hệ thống máy DxC 700, bias thấp hơn ở các xét nghiệm creatinin, triglycerid, và HDL-c. Đối với hệ thống AU 680, xét nghiệm HDL-c có bias cao nhất (3,15 %), trong khi xét nghiệm glucose có bias thấp nhất (0,63 %).

Bảng 2. Độ lệch (Bias%) của các xét nghiệm trên AU 680 và DxC 700

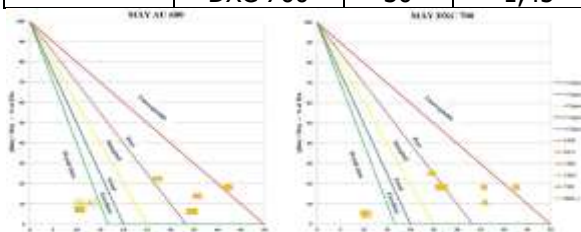
Xét nghiệm	Độ lệch (Bias%)		Độ lệch cho phép (B%)
	AU 680	DXC 700	
Ure	1,63	1,63	5,57
Glucose	0,63	1,82	2,34
Creatinin	2,15	1,65	3,96
Cholesterol	2,25	2,52	4,10
Triglyceride	1,83	1,35	9,57
HDL-c	3,15	1,45	5,61

Giá trị Sigma của các xét nghiệm hoá sinh. Điểm Sigma được tính cho mỗi xét nghiệm theo công thức trên với TEa dựa trên CLIA 2024

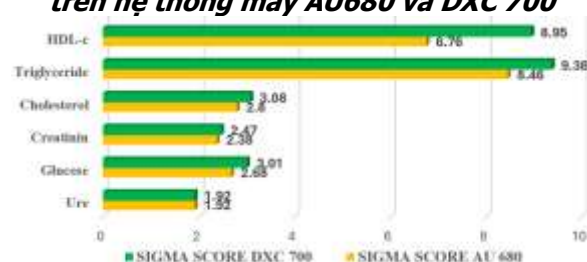
Bảng 3. Giá trị Six sigma trên máy AU 680 và DxC 700

Xét nghiệm	Hệ thống máy	TEa%	Bias% TB	CV% TB		Sigma score		Sigma lựa chọn
				Mức 1	Mức 2	Mức 1	Mức 2	
Ure	AU 680	9	1,63	3,83	3,76	1,92	1,96	1,92
	DXC 700	9	1,63	3,84	3,22	1,92	2,29	1,92
Glucose	AU 680	10	0,63	3,5	3,42	2,68	2,74	2,68
	DXC 700	10	1,82	2,72	2,61	3,01	3,13	3,01
Creatinin	AU 680	15	2,15	5,41	5,28	2,38	2,43	2,38
	DXC 700	15	1,65	5,4	5,38	2,47	2,48	2,47
Cholesterol	AU 680	10	2,25	2,68	2,77	2,89	2,80	2,80
	DXC 700	10	2,52	2,4	2,43	3,12	3,08	3,08

Triglyceride	AU 680	25	1,83	2,59	2,74	8,95	8,46	8,46
	DXC 700	25	1,35	2,52	2,52	9,38	9,38	9,38
HDL-c	AU 680	30	3,15	3,15	3,97	8,52	6,76	6,76
	DXC 700	30	1,45	2,56	3,19	11,15	8,95	8,95



Biểu đồ 1. Biểu đồ Normalized Method Decision Chart các xét nghiệm hóa sinh trên hệ thống máy AU680 và DXC 700



Biểu đồ 2. So sánh hiệu năng các xét nghiệm hóa sinh trên 2 thiết bị

Hiệu năng phương pháp và đề xuất quy tắc QC. Từ những kết quả ở bảng 3 và biểu đồ 1-2, dựa trên điểm Sigma, hiệu năng phương pháp được phân nhóm, gồm: xuất sắc ($\geq 6\sigma$), triglycerid và HDL-c trên cả hai máy đạt điểm Sigma cao ($6,76-9,38\sigma$), là những xét nghiệm có hiệu suất rất ổn định, có thể áp dụng quy tắc QC đơn giản $1(3_s)$ với tần suất QC một lần mỗi ngày. Mức chấp nhận được ($3-<4\sigma$), glucose và cholesterol trên hệ thống máy DxC 700 đạt mức $3,01-3,08\sigma$, có thể áp dụng bộ quy tắc Westgard kết hợp ($1(3_s)$, $2(2_s)$, $R(4_s)$, $4(1_s)$) với tần suất QC hai lần/ngày. Mức kém ($2-<3\sigma$), glucose, creatinin và cholesterol trên AU 680 cùng creatinin trên DxC 700 có điểm Sigma $2,38-2,80\sigma$, cần áp dụng nhiều quy tắc Westgard ($1(3_s)$, $2(2_s)$, $R(4_s)$, $4(1_s)$, $8(x)$) hai lần/ngày và tăng cường bảo trì thiết bị, kiểm soát thuốc thử. Mức không chấp nhận ($< 2\sigma$), ure trên cả hai hệ thống máy chỉ đạt $1,92\sigma$, thể hiện sự cần thiết của việc phân tích nguyên nhân gốc rễ, đánh giá lại toàn bộ quy trình như hiệu chuẩn máy, tần suất QC, thay đổi thuốc thử hoặc có thể chuyển xét nghiệm sang thiết bị có hiệu năng cao hơn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã đánh giá hiệu năng chất lượng của các xét nghiệm hóa sinh thường quy thông qua dữ liệu IQC và EQA, sau đó áp dụng chỉ số Six Sigma để xác định hiệu suất và đưa ra

quy tắc QC phù hợp. Qua kết quả cho thấy hầu hết các xét nghiệm đều có CV% trong giới hạn cho phép của nhà sản xuất, thể hiện độ ổn định cao của các xét nghiệm trên hai hệ thống máy [4]. Đối với CV%, khi giá trị CV% vượt quá giới hạn nhà sản xuất cho thấy độ biến thiên trong kết quả xét nghiệm là lớn. Vì vậy, xét nghiệm creatinin có CV% cao nhất và vượt ngưỡng ở cả hai máy là vấn đề cần quan tâm. Creatinin là một chất phân tích có nồng độ thấp trong máu, và phương pháp đo có thể nhạy hơn với các yếu tố gây nhiễu, dẫn đến CV% cao. Điều này cho thấy cần rà soát lại quy trình xét nghiệm creatinin, bao gồm bảo trì máy, kiểm soát hóa chất, hoặc thậm chí xem xét lại phương pháp đo. Ngoài ra, CV% cao của xét nghiệm glucose trên máy AU680 cũng cần được theo dõi, vì đây là xét nghiệm cơ bản, thường được sử dụng trong chẩn đoán và theo dõi bệnh đái tháo đường. Sự khác biệt về CV% giữa hai hệ thống máy (DxC 700 tốt hơn) có thể do sự khác biệt về độ nhạy của phương pháp đo creatinine/glucose, điều kiện bảo dưỡng thiết bị, chất lượng hóa chất và môi trường vận hành. Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo sai lệch có thể tăng gấp nhiều lần nếu không lựa chọn đúng vật tư, thuốc thử; do đó nhấn mạnh việc lựa chọn và xác minh thuốc thử, cũng như bảo dưỡng định kỳ thiết bị, có vai trò quyết định trong việc tối ưu CV% [5,6].

Về bias%, nghiên cứu ghi nhận tất cả các chỉ số xét nghiệm có bias thấp hơn giới hạn cho phép theo CLIA 2019 [4], điều này thể hiện quy trình hiệu chuẩn và tham gia ngoại kiểm đang được thực hiện tốt. Tuy nhiên, các xét nghiệm có bias cao hơn (ví dụ: HDL-c là $3,15\%$ trên máy AU680) mặc dù vẫn trong giới hạn nhưng vẫn cần được theo dõi. Đối với sự chênh lệch bias giữa hai máy có thể liên quan đặc tính hiệu chuẩn và thuốc thử khác nhau. Một số báo cáo cho thấy giá trị bias lớn khi sử dụng thuốc thử không được xác minh hoặc khi hệ thống QC chưa tối ưu [2,5]. Sự khác biệt về bias giữa các nghiên cứu cũng là một gợi ý về việc nên định kỳ đánh giá lại vật tư tiêu hao và thực hiện hiệu chuẩn nghiêm ngặt.

Sigma như một chỉ số theo dõi chất lượng mang tính chất động học, và khi áp dụng các biện pháp cải tiến (đánh giá sigma, đào tạo nhân viên, đổi thuốc thử, bảo dưỡng máy), giá trị sigma của nhiều xét nghiệm sẽ cải thiện chỉ sau

vài tháng [7]. Khi theo dõi sigma định kỳ (ít nhất mỗi 6 tháng) và thực hiện can thiệp kịp thời sẽ giúp nâng cao hiệu năng xét nghiệm và tiết kiệm chi phí [2]. Kết quả Sigma trong nghiên cứu thể hiện sự chênh lệch nhỏ giữa máy AU 680 và máy DxC 700 dù dùng cùng thuốc thử. Ngoài ra, khi kết hợp CV, bias và TEa để tính điểm Sigma, kết quả nghiên cứu tìm thấy chỉ số triglycerid và HDL-C đạt $>6\sigma$, glucose và cholesterol toàn phần khoảng 3σ , creatinin ở mức 2,3–2,5 σ và ure $<2\sigma$. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước: các xét nghiệm lipid máu thường đạt sigma cao, trong khi xét nghiệm urea, creatinin huyết thanh và điện giải là những xét nghiệm khó đạt chuẩn [2,4]. Sự khác biệt này có thể do tình trạng của thiết bị (máy AU680 đã >10 năm, máy DxC700 mới khoảng 3 năm), và có thể liên quan đến quá trình vận hành, hiệu chuẩn hay việc lựa chọn nguồn TEa khác nhau (CLIA 1988, CLIA 2024, RCPA, Rilibak...) có thể làm điểm sigma thay đổi từ mức đạt chuẩn xuống dưới 3σ [6]. Do đó, phòng xét nghiệm nên xác định TEa phù hợp với bối cảnh pháp lý, đồng thời đối chiếu với TEa quốc tế để kết quả có thể so sánh được [6]. Theo khuyến cáo trong thực hành kiểm soát chất lượng, thiết kế QC theo máy và theo xét nghiệm, giảm tần suất với xét nghiệm $\geq 6\sigma$; áp dụng đa quy tắc và tăng QC cho $3-4\sigma$; còn $< 3\sigma$ cần rà soát toàn bộ quy trình, xác minh/đổi thuốc thử khi cần thiết [2,5]. Các xét nghiệm nguy cơ cao (ure/creatinin) ưu tiên tần suất QC dày, kết hợp đánh giá rủi ro FMEA [8]. Dựa trên mức điểm sigma, đề xuất các quy tắc Westgard để kiểm tra chất lượng xét nghiệm tương ứng mức điểm sigma: $\geq 6\sigma$ chỉ sử dụng 1 luật kiểm soát 1_{3s} , QC 1 lần/ngày; $4 - <6\sigma$: $1_{2s}/2_{2s}/R_{4s}$; $3 - <4\sigma$: sử dụng đa quy tắc và tăng tần suất QC; $<3\sigma$: nên đổi phương pháp/thiết bị, nếu dùng phải áp dụng đầy đủ quy tắc và tăng tần suất QC 2-3 lần/ngày[2]. Ưu tiên đánh giá nguy cơ cao theo FMEA để phân bổ thực hành QC phù hợp từng loại xét nghiệm[8].

Tóm lại, nghiên cứu đã cung cấp thêm cơ sở khoa học nhất định về mức hiệu năng theo Sigma cho từng xét nghiệm trên 2 hệ thống máy AU680 và DxC700. Đa số xét nghiệm có hiệu năng từ trung bình đến xuất sắc, ngoại trừ ure/creatinin huyết thanh. Kết quả nghiên cứu phù hợp với khuyến cáo nên theo dõi Sigma định kỳ và điều chỉnh kế hoạch QC sẽ giúp cải thiện nhanh điểm Sigma trong đảm bảo chất lượng xét nghiệm tại Việt Nam [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu có một số hạn chế khi chỉ thực hiện thu thập dữ liệu IQC, EQA trong 6 tháng để khảo sát đánh giá

điểm sigma, chưa thực hiện việc can thiệp cải tiến. Sự tồn tại nhiều nguồn TEa như (CLIA, BV, RCPA, Rilibak...) làm điểm Sigma biến động, gây khó khăn trong việc so sánh đa trung tâm [6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu sử dụng Six Sigma để đánh giá hiệu năng một số xét nghiệm hóa sinh trên hệ thống máy AU 680 và DxC 700 tại Bệnh viện Đa khoa Bà Rịa. Triglycerid và HDL-c đạt hiệu suất xuất sắc ($\geq 6\sigma$); cholesterol và glucose biến thiên theo thiết bị; creatinin ($\sim 2,4\sigma$) và ure ($<2\sigma$) có hiệu năng thấp. Dù đa số xét nghiệm có CV% và bias% trong giới hạn cho phép, glucose (AU680) và creatinin (cả hai máy) vượt CV của nhà sản xuất. Ứng dụng Six Sigma kết hợp quy tắc Westgard giúp tối ưu kế hoạch QC: giảm tần suất với xét nghiệm tốt, áp dụng đa quy tắc và tăng tần suất QC với xét nghiệm kém và phân tích nguyên nhân gốc với xét nghiệm không đạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chaudhry AS, Inata Y, Nakagami-Yamaguchi E. Quality analysis of the clinical laboratory literature and its effectiveness on clinical quality improvement: a systematic review. *J Clin Biochem Nutr.* 2023 Sep;73(2):108-115.
2. van Heerden M, George JA, Khoza S. The application of sigma metrics in the laboratory to assess quality control processes in South Africa. *Afr J Lab Med.* 2022;11(1):1344.
3. Garg M, Sharma N, Das S. Sigma Metrics Assessment as Quality Improvement Methodology in a Clinical Chemistry Laboratory. *Indian Journal of Medical Biochemistry.* 2023;27(2):23–27.
4. Hà Thị Phương Dung, Lê Hữu Lộc, Nguyễn Ích Việt. Áp dụng Six Sigma trong đánh giá và so sánh hiệu năng phân tích của hai máy hóa sinh cobas c702. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2022 12/08;159(11):10-19.
5. Cao S, Qín X. Application of Sigma metrics in assessing the clinical performance of verified versus non-verified reagents for routine biochemical analytes. *Biochem Med (Zagreb).* 2018 Jun 15;28(2):020709.
6. Yadav D, Rathore M, Banerjee M, et al. Beyond the basics: Sigma scores in laboratory medicine with variable total allowable errors (TEa). *Clin Chim Acta.* 2025 Jan 15;565:119971.
7. Nguyễn Minh Hà, Nguyễn Thị Hương. Bước đầu ứng dụng phương pháp sigma trong cải tiến kiểm soát chất lượng xét nghiệm hoá sinh tại bệnh viện nguyên tri phước. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024 04/05;537(1).
8. Xia Y, Xue H, Yan C, et al. Risk analysis and assessment based on Sigma metrics and intended use. *Biochem Med (Zagreb).* 2018 Jun 15;28(2):020707.
9. Mao X, Shao J, Zhang B, et al. Evaluating analytical quality in clinical biochemistry laboratory using Six Sigma. *Biochem Med (Zagreb).* 2018 Jun 15;28(2):020904.

BỆNH MẮT TUYẾN GIÁP CÓ CHÈN ÉP THỊ THẦN KINH: BÁO CÁO LOẠT CA

Đậu Thị Cẩm Thăng¹, Nguyễn Quốc Anh², Nguyễn Ngân Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Bệnh mắt tuyến giáp (BMTG) là một rối loạn tự miễn thường gặp ở bệnh nhân Basedow và các bệnh lý tuyến giáp tự miễn khác. Trong đó, chèn ép thị thần kinh (TTK) là biến chứng hiếm nhưng nghiêm trọng, có thể gây mất thị lực vĩnh viễn nếu chẩn đoán và điều trị chậm trễ.¹ Nhận biết sớm và xử trí kịp thời giúp cải thiện đáng kể tiên lượng, dù vẫn có trường hợp tiến triển nặng ngay cả khi đã điều trị đầy đủ. Tuy nhiên, việc chẩn đoán có chèn ép TTK thường khó khăn do biểu hiện lâm sàng không điển hình và hiện còn nhiều tranh cãi về tiêu chuẩn xác định. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp Basedow được chẩn đoán BMTG có chèn ép TTK tại Bệnh viện Mắt Trung ương, cả hai đều suy giảm thị lực nặng, nhưng bị bỏ sót chẩn đoán trong quá trình theo dõi nội tiết. Hai bệnh nhân này đều hồi phục thị lực tốt sau phẫu thuật giảm áp hốc mắt kịp thời. Những trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận biết sớm chèn ép TTK trong BMTG để nâng cao chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

Từ khóa: Bệnh mắt tuyến giáp, chèn ép thị thần kinh, bệnh nhân giáp, phản xạ đồng tử hướng tâm

SUMMARY

THYROID EYE DISEASE WITH DYSTHYROID OPTIC NEUROPATHY: A CASE SERIES

Thyroid eye disease (TED) is an autoimmune disorder frequently associated with Graves' disease and other autoimmune thyroid conditions. Dysthyroid optic neuropathy (DON) is a rare but serious complication that can lead to permanent vision loss if diagnosis and treatment are delayed.¹ Early recognition and timely management significantly improve prognosis, although severe progression may still occur despite appropriate therapy. However, diagnosing DON remains challenging due to atypical clinical manifestations, and the diagnostic criteria remain a matter of debate. We report two cases of Graves' disease complicated by TED with dysthyroid optic neuropathy at the Vietnam National Eye Hospital, both presenting with severe visual impairment that had initially been missed during endocrine follow-up. Both patients achieved good visual recovery following prompt orbital decompression surgery. These cases highlight the importance of early recognition of DON in TED to improve patient outcomes and quality of life.

Keywords: Thyroid eye disease, dysthyroid optic

neuropathy, thyroid-associated ophthalmopathy, relative afferent pupillary defect.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mắt tuyến giáp (BMTG) là một rối loạn tự miễn phức tạp, thường gặp ở bệnh nhân Basedow và các bệnh tuyến giáp tự miễn khác. Một trong những biến chứng nặng nề nhất của BMTG là chèn ép TTK, dù tương đối hiếm, khoảng 5–8% trường hợp, nhưng có thể gây mất thị lực vĩnh viễn nếu chẩn đoán và điều trị chậm trễ.¹ Tổn thương TTK chủ yếu là do chèn ép bởi nguyên nhân phì đại cơ ngoại nhãn, chủ yếu ở bụng cơ, một số trường hợp phì đại ở gân cơ, gây hiện tượng chen chúc ở đỉnh hốc mắt.² Độ tuổi trung bình của bệnh là 61 tuổi.³ Tuổi càng cao, giới tính nam, hút thuốc lá và những trường hợp kèm đái tháo đường là những yếu tố gây tăng nguy cơ mắc bệnh, tăng mức độ nghiêm trọng, đáp ứng điều trị kém và tiên lượng thị lực xấu hơn.³ Lâm sàng có thể biểu hiện bằng giảm thị lực, rối loạn sắc giác, tổn thương phản xạ đồng tử hướng tâm (RAPD), tổn thương thị trường và bất thường đĩa thị.^{1,2} Kết quả thị trường thường cho thấy khuyết nửa dưới hoặc nửa trên thị trường, ám điểm trung tâm hoặc cạnh trung tâm, ám điểm hình cung.^{2,4} Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) ghi nhận tình trạng chèn ép TTK, phì đại cơ ngoại nhãn, mô mỡ hốc mắt.^{3,4} Liệu pháp điều trị bao gồm corticosteroid đường tĩnh mạch hoặc uống, tuy có hiệu quả tạm thời nhưng dễ tái phát khi giảm liều; xạ trị có thể được sử dụng để trì hoãn hoặc hỗ trợ trước phẫu thuật; giảm áp hốc mắt là phương pháp điều trị quan trọng, mang lại hiệu quả phục hồi thị lực kể cả trường hợp mất thị lực nặng hoặc phẫu thuật chậm trễ.^{1,5}

Hiện còn nhiều tranh cãi về tiêu chuẩn xác định, việc chẩn đoán giai đoạn đầu thường khó khăn. Vì vậy, chúng tôi báo cáo hai trường hợp sau đây, mô tả những biểu hiện sớm và dễ nhận biết của BMTG có chèn ép TTK. Đồng thời cho thấy sự quan trọng của việc phát hiện và xử trí kịp thời là yếu tố then chốt để bảo tồn thị lực và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng số 1. Bệnh nhân nam 59 tuổi tiền sử Basedow cách nay 3 năm có điều trị bằng thuốc kháng giáp, cách nay 2 tháng được

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngân Hà

Email: nguyenngha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp hiện đang sử dụng Levothyroxine. Bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá hơn 20 năm, đã bỏ cách nay 1 năm, không có tiền sử đái tháo đường, các bệnh lý về não. Cách nay 3 tháng, bệnh nhân thấy hai mắt (2M) nhìn mờ tăng dần, không đau nhức, không chảy nước mắt, nghĩ do lớn tuổi nên không khai các dấu hiệu này với bác sĩ nội tiết. Các triệu chứng này tiến triển từ từ cho đến khi 2M nhìn mờ nhiều đặc biệt là mắt phải, 2M nhìn màu sắc thay đổi, sẫm màu hơn trước, kèm theo song thị khi nhìn ra ngoài, khiến bệnh nhân khó khăn trong sinh hoạt, nên bệnh nhân đến Bệnh viện Mắt Trung ương để được thăm khám. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp hiện tại bệnh nhân bình giáp.

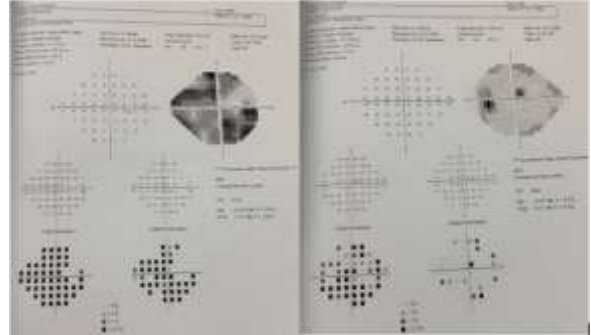
Khám lâm sàng cho thấy thị lực kém với mắt phải (MP) ĐNT 0,3m, mắt trái (MT) 20/160, thị lực chính kính 2M không tăng. Nhãn áp: MP 15 mmHg, MT 16 mmHg. Khám bán phần trước: MP có mộng góc trong độ II; 2M không sung huyết hay phù nề kết mạc, không sưng đỏ cục lệ, giác mạc trong, tiền phòng trung bình, sạch, đồng tử kích thước 2,5 mm phản xạ ánh sáng tốt, RAPD âm tính. Bán phần sau: 2M thể thủy tinh đục nhân độ I, hình dạng đĩa thị bình thường, không phù gai thị, võng mạc hồng, các mạch máu võng mạc chưa ghi nhận bất thường. 2M hạn chế vận nhãn khi nhìn ra ngoài (Hình 1). Độ lồi mắt đo bằng thước Hertel: MP 19 mm, MT 20 mm. Hở mí: MP 2mm, MT 1,5 mm. 2M có cơ rút mí trên và dưới. Chức năng cơ nâng mí 2M 12 mm. Đánh giá thang điểm CAS bệnh nhân không ở giai đoạn viêm.



Hình 1. Hình ảnh vận nhãn 9 hướng của bệnh nhân cho thấy 2M hạn chế vận nhãn ra ngoài

Kiểm tra sắc giác bằng bảng Ishihara: 2M có rối loạn sắc giác, không phân biệt được các màu. Bệnh nhân được chỉ định đo thị trường. Kết quả thị trường MP tuy cho hình ảnh tổn thương gần toàn bộ thị trường, giai đoạn nặng nhưng từ các

chỉ số tin cậy thì kết quả thị trường này không chính xác, vì bị ảnh hưởng bởi thị lực MP kém. Kết quả thị trường MT cho hình ảnh tổn thương dạng ám điểm cạnh trung tâm (Hình 2).



Hình 2. Hình ảnh thị trường Humphrey của bệnh nhân

Các bằng chứng lâm sàng cho thấy bệnh nhân có dấu hiệu của TTK bị chèn ép. Để chẩn đoán xác định, chúng tôi chỉ định chụp CLVT hốc mắt, kết quả thấy rõ tình trạng chèn chúc ở đỉnh hốc mắt, phì đại các cơ trực chủ yếu phần bụng cơ, có chèn ép TTK ở vùng đỉnh, dày tăng thể tích mỡ vùng mí, hai nhãn cầu lồi độ II (Hình 3).



Hình 3. Hình ảnh CLVT hốc mắt cho thấy sự phì đại của các cơ vận nhãn dẫn đến tình trạng chèn chúc ở đỉnh hốc mắt

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định 2M Bệnh mắt tuyến giáp có chèn ép TTK, được chỉ định 2M phẫu thuật giảm áp bằng cách lấy mỡ hốc mắt và một phần thành trong và thành ngoài xương hốc mắt. Ngay sau ngày hậu phẫu thứ ba, thị lực bệnh nhân cải thiện lên nhiều: MP ĐNT 1m, MT 20/60, tuy vẫn còn rối loạn sắc giác nhưng nhìn màu sắc sáng hơn và có sự phân biệt giữa các màu.

2.2. Ca lâm sàng số 2. Bệnh nhân nữ 63 tuổi tiền sử Basedow cách nay 25 năm đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, từ đó không tái khám tuyến giáp thường xuyên, không có tiền sử hút thuốc lá, đái tháo đường và các bệnh lý về não. Cách nay 8 tháng, bệnh nhân cảm thấy lồi 2M kèm nhìn mờ tăng dần, được bác sĩ nội tiết điều trị corticoid toàn thân. Bệnh nhân khám mắt tại phòng khám tư và được chẩn đoán 2M đục thể

thủy tinh, nghĩ bản thân lớn tuổi gây ra thị lực kém nên không điều trị gì. Tuy nhiên 2M ngày càng mờ nhiều, khó phân biệt màu sắc, nhìn màu sắc có vẻ sẫm hơn, đau nhức tự phát, chảy nước mắt, không kèm theo song thị, khiến bệnh nhân đi lại và sinh hoạt cần có người hỗ trợ, nên đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp hiện tại bệnh nhân nhược giáp, đang điều trị Levothyroxine.

Khám lâm sàng cho thấy kết quả thị lực kém: MP ĐNT 1m, MT ĐNT 0,2m, thị lực chính kính 2M không tăng. Nhãn áp: MP 17 mmHg, MT 16 mmHg. Khám bán phần trước: 2M điểm lệ hẹp, không sung huyết hay phù nề kết mạc, không sưng đỏ cục lệ, giác mạc trong, tiền phòng trung bình, sạch, đồng tử kích thước 3,5mm, phản xạ ánh sáng chậm MT nhiều hơn MP, RAPD dương tính ở 2M không đồng đều (độ co lại đồng tử của MT chậm hơn và yếu hơn MP). Bán phần sau: 2M thể thủy tinh đục nhân độ I, tỉ lệ C/D là 0,3, hình dạng đĩa thị bình thường và không phù gai thị, võng mạc hồng, các mạch máu võng mạc chưa ghi nhận bất thường. 2M hạn chế vận nhãn ở cả 9 hướng, đặc biệt là các hướng nhìn lên (Hình 4). Độ lồi mắt đo bằng thước Hertel: MP 23 mm, MT 23 mm. Hở mí MP 1 mm, MT 1 mm. 2M có cơ rút mí trên và dưới. Chức năng cơ nâng mí 2M 12 mm. Đánh giá thang điểm CAS bệnh nhân không ở giai đoạn viêm.



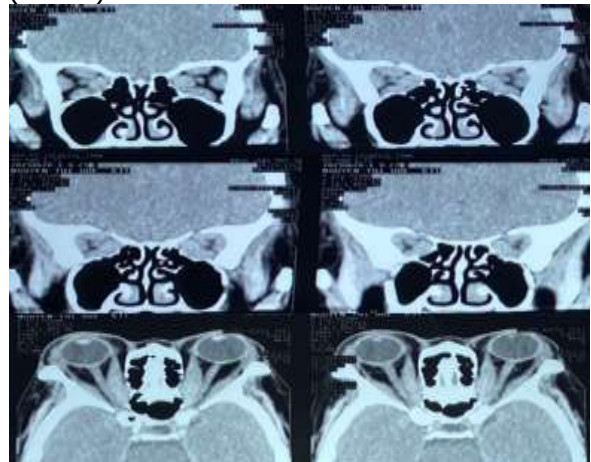
Hình 4. Hình ảnh vận nhãn 9 hướng của bệnh nhân cho thấy 2M hạn chế vận nhãn cả 9 hướng, đặc biệt là các hướng nhìn lên

Kiểm tra sắc giác bằng bảng Ishihara, bệnh nhân có rối loạn sắc giác ở cả 2M, bệnh nhân không phân biệt được các màu. Kết quả thị trường Humphrey cho hình ảnh tổn thương toàn bộ thị trường giai đoạn nặng, tuy nhiên từ các chỉ số tin cậy thì kết quả này không chính xác, vì thị lực bệnh nhân kém (Hình 5). Các bằng chứng lâm sàng đã chỉ rõ bệnh nhân có chèn ép TTK ở cả 2M.



Hình 5. Hình ảnh thị trường Humphrey của bệnh nhân

Với bằng chứng về hình ảnh thì kết quả chụp CLVT cho thấy 2 hốc mắt phì đại toàn bộ các cơ vận nhãn chủ yếu phần bụng cơ, có chèn ép TTK vùng đỉnh, dày tăng thể tích mỡ kèm thâm nhiễm vùng mí, 2M nhãn cầu lõi độ II, hình ảnh biểu hiện rõ tình trạng chèn chúc ở đỉnh hốc mắt (Hình 6).



Hình 6. Hình ảnh CLVT hốc mắt cho thấy các cơ vận nhãn phì đại, tình trạng chèn chúc ở đỉnh hốc mắt

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định 2M Bệnh mắt tuyến giáp có chèn ép TTK, được chỉ định 2M phẫu thuật giảm áp bằng lấy mỡ hốc mắt và một phần thành trong xương hốc mắt. Sau phẫu thuật ba ngày, bệnh nhân còn đau nhức nhẹ hốc mắt sau phẫu thuật nhưng thị lực đã được cải thiện cả 2M: MP ĐNT 3m, MT ĐNT 2m, 2M nhìn màu sắc sáng hơn trước, tuy nhiên vẫn còn rối loạn sắc giác, chưa phân biệt được các màu.

III. BÀN LUẬN

Việc cải thiện thị lực sau điều trị chèn ép TTK do BMTG phụ thuộc vào mức độ phì đại cơ vận nhãn và tăng thể tích mô mềm hốc mắt. Do đó, phát hiện sớm bệnh lý trong thăm khám lâm sàng có ý nghĩa quan trọng. Phần lớn bệnh liên quan đến cường giáp nhưng có thể xảy ra ở

những bệnh nhân bình giáp hoặc thậm chí suy giáp. Cả hai ca bệnh trên đều có tình trạng nhược giáp sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, do tự kháng thể lưu hành trong máu (TRAb) vẫn còn, nên quá trình viêm hốc mắt vẫn tiếp tục. Nói cách khác, BMTG hoạt động độc lập với chức năng tuyến giáp. Hai trường hợp đều trên cơ địa lớn tuổi, ca bệnh số 1 có tiền sử hút thuốc lá lâu năm, nhiều báo cáo đã chỉ ra rằng bệnh nhân có biến chứng chèn ép TTK có độ tuổi trung bình (61 tuổi) lớn hơn đáng kể so với những người chỉ mắc BMTG (30 - 50 tuổi), đặc biệt là nam giới.^{3,4} Hút thuốc lá được xác định là yếu tố nguy cơ cao nhất trong sự tiến triển của bệnh.³

Theo nhiều báo cáo, chẩn đoán dựa trên sự kết hợp của hai dấu hiệu trở lên: giảm thị lực, tổn thương phản xạ đồng tử hướng tâm, rối loạn sắc giác, bất thường đĩa thị, khiếm khuyết thị trường và bằng chứng trên CLVT hoặc MRI; trong khi các biểu hiện như lồi mắt, co rút mi không có giá trị tương quan.^{2,4} Trong đó, giảm thị lực là triệu chứng phổ biến nhất mà bệnh nhân thường than phiền ngay từ lần khám đầu, phần lớn có thị lực dưới 20/40.³ Trong hai ca bệnh chúng tôi theo dõi, cả hai đều giảm thị lực sớm. Tuy nhiên trên cơ địa bệnh nhân lớn tuổi, các bác sĩ không chuyên khoa mắt thường dễ bỏ sót các bệnh lý toàn thân có biểu hiện ở mắt, do nhầm lẫn với đục thể thủy tinh hoặc các bệnh nhãn khoa khác. Hơn nữa, nhiều trường hợp tiến triển chậm gây chủ quan cho người bệnh, dẫn đến chẩn đoán muộn và thị lực suy giảm nặng hơn. RAPD dương tính được xem là triệu chứng đặc hiệu của chèn ép TTK, nhất là khi xuất hiện ở một mắt hoặc không đối xứng. Dù vậy, nhiều báo cáo ghi nhận RAPD hai mắt hoặc đối xứng phổ biến hơn, nên cần loại trừ thêm các bệnh lý khác.³ Ở ca lâm sàng số 2, bệnh nhân đã loại trừ bệnh não, gai thị và võng mạc bình thường, đồng tử 3,5 mm, co chậm khi chiếu sáng, 2 mắt RAPD dương tính, rõ rệt hơn ở mắt trái. Ngược lại, ca số 1 có phản xạ ánh sáng tốt, 2 mắt RAPD âm tính. Tuy nhiên, thị lực bình thường hay không có RAPD không loại trừ chèn ép TTK, bởi hơn 50% trường hợp vẫn duy trì thị lực tốt và phản xạ bình thường.^{3,5} Ở bệnh nhân mắc BMTG có chèn ép TTK, kết quả sắc giác thường rối loạn trục vàng - xanh, tuy nhiên chúng tôi không có đủ điều kiện thực hiện đầy đủ các kiểm tra sắc giác trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Sử dụng bảng Ishihara cho thấy cả hai ca bệnh đều có rối loạn sắc giác, biểu hiện bằng nhìn màu sẫm hơn và khó phân biệt màu sắc, được xem là dấu hiệu sớm và thường gặp của chèn ép TTK.² Khám đáy mắt hai ca bệnh đều không thấy bất thường

võng mạc hay đĩa thị, phù hợp với nhiều báo cáo rằng hơn 50% trường hợp BMTG chèn ép TTK có gai thị bình thường.^{2,3} Khi TTK bị chèn ép, các bó sợi thần kinh tổn thương không đồng đều tạo nên khiếm khuyết trên thị trường, hầu như các trường hợp đều có mở rộng điểm mù, ám điểm trung tâm hoặc cạnh trung tâm, ám điểm hình cung, khuyết nửa trên hoặc nửa dưới thị trường.^{2,4} Ca lâm sàng số 1 cho thấy, với bên mắt còn duy trì thị lực thì tổn thương trên kết quả thị trường có ám điểm cạnh trung tâm. Các trường hợp giảm thị lực nặng thì khó cho ra kết quả thị trường chính xác.

Chụp CLVT có vai trò quan trọng trong phát hiện tình trạng chèn ép tại đỉnh hốc mắt trên các lát cắt coronal, được chứng minh là bằng chứng giá trị trong chẩn đoán BMTG có chèn ép TTK.³ Ngoài ra một số báo cáo cho rằng MRI cho hình ảnh tương tự nhưng vượt trội hơn về mô mềm, đặc biệt ở chuỗi T2W và STIR giúp phát hiện phi đại cơ vận nhãn và tăng thể tích mỡ hốc mắt.⁴ Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ưu tiên chụp CLVT hơn, nhằm đánh giá mức độ xương để can thiệp trong phẫu thuật. Hai ca bệnh trên cũng có biểu hiện phi đại cơ vận nhãn, tăng mỡ hốc mắt, hình ảnh chèn ép tại đỉnh hốc mắt trên chụp CLVT, phù hợp với các báo cáo.

Cả hai bệnh nhân được phẫu thuật giảm áp bằng cách lấy bớt mỡ và một phần thành xương hốc mắt, đều có kết quả cải thiện thị lực và sắc giác sau những ngày đầu hậu phẫu. Hiện vẫn còn nhiều tranh cãi trong điều trị, bao gồm: theo dõi, điều trị nội khoa, xạ trị, phẫu thuật, phẫu thuật phối hợp nội khoa, sử dụng các tác nhân ức chế miễn dịch và sinh học khác.⁴ Corticoid toàn thân thường hiệu quả, nhất là khi cần trì hoãn phẫu thuật.⁶ Giải nén hốc mắt bằng cắt thành trong, kết hợp thành ngoài hoặc sàn khi cần, đã chứng minh hiệu quả.⁷ Một số nghiên cứu còn cho rằng giải nén mỡ có thể tương đương giải nén xương.⁸ Những trường hợp này cho thấy việc nhận diện sớm các dấu hiệu tinh vi của chèn ép TTK là rất cần thiết để kịp thời ngăn ngừa mất thị lực.

IV. KẾT LUẬN

Biến chứng chèn ép TTK ở bệnh nhân BMTG hiếm gặp nhưng nặng, dễ bỏ sót giai đoạn sớm do triệu chứng không điển hình, thiếu hỗ trợ của CLVT/MRI và tiêu chuẩn chẩn đoán còn tranh cãi. Đa số chỉ được phát hiện khi thị lực đã tổn hại đáng kể. Các ca chúng tôi báo cáo cho thấy đủ chẩn đoán muộn, thị lực và triệu chứng chèn ép vẫn cải thiện rõ sau phẫu thuật giảm áp kịp

thời. Về chẩn đoán, cần lưu ý giảm thị lực, rối loạn sắc giác, RAPD, bất thường đĩa thị, khiếm khuyết thị trường, kết hợp hình ảnh chèn chúc đỉnh hốc mắt trên CLVT/MRI. Đặc biệt thận trọng ở bệnh nhân nam, lớn tuổi, hút thuốc, hoặc có đái tháo đường. Các trường hợp này nhấn mạnh vai trò thăm khám kỹ lưỡng kết hợp hình ảnh học hiện đại để nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Potvin ARGG, Pakdel F, Saeed P.** Dysthyroid Optic Neuropathy. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2023;39(6S):S65-S80.
2. **McKeag D, Lane C, Lazarus JH, et al.** Clinical features of dysthyroid optic neuropathy: a European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO) survey. *Br J Ophthalmol.* 2007;91(4):455-458.
3. **Blandford AD, Zhang D, Chundury RV, Perry JD.** Dysthyroid optic neuropathy: update on pathogenesis, diagnosis, and management. *Expert Rev Ophthalmol.* 2017;12(2):111-121.
4. **Saeed P, Tavakoli Rad S, Bisschop PHLT.** Dysthyroid Optic Neuropathy. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2018;34(4S Suppl 1):S60-S67.
5. **Jeon C, Shin JH, Woo KI, Kim YD.** Clinical profile and visual outcomes after treatment in patients with dysthyroid optic neuropathy. *Korean J Ophthalmol KJO.* 2012;26(2):73-79.
6. **Bartalena L, Baldeschi L, Boboridis K, et al.** The 2016 European Thyroid Association/European Group on Graves' Orbitopathy Guidelines for the Management of Graves' Orbitopathy. *Eur Thyroid J.* 2016;5(1):9-26.
7. **Korkmaz S, Konuk O.** Surgical Treatment of Dysthyroid Optic Neuropathy: Long-Term Visual Outcomes with Comparison of 2-Wall versus 3-Wall Orbital Decompression. *Curr Eye Res.* 2016;41(2):159-164.
8. **Kazim M, Trokel S, Acaroglu G, Elliott A.** Reversal of dysthyroid optic neuropathy following orbital fat decompression. *Br J Ophthalmol.* 2000;84(6):600-605.

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẦN PHỤ ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI KHOA PHỤ SẢN - BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thành Khiêm^{1,2}, Đỗ Văn Hảo², Trần Minh Chiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Khoa Phụ sản - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Khoa Phụ sản từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi từ 31 - 50 (87.1%), tuổi trung bình là 41.6 ± 6.5 tuổi. Tỷ lệ mổ mở (91.9%), mổ nội soi (8.1%). Chỉ định phẫu thuật viêm phần phụ cấp điều trị nội khoa không đáp ứng có tỷ lệ cao nhất (82.3%). Trong phẫu thuật, tổn thương hay gặp nhất là vòi tử cung ứ mủ (88.7%), dính tiểu khung (66.7%), vòi tử cung viêm dính (40.3%). Can thiệp trong phẫu thuật chủ yếu cắt 2 vòi tử cung (56.5%). Thời gian hậu phẫu trung bình 6.7 ± 1.0 ngày. Không có biến chứng sau phẫu thuật. **Kết luận:** Viêm phần phụ được điều trị chủ yếu là mổ mở, chỉ định phẫu thuật đa số là do điều trị nội khoa không đáp ứng. Không có bệnh nhân nào xảy ra biến chứng trong và sau phẫu thuật. **Từ khóa:** viêm phần phụ, phẫu thuật viêm phần phụ.

SUMMARY

DESCRIBE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PELVIC INFLAMMATORY DISEASE AT THE OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT - HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Review the results of treatment for Pelvic Inflammatory Disease (PID) surgically treated at the Obstetrics and Gynecology Department - Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and research methods:** A retrospective description study of 62 PID patients surgically treated at the Obstetrics and Gynecology Department from September 2023 to March 2025. **Results:** Patients were predominantly aged 31-50 years (87.1%), the mean age of 41.6 ± 6.5 years. The rates were (91.9%) for open surgery and (8.1%) for laparoscopic surgery. Surgical indications for acute pelvic inflammatory disease unresponsive to medical treatment accounted for the highest proportion (82.3%). In surgery, the most common lesion was pus retention (88.7%), pelvic adhesions (66.7%), and inflammatory adhesions of the fallopian tube (40.3%). The intervention in the surgery mainly cutting 2 fallopian tubes (56.5%). The mean postoperative duration was 6.7 ± 1.0 days. No patients experienced complications during and after the surgery. **Conclusion:** PID is primarily open surgery, the majority of surgical indications being due to the ineffectiveness of medical treatment. No patients experienced complications during or after the surgery. **Keywords:** pelvic inflammatory disease, surgery for pelvic inflammatory disease

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Chiến

Email: chien1608@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.9.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phần phụ là tình trạng nhiễm trùng cấp tính hoặc mãn tính của các cơ quan sinh dục trên như tử cung, vòi tử cung và buồng trứng; thường là hậu quả của nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo và cổ tử cung. Viêm phần phụ nếu không được điều trị kịp thời và tích cực, sẽ để lại những tổn thương ở vòi tử cung, buồng trứng và các mô lân cận, dẫn tới hậu quả và biến chứng nghiêm trọng như đau tiểu khung (18%), tắc hai vòi tử cung dẫn đến vô sinh do vòi (20%), hay chửa ngoài tử cung (9%), ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản của người phụ nữ.¹

Xu hướng điều trị viêm phần phụ vẫn ưu tiên điều trị nội khoa phối hợp các liệu pháp kháng sinh. Thường dùng kháng sinh phối hợp, dựa trên kết quả kháng sinh đồ. Chỉ can thiệp ngoại khoa trong các trường hợp cấp cứu vì các biến chứng như vỡ khối áp xe vòi buồng trứng gây viêm phúc mạc, hoặc điều trị nội khoa không hiệu quả²

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là một bệnh viện đa khoa tuyến trung ương với nhiều chuyên khoa sâu. Chính sự đa dạng cơ cấu trong bệnh viện, có thể kéo theo một bệnh cảnh VPP phức tạp và khác biệt hơn so với các cơ sở chuyên khoa. Bệnh nhân thường đến khám với nhiều lý do và triệu chứng không điển hình do các vấn đề sức khỏe khác, đòi hỏi sự phối hợp chẩn đoán và điều trị của đa chuyên khoa. Tại khoa Phụ sản đại học Y Hà Nội, lượng bệnh nhân đến điều trị viêm phần phụ ngày càng tăng, đặc biệt là những bệnh nhân nặng có chỉ định phẫu thuật. Để nâng cao hiệu quả điều trị, việc tìm hiểu sâu hơn về bệnh lý và đánh giá lại kết quả điều trị phẫu thuật viêm phần phụ là hết sức cần thiết. Do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm mục đích nhận xét kết quả điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Khoa Phụ sản – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh án của tất cả bệnh nhân chẩn đoán là viêm phần phụ được điều trị phẫu thuật tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án được chẩn đoán sau mổ là viêm phần phụ tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh án thiếu thông tin phục vụ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.
Cỡ mẫu: Chọn mẫu không xác suất với 62 bệnh nhân.

2.3. Phương pháp thu thập xử lý số liệu. Tất cả bệnh án của bệnh nhân trong tiêu chuẩn nghiên cứu tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được thu thập dựa trên các biến số nghiên cứu đã được tạo trên bệnh án nghiên cứu. Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu

(i). Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, (ii). Tiền sử sản phụ khoa, tiền sử phẫu thuật ổ bụng, (iii). Chẩn đoán, Điều trị.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu, chỉ sử dụng trên hồ sơ bệnh án. Nghiên cứu không can thiệp trực tiếp lên đối tượng nên không ảnh hưởng tới sức khỏe của bệnh nhân, không vi phạm đạo đức nghiên cứu. Các thông tin của người bệnh đều được mã hóa và giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và một số yếu tố nguy cơ viêm phần phụ

Tính chất	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<30	1
	31 – 40	28
	41 – 50	26
	>50	7
	X ± SD	41.6 ± 6.5
Địa chỉ	Nông thôn	36
	Thành thị	26
	Chưa sinh	1
Tiền sử sản khoa	1 con	2
	2 con	43
	≥3 con	16
Tiền sử viêm	Âm đạo – cổ tử cung	34
	Phần phụ	18
Tiền sử can thiệp phụ khoa	Nạo hút thai	16
	Đặt dụng cụ tử cung	27
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	Mổ lấy thai	28
	Phẫu thuật phụ khoa	9
	Phẫu thuật ngoại khoa	4

Nhận xét: Tuổi trung bình của 62 đối tượng nghiên cứu là 41.6 ± 6.5 tuổi, trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 31 – 40 tuổi (45,2%) và chủ yếu tới từ nông thôn (58,1%). Tiền sử sản khoa: chưa có con nào (1,6%), sinh 1 con (3,2%), sinh 2 con (69,4%), sinh ≥ 3 con (25,8%). Tiền sử viêm âm đạo cổ tử cung

(54.8%), viêm phần phụ (29.0%). Đặt dụng cụ tử cung (43.5%), nạo hút thai (25.8%). Mổ lấy thai (45.2%), phẫu thuật phụ khoa (14.5%), phẫu thuật ngoại khoa (6.5%).

Bảng 2. Kháng sinh và thời gian điều trị trước phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh trước phẫu thuật		
Một nhóm	2	3.2
Hai nhóm	37	59.7
Ba nhóm	23	37.1
Thời gian điều trị trước phẫu thuật		
<3 ngày	5	8.1
≥3 ngày	57	91.9
Tổng	62	100

Nhận xét: Tất cả 100% bệnh nhân được điều trị kháng sinh trước phẫu thuật. Nhóm điều trị ≥ 3 ngày (91.9%), nhóm điều trị <3 ngày (8.1%). Phối hợp hai nhóm kháng sinh chiếm (59.7%), ba nhóm kháng sinh chiếm (37.1%), một nhóm kháng sinh chiếm (3.2%).

Bảng 3. Chỉ định trước mổ và phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chỉ định trước mổ		
VPP điều trị nội khoa không đáp ứng	51	82.3
Viêm phần phụ mãn tính	11	17.7
Phương pháp phẫu thuật		
Mổ mở	57	91.9
Mổ nội soi	5	8.1
Tổng	62	100

Nhận xét: Chẩn đoán trước mổ: viêm phần phụ điều trị nội khoa không đáp ứng (82.3%), viêm phần phụ mãn tính (17.7%). Tỷ lệ mổ mở (91.9%), tỷ lệ mổ nội soi (8.1%).

Bảng 4. Các tổn thương và can thiệp trong phẫu thuật

		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương trong phẫu thuật			
Dính tiểu khung		42	67.7
VTC dính		25	40.3
VTC ứ mủ		55	88.7
VTC ứ nước		5	8.1
Can thiệp trong phẫu thuật			
Gỡ dính		55	88.7
Rửa ổ bụng		42	67.7
Dẫn lưu ổ bụng		33	53.2
Cắt	1 VTC	15	24.2
	2 VTC	35	56.5
	Phần phụ	12	19.3

Nhận xét: Tổn thương gặp nhiều nhất là vòi tử cung ứ mủ (88.7%). Dính tiểu khung (67.7%), vòi tử cung dính (40.3%), vòi tử cung

ứ nước (8.1%). Can thiệp gặp nhiều nhất là gỡ dính (88.7%) và rửa ổ bụng (67.7%), dẫn lưu ổ bụng sau mổ (53.2%). Cắt 2 vòi tử cung là chủ yếu (56.5%), cắt 1 vòi tử cung (24.2%), cắt phần phụ (19.3%).

Bảng 5. Thời gian hậu phẫu trung bình

Thời gian hậu phẫu (ngày)	$\bar{X}$	SD	Min	Max
Thời gian	6.7	1.0	5	9
Mổ mở	6.7	1.0	5	9
Mổ nội soi	6.6	1.14	5	8

Nhận xét: Thời gian hậu phẫu trung bình là 6.7 ± 1.0 ngày, nhanh nhất là 5 ngày, lâu nhất là 9 ngày.

Bảng 6. Dẫn lưu sau mổ, thời gian lưu và kháng sinh sau mổ

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dẫn lưu ổ bụng		
Có đặt	33	53.2
Không đặt	29	46.8
Lưu ≤3 ngày	25	75.8
Lưu >3 ngày	8	24.2
Kháng sinh sau mổ		
Hai nhóm	45	72.6
Ba nhóm	17	27.4
Tổng	62	100

Nhận xét: Bệnh nhân được đặt dẫn lưu (53.2%). Thời gian lưu chủ yếu ≤ 3 ngày (75.8%). Kháng sinh sau mổ chủ yếu phối hợp 2 nhóm (72.6%), phối hợp 3 nhóm (27.4%).

Tất cả các bệnh nhân không có biến chứng trong và sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Viêm phần phụ là tình trạng viêm nhiễm tăng dần lây lan từ đường sinh dục dưới lên vòi tử cung, buồng trứng hay hệ thống dây chằng quanh tử cung và vòi tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động tình dục và sinh sản có nhiều yếu tố nguy cơ như quan hệ tình dục không an toàn, nạo hút thai, đặt dụng cụ tử cung,... Nghiên cứu này cho thấy độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 41 ± 6.5 , thấp nhất là 28 tuổi, cao nhất là 58 tuổi, nhóm tuổi từ 31 - 40 có tỷ lệ cao nhất là (45.2%). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu Nguyễn Văn Thương tuổi trung bình là 38.7 ± 8.4 , nhỏ nhất là 19 tuổi, cao nhất là 53 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là 31-40 chiếm (39.6%)³. Tỷ lệ bệnh nhân viêm phần phụ gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân đã sinh con nhiều hơn nhóm chưa sinh con. Điều này do tình trạng sinh đẻ, sử dụng dụng cụ tử cung để tránh thai, tiền sử can thiệp buồng tử cung, tiền sử nạo hút thai. Nghiên cứu của chúng tôi, bệnh

nhân sinh 2 con là chủ yếu chiếm (69.4%), sinh ≥ 3 con (25.8%), chưa sinh con và sinh 1 con chiếm tỷ lệ lần lượt là (1.6%), (3.2%). Tiền sử viêm nhiễm gồm: viêm nhiễm âm đạo – cổ tử cung (54.8%), viêm phần phụ (29.0%). Nhóm có can thiệp ngoại khoa đặt dụng cụ tử cung (43.5%), phù hợp khuyến cáo CDC đây là một trong những nguyên nhân gây viêm tiểu khung⁴. Nhóm nạo hút thai (25.8%), ở Việt Nam tỷ lệ nạo phá thai cao, bởi kiến thức về an toàn chưa tốt, sự hiểu biết và sử dụng các biện pháp tránh thai còn chưa cao, dẫn đến tỷ lệ có thai ngoài ý muốn cao, hậu quả là phải can thiệp vào buồng tử cung. Đó là một trong những yếu tố gây viêm nhiễm sinh dục, trong đó có viêm phần phụ, viêm tiểu khung, dẫn tới vô sinh¹.

Phác đồ điều trị kháng sinh và thời gian điều trị trước mổ hiện nay chưa được thống nhất. Tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hà Nội 100% bệnh nhân được điều trị nội khoa trước mổ. Trong đó hay gặp nhóm điều trị ≥ 3 ngày chiếm (91.9%). Bệnh nhân thường được điều phối hợp 2 nhóm kháng sinh (59.7%), 3 nhóm kháng sinh (37.1%), nhóm điều trị 1 kháng sinh (3.2%) đây là những bệnh nhân đã được dùng kháng sinh trước vào viện để phẫu thuật. Bác sĩ lựa chọn kháng sinh phần lớn dựa vào kinh nghiệm lâm sàng và điều kiện thực tế tại bệnh viện. Tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hà Nội sử dụng phác đồ phối hợp 2 loại kháng sinh: nhóm Cephalosporin + Metronidazole, đường tiêm truyền tĩnh mạch. Những trường hợp có kết quả Chlamydia dương tính thì thường sử dụng Doxycyclin hoặc Azithromycin (hoặc Clindamycin), đường uống hoặc tiêm, phù hợp với các khuyến cáo bởi CDC và các hướng dẫn quốc tế khác⁴.

Nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đến với chẩn đoán là viêm phần phụ trước mổ, trong đó viêm phần phụ điều trị nội khoa không đáp ứng (82.3%) và viêm phần phụ mãn tính (17.7%). Sự lựa chọn giữa phẫu thuật nội soi hay mổ mở phụ thuộc phần nhiều vào khả năng phẫu thuật viên, tình trạng lâm sàng bệnh nhân (khối áp xe vỡ, dính nhiều,...), và nguyện vọng có con của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân mổ mở (91.9%), mổ nội soi (8.1%). Tổn thương hay gặp nhất là VTC ứ mủ (88.7%), dính tiểu khung (67.7%), VTC dính (40.3%), VTC ứ nước (8.1%). Tỷ lệ tổn thương cũng có sự khác nhau giữa các tác giả như Lê Kiều Trang dính tiểu khung (100%), VTC ứ mủ (58.5%), VTC viêm dính (40%), VTC ứ nước (20%)⁵. Vì vậy

việc can thiệp cũng khác nhau trong các nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi, can thiệp phẫu thuật chủ yếu là gỡ dính (88.7%), rửa ổ bụng (67.7%), dẫn lưu ổ bụng sau mổ (53.2%). Can thiệp hay gặp nhất trên VTC là cắt 2 VTC (56.5%), cắt 1 VTC (24.2%), cắt phần phụ (19.3%). Sau mổ có (53.3%) bệnh nhân được đặt dẫn lưu, (46.8%) không đặt dẫn lưu là những ca mổ thuận lợi, tổn thương ít, phẫu thuật viên lấy được hết tổ chức viêm. Thời gian dẫn lưu ≤ 3 ngày chiếm (75.8%), đặt dẫn lưu > 3 ngày chiếm (24.2%). Thời gian hậu phẫu trung bình là 6.7 ± 1.0 ngày, nhanh nhất là 5 ngày, lâu nhất là 9 ngày. Việc lựa chọn kháng sinh tốt nhất là dựa vào kháng sinh đồ, nhưng trong nghiên cứu không có trường hợp nào được làm kháng sinh đồ. Nên sử dụng kháng sinh sau mổ thường tiếp tục duy trì kháng sinh trước mổ, việc thay đổi kháng sinh phụ thuộc vào tình trạng ổ viêm lúc mổ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Kháng sinh sau mổ: phác đồ phối hợp 2 nhóm kháng sinh (72.6%), phối hợp 3 nhóm kháng sinh (27.4%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào xảy ra biến chứng trong và sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Viêm phần phụ được điều trị bằng phương pháp mổ mở (91,9%), mổ nội soi (8.1%). Tổn thương hay gặp nhất trong ổ bụng là vòi tử cung ứ mủ (88.7%), viêm dính tiểu khung (67.7%). Can thiệp trong phẫu thuật chủ yếu là cắt 2 vòi tử cung (56.5%). Thời gian hậu phẫu trung bình là 6.7 ± 1.0 ngày. Không có biến chứng trong và sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy phẫu thuật trong điều trị viêm phần phụ là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Bá Nha.** Hình thái lâm sàng của viêm nhiễm đường sinh dục. Nhà Xuất bản Y học. 2010.
2. **Simms I, Stephenson JM.** Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? Sex Transm Infect. 2000;76(2):80-87.
3. **Nguyễn Văn Thương.** Kết quả điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong 3 năm 2021-2023. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2024.
4. **Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention.** Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137.
5. **Lê Kiều Trang.** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật viêm phần phụ tại khoa Phụ sản Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2020

SO SÁNH KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG PROPESS VÀ FOLEY BÓNG ĐÔI CẢI TIẾN Ở THAI PHỤ ≥ 37 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2025

Hồ Đăng Chung¹, Trần Xuân Cảnh¹, Trần Quang Hanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là chỉ định thường gặp khi cổ tử cung không thuận lợi, đòi hỏi lựa chọn phương pháp vừa hiệu quả vừa an toàn. Bằng chứng cho thấy bóng đôi và dinoprostone đều giúp tăng tỉ lệ sinh ngã âm đạo, nhưng khác biệt về hồ sơ an toàn và nhu cầu oxytocin còn gây tranh luận. Do đó, cần so sánh trực tiếp hai phương pháp trong bối cảnh thực hành tuyến tỉnh để định hướng lựa chọn tối ưu. **Mục tiêu:** So sánh hiệu quả và an toàn của Propress so với Foley bóng đôi cải tiến trong KPCD ở thai phụ đủ tháng có cổ tử cung không thuận lợi. **Phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, nhảu mở, tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 3/2025–9/2025; n=150, phân tầng theo điểm Bishop, chia 2 nhóm 1:1 (Propress 75; Foley bóng đôi 75). Phân tích intention-to-treat. Tiêu chí chính: tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤ 48 giờ. **Kết quả:** Tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤ 48 giờ không khác biệt có ý nghĩa (Propress 62,7% vs Foley 72,0%; RR 1,24; KTC95%: 0,86–1,81; p=0,22). Nhóm Foley cần oxytocin nhiều hơn (76,0% vs 18,9%; RR 3,48; KTC95%: 2,28–5,30; p<0,001). Apgar 5 phút khác biệt nhỏ về lâm sàng; nhập NICU hiếm (0 vs 1). Cân nặng sơ sinh thấp hơn một chút ở nhóm Foley (2800 vs 3000 g; p=0,04). Biến chứng: Propress tăng ối vỡ sớm (38,7% vs 9,3%) và cơn co cường tính (18,7% vs 0%). Bất thường tim thai thấp hơn ở Foley (1,3% vs 12,0%). Ở phân tích tương tác, đã sinh ≥ 1 lần làm tăng mạnh khả năng sinh ngã âm đạo ở cả hai nhóm, nhưng hiệu ứng mạnh hơn với Foley (OR $\approx$ 287,6 so với 20,8; p tương tác=0,04). **Kết luận:** Hai phương pháp tương đương về tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤ 48 giờ. Foley bóng đôi cải tiến cần oxytocin hỗ trợ nhiều hơn nhưng có ít cơn co cường tính và ối vỡ sớm; các kết cục sơ sinh nhìn chung tương tự và khác biệt nhỏ về ý nghĩa lâm sàng.

Từ khóa: khởi phát chuyển dạ, Propress, Foley bóng đôi, Bishop, dinoprostone, tachysystole.

SUMMARY

COMPARATIVE OUTCOMES OF INDUCTION OF LABOR WITH PROPESS VERSUS A MODIFIED DOUBLE-BALLOON FOLEY IN WOMEN AT ≥ 37 WEEKS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL, 2025

Background: Induction of labor (IOL) is

frequently indicated when the cervix is unfavorable and requires a method that balances effectiveness and safety. Evidence suggests both double-balloon catheters and dinoprostone are effective in increasing vaginal delivery rates, yet differences in safety profiles and oxytocin requirements remain debated. A head-to-head comparison in a provincial practice setting is therefore needed to guide optimal choice. **Objective:** To compare the effectiveness and safety of Propress versus a modified double-balloon Foley catheter for IOL in term women with an unfavorable cervix. **Methods:** Open-label randomized clinical trial at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital, March–September 2025; n=150, stratified by Bishop score and randomized 1:1 (Propress 75; double-balloon 75). Intention-to-treat analysis. Primary endpoint: vaginal delivery within ≤ 48 hours. **Results:** Vaginal delivery ≤ 48 hours did not differ significantly (Propress 62.7% vs double-balloon 72.0%; RR 1.24; 95% CI 0.86–1.81; p=0.22). Oxytocin augmentation was higher with the double-balloon (76.0% vs 18.9%; RR 3.48; 95% CI 2.28–5.30; p<0.001). Although the 5-minute Apgar differed statistically, medians were 10 (IQR 0) in both groups, indicating minimal clinical difference; NICU admission was rare (0 vs 1). Neonatal birthweight was slightly lower with the double-balloon (2800 vs 3000 g; p=0.04). Complications: Propress was associated with more premature rupture of membranes (38.7% vs 9.3%) and tachysystole (18.7% vs 0%). Fetal heart rate abnormalities were less frequent with the double-balloon (1.3% vs 12.0%). In interaction analyses, parity ≥ 1 strongly increased the probability of vaginal delivery in both groups, with a larger effect for the double-balloon (OR $\approx$ 287.6 vs 20.8; interaction p=0.04). **Conclusions:** The two methods were comparable for vaginal delivery within 48 hours. The modified double-balloon Foley required more oxytocin but was associated with fewer tachysystole events and premature rupture of membranes; neonatal outcomes were broadly similar with differences of limited clinical significance. **Keywords:** induction of labor; Propress; double-balloon Foley; Bishop score; dinoprostone, tachysystole.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là can thiệp thường gặp khi cổ tử cung không thuận lợi, thai quá ngày hoặc có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì nguy cơ mẹ-thai. Lựa chọn phương pháp cần cân bằng giữa hiệu quả làm chín muồi cổ tử cung/đạt sinh đường âm đạo và an toàn, đồng thời phù hợp nguồn lực theo dõi tại tuyến tỉnh.

Hai phương pháp KPCD phổ biến hiện nay là Foley bóng đôi cải tiến (cơ học) và Propress –

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Đăng Chung

Email: drchungump@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

dinoprostone (dược lý). Bóng đôi tạo áp lực cơ học tại cổ tử cung, kích thích giải phóng prostaglandin nội sinh; ưu điểm là dễ triển khai, chi phí thấp, có thể giảm nguy cơ cơn co cường tính nhưng thường cần oxytocin hỗ trợ. Propess giải phóng PGE₂ kiểm soát, giúp làm mềm cổ tử cung và khởi phát cơn co; yêu cầu theo dõi sát cơn co và tim thai. Nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy hai phương pháp tương đương về tỉ lệ sinh ngã âm đạo, song khác biệt về nhu cầu oxytocin và hồ sơ an toàn, kết quả còn dị biệt theo quần thể và điều kiện thực hành [1-8].

Tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, cả hai kỹ thuật đã được áp dụng thường quy nhưng thiếu dữ liệu so sánh trực tiếp trong bối cảnh địa phương. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "So sánh kết quả KPCD bằng Propess và Foley bóng đôi cải tiến ở thai phụ ≥37 tuần" nhằm (1) so sánh tỉ lệ sinh ngã âm đạo trong 48 giờ; (2) so sánh các kết cục chuyển dạ; và (3) so sánh biến chứng giữa hai phương pháp, qua đó cung cấp bằng chứng thực hành để tối ưu hóa lựa chọn KPCD tại tuyến tỉnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế & địa điểm – thời gian: RCT, nhãn mở, tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An; thời gian nghiên cứu 01-10/2025, lấy mẫu 03-09/2025

Tiêu chí chọn mẫu: thai sống ≥37 tuần, đơn thai ngôi đầu, màng ối còn, Bishop ≤5, chưa chuyển dạ, CTG nhóm I, đồng ý tham gia. Loại

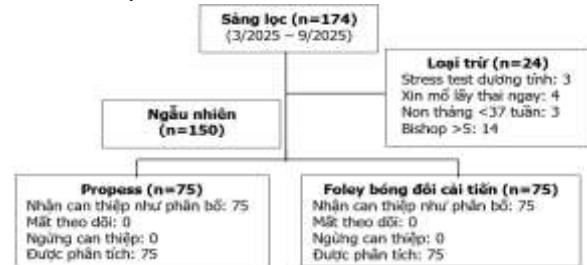
trừ: chống chỉ định sinh đường âm đạo, đã KPCD bằng phương pháp khác, viêm đường sinh dục cấp, bệnh nội khoa nặng, dị ứng PGE₂/oxytocin/cao su...

Cỡ mẫu & ngẫu nhiên: Mẫu tính theo so sánh 2 tỉ lệ; cỡ mẫu thực tế n=150 (mỗi nhóm 75). Ngẫu nhiên phân tầng (theo Bishop) bằng block hoán vị cỡ 2 trong từng tầng.

Phân tích số liệu: Theo intention-to-treat; lưu đồ CONSORT cho thấy không mất dấu.

Tiêu chí đánh giá: Chính: tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤48 giờ. Phụ: dùng oxytocin, giảm đau, chỉ số Apgar, nhập NICU, cân nặng sơ sinh, biến chứng (ối vỡ sớm, cơn co cường tính, sốt, tim thai bất thường...).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1. Lưu đồ CONSORT – tuyển chọn, phân nhóm và phân tích mẫu (n=150), 2025

Ghi chú: Nghiên cứu RCT, phân tầng theo Bishop; theo dõi đầy đủ, không mất dấu; phân tích theo intention-to-treat với 75 ca mỗi nhóm.

Bảng 1. So sánh đặc điểm nền

Đặc điểm	Propess (n=75)	Foley bóng đôi cải tiến (n=75)	p
Tuổi mẹ	29,3 ± 5,8	29,4 ± 5,1	0,89
BMI (kg/m²)	24,9 (IQR 4,0)	24,4 (IQR 3,9)	0,70
Tuổi thai (tuần)	39,2 (IQR 1,6)	39,1 (IQR 2,0)	0,13
Bishop trước KPCD	2 (IQR 2)	2 (IQR 2)	0,86
Chỉ định KPCD			
Thai quá ngày	14 (18,7%)	10 (13,3%)	0,11
IUGR/SGA	23 (30,7%)	33 (44,0%)	
Bệnh nội khoa	28 (37,3%)	17 (22,7%)	
Khác	10 (13,3%)	15 (20,0%)	
Cân nặng thai ước tính (EFW), g	3106 (655)	2952 (946)	0,04
Phân bố số lần sinh			
Con so, %	57,3	66,7	0,03
≥2 con, %	33,3	16,0	

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, chúng tôi sàng lọc 174 trường hợp, trong đó loại trừ 24 trường hợp. 150 thai phụ đủ tiêu chuẩn được ngẫu nhiên 1:1 vào hai nhóm: Propess (n=75) và Foley bóng đôi cải tiến (n=75). Tất cả đều nhận can thiệp như phân bổ; không mất theo dõi, không rút lui sau ngẫu nhiên. Phân tích theo

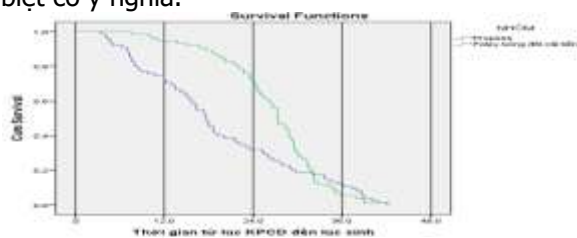
intention-to-treat với 75/nhóm; không có trường hợp bị loại sau ngẫu nhiên.

Hai nhóm nhìn chung cân bằng về đa số đặc điểm; lưu ý EFW cao hơn ở Propess và phân bố số lần sinh khác nhau (Propess nhiều ≥2 con hơn; Foley nhiều con so hơn).

Bảng 2. So sánh kết cục và biến chứng

Đặc điểm	Propess (n=75)	Foley bóng đôi cải tiến (n=75)	RR (KTC95%)	p
Sinh ngã âm đạo ≤48 giờ, %	62,7	72,0	1,24 (0,86–1,81)	0,22
Cần oxytocin hỗ trợ, %	18,9	76,0	3,48 (2,28–5,30)	<0,001
Apgar 5 phút; Trung vị (IQR)	10 (0)	10 (0)	—	<0,001*
Nhập NICU, ca	0	1	—	—
Cân nặng sơ sinh, g; Trung vị (IQR)	3000 (600)	2800 (600)	—	0,04
Ồi vỡ sớm, %	37,8	9,3	—	<0,001
Cơ co cứng tính, %	18,7	0	—	<0,001
Bất thường tim thai, %	12,0	1,3	—	0,02
Sốt trong chuyển dạ, %	5,3	1,3	—	0,37
Thay đổi ngôi thai, %	0	2,7	—	0,49

Tỉ lệ sinh ngã âm đạo trong vòng 48 giờ không khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp: RR = 1,24; KTC95% 0,86–1,81; p = 0,22 (Propess 62,7% so với bóng đôi cải tiến 72,0%). Thời gian từ khởi phát đến sinh ở nhóm Propess ngắn hơn rõ rệt; trung vị ≈ 17,7 giờ (IQR 15,75–19,65) so với Foley bóng đôi cải tiến ≈ 27,3 giờ (IQR 25,79–28,81) → khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0,025. Foley bóng đôi cải tiến cần oxytocin nhiều hơn đáng kể, RR = 3,48; KTC95% 2,28–5,30; p < 0,001. Giảm đau sản khoa tương đương giữa hai nhóm (52,9% so với 64,0%; p = 0,223). Cơ co tử cung cường tính thấp hơn rõ rệt ở Foley bóng đôi cải tiến (RR ≈ 0,17; KTC95% 0,06–0,54). Tỉ lệ vỡ ối sớm ở Foley bóng đôi cải tiến thấp rõ rệt (9,3% so với 38,7% ở Propess; RR=0,32; KTC95%: 0,17–0,65; p<0,001). Tần suất bất thường tim thai thấp hơn ở Foley bóng đôi cải tiến (1,3% so với 12,0%; RR≈0,19; p=0,02. Sốt trong chuyển dạ, nhiễm trùng ối, thay đổi ngôi/sa dây rốn không khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp. Kết cục sơ sinh (Apgar, nhập NICU, cân nặng) không khác biệt có ý nghĩa.

**Hình 2. Biểu đồ Kaplan-Meier thời gian từ KPCD đến sinh giữa 2 nhóm**

Chú thích: Sự kiện: sinh (bao gồm cả sinh thường và sinh mổ), không kiểm định. p (Log-rank) = 0,025. Median (CI95%): Propess 17,70 (15,75–19,65) so với Foley 27,30 (25,79–28,81)

Thời gian từ khởi phát chuyển dạ đến sinh khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp. Trung vị thời gian ở Propess là 17,70 giờ (CI95% 15,75–19,65), trong khi ở Foley bóng đôi cải tiến là

27,30 giờ (CI95% 25,79–28,81). Kiểm định Log-rank: $\chi^2=5,027$; p=0,025. Đường Kaplan-Meier của nhóm Foley bóng đôi cải tiến nằm cao hơn, cho thấy thời gian tới sinh dài hơn so với Propess.

Bảng 3. Phân tích tương tác theo số lần sinh

Biến có tương tác			
Yếu tố	OR Propess	OR Foley	p_tương tác
Số lần sinh ≥1 lần	20,83	287,58	0,04
Không phải thai quá ngày	3,88	33,13	0,08
Bishop trước KPCD ≥3	1,68	2,50	0,64
Biến không có tương tác			
Yếu tố	OR chung	KTC 95%	p
Tuổi mẹ ≥35	0,57	0,17–1,95	0,37
BMI ≥25	0,75	0,32–1,77	0,51
Tuổi thai ≥39 tuần	1,15	0,45–2,91	0,78
EFW ≥3200 g	0,31	0,11–0,86	0,03

Sản phụ đã sinh làm tăng mạnh khả năng sinh ngã âm đạo, nhưng mức tăng ở Foley lớn hơn (OR≈287,6) so với Propess (OR≈20,8), khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp (p_tương tác=0,04)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hai phương pháp khởi phát chuyển dạ —Propess (dinoprostone-PGE₂) và Foley bóng đôi cải tiến—tương đương về tỉ lệ sinh ngã âm đạo trong 48 giờ, trong khi bóng đôi cần oxytocin hỗ trợ nhiều hơn nhưng lại ít cơn co cứng tính và ít ối vỡ sớm hơn; các kết cục sơ sinh nhìn chung tương tự, khác biệt nhỏ về ý nghĩa lâm sàng. Kết quả này nhất quán với tổng quan hệ thống và phân tích gộp gần đây: nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả đạt sinh đường âm đạo của hai phương pháp nhìn chung tương đương, nhưng hồ sơ an toàn và nhu cầu can thiệp (đặc biệt là oxytocin) khác nhau theo đặc tính cơ chế của mỗi phương pháp [1–3,6,8].

So sánh với y văn: Ở mức hệ thống, hai

phân tích gộp đều không chứng minh ưu thế tuyệt đối về hiệu quả: Elhusein 2023 (10 RCT; n=2.493) cho RR 24h=1,08 (95%CI 0,77–1,52) và RR mổ=1,03 (0,90–1,18); bóng đôi dùng oxytocin nhiều hơn (RR 1,77; 1,41–2,32), còn PGE₂ tăng nguy cơ tăng co/tachysystole và pH<7 [1]. Liu 2019 (5 RCT; n=603) cũng không khác biệt tỉ lệ sinh ngả âm đạo trong 24h (RR 1,21; 0,93–1,59) hay mổ (RR 0,99; 0,77–1,27); PGE₂ vẫn gắn với tachysystole và toan máu cao hơn, bóng đôi cần oxytocin nhiều hơn [6].

Ở nghiên cứu quan sát/ RCT đơn lẻ, bức tranh “tốc độ sớm” hơi phân hóa nhưng kết cục tổng thể vẫn tương đương. Yan 2022 (hồi cứu, n=381) cho tỉ lệ sinh ngả âm đạo ≤48h cao hơn với PGE₂ (90,11% vs 75,38%; p=0,0002), thời gian trung bình dài hơn (10,74h vs 6,21h), bóng đôi cần oxytocin (80,9% vs 17,0%) và nhiễm trùng ối cao hơn (12 vs 0) [2]. Diguisto 2021 – MAGPOP (RCT đa trung tâm, n=1.220, ≥41 tuần) cho thời gian đến sinh ngắn hơn với PGE₂ (23h vs 32h) nhưng không khác tỉ lệ sinh ngả âm đạo/mổ lấy thai vì tim thai bất thường; bóng đôi ít cần giảm đau [5]. Ở con so, Shiyu Li 2025 (n=1.682) cho tỉ lệ sinh ngả âm đạo tổng thể tương đương (73,74% vs 77,73%), tỉ lệ sinh ngả âm đạo trong 24h cao hơn PGE₂ (55,45% vs 38,43%), oxytocin thấp hơn PGE₂ (52,79% vs 94,9%), nhưng mổ vì tim thai không đảm bảo cao hơn (56,86% vs 37,81%); nhiễm trùng ối cao hơn ở bóng đôi [4]. Ở thiếu ối, Wenyan Wang 2014 (RCT, n=126) không khác tỉ lệ sinh ngả âm đạo 24h/mổ, nhưng PGE₂ tăng tachysystole (16,9% vs 4,5%), tim thai bất thường (15,3% vs 1,5%), pH<7,1 (25% vs 6%); bóng đôi cần oxytocin/ bấm ối nhiều hơn [7]. Cromi 2012 (RCT, n=210) ghi tỉ lệ sinh ngả âm đạo ≤24h cao hơn với bóng đôi (68,6% vs 49,5%; OR 2,22), mổ tương đương, bóng đôi dùng oxytocin/giảm đau nhiều hơn, còn PGE₂ tăng cường tính (9,7% vs 0; có 2 mổ cấp cứu) [8]. Ở đa sản, Lu Yuan 2023 (n=202) cho tỉ lệ sinh ngả âm đạo tổng thể/24h tương đương, PGE₂ vào pha hoạt động sớm hơn (753,2±766,8 vs 992,3±430,9 phút), bóng đôi cần oxytocin/ bấm ối nhiều hơn; PGE₂ tăng cường tính kèm tim thai bất thường/ sốt/ phân su; chỉ số sơ sinh tương tự [3].

Tổng hợp lại, bằng chứng hiện có nhất quán với kết quả của chúng tôi: hiệu quả đạt sinh thường nhìn chung tương đương, Foley bóng đôi cải tiến “đánh đổi” tăng nhu cầu oxytocin để có nguy cơ co cường tính thấp hơn, còn PGE₂ có thể “nhanh” hơn ở một số bối cảnh (quá ngày, con so) nhưng không luôn chuyển thành ưu thế

tổng thể. Vì vậy, cá thể hóa lựa chọn dựa trên Bishop, số lần sinh, chỉ định KPCD và năng lực theo dõi là hướng đi hợp lý.

Giải thích cơ chế: Sự khác biệt quan sát được phản ánh cơ chế sinh học: Propress là tác nhân được lý làm mềm cổ tử cung và kích hoạt co bóp qua PGE₂, vì vậy gắn với nguy cơ tachysystole và vỡ ối cao hơn; ngược lại, bóng đôi là kích thích cơ học liên tục thúc đẩy prostaglandin nội sinh nhưng cần oxytocin ngoại sinh để củng cố cơn co hiệu lực khi vào chuyển dạ hoạt động [2,6,8]. Do đó, lựa chọn phương pháp nên cân nhắc giữa nhu cầu rút ngắn thời gian đến sinh (thuận lợi cho PGE₂ khi có giám sát CTG chặt chẽ) và hồ sơ an toàn co bóp (thuận lợi cho bóng đôi, nhất là khi nguồn lực theo dõi hạn chế).

Ý nghĩa lâm sàng tại tuyến tỉnh: Với điều kiện thực hành tại bệnh viện tuyến tỉnh—nơi nhân lực, máy theo dõi CTG liên tục và chi phí là yếu tố quan trọng—Foley bóng đôi cải tiến có thể là lựa chọn thực dụng và an toàn nhờ giảm tachysystole và ít ối vỡ sớm, dù chấp nhận tăng nhu cầu oxytocin và thời gian theo dõi. Ngược lại, khi đảm bảo theo dõi sát và kỳ vọng thời gian đến sinh ngắn hơn (nhất là ở con so), Propress có thể phù hợp. Phát hiện về tương tác với số lần sinh giúp cá thể hóa: ở đa sản, khả năng thành công rất cao với cả hai phương pháp và đặc biệt nổi trội với bóng đôi [3,4].

Điểm mạnh và hạn chế: Điểm mạnh của nghiên cứu gồm: (i) RCT, phân tầng Bishop, phân tích intention-to-treat, không mất dấu; (ii) triển khai trong thực hành thường quy, tăng giá trị ngoại suy cho bối cảnh tương tự. Hạn chế gồm: (i) nhãn mở, có thể ảnh hưởng quyết định can thiệp (oxytocin/giảm đau); (ii) cỡ mẫu đủ cho tiêu chí chính nhưng hạn chế để phát hiện khác biệt ở biến an toàn hiếm; (iii) chênh lệch nền nhỏ (EFW và phân bố số lần sinh)—dù đã xử lý bằng phân tầng và phân tích tương tác, vẫn có thể tồn tại nhiễu dư. Ngoài ra, nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm nên cần thận trọng khi ngoại suy sang quần thể có đặc điểm khác biệt.

Hàm ý thực hành và nghiên cứu tiếp theo: Trên cơ sở hiệu quả tương đương và hồ sơ an toàn khác nhau, chúng tôi đề xuất tiếp cận hai bậc: (1) Bóng đôi là lựa chọn mặc định khi nguồn lực theo dõi hạn chế hoặc có nguy cơ cơn co cường tính; (2) Propress cho ca chọn lọc khi có giám sát liên tục và cần tối ưu thời gian. Các nghiên cứu tiếp theo nên: (i) đa trung tâm, cỡ mẫu lớn, đánh giá thời gian đến sinh, mổ lấy thai vì suy thai, thỏa mãn sản phụ, và chi phí—hiệu quả; (ii) phân tích theo nhóm con so vs đa sản, chỉ định

KPCD (quá ngày, thiếu ối, TSG), và mức Bishop; (iii) chuẩn hóa tiêu chí tachysystole và quy trình dùng oxytocin để giảm dị biệt giữa cơ sở.

Tóm lại, kết quả của chúng tôi củng cố bằng chứng rằng Propess và Foley bóng đôi cải tiến là hai lựa chọn hiệu quả tương đương cho KPCD ở thai đủ tháng với khác biệt có ý nghĩa lâm sàng về an toàn và nhu cầu oxytocin. Cá thể hóa theo tiền sản và nguồn lực là chìa khóa để tối ưu hóa lựa chọn phương pháp trong bối cảnh bệnh viện tuyến tính, phù hợp với xu hướng y văn hiện hành [1–8].

V. KẾT LUẬN

Hai phương pháp tương đương về tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤ 48 giờ. Foley bóng đôi cải tiến đòi hỏi oxytocin bổ trợ nhiều hơn nhưng giảm cơn co cường tính, tim thai bất thường và ối vỡ sớm; các kết cục sơ sinh tương đồng, khác biệt nhỏ về ý nghĩa lâm sàng. Đa sản là yếu tố dự báo thành công mạnh, đặc biệt khi dùng bóng đôi.

VI. KIẾN NGHỊ THỰC HÀNH

Ưu tiên Foley bóng đôi cải tiến cho thai phụ ≥ 37 tuần, Bishop ≤ 5 , màng ối còn—nhất là khi thiếu CTG/nhân lực; Propess dùng chọn lọc khi cần rút ngắn thời gian và có theo dõi sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elhusein AM, Fadlalmola HA, Ebrahim RA, et al. Double-balloon catheter vs dinoprostone (PGE-

- 2) insert for labour induction: A meta-analysis of 2493 pregnancies. Afr J Reprod Health. 2023; 27(4): 84-95. doi:10.29063/ajrh2023/ v27i4.10.
2. Yan J, Yin B, Lv H. Comparing the effectiveness and safety of dinoprostone vaginal insert and double-balloon catheter Front Med (Lausanne). 2022;9:976983. doi:10.3389/fmed.2022.976983
3. Yuan L, Peng J, Yang L, Zhao Y. Efficacy and safety of double balloon catheter and dinoprostone for labor induction in multipara at term. Arch Gynecol Obstet. 2024;309(2):533-540. doi:10.1007/s00404-022-06891-9.
4. Li S, He H, Zheng W, Liu J, Chen C. Comparison of outcomes of induction with Propess vs double-balloon in term nulliparas. J Obstet Gynaecol Res. 2025;51(1):e16107. doi:10.1111/jog.16107.
5. Diguisto C, Le Gouge A, Arthuis C, et al. Double-balloon vs vaginal dinoprostone in prolonged pregnancies (MAGPOP RCT). PLoS Med. 2021;18(2):e1003448. doi:10.1371/journal.pmed.1003448.
6. Liu YR, Pu CX, Wang XY, Wang XY. Double-balloon catheter versus dinoprostone insert: meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2019;299(1): 7-12. doi:10.1007/s00404-018-4929-8.
7. Wang W, Zheng J, Fu J, et al. Safer method of induction in oligohydramnios: double-balloon vs dinoprostone insert. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014;27(17): 1805-8. doi:10.3109/14767058.2014.880880.
8. Cromi A, Ghezzi F, Uccella S, et al. Preinduction cervical ripening: dinoprostone vaginal insert vs double-balloon catheter (RCT). Am J Obstet Gynecol. 2012;207(2):125.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2012.05.020.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT ĐẶT VAN AHMED QUA ĐƯỜNG HẦM CÙNG MẠC KHÔNG SỬ DỤNG MẢNH GHÉP RỜI ĐIỀU TRỊ BỆNH GLÔCÔM

Nguyễn Thị Uyên Duyên¹, Đoàn Kim Thành²,
Kim Bảo Giang³, Trang Thanh Nghiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật cải tiến đặt van Ahmed qua đường hầm cùng mạc không sử dụng mảnh ghép rời nhằm giảm nguy cơ lộ ống van qua kết mạc. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu mô tả hàng loạt ca so sánh trước và sau phẫu thuật trên

những bệnh nhân đã được phẫu thuật đặt van Ahmed qua đường hầm cùng mạc không sử dụng mảnh ghép rời. Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi ít nhất 6 tháng. Các thông số kết quả chính bao gồm nhãn áp, tình trạng lộ ống dẫn lưu và các biến chứng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tổng cộng 20 mắt từ 20 bệnh nhân đã được phân tích. Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là $60,9 \pm 15,0$ tuổi (dao động: 34 – 84 tuổi). Các loại glaucoma được ghi nhận, bao gồm glôcôm tân mạch (50%), glôcôm giả trúc bao, glôcôm góc mở nguyên phát, glôcôm thứ phát sau cắt dịch kính, glôcôm thứ phát do corticoid và glôcôm thứ phát do chấn thương. Thị lực trung bình trước phẫu thuật là $1,29 \pm 0,81$ logMAR. Nhãn áp trung bình giảm có ý nghĩa thống kê từ $32,44 \pm 11,07$ mmHg (dao động: 21,8 – 52 mmHg) trước phẫu thuật xuống còn $14,03 \pm 7,28$ mmHg (dao động: 4,9 – 20,6 mmHg; $p <$

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Uyên Duyên

Email: uyenduyenpy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

0,005) sau 6 tháng theo dõi. Trong quá trình theo dõi, không phát hiện trường hợp nào bị lộ ống. **Kết luận:** Kỹ thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc không sử dụng mảnh ghép rời là hiệu quả và an toàn, giúp kiểm soát tốt nhãn áp và ngăn ngừa tình trạng lộ ống trong suốt thời gian theo dõi. Phương pháp này không cần sử dụng mảnh ghép rời và đặc biệt hữu ích trong điều kiện thiếu hụt nguồn mảnh ghép.

Từ khóa: van Ahmed, không sử dụng mảnh ghép rời, lộ ống van, glôcôm.

SUMMARY

INITIAL OUTCOMES OF AHMED GLAUCOMA VALVE IMPLANTATION WITH SCLERAL TUNNEL AND PATCHLESS TECHNIQUE IN TREATMENT OF GLAUCOMA

Objectives: To evaluate the efficacy of a modified graft-free technique for Ahmed glaucoma valve (AGV) tube implantation using a long scleral tunnel in reducing the risk of tube exposure through the conjunctiva. **Methods:** This study is a descriptive case series of patients who underwent AGV implantation with the modified long scleral tunnel technique without patch grafts. All patients were followed for at least 6 months. Main outcome measures included intraocular pressure (IOP) control, tube exposure and postoperative complications. **Results:** A total of 20 eyes from 20 patients were analyzed. The mean age at the time of surgery was $60,9 \pm 15,0$ years (range: 34 – 84 years). Various glaucoma types were represented, including neovascular glaucoma (50%), pseudoexfoliation glaucoma, primary open-angle glaucoma, glaucoma post-vitrectomy, glaucoma corticoid and glaucoma post-trauma. The mean preoperative visual acuity was $1,29 \pm 0,81$ logMAR. Mean IOP decreased significantly from $32,44 \pm 11,07$ mmHg (range: 21,8 – 52 mmHg) preoperatively to $14,03 \pm 7,28$ mmHg (range: 4,9 – 20,6 mmHg; $p < 0,005$) at the 6-month follow-up. No cases of tube exposure were observed during the follow-up period. **Conclusions:** The modified long scleral tunnel technique for AGV implantation without patch grafts was effective and safe, providing satisfactory IOP control and preventing tube exposure throughout the follow-up period. This technique eliminates the need for donor tissue and may be particularly advantageous in settings with limited access to patch graft materials.

Keywords: Ahmed glaucoma valve, without patch grafts, tube exposure, glaucoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là nguyên nhân gây mù lòa không hồi phục đứng thứ hai trên thế giới, chỉ sau đục thể thủy tinh, và là gánh nặng lớn đối với y tế toàn cầu. Đây là bệnh lý đặc trưng bởi tổn thương thị thần kinh với lõm gai tiến triển, teo gai thị kèm theo tổn thương thị trường không hồi phục, có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng nhãn áp cao.

Các biện pháp điều trị hiện nay bao gồm thuốc hạ nhãn áp, laser, phẫu thuật cắt bệ củng

mạc,... Tuy nhiên, ở nhiều trường hợp khó điều trị như glôcôm tân mạch, glôcôm sau phẫu thuật nội nhãn, glôcôm trẻ em, glôcôm viêm màng bồ đào,..., các phương pháp này có thể thất bại. Khi đó, thiết bị dẫn lưu thủy dịch là lựa chọn cần thiết. Trong số đó, van Ahmed (Ahmed Glaucoma Valve – AGV) là thiết bị phổ biến, có cơ chế van một chiều giúp hạn chế tình trạng hạ nhãn áp và xẹp tiền phòng trong giai đoạn sớm [1].

Tuy vậy, biến chứng đáng lo ngại nhất của van Ahmed là lộ ống dẫn lưu qua kết mạc với tỷ lệ dao động từ 2–7% theo nhiều nghiên cứu quốc tế [2,3]. Nguyên nhân có thể do mảnh ghép phủ bì tiêu, mô kết mạc mỏng hoặc tình trạng viêm mạn tính. Hở ống kéo dài làm tăng nguy cơ viêm nội nhãn, dẫn đến thất bại phẫu thuật [4]. Các vật liệu che phủ thường dùng (màng ngoài tim, củng mạc đông khô, màng não cứng, màng ối, giác mạc,...) vừa tốn kém, vừa không luôn sẵn có trong thực hành lâm sàng ở Việt Nam.

Trong bối cảnh đó, kỹ thuật tạo đường hầm củng mạc đã được nhiều tác giả quốc tế đề xuất như một giải pháp thay thế. Thay vì sử dụng mảnh ghép rời, phẫu thuật viên tạo đường hầm trong mô củng mạc bệnh nhân để luồn ống dẫn lưu. Cách làm này giúp tận dụng mô tự thân, giảm nguy cơ thải loại và lộ ống, đồng thời tiết kiệm chi phí. Nhiều nghiên cứu gần đây ghi nhận tỷ lệ lộ ống rất thấp (0–5,12%) khi áp dụng kỹ thuật này [5-8,10].

Tại Việt Nam, đến nay chưa có công trình khoa học công bố về phẫu thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc không sử dụng mảnh ghép rời. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả ban đầu phẫu thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc không sử dụng mảnh ghép rời điều trị glôcôm”, nhằm đánh giá hiệu quả và an toàn của kỹ thuật này trong điều trị glôcôm và xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Tất cả những bệnh nhân > 18 tuổi mắc bệnh glôcôm sinh sống tại Việt Nam đến khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt TP. HCM có nhãn áp không điều chỉnh bằng các phương pháp kinh điển và có chỉ định đặt van Ahmed. Tiêu chuẩn loại ra: kết quả đếm tế bào nội mô giác mạc <1000 tế bào/mm², tiền phòng quá nông (<1 mm) không thể đặt ống dẫn lưu vào tiền phòng, bệnh lý về mắt khác đi kèm ảnh hưởng đến vùng hoàng điểm, giác mạc hay viêm nhiễm chưa ổn định,...

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca so sánh trước và sau phẫu thuật.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 20 mắt

Thời gian thực hiện: Từ tháng 11 năm 2024 đến tháng 07 năm 2025 tại Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh.

Quy trình tiến hành nghiên cứu:



Sơ đồ 1: Quy trình tiến hành nghiên cứu

Quy trình phẫu thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc:

- **Cố định nhãn cầu:** Vicryl 8/0 khâu qua giác mạc sát rìa phía thái dương trên.

- **Mở kết mạc** cách rìa 4 mm phía thái dương trên, độ rộng khoảng một cung 90 độ, bóc tách mở rộng kết mạc ra hướng rìa và cùng đồ phía sau. Đốt cầm máu tối thiểu vùng tạo đường hầm.

- **Đánh dấu vị trí trên củng mạc.**

- **Tạo đường hầm củng mạc:** Dùng dao 11 tạo 3 đường rạch thứ tự cách rìa 1,5 – 2 mm, 4 mm và 6 mm, với độ sâu 1/2 bề dày củng mạc và bề rộng khoảng 2 mm. Sau đó dùng dao crescent (gập góc 60 độ) có bề rộng 2 – 2,2 mm hoặc dao 2,2 mm tạo đường hầm củng mạc xuyên qua những đường rạch.

- **Dùng spatula luân ống dẫn lưu** xuyên qua đường hầm củng mạc, cố định thân van bằng nylon 9/0.

- **Dùng kim 23G tạo đường hầm vào tiền phòng** phía thái dương trên cách rìa 1,5 – 2 mm.

- **Đặt ống dẫn lưu vào tiền phòng**

- **Khâu kết mạc:** khâu vạt kết mạc 2 lớp bằng Vicryl 8/0.



Hình 1: Quy trình đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc

Bệnh nhân được tái khám đánh giá sau 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Mỗi lần tái khám: đo thị lực có chỉnh kính theo logMAR, nhãn áp, hoàn thành tiến trình khám mắt kiểm tra.

Biến số khảo sát: Các biến số đặc điểm

lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu bao gồm độ tuổi trung bình, giới tính, bệnh toàn thân, tiền căn phẫu thuật mắt. Các biến số liên quan kết quả phẫu thuật bao gồm thị lực chỉnh kính tối đa, nhãn áp và số thuốc glôcôm trước và sau phẫu thuật. Tiêu chuẩn đánh giá được phân loại như sau:

- **Thành công hoàn toàn:** Bọng van kín, không lộ ống dẫn lưu, không dò.

- **Thành công không hoàn toàn:** Bọng van kín, lộ ống dẫn lưu dưới kết mạc, không dò.

- **Thất bại:** Hở kết mạc lộ ống dẫn lưu dưới kết mạc, dò van.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã thu thập được 20 mắt của 20 bệnh nhân mắc glôcôm có nhãn áp không điều chỉnh bằng các phương pháp kinh điển, thỏa các tiêu chuẩn nhận vào và tiêu chuẩn loại ra, được phẫu thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc và theo dõi trong 6 tháng. 15 (75%) bệnh nhân là nam và 5 (25%) là nữ. Tuổi trung bình là 60,95 năm $\pm$ 15,01 (dao động từ 34 – 84 tuổi). Bệnh toàn thân đái tháo đường 6 (30%), tăng huyết áp 3 (15%) và viêm khớp 2 (10%). Tiền căn phẫu thuật mắt không liên quan glôcôm (giác mạc, thủy tinh thể, dịch kính võng mạc,...) là 16/20 mắt (80%), liên quan glôcôm (cắt bẻ củng mạc, sửa sẹo bọng bằng kim,...) là 4/20 mắt (20%).

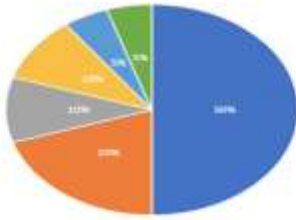
Đa dạng các loại glôcôm được ghi nhận, bao gồm glôcôm tân mạch (50%), glôcôm thứ phát cắt dịch kính (20%), glôcôm góc mở nguyên phát (10%), glôcôm giả trúc bao (10%), glôcôm thứ phát do chấn thương (5%) và glôcôm thứ phát do corticoid (5%). Thị lực trung bình trước phẫu thuật là $1,29 \pm 0,81$ logMAR và so với sau phẫu thuật 6 tháng không có sự khác biệt đáng kể.

Sau 6 tháng theo dõi hậu phẫu, nhãn áp trung bình giảm rõ rệt từ $32,44 \pm 11,07$ mmHg trước mổ xuống còn $14,03 \pm 7,28$ mmHg ($p < 0,005$). Giai đoạn "tăng nhãn áp" thường xảy ra và đạt đỉnh trong khoảng 2 – 4 tuần sau phẫu thuật. Diễn tiến nhãn áp trung bình của 20 mắt cho thấy nhãn áp bắt đầu tăng sau 1 tuần theo dõi, đòi hỏi bổ sung thuốc hạ nhãn áp, đạt đỉnh lúc 3 tuần và giảm xuống ổn định sau 4 tuần. Sau khi nhãn áp ổn định, thuốc hạ nhãn áp có thể được cân nhắc giảm dần mà vẫn đảm bảo duy trì nhãn áp trong mục tiêu. Số lượng thuốc hạ nhãn áp trung bình giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$) từ $3,05 \pm 0,39$ loại trước mổ xuống còn $1,80 \pm 1,32$ loại. 2 trong số 20 mắt có nhãn áp chưa điều chỉnh sau 6 tháng là 2 bệnh nhân glôcôm tân mạch trên bệnh nền đái tháo đường

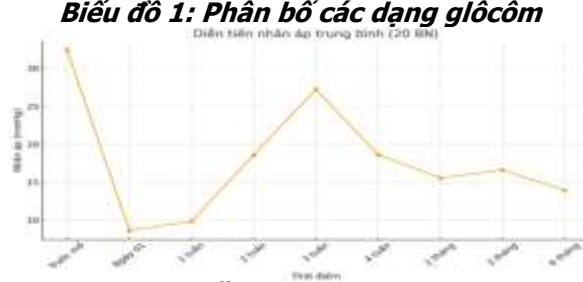
kiểm soát kém.

Bảng 1. Nhãn áp trước và sau 6 tháng (mmHg)

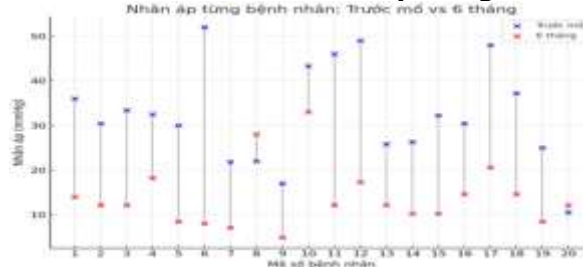
Thời điểm	Nhãn áp TB $\pm$ SD	P so với trước mổ
Trước mổ	32,44 $\pm$ 11,07	-
Ngày 1	10,60 $\pm$ 3,75	2,4 x 10 ⁻⁹
1 tuần	12,55 $\pm$ 4,18	1,1 x 10 ⁻⁷
4 tuần	14,94 $\pm$ 6,56	8,0 x 10 ⁻⁵
2 tháng	15,27 $\pm$ 7,46	2,4 x 10 ⁻⁵
3 tháng	15,19 $\pm$ 6,61	2,6 x 10 ⁻⁵
6 tháng	14,03 $\pm$ 7,28	3,7 x 10 ⁻⁶



Biểu đồ 1: Phân bố các dạng glôcôm



Biểu đồ 2: Diễn tiến nhãn áp trung bình



Biểu đồ 3: Phân bố nhãn áp từng bệnh nhân

Trong quá trình theo dõi 6 tháng, không ghi nhận trường hợp nào lộ ống van, đĩa van hay lộ củng mạc. Tiền phòng nông xuất hiện sớm sau phẫu thuật ở 4/20 mắt (20%) và tự cải thiện sau một tuần theo dõi. Theo tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu này, tỷ lệ thành công hoàn toàn sau 6 tháng đạt 100% với bong van kín, không lộ ống dẫn lưu, không dò.

IV. BÀN LUẬN

Thiết bị dẫn lưu thủy dịch, điển hình là van Ahmed (Ahmed Glaucoma Valve – AGV), hiện là một giải pháp đáng lưu tâm trong kiểm soát nhãn

áp ở những bệnh nhân glôcôm kháng trị, mắt đã phẫu thuật nhiều lần hoặc có kết mạc xơ hóa không thích hợp cho phẫu thuật cắt bè củng mạc. Nghiên cứu này bao gồm 20 bệnh nhân được phẫu thuật đặt van Ahmed bằng kỹ thuật cải tiến và kết quả cho thấy đây là một phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả với không biến chứng liên quan đến ống dẫn lưu được báo cáo.

Van Ahmed là một trong các thiết bị dẫn lưu được sử dụng phổ biến nhất với điểm mạnh là hệ thống điều chỉnh lưu lượng thủy dịch, với một khoang nhỏ được thiết kế tinh tế ở chỗ nối giữa ống và đĩa dẫn lưu, hạn chế nguy cơ các biến chứng tụt nhãn áp sau phẫu thuật, van hoạt động ngay trong giai đoạn hậu phẫu nên hạn chế pha tăng nhãn áp sau phẫu thuật [1]. Tuy nhiên, cũng như các loại thiết bị dẫn lưu thủy dịch khác, van Ahmed tiềm ẩn một số biến chứng muộn, trong đó lộ ống dẫn lưu qua kết mạc được xem là biến chứng nguy hiểm nhất vì làm tăng nguy cơ viêm nội nhãn, một tình trạng có thể đe dọa thị lực nếu không được xử trí kịp thời. Nhiều loại mảnh ghép rời đã được sử dụng để che phủ ống, có thể làm giảm tỷ lệ lộ ống, nhưng không loại bỏ hoàn toàn biến chứng [2,3].

Trong những năm gần đây, kỹ thuật tạo đường hầm củng mạc dài được nhiều tác giả quốc tế ghi nhận như một giải pháp thay thế. Eslami và cộng sự (2019) báo cáo kết quả trên 30 mắt, theo dõi trung bình 37,2 tháng, không ghi nhận trường hợp nào lộ ống [5]. Fahy (2023) với kỹ thuật hai đường hầm củng mạc dài (2,5 – 3 mm) trên 46 mắt, tỷ lệ lộ ống là 0% trong gần 28 tháng theo dõi [6]. Kugu (2015) so sánh nhóm dùng đường hầm củng mạc (40 mắt) và nhóm ghép màng ngoài tim (38 mắt), kết quả lộ ống lần lượt là 2,5% và 7,9% [7]. Gần đây nhất, Un và cộng sự (2024) trên 69 mắt cũng khẳng định kỹ thuật đường hầm củng mạc mang lại hiệu quả kiểm soát nhãn áp tương đương nhưng tỷ lệ lộ ống thấp hơn đáng kể so với kỹ thuật truyền thống [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả bước đầu sau 6 tháng cho thấy nhãn áp trung bình giảm có ý nghĩa thống kê từ 32,44 $\pm$ 11,07 mmHg xuống 14,03 $\pm$ 7,28 mmHg, số thuốc hạ nhãn áp giảm từ 3,05 $\pm$ 0,39 xuống còn 1,8 $\pm$ 1,32, không ghi nhận trường hợp nào lộ ống trong thời gian theo dõi và tỷ lệ thành công hoàn toàn đạt 100%. Những kết quả này phù hợp với xu hướng quốc tế. So với nghiên cứu trong nước của Bùi Thị Vân Anh (2009), tỷ lệ thành công sau 24 tháng là 71,2% và có tới 14,9% lộ ống [9], kỹ thuật đường hầm củng mạc trong nghiên cứu của

chúng tôi cho thấy ưu thế rõ rệt về độ an toàn, mặc dù cần theo dõi dài hạn hơn để khẳng định.

Điểm sáng trong nghiên cứu này là kỹ thuật cải tiến chia đường hầm củng mạc dài thành 3 đoạn nhỏ liên kế khoảng 2 mm, nhằm đảm bảo ống dẫn lưu có độ cong nhẹ theo thành nhãn cầu và độ dày củng mạc là đều nhau ở các đoạn, tránh áp lực căng đè lên ống làm ảnh hưởng kiểm soát nhãn áp, đồng thời đảm bảo độ an toàn và chính xác hơn so với việc đi một đường hầm dài vào thẳng tiền phòng. Nghiên cứu của Kugu (2015) sử dụng kỹ thuật tương tự nhưng chiều dài các đoạn lần lượt là khoảng 2 – 4 – 4 (mm), có thể độ dày củng mạc khó đảm bảo trong đoạn dài 4 mm, 1 trong 40 mắt lộ ống ở tháng thứ 25 sau phẫu thuật do củng mạc mỏng [7]. Tỷ lệ lộ ống 5,7 – 8% được báo cáo trong nghiên cứu của Un (2024) với kỹ thuật tương tự Kugu [8]. Nghiên cứu của Fahy (2023) cũng cùng ý tưởng chia nhỏ đường hầm củng mạc nhưng có sự khác biệt là kỹ thuật của Fahy có khoảng hở giữa 2 đoạn củng mạc, nơi ống dẫn lưu được che phủ bởi lớp màng ngoài tim, có thể là nguyên nhân của tình trạng viêm sau phẫu thuật được báo cáo ở 12/46 mắt [6]. Spatula được sử dụng để luồn ống dẫn lưu qua từng đoạn hầm một cách an toàn và dễ dàng hơn. Việc cố định thân van cách 8 mm so với rìa giác củng mạc giúp van được cố định vững chắc với vị trí ổn định, tránh các tác động ma sát cơ học trong quá trình chớp mắt làm di lệch thân và ống van.

Giai đoạn “tăng nhãn áp” thường xảy ra và đạt đỉnh trong khoảng 2 – 4 tuần sau phẫu thuật, gần tương tự so với nghiên cứu của Dai và cộng sự (2023) [10]. Điều này có thể lý giải là do tiếp nối quá trình viêm là sự di chuyển và tăng sinh nguyên bào sợi, thường bắt đầu vào ngày thứ 5 và kéo dài đến tuần thứ 2 – 3 sau phẫu thuật, diễn ra liên tục với sự hỗn loạn của mô hạt và nguyên bào sợi tại vị trí bong van, cản trở thoát lưu thủy dịch tạo nên đỉnh “tăng nhãn áp”. Sau khoảng 1 tháng, mô sẹo mới hình thành đạt được độ bền và độ đàn hồi nhờ sự sắp xếp ổn định của các sợi collagen đan chéo nhau, làm giảm độ dày xơ sẹo, thủy dịch thoát lưu và nhãn áp được kiểm soát trở lại.

Mặc dù với ưu điểm là cơ chế van một chiều, tình trạng tiền phòng nông và nhãn áp thấp vẫn thường xảy ra sau phẫu thuật đặt van Ahmed, tỷ lệ dao động 13 – 15% ở một số nghiên cứu gần đây [5-10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 4/20 mắt (20%) ghi nhận tiền phòng nông sau phẫu thuật, ngoài ra các biến chứng khác như xuất huyết tiền phòng, bong hắc mạc, viêm màng bồ đào và viêm nội nhãn không xảy ra.

Nguyên nhân gây ra tình trạng hạ nhãn áp vẫn chưa được hiểu đầy đủ, có thể liên quan đến tổn thương van do bơm dịch quá mạnh trong quá trình kiểm tra sự thông suốt của van [10].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số hạn chế: (1) cỡ mẫu nhỏ (20 mắt), (2) thời gian theo dõi ngắn (6 tháng), chưa đủ để ghi nhận các biến chứng muộn, (3) thiết kế mô tả, không có nhóm chứng so sánh trực tiếp với kỹ thuật dùng mảnh ghép. Những hạn chế này cần được khắc phục bằng các nghiên cứu đoàn hệ, đa trung tâm, cỡ mẫu lớn và theo dõi lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, kỹ thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc không sử dụng mảnh ghép rời, cho thấy hiệu quả kiểm soát nhãn áp rõ rệt, giảm nhu cầu thuốc, và đặc biệt an toàn trong việc phòng tránh lộ ống trong giai đoạn theo dõi ngắn hạn. Đây là một phương pháp hứa hẹn, có thể thay thế kỹ thuật truyền thống, nhất là trong bối cảnh thiếu hụt vật liệu ghép tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Minckler DS, Francis BA, Hodapp EA, et al.** Aqueous shunts in glaucoma: a report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology*. Jun 2008;115(6):1089-98. doi:10.1016/j.ophtha.2008.03.031.
2. **Hong CH, Arosemena A, Zurakowski D, Ayyala RS.** Glaucoma drainage devices: a systematic literature review and current controversies. *Survey of ophthalmology*. Jan-Feb 2005;50(1): 48-60. doi:10.1016/j.survophthal.2004.10.006.
3. **Quaranta L, Riva I, Floriani IC.** Outcomes of using a sutureless bovine pericardial patch graft for Ahmed valve glaucoma valve implantation. *European journal of ophthalmology*. Sep-Oct 2013;23(5):738-42. doi:10.5301/ejo.5000260.
4. **Sarkisian SR, Jr.** Tube shunt complications and their prevention. *Curr Opin Ophthalmol*. Mar 2009; 20(2): 126-30. doi:10.1097/ICU.0b013e328323d519.
5. **Eslami Y, Azaripour E, Mohammadi M, et al.** Single long scleral tunnel technique for prevention of Ahmed valve tube exposure. *European Journal of Ophthalmology*. 2018/04/03 2018;29(1):52-56. doi:10.1177/1120672117753701.
6. **Fahy ET, Garg A, Lim KS.** Double scleral tunnel technique to prevent glaucoma drainage device exposure. *European journal of ophthalmology*. 2023;33(3): 1495-1500. doi:10.1177/11206721221149606.
7. **Kugu S, Erdogan G, Sevim MS, Ozerturk Y.** Efficacy of Long Scleral Tunnel Technique in Preventing Ahmed Glaucoma Valve Tube Exposure through Conjunctiva. *Seminars in Ophthalmology*. 2013/08/16 2013;30(1):1-5. doi:10.3109/08820538.2013.807851
8. **Un Y, Imamoglu S.** Nonsuperotemporal quadrant implantation of the Ahmed glaucoma valve using modified long scleral tunnel technique for intraocular pressure control. *Arquivos Brasileiros de*

- Oftalmologia. 2024;87(2):e2022-0306.
9. **Anh BTV.** Kết quả bước đầu phẫu thuật đặt van dẫn lưu thủy dịch tiền phòng điều trị các dạng glôcôm khó điều chỉnh nhãn áp glôcôm khó điều chỉnh nhãn áp. Y học lâm sàng. 2009;(43):6.
10. **Dai Y, Gong JF, Zhu JM, et al.** Long scleral tunnel technique for prevention of drainage tube-related complications during Ahmed glaucoma valve implantation. Medicine (Baltimore). 2023 Oct 20;102(42):e35745.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN VÚ TOÀN BỘ KẾT HỢP TÁI TẠO VÚ CÙNG THÌ BẰNG TÚI ĐỘN

Phạm Hồng Khoa¹, Lê Văn Vũ¹, Mai Tiến Đạt¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Ung thư vú không thể bảo tồn thường phải cắt tuyến vú toàn bộ, gây ảnh hưởng thể chất và tâm lý. Tái tạo vú cùng thì bằng túi độn ngày càng phổ biến nhờ kỹ thuật đơn giản, ít xâm lấn, chi phí hợp lý và cải thiện thẩm mỹ, chất lượng sống. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 117 bệnh nhân cắt tuyến vú toàn bộ kèm tái tạo cùng thì bằng túi độn và 130 bệnh nhân cắt tuyến vú đơn thuần tại Bệnh viện K, từ 6/2023 đến 6/2025. Kết quả thẩm mỹ đánh giá theo thang điểm Lowery – Carlson; chất lượng cuộc sống đo bằng EQ-5D-5L và BREAST-Q tại 1 tháng và ≥ 6 tháng sau mổ. **Kết quả:** Trong nhóm tái tạo, 88,9% bệnh nhân đạt kết quả thẩm mỹ mức đẹp và tốt. Sa trễ tuyến vú và can thiệp vú đối bên ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả thẩm mỹ ($p < 0,05$). Điểm EQ-5D-5L tại 1 tháng và ≥ 6 tháng không khác biệt giữa hai nhóm, cho thấy phẫu thuật tái tạo cùng thì bằng túi độn nhẹ nhàng, giúp bệnh nhân hồi phục sớm và ổn định. Theo BREAST-Q, nhóm tái tạo có điểm số cao hơn có ý nghĩa thống kê ở các lĩnh vực hài lòng tuyến vú, sức khỏe tâm lý – xã hội và sức khỏe tình dục ($p < 0,001$), trong khi sức khỏe thể chất vùng ngực không khác biệt ($p > 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ kèm tái tạo cùng thì bằng túi độn tại Bệnh viện K cho kết quả thẩm mỹ tốt, cải thiện rõ rệt sự hài lòng, sức khỏe tâm lý – xã hội và sức khỏe tình dục, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm. **Từ khóa:** ung thư vú, tái tạo vú cùng thì, túi độn, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS UNDERGOING IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION WITH IMPLANTS AFTER TOTAL MASTECTOMY

Background: In non-breast-conserving breast cancer cases, total mastectomy causes notable physical and psychological impacts. Immediate implant-based reconstruction is increasingly adopted for its simplicity, minimal invasiveness, affordability,

and enhanced aesthetic and quality-of-life outcomes. **Patients and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 117 patients undergoing total mastectomy with immediate implant-based reconstruction and 130 patients undergoing mastectomy alone at K Hospital from June 2023 to June 2025. Aesthetic outcomes were assessed using the Lowery–Carlson scale, while quality of life was measured using the EQ-5D-5L and BREAST-Q questionnaires at 1 month and ≥ 6 months postoperatively. **Results:** In the reconstruction group, 88.9% of patients achieved excellent or good aesthetic outcomes. Breast ptosis and contralateral breast intervention significantly influenced these outcomes ($p < 0.05$). EQ-5D-5L scores at 1 month (0.859 ± 0.106 vs. 0.876 ± 0.112 ; $p = 0.222$) and ≥ 6 months (0.893 ± 0.121 vs. 0.896 ± 0.116 ; $p = 0.843$) showed no significant differences between groups, suggesting that immediate implant-based reconstruction is well tolerated, with rapid recovery and stable results comparable to mastectomy alone. BREAST-Q results demonstrated significantly higher scores in breast satisfaction, psychosocial, and sexual well-being in the reconstruction group at both time points ($p < 0.001$), while physical well-being of the chest showed no significant difference ($p > 0.05$). **Conclusion:** Immediate implant-based breast reconstruction after total mastectomy at K Hospital yields favorable aesthetic outcomes and significantly enhances patient satisfaction, psychosocial well-being, and sexual health, thereby improving quality of life in early-stage breast cancer patients.

Keywords: breast cancer, immediate breast reconstruction, implant, quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến vú trong điều trị ung thư vú gây nhiều hệ lụy về thể chất và tâm lý, ảnh hưởng lớn đến hình thể, hình ảnh cơ thể, sự tự tin, đời sống tình dục và sức khỏe tinh thần, từ đó làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân [1]. Các phương pháp tái tạo vú sau cắt tuyến vú ngày càng phát triển và phổ biến, trong đó tái tạo bằng túi độn là phương pháp đơn giản, ít xâm lấn, chi phí hợp lý, phù hợp với nhiều cơ sở y tế và nhu cầu bệnh nhân. Việc đánh giá khách quan CLCS sau phẫu thuật rất quan trọng để lựa chọn điều trị phù hợp. Tuy nhiên, tại Việt Nam và Bệnh viện K,

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Khoa

Email: phamhongkhoa1974@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

chưa có nghiên cứu so sánh trực tiếp CLCS giữa nhóm chỉ cắt vú và nhóm cắt vú kèm tái tạo cùng thì bằng túi đệm. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả thẩm mỹ và các yếu tố ảnh hưởng của nhóm bệnh nhân tạo hình.
2. Đánh giá chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân sau cắt toàn bộ tuyến vú có và không có tạo hình cùng thì bằng túi đệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 117 bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ kết hợp tái tạo cùng thì bằng túi đệm và 130 bệnh nhân ung thư vú phẫu thuật cắt tuyến vú đơn thuần tại bệnh viện K từ 6/2023 đến 6/2025

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn sớm, có hồ sơ bệnh án đầy đủ, được tái tạo cùng thì bằng túi đệm; tự nguyện tham gia và đủ khả năng hiểu, trả lời bộ câu hỏi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các bệnh toàn thân nặng ảnh hưởng đến CLCS sau điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Bệnh nhân được đánh giá tại từng thời điểm bằng thang điểm Lowery-Carlson (thẩm mỹ) và EQ-5D-5L, BREAST-Q (chất lượng cuộc sống) qua khám trực tiếp hoặc phỏng vấn điện thoại.

Cách tính điểm Lowery - Carlson: Kết quả thẩm mỹ được đánh giá sau mỗi 1 tháng và >6 tháng bằng thang Lowery-Carlson (4 mức: Đẹp, Tốt, Trung bình, Kém), dựa trên hình dạng, thể tích và đối xứng vú.

Bảng 1. Thang điểm Lowery – Carlson đánh giá kết quả thẩm mỹ

Yếu tố	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Thể tích vú	Mất cân xứng rõ	Mất cân xứng nhẹ	Cân đối
Hình dạng vú	Biến dạng rõ	Biến dạng nhẹ	Tự nhiên, cân đối
Vị trí núm vú và khối vú	Lệch rõ	Lệch nhẹ	Cân xứng
Nếp dưới vú	Không nhận ra	Nhận ra, không đối xứng	Rõ, cân xứng

Xếp loại: Đẹp: 7 - 8 điểm, Tốt: 6 điểm, Trung bình: 5 điểm, Kém: < 5 điểm

Thang EQ-5D-5L: Chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng EQ-5D-5L gồm 5 khía cạnh: đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt hàng ngày, đau/khó chịu và lo âu/u sầu, mỗi khía cạnh có 5 mức độ.

Thang BREAST-Q: Công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống và mức độ hài lòng sau phẫu

thuật vú, gồm 36 câu hỏi về ba lĩnh vực chất lượng sống (tâm lý-xã hội, thể chất, tình dục) và ba lĩnh vực hài lòng (hình dạng vú, kết quả phẫu thuật, chất lượng chăm sóc). Điểm được chuyển theo thang 0–100 bằng phần mềm Q-Score.

2.3. Xử lý số liệu. Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 20.0. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ SD, biến định tính bằng tỷ lệ %. Phân bố chuẩn kiểm định bằng Shapiro-Wilk. So sánh tỷ lệ dùng Chi-square hoặc Fisher's exact test, so sánh trung bình dùng t-test hoặc Mann-Whitney U test tùy phân bố. Mức ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả thẩm mỹ và các yếu tố ảnh hưởng

Bảng 2. Kết quả thẩm mỹ

Thang Lowery-Carlson	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đẹp	59	50,43
Tốt	45	38,46
Trung bình	13	11,11
Kém	0	0
Tổng cộng	117	100%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đạt kết quả thẩm mỹ đẹp hoặc tốt (104 ca, 88,9%), chỉ 13 ca trung bình (11,1%), không có trường hợp kém.

Bảng 3. Một số yếu tố ảnh hưởng kết quả thẩm mỹ

Yếu tố	Đẹp và tốt		Trung bình		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Giai đoạn					
0	30	28,84	6	46,15	0,424
1	57	54,81	5	38,46	
2	17	16,35	2	15,38	
Sa trễ					
Không	71	68,27	4	30,77	0,025
Độ 1	28	26,92	7	53,85	
Độ 2	5	4,81	2	15,38	
Cần chỉnh vú đối bên					
Không	42	40,38	2	15,38	0,042
Có	51	49,04	9	69,24	
Treo sa trễ	11	10,58	2	15,38	
Điều trị bổ trợ					
Không	41	39,42	5	38,46	0,957
Có	63	60,58	8	61,54	
Tổng	104	100	13	100	

Nhận xét: Trong 117 bệnh nhân tái tạo, giai đoạn I chiếm đa số (62 ca, 53%), tiếp theo là giai đoạn 0 (36 ca, 31%) và giai đoạn II (19 ca, 16%). Tỷ lệ thẩm mỹ đẹp/tốt lần lượt là 54,8%, 28,8% và 16,4%, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,424$). Nhóm không sa trễ chiếm 64,1%, sa trễ độ I 29,9% và độ II

6,0%; tỷ lệ đẹp/tốt giảm dần theo mức độ sa trễ (68,3%, 26,9%, 4,8%), khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,025$). Về căn chỉnh vú đối bên, 51,3% chỉnh núm vú, 37,6% không chỉnh, 11,1% treo sa trễ; nhóm chỉnh núm vú có tỷ lệ đẹp/tốt cao nhất (49,0%), khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,042$). Điều trị bổ trợ không ảnh hưởng đáng kể đến thẩm mỹ ($p = 0,957$).

3.2. Chất lượng cuộc sống

3.2.1. Chất lượng cuộc sống theo EQ-5D-5L

Bảng 4. Chất lượng cuộc sống theo EQ-5D-5L

Thời điểm	Có tái tạo $m \pm SD$	Không tái tạo $m \pm SD$	p
1 tháng	0,859 $\pm$ 0,106	0,876 $\pm$ 0,112	0,222
≥ 6 tháng	0,893 $\pm$ 0,121	0,896 $\pm$ 0,116	0,843

Nhận xét: Điểm EQ-5D-5L trung bình sau 1 tháng ở nhóm tái tạo (0,859 $\pm$ 0,106) thấp hơn nhẹ so với nhóm không tái tạo (0,876 $\pm$ 0,112), nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,222$). Từ 6 tháng trở lên, điểm trung bình hai nhóm gần tương đương (0,893 so với 0,896; $p = 0,843$).

Bảng 5. Chất lượng cuộc sống theo EQ-5D-5L tại 1 tháng

Các khía cạnh		Nhóm có tái tạo		Nhóm không tái tạo		p
		Số lượng	%	Số lượng	%	
Đi lại	Mức 1	117	100	130	100	1
Tự chăm sóc	Mức 1	112	95,73	129	99,23	0,082
	Mức 2	5	4,27	1	0,77	
Sinh hoạt thường ngày	Mức 1	109	93,16	125	96,15	0,256
	Mức 2	8	6,84	5	3,85	
Đau/khó chịu	Mức 1	38	32,48	44	33,85	0,878
	Mức 2	60	51,28	68	52,31	
	Mức 3	19	16,24	18	13,84	
Lo lắng/u sầu	Mức 1	39	33,3	37	28,46	0,470
	Mức 2	71	60,69	88	67,69	
	Mức 3	7	5,98	5	3,85	
Tổng		117		130		

Nhận xét: Về vận động, cả hai nhóm đều đạt mức 1 (100%, $p = 1,000$). Tự chăm sóc mức 1 ở nhóm tái tạo là 95,7%, nhóm không tái tạo 99,2%, không khác biệt ý nghĩa ($p = 0,082$). Sinh hoạt thường ngày mức 1 lần lượt 93,2% và 96,2%, không khác biệt ($p = 0,256$). Đau/khó chịu chủ yếu mức 2 (~51%), tỷ lệ mức 1 và 3 tương đương giữa hai nhóm, không ý nghĩa ($p = 0,878$). Lo âu/u sầu phần lớn mức 2 (~61–68%), còn lại mức 1 và 3, khác biệt không ý nghĩa ($p = 0,470$).

3.2.2. Chất lượng cuộc sống theo Breast-Q

Bảng 6. Chất lượng cuộc sống Breast-Q giữa 2 nhóm

Thời điểm	Có tái tạo (N=117)	Không tái tạo (N=130)	p
Hài lòng về tuyến vú			
1 tháng	72,19 $\pm$ 8,16	62,35 $\pm$ 9,20	<0,001
≥ 6 tháng	77,38 $\pm$ 9,37	59,77 $\pm$ 10,43	<0,001
Sức khỏe tâm lý xã hội			
1 tháng	73,42 $\pm$ 10,31	55,34 $\pm$ 7,92	<0,001
≥ 6 tháng	75,84 $\pm$ 10,24	58,18 $\pm$ 8,36	<0,001
Sức khỏe tình dục			
1 tháng	60,83 $\pm$ 8,37	50,34 $\pm$ 14,67	<0,001
≥ 6 tháng	66,59 $\pm$ 7,87	52,16 $\pm$ 12,25	<0,001
Sức khỏe thể chất ngực			

1 tháng	68,52 $\pm$ 10,63	67,48 $\pm$ 9,72	0,453
≥ 6 tháng	70,51 $\pm$ 12,76	70,35 $\pm$ 10,65	0,521

Nhận xét: Điểm hài lòng về tuyến vú ở nhóm tái tạo luôn cao hơn nhóm không tái tạo, lần lượt là 72,2 so với 62,4 sau 1 tháng và 77,4 so với 59,8 tại ≥ 6 tháng ($p < 0,001$). Về sức khỏe tâm lý-xã hội, nhóm tái tạo cũng vượt trội với 73,4 so với 55,3 sau 1 tháng và 75,8 so với 58,2 tại ≥ 6 tháng ($p < 0,001$). Điểm sức khỏe tình dục tương tự, lần lượt 60,8 so với 50,3 và 66,6 so với 52,2 ($p < 0,001$). Riêng sức khỏe thể chất vùng ngực không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ở cả hai thời điểm ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tái tạo tuyến vú cùng thì bằng túi độn đã được áp dụng tại Bệnh viện K gần 10 năm, chứng minh an toàn, triệt căn và biến chứng thấp, như nghiên cứu của Đỗ Đình Lộc (2022) trên 60 bệnh nhân [2]. Việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp (giai đoạn sớm, u nhỏ, loại trừ chỉ định xạ trị) và kinh nghiệm tính toán thể tích là yếu tố quyết định kết quả thẩm mỹ. Trong nghiên cứu, 117 bệnh nhân tái tạo có 104 ca (~89%) đạt thẩm mỹ đẹp/tốt với bầu vú tự nhiên, cân đối, tương xứng-núm vú hài hòa.

Một số nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có di

cần hạch nách và phải xạ trị bổ trợ thường giảm thẩm mỹ sau 1 năm do xơ cứng da thành ngực [2,3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đều giai đoạn sớm, không di căn hạch, điều trị bổ trợ chỉ gồm hóa chất, thuốc đích hoặc nội tiết nên không ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ ($p = 0,957$).

Tình trạng sa trễ tuyến vú là yếu tố quan trọng khi chọn túi độn và phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu, 42 bệnh nhân (35,9%) có sa trễ, gồm 29,8% độ I và 6,1% độ II. Với sa trễ độ II kèm phì đại, phương pháp phù hợp là tái tạo kèm treo sa trễ và thu gọn vú đối diện bằng T-Inverted, dù sẹo nhiều nhưng cho phép cắt da thừa và nâng quầng núm vú hiệu quả. Với sa trễ độ I, có thể căn chỉnh núm vú bằng đường quầng, đường dọc hoặc T-Inverted. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa xu hướng nhô cao của túi độn và sa trễ tự nhiên của vú lành vẫn là rào cản lớn về thẩm mỹ [3]. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm có sa trễ và can thiệp vú đối bên có tỷ lệ kết quả trung bình cao hơn, với khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,025$; $p = 0,042$).

EQ-5D-5L đánh giá 5 khía cạnh sức khỏe. Điểm trung bình tại 1 tháng là $0,859 \pm 0,106$ (tái tạo) vs $0,876 \pm 0,112$ (không tái tạo), $p = 0,222$; ≥ 6 tháng là $0,893 \pm 0,121$ vs $0,896 \pm 0,116$, $p = 0,843$ — không khác biệt ý nghĩa thống kê. Phần lớn bệnh nhân ở cả hai nhóm

không hạn chế vận động, tự chăm sóc và sinh hoạt ($>93\%$ mức 1); tỉ lệ tăng ở các mức đau/khó chịu và lo lắng/u sầu xuất hiện ở cả hai nhóm nhưng cũng không khác biệt ($p = 0,878$ và $p = 0,470$). Kết luận: tái tạo tức thì bằng túi độn không làm xấu đi chất lượng cuộc sống tổng thể trong ngắn hạn và bệnh nhân hồi phục tương đương nhóm cắt tuyến vú đơn thuần.

So với tái tạo bằng vật tự thân (LD, TRAM, DIEP), bệnh nhân tái tạo bằng túi độn có khả năng tự chăm sóc và sinh hoạt thường ngày tốt hơn trong tháng đầu. Nghiên cứu của Vũ Thị Duyên (DIEP) [5] và Nguyễn Công Huy (TRAM) [6] đều cho thấy chất lượng cuộc sống chỉ cải thiện rõ rệt sau 6–12 tháng, nhấn mạnh ưu thế hồi phục sớm của túi độn. Theo BREAST-Q, nhóm tái tạo đạt điểm hài lòng, sức khỏe tâm lý-xã hội và tình dục cao hơn rõ rệt ở cả 1 và 6 tháng ($p < 0,001$). Mặc dù tháng đầu còn hạn chế về độ mềm của vú, việc giữ được hình dáng tự nhiên giúp bệnh nhân dễ hòa nhập xã hội và sinh hoạt hàng ngày. Đến 6 tháng, các chỉ số càng cải thiện do hầu hết đã hoàn tất điều trị bổ trợ. Riêng sức khỏe thể chất vùng ngực không có khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$).

So sánh với kết quả của các nghiên cứu khác trên thế giới về CLCS theo thang điểm BREAST-Q của bệnh nhân sau tái tạo:

Bảng 7. Kết quả CLCS theo BREAST – Q của các nghiên cứu trên thế giới

Tác giả	Năm	N	Kết quả
Aguiar IC et al	2016	Implant n=57 Mastectomy n=57	Hài lòng tuyến vú nhóm Implant cao hơn ($p < 0.0001$) Sức khỏe thể chất ngực và sức khỏe tình dục không khác biệt
Pirro O et al	2017	Implant n=34 TRAM n=31	Nhóm tự thân có Hài lòng về tuyến vú và Kết quả chung cao hơn ($p = 0.0003$ và 0.0001) Khía cạnh khác (tâm lý xã hội, tình dục, sức khỏe thể chất ngực) không khác biệt
van Bommel et al	2020	Implant n=281 Mastectomy n=164	Sức khỏe tâm lý xã hội: 75 vs 67 ($p < 0.001$) Sức khỏe tình dục: 62 vs. 52 ($p < 0.001$) Sức khỏe thể chất ngực: 77 vs. 74 ($p = 0.021$) Hài lòng về tuyến vú: không khác biệt (64 vs. 62, $p=0.21$)
Shoichi Tomita et al	2023	Implant n=604 DIEP/free TRAM n=280 Vật LD n=117	Sức khỏe tình dục và Sức khỏe tâm lý xã hội: tự thân cao hơn implant, khác biệt không đáng kể Kết luận: Implant vẫn hợp lý nếu bệnh nhân được tư vấn kỹ

Dù có khác biệt nhỏ giữa các nghiên cứu, nhìn chung nhóm tái tạo cho thấy cải thiện rõ về chất lượng sống, đặc biệt là hài lòng về tuyến vú và sức khỏe tâm lý-xã hội; sức khỏe tình dục cũng được cải thiện trong một số nghiên cứu [7,8,9]. Khi so sánh tái tạo bằng túi độn với vật tự thân, mức hài lòng và chất lượng sống chung của nhóm túi độn ngày càng tiệm cận, nhờ lựa chọn bệnh nhân hợp lý (giai đoạn sớm, không xạ trị)

và cải tiến chất lượng túi độn [10]. Tuy nhiên, vật tự thân vẫn phù hợp hơn cho bệnh nhân cần xạ trị hoặc có vú rất lớn mà không muốn thu nhỏ bên đối diện [10].

V. KẾT LUẬN

Tái tạo tuyến vú cùng thì bằng túi độn tại Bệnh viện K là phẫu thuật an toàn cả về ngoại khoa và ung thư học, đạt thẩm mỹ tốt khi bệnh

nhân được lựa chọn và chuẩn bị kỹ, kèm đo đặc và chọn túi độn hợp lý. Phẫu thuật này cũng cải thiện rõ chất lượng cuộc sống, giúp bệnh nhân nhanh chóng hòa nhập, đồng thời nâng cao sự hài lòng, sức khỏe tâm lý-xã hội và sức khỏe tình dục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang P, Li CZ, WuCT, Jiao GM, Yan F, Zhu HC, Zhang XP. Comparison of immediate breast reconstruction after mastectomy and mastectomy alone for breast cancer: A meta-analysis. *Eur J Surg Oncol*. 2017 Feb;43(2):285-293. doi: 10.1016/j.ejso.2016.07.006. Epub 2016 Jul 27. PMID: 27503441.
2. Đinh Lộc Đỗ, & Quang Vinh. V. (2022). Kết quả tạo hình vú tức thì bằng túi độn điều trị ung thư vú giai đoạn sớm tại Bệnh viện K. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 517(1).
3. Hamann M, Brunnbauer M. Quality of life in breast cancer patients and surgical results of immediate tissue expander/implant-based breast reconstruction after mastectomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Aug;300(2):409-420. doi: 10.1007/s00404-019-05201-0. Epub 2019 May 29. PMID: 31144025.
4. Bitou B, Griaor E, Hardy J. Symmetric Breast Surgery: Balancing Procedures versus Prophylactic Mastectomy and Immediate Reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2024 Apr 1;153(4): 777-784. doi: 10.1097/PRS.00000000000010713. Epub 2023 May 22. PMID: 37220234.
5. Thi Duyên, V., & Hồng Khoa, P. (2022). Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ kết hợp tái tạo vú cùng thì bằng vật diep. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 519(2).
6. Nguyễn. C. H., Lê. H. O., & Trinh. L. H. (2025). Kết quả sớm phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kết hợp tái tạo vú tức thì bằng vật tram tại Bệnh viện K. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 548(1).
7. Aquiar IC, Veiga DF, Marques TF, Novo NF, Sabino Neto M, Ferreira LM. Patient-reported outcomes measured by BREAST-O after implant-based breast reconstruction: A cross-sectional controlled study in Brazilian patients. *Breast*. 2017 Feb;31:22-25. doi: 10.1016/j.breast.2016.10.008. Epub 2016 Oct 28. PMID: 27810695.
8. Pirro O, Mestak O. Comparison of Patient-reported Outcomes after Implant Versus Autologous Tissue Breast Reconstruction Using the BREAST-O. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2017 Jan 25;5(1):e1217. doi: 10.1097/GOX.0000000000001217. PMID: 28203513; PMCID: PMC5293311.
9. van Bommel ACM, deLiqt KM, Schreuder K, Maduro JH, VanDalen T, Peeters MTFDV, Mureau MAM, Siesling S; NABON Breast Cancer Audit Working Group. The added value of immediate breast reconstruction to health-related quality of life of breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol*. 2020 Oct;46(10 Pt A):1848-1853. doi: 10.1016/j.ejso.2020.06.009. Epub 2020 Jun 11. PMID: 32763107.
10. Shoichi Tomita, Keita Naqai, Noriko Matsunaga, Maiko deKerckhove, Miwako Fujii, Yasunobu Terao, Detailed Analysis of Three Major Breast Reconstructions Using BREAST-O Responses From 1001 Patients. *Aesthetic Surgery Journal*. Volume 43, Issue 11, November 2023, Pages NP888–NP897.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THEO DÕI HUYẾT ÁP TẠI NHÀ Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Mai Thanh Hải^{1,2}, Võ Nguyên Trung^{1,2}, Nguyễn Văn Chính^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, theo dõi huyết áp tại nhà (HATN) đã được khuyến cáo rộng rãi ở bệnh nhân tăng huyết áp (THA). Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu theo dõi HATN ở bệnh nhân THA còn hạn chế. **Mục tiêu:** Khảo sát các yếu tố liên quan đến theo dõi HATN thường xuyên và mối liên quan giữa theo dõi HATN thường xuyên với kiểm soát huyết áp tại phòng khám. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 394 bệnh nhân (208 người có theo dõi HATN thường xuyên và 186 không

theo dõi thường xuyên) ≥ 18 tuổi được chẩn đoán THA đang điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, Cơ sở 2 từ 07/2024 đến 12/2024. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân theo dõi HATN thường xuyên có tuổi trung bình thấp hơn ($55,6 \pm 12,6$ so với $59,0 \pm 12,6$, $p=0,0007$). Nhóm bệnh nhân không theo dõi HATN thường xuyên có tỷ lệ mắc đái tháo đường (35,9% so với 24,0%, $p=0,017$), bệnh tim thiếu máu cục bộ (58,6% so với 40,4%, $p<0,0001$) và rối loạn lipid máu (65,6% so với 50,0%, $p=0,0002$) cao hơn đáng kể so với nhóm có theo dõi thường xuyên. Không có sự khác biệt về tỷ lệ kiểm soát huyết áp tại phòng khám giữa nhóm có và không có theo dõi HATN thường xuyên. **Kết luận:** Bệnh nhân trẻ và ít bệnh đồng mắc có xu hướng theo dõi HATN thường xuyên hơn. Không có sự khác biệt về trị số huyết áp tại phòng khám giữa hai nhóm.

Từ khóa: theo dõi huyết áp tại nhà, THA.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH HOME

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thanh Hải

Email: hai.mt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

BLOOD PRESSURE MONITORING IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Background: Home blood pressure monitoring (HBPM) is widely recommended for patients with hypertension. In Vietnam, studies on HBPM among hypertensive patients remain limited. **Objective:** To investigate factors associated with regular HBPM and the relationship between regular HBPM and blood pressure control at the office. **Methods:** An analytical cross – sectional study was conducted on 394 patients (208 regularly monitoring home blood pressure and 186 not regularly monitoring) aged ≥ 18 years, diagnosed with hypertension, and receiving outpatient treatment at the Outpatient Department, University Medical Center Ho Chi Minh City, Branch 2, from July 2024 to December 2024. **Results:** Patients who regularly monitored home blood pressure had a significantly lower mean age ($55,6 \pm 12,6$ vs. $59,0 \pm 12,6$, $p=0,0007$). Patients who did not regularly monitor home blood pressure had significantly higher rates of diabetes mellitus (35,9% vs. 24,0%, $p=0,017$), ischemic heart disease (58,6% vs. 40,4%, $p<0,0001$), and dyslipidemia (65,6% vs. 50,0%, $p=0,0002$) compared to those who monitored regularly. There was no significant difference in blood pressure control at the office between the two groups. **Conclusions:** Younger patients with fewer comorbidities were more likely to perform HBPM regularly. No significant differences in office blood pressure values were observed between the two groups. **Keywords:** Home blood pressure monitoring, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

THA là một vấn đề sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng và là nguyên nhân hàng đầu gây ra các biến chứng tim mạch nghiêm trọng như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim và bệnh thận mạn. Việc kiểm soát huyết áp hiệu quả đóng vai trò then chốt trong việc giảm nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch và tử vong cho bệnh nhân. Bên cạnh việc điều trị bằng thuốc, thay đổi lối sống, theo dõi HATN đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát THA [8]. Nhiều thử nghiệm lâm sàng cho thấy theo dõi HATN giúp cải thiện việc kiểm soát huyết áp, giảm nguy cơ biến cố tim mạch và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân THA [4]. Theo dõi HATN cung cấp nhiều thông tin giúp bác sĩ có cái nhìn tổng quan hơn về tình trạng huyết áp của bệnh nhân từ đó giúp điều chỉnh thuốc phù hợp. Việc xác định các yếu tố liên quan đến theo dõi HATN rất quan trọng để phát triển các can thiệp hiệu quả nhằm nâng cao tỷ lệ đo HATN cho bệnh nhân và cải thiện việc kiểm soát THA.

Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát việc theo dõi HATN ở bệnh nhân THA. Trong bối cảnh đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát các yếu tố liên quan đến theo dõi HATN thường xuyên và mối liên

quan giữa theo dõi HATN thường xuyên với kiểm soát huyết áp tại phòng khám của bệnh nhân.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát các yếu tố liên quan đến theo dõi HATN thường xuyên với 02 mục tiêu cụ thể:

1. Khảo sát các yếu tố liên quan đến theo dõi HATN thường xuyên ở bệnh nhân THA.
2. Đánh giá mối liên quan giữa theo dõi HATN thường xuyên và kiểm soát huyết áp tại phòng khám.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Cắt ngang mô tả.

Dân số nghiên cứu. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán THA, đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 2.

Tiêu chuẩn chọn vào. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán THA, đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 2.

- Thời gian điều trị THA tối thiểu 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại ra

- Phụ nữ có thai, cho con bú.
- Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh 2 tỷ lệ: $n=2p(1-p)(Z_{\alpha/2}+Z_{\beta})^2/(p_1-p_2)^2$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm.
- p_1 và p_2 : tỷ lệ kiểm soát huyết áp tại phòng khám của 2 nhóm có và không có theo dõi HATN thường xuyên. Lấy kết quả từ nghiên cứu của tác giả Boulware 2020 [2] $\rightarrow$ cỡ mẫu cho mỗi nhóm tối thiểu là 148.

Số bệnh nhân trong nghiên cứu thực tế là 208 người theo dõi HATN thường xuyên và 186 người không theo dõi HATN thường xuyên.

Phương pháp chọn mẫu: liên tiếp không xác suất.

Thu thập số liệu. Các đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được đưa vào nghiên cứu sau khi được giải thích và ký vào mẫu đồng thuận tham gia nghiên cứu. Dữ liệu thu thập bao gồm:

- A. Đặc điểm về nhân trắc học: tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể, nơi sống, bệnh lý đi kèm.
- B. Tiền sử về THA: thời gian điều trị THA, số loại thuốc hạ áp đang dùng, theo dõi HATN.
- C. Trị số huyết áp đo tại phòng khám.

Các biến số chính. Theo dõi HATN thường xuyên: đo HATN ≥ 01 lần/tuần.

- Kiểm soát huyết áp tại phòng khám: khi trị số huyết áp tại phòng khám $<140/90$ mmHg.

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu thu thập được mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm

Excel, phân tích bằng phần mềm Stata 13. Kiểm tra phân phối chuẩn của biến số định lượng bằng kiểm định Shapiro - Wilk. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến số định lượng không có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị 25th – 75th). Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Thống kê phân tích sẽ dùng kiểm định χ^2 để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm. Dùng kiểm định T để so sánh trung bình giữa 2 nhóm có phân phối chuẩn. Dùng kiểm định Wilcoxon để so sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm không có phân phối chuẩn. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận (số QĐ 738/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày chấp thuận 24/06/2024).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 07/2024 đến 12/2024, nghiên cứu thu thập 394 bệnh nhân, trong đó có 208 bệnh nhân theo dõi HATN thường xuyên và 186 bệnh nhân không theo dõi HATN thường xuyên.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Các đặc điểm (N=394)	Theo dõi HATN thường xuyên		p
	Có (n=208)	Không (n=186)	
Tuổi	55,6 $\pm$ 12,6	59,0 $\pm$ 12,6	0,0007
Giới nữ	109(52,4%)	115(61,8%)	0,059
Chỉ số khối cơ thể (Kg/m ²)	24,8 $\pm$ 3,6	24,6 $\pm$ 3,6	0,689
Sống tại khu vực thành thị	127(61,1%)	115(61,8%)	0,875
Hút thuốc lá	21(10,1%)	19(10,2%)	0,969

Bảng 2: Bệnh đồng mắc

Các đặc điểm (N=394)	Theo dõi HATN thường xuyên		p
	Có (n=208)	Không (n=186)	
Đái tháo đường	50(24,0%)	65(35,9%)	0,017
Suy tim	13(6,3%)	12(6,5%)	0,935
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	84(40,4%)	109(58,6)	<0,0001
Đột quỵ	3(1,4%)	5(2,7%)	0,381
Bệnh thận mạn	29(13,9%)	33(17,7%)	0,301
Rối loạn lipid máu	104(50,0%)	122(65,6%)	0,0002
Số bệnh đồng mắc	1,8 $\pm$ 1,3	2,2 $\pm$ 1,3	0,0003

Bảng 3: Tiền căn THA

Các đặc điểm	Theo dõi HATN	p
--------------	---------------	---

(N=394)	thường xuyên		
	Có (n=208)	Không (n=186)	
Thời gian THA >5 năm	107(51,4%)	117(62,9%)	0,022
Số thuốc hạ áp	2,2 $\pm$ 0,9	2,1 $\pm$ 0,8	0,3668

Bảng 4: Mối liên quan giữa theo dõi HATN với kiểm soát huyết áp tại phòng khám

Các đặc điểm (N=394)	Theo dõi HATN thường xuyên		p
	Có (n=208)	Không (n=186)	
Kiểm soát huyết áp tại phòng khám	164 (78,8%)	144 (77,4%)	0,732
Huyết áp tâm thu tại phòng khám	126,6 $\pm$ 12,6	126,5 $\pm$ 15,9	0,906
Huyết áp tâm trương tại phòng khám	79,1 $\pm$ 7,5	79,3 $\pm$ 9,0	0,780

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm lâm sàng. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân theo dõi HATN có tuổi trung bình thấp hơn đáng kể so với nhóm không theo dõi (55,6 $\pm$ 12,6 so với 59,0 $\pm$ 12,6, $p=0,0007$), trong khi các yếu tố khác như giới tính, chỉ số khối cơ thể, tỷ lệ bệnh nhân sống tại khu vực thành thị và hút thuốc lá không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm. Xu hướng bệnh nhân trẻ tuổi theo dõi HATN thường xuyên hơn tương đồng với kết quả từ nhiều nghiên cứu trước đây. Theo nghiên cứu của Petek-Ster (2009), tuổi tác là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến việc sở hữu và sử dụng thiết bị đo HATN (63,0 $\pm$ 12,2 so với 65,8 $\pm$ 12,7, $p<0,001$) [5]. Ngoài ra, nghiên cứu tại Trung Quốc của Li (2024) cũng ghi nhận rằng bệnh nhân lớn tuổi thường có xu hướng phụ thuộc vào đo huyết áp tại phòng khám hơn là tự đo tại nhà [4].

Một số lý do có thể lý giải cho xu hướng này. Thứ nhất, người trẻ thường chủ động hơn trong việc theo dõi HATN, một phần do nhận thức tốt hơn về lợi ích của việc tự theo dõi, đồng thời dễ dàng tiếp cận thông tin y khoa qua internet và ứng dụng y tế. Thứ hai, bệnh nhân lớn tuổi thường gặp khó khăn trong việc sử dụng thiết bị đo huyết áp, đặc biệt là những người có các bệnh lý đi kèm như suy giảm nhận thức hoặc hạn chế vận động. Ngoài ra, hầu hết các thiết bị đo huyết áp hiện nay đều là máy đo điện tử, người trẻ tuổi thường quen thuộc hơn với công nghệ, giúp họ dễ dàng tiếp cận và sử dụng máy đo huyết áp hơn so với người cao tuổi. Điều này cho thấy cần có các chương trình giáo dục và hỗ trợ cụ thể dành cho nhóm bệnh nhân lớn tuổi nhằm tăng cường khả năng theo dõi HATN và cải

thiện kết quả kiểm soát huyết áp.

4.2. Các bệnh đồng mắc. Nghiên cứu ghi nhận nhóm bệnh nhân không theo dõi HATN thường xuyên có tỷ lệ mắc đái tháo đường (35,9% so với 24,0%, $p=0,017$), bệnh tim thiếu máu cục bộ (58,6% so với 40,4%, $p<0,0001$) và rối loạn lipid máu (65,6% so với 50,0%, $p=0,0002$) cao hơn đáng kể so với nhóm có theo dõi thường xuyên. Đồng thời, số bệnh đồng mắc trung bình cũng cao hơn ở nhóm không theo dõi HATN thường xuyên ($2,2 \pm 1,3$ so với $1,8 \pm 1,3$, $p=0,0003$). Điều này gợi ý rằng bệnh nhân có nhiều bệnh lý đi kèm có thể ít tuân thủ việc theo dõi HATN hơn.

Những bệnh nhân này (đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ, rối loạn lipid máu) thường phải quản lý nhiều vấn đề sức khỏe cùng lúc. Việc ưu tiên điều trị các bệnh lý khác, chẳng hạn như kiểm soát đường huyết, triệu chứng đau thắt ngực hoặc chế độ ăn, có thể khiến họ ít quan tâm hơn đến theo dõi HATN. Nghiên cứu của Vickneson và cộng sự (2022) cũng cho thấy bệnh nhân có nhiều bệnh lý đi kèm ít tham gia vào tự theo dõi huyết áp hơn [7]. Ngoài ra, nhóm bệnh nhân này thường có lịch tái khám và thực hiện xét nghiệm thường xuyên hơn, dẫn đến tâm lý chủ quan, cho rằng việc tự đo HATN không cần thiết do đã được bác sĩ kiểm tra định kỳ.

4.3. Các đặc điểm liên quan đến tiên căn THA. Trong nghiên cứu chúng tôi, nhóm bệnh nhân không theo dõi HATN có tỷ lệ mắc THA kéo dài trên 5 năm cao hơn đáng kể so với nhóm có theo dõi (62,9% so với 51,4%, $p=0,022$). Theo nghiên cứu của Jitka và cộng sự (2014), bệnh nhân mới được chẩn đoán THA thường có mức độ tuân thủ cao hơn với việc theo dõi HATN, trong khi những người mắc bệnh lâu năm có thể trở nên chủ quan, đặc biệt nếu họ không gặp phải biến chứng [3]. Nhiều bệnh nhân cảm thấy việc đo huyết áp tại phòng khám là đủ, đặc biệt nếu họ đang sử dụng thuốc ổn định. Bên cạnh đó, nhận thức của bệnh nhân về lợi ích của theo dõi HATN cũng đóng vai trò quan trọng trong việc quyết định thực hiện hành vi này. Một nghiên cứu tại Anh cho thấy bệnh nhân THA lâu năm thường ít nhận được sự tư vấn về theo dõi HATN so với những bệnh nhân mới chẩn đoán [1]. Điều này có thể là do bác sĩ tập trung vào việc điều chỉnh thuốc và đánh giá biến chứng hơn là khuyến khích bệnh nhân tự theo dõi huyết áp.

4.4. Môi liên quan với kiểm soát huyết áp tại phòng khám. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ kiểm soát huyết áp tại phòng khám (78,8% so với

77,4%, $p=0,732$), huyết áp tâm thu ($126,6 \pm 12,6$ mmHg so với $126,5 \pm 15,9$ mmHg, $p=0,906$) và huyết áp tâm trương ($79,1 \pm 7,5$ mmHg so với $79,3 \pm 9,0$ mmHg, $p=0,780$) giữa hai nhóm bệnh nhân có theo dõi HATN thường xuyên và không theo dõi thường xuyên. Mặc dù kết quả từ các thử nghiệm lâm sàng cho thấy theo dõi HATN là một biện pháp hỗ trợ kiểm soát huyết áp tốt hơn, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, việc này không có tác động đáng kể đến kết quả đo huyết áp tại phòng khám. Nhiều nghiên cứu trong thế giới thực gần đây cũng cho kết quả tương tự chúng tôi [3],[5],[6]. Một yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả là cách đo HATN. Nếu HATN không được đo đúng tiêu chuẩn (bệnh nhân nghỉ ngơi đầy đủ trước khi đo, đo nhiều lần và lấy trung bình), thì kết quả có thể không phản ánh chính xác tình trạng huyết áp của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân trong cả hai nhóm đều tuân thủ phác đồ điều trị tốt, thì tỷ lệ kiểm soát huyết áp tại phòng khám sẽ không có sự khác biệt đáng kể [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát huyết áp tại phòng khám của hai nhóm đều đạt tỷ lệ cao gần 80%, gợi ý rằng bệnh nhân có thể đã tuân thủ điều trị rất tốt. Hơn nữa, một số nghiên cứu chỉ ra rằng hiệu quả của việc theo dõi HATN phụ thuộc vào cách sử dụng dữ liệu đo được. Nếu bệnh nhân đo HATN nhưng không báo cáo lại với bác sĩ hoặc không điều chỉnh lối sống và tuân thủ thuốc dựa trên kết quả đo, thì theo dõi HATN có thể không mang lại lợi ích đáng kể. Cuối cùng, nhóm không theo dõi HATN thường xuyên trong nghiên cứu chúng tôi có nhiều bệnh đồng mắc hơn (đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ, rối loạn lipid máu), khiến họ có khả năng được điều chỉnh thuốc tích cực hơn từ bác sĩ để đạt huyết áp mục tiêu.

Hạn chế. Nghiên cứu chưa xem xét các yếu tố ảnh hưởng đến theo dõi HATN, như nhận thức bệnh nhân và tư vấn từ nhân viên y tế. Ngoài ra, đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả tại một thời điểm, nên không phản ánh được quá trình kiểm soát huyết áp theo thời gian.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân trẻ và ít bệnh đồng mắc có xu hướng theo dõi HATN thường xuyên hơn. Không có sự khác biệt về giá trị huyết áp tại phòng khám giữa nhóm có và không có theo dõi HATN thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anbarasan T, Rogers A, Rorie DA, et al. Factors influencing home blood pressure monitor ownership in a large clinical trial. J Hum

- Hypertens. 2022 Mar;36(3):325-332.
2. **Boulware LE, Ephraim PL, Hill-Briggs F, et al.** Hypertension Self-management in Socially Disadvantaged African Americans: the Achieving Blood Pressure Control Together (ACT) Randomized Comparative Effectiveness Trial. *J Gen Intern Med.* 2020 Jan;35(1):142-152.
 3. **Jitka S, Jan F, Peter W, et al.** Availability and use of home blood pressure measurement in the Czech general population. *Cor et Vasa.* 2014;56(2):e158-e163.
 4. **Li J, Tian A, Liu J, et al.** Home Blood Pressure Monitoring and Its Association With Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients With High Cardiovascular Risk in China. *Cardiol Discov.* 2024 Mar;4(1):15-22.
 5. **Petek-Ster M, Svab I, Klancic D.** Proportion and characteristics of patients who measure their blood pressure at home: nationwide survey in Slovenia. *Srp Arh Celok Lek.* 2009 Jan-Feb;137(1-2):52-7.
 6. **Shi Y, McAdam-Marx C, Downes JM.** Impact of home blood pressure monitors on self-monitoring and control of blood pressure in vulnerable adults. *Blood Press Monit.* 2024 Feb 1;29(1):35-40.
 7. **Vickneson K, Rogers A, Anbarasan T, et al.** Factors influencing participation and long-term commitment to self-monitoring of blood pressure in a large remote clinical trial: The treatment in morning versus evening (TIME) study. *J Hum Hypertens.* 2022 Dec;36(12):1099-1105.
 8. **Zuo HJ, Ma JX, Wang JW, et al.** Assessing the routine-practice gap for home blood pressure monitoring among Chinese adults with hypertension. *BMC Public Health.* 2020 Nov 23;20(1):1770.

THỰC TRẠNG TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRÊN NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Phạm Thị Cẩm Hưng¹, Đỗ Thu Hiền¹

PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tiền đái tháo đường và phân tích một số yếu tố liên quan trên người bệnh tăng huyết áp tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương từ tháng 02/2024 – 04/2024. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả nghiên cứu:** Đa số người bệnh có độ tuổi trên 75 (47,3%), Giới tính nữ (47,3%), nghề nghiệp hưu trí (45,5), Trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học (46,4%), BMI bình thường (59,1%), có hoạt động thể lực (60%) và không có tiền sử gia đình có người đái tháo đường (0,9%); Tỷ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường theo Glucose lúc đói là 33,6%; Tỷ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường theo HbA1c là 55,5%; Tỷ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường theo Glucose lúc đói hoặc HbA1c là 58,2%; Không có mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, giới, BMI, ít hoạt động thể lực, tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường với tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp. **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường theo Glucose lúc đói hoặc HbA1c là 58,2%; Không có mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, giới, BMI, ít hoạt động thể lực, tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường với tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp.

SUMMARY

PREVALENCE OF PREDIABETES AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS AT THE CARDIOVASCULAR CENTER OF HAI DUONG

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng
Email: phamcamhungal@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025
Ngày duyệt bài: 27.11.2025

Objective: To determine the prevalence of prediabetes and analyze associated factors among hypertensive patients at the Cardiovascular Center of Hai Duong Provincial General Hospital between February and April 2024. **Methods:** A cross-sectional analytical study was conducted. **Results:** The majority of patients were aged over 75 years (47.3%), female (57.3%), retired (45.5%), and had completed intermediate to university-level education (46.4%). Most had a normal body mass index (59.1%), engaged in physical activity (60%), and had no family history of diabetes (80.9%). The prevalence of prediabetes was 33.6% based on fasting plasma glucose (FPG), 55.5% based on HbA1c, and 58.2% based on either FPG or HbA1c criteria. No statistically significant associations were found between prediabetes and age, sex, BMI, physical inactivity, or family history of diabetes among hypertensive patients. **Conclusion:** The prevalence of prediabetes among hypertensive patients, based on either fasting glucose or HbA1c, was 58.2%. No significant associations were observed between prediabetes and demographic or lifestyle-related variables in this population.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền đái tháo đường là tình trạng lượng đường trong máu cao hơn bình thường nhưng chưa đủ cao để được chẩn đoán là đái tháo đường type 2. Đây là giai đoạn mà người bệnh chưa xuất hiện các triệu chứng của đái tháo đường nhưng đã có nguy cơ tổn thương mạch máu, đặc biệt trên người bệnh có tăng huyết áp thì yếu tố đái tháo đường góp phần tăng thêm gánh nặng cho người bệnh [1].

Tại Việt Nam, theo Lâm Chí Hiếu (2022) nghiên cứu người bệnh tăng huyết áp đến khám và điều trị tại khoa khám bệnh, Bệnh viện tim mạch thành phố Cần Thơ tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp là 66,3%[1].

Một số nghiên cứu trên thế giới cho rằng có sự liên quan lẫn nhau giữa bệnh lý tăng huyết áp và đái tháo đường. Tình trạng đề kháng insulin ở người mắc đái tháo đường type 2 làm gia tăng lượng cholesterol và triglyceride, phá vỡ sự trao đổi giữa các tế bào, bao gồm cả các tín hiệu để cơ thể điều chỉnh huyết áp, kích thích hệ thần kinh giao cảm, làm cho tim đập nhanh hơn và các động mạch co lại. Ngoài ra, nó còn tạo ra sự mất cân đối giữa natri và kali (điều này làm tăng thể tích máu), canxi và magie (làm co động mạch) và đồng thời gây xơ vữa động mạch, từ đó gây tăng huyết áp. Ngược lại, tăng huyết áp được xem là một yếu tố nguy cơ của bệnh đái tháo đường [2,3,4].

Do đó, việc tầm soát tăng huyết áp trên người bệnh đái tháo đường và ngược lại, phát hiện các dấu hiệu sớm của đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp là cực kỳ quan trọng, giúp phòng ngừa các biến chứng nặng do đồng mắc gây ra, giảm chi phí điều trị, tăng chất lượng sống cho người bệnh.

Trên thế giới và tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu về mối liên quan giữa đái tháo đường và tăng huyết áp. Tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp. Vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương từ tháng 02/2024 – 04/2024.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan với tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp tại Trung tâm Tim mạch Tỉnh Hải Dương từ tháng 02/2024 – 04/2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh tăng huyết áp đang điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 02/2024 đến 04/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- + Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu
- + Người bệnh được làm xét nghiệm HbA1c.

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

- + Người bệnh đang bị nhiễm trùng nặng, stress.
- + Người bệnh đã được chẩn đoán mắc đái tháo đường trước đây hoặc kết quả xét nghiệm

đường huyết nghi ngờ đái tháo đường.

- + Những người giao tiếp kém hoặc không minh mẫn.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 02 năm 2024 đến hết tháng 04 năm 2024.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu.

Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Hải Dương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

2.3.2. Mẫu nghiên cứu. Toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu đang điều trị tại Trung tâm Tim mạch bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ 02/2024 – 04/2024.

2.3.3. Kỹ thuật thu thập số liệu

- + Phòng vấn: Hành chính, tiền sử bản thân, gia đình.

- + Phiếu xét nghiệm: Các xét nghiệm cận lâm sàng.

2.3.4. Xử lý và phân tích số liệu: 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 đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 45	3	2,7
	45 – 60	10	9,1
	60 – 75	45	40,9
	≥ 75	52	47,3
Giới tính	Nam	47	42,7
	Nữ	63	57,3
Nghề nghiệp	Nông dân	4	3,5
	Công nhân	6	5,5
	Hưu trí	50	45,5
	Khác	50	45,5
Trình độ học vấn	Tiểu học, THCS	15	13,6
	THPT	44	40
	Trung cấp, CĐ, ĐH	51	46,4
BMI	< 18.5	12	10,9
	18.5 – 23	65	59,1
	≥ 23	33	30
Ít hoạt động thể lực	Có	44	40
	Không	66	60
Tiền sử gia đình có người đái tháo đường	Có	21	19,1
	Không	89	80,9
Tổng		110	100

Nhận xét: Đa số người bệnh có độ tuổi trên 75 (47,3%), Giới tính nữ (47,3%), nghề nghiệp hưu trí (45,5), Trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học (46,4%), BMI bình thường (59,1%), có hoạt động thể lực (60%) và không có tiền sử gia đình có người đái tháo đường (0,9%)

3.2. Tỷ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường

Bảng 3.2. Tỷ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường

Chỉ số xét nghiệm máu lúc đói		Số lượng	Tỷ lệ (%)
FPG	Bình thường (< 5,6 mmol/L)	32	29,1
	Tiền đái tháo đường (5,6 - 6,9 mmol/L)	37	33,6
	Đái tháo đường (> 6,9 mmol/L)	41	37,3

HbA1c	Bình thường (< 5,7%)	19	17,3
	Tiền đái tháo đường (5,7-6,4%)	61	55,5
	Đái tháo đường (> 6,4%)	30	27,3
Tiền ĐTĐ (FPG từ 5,6 - 6,9 mmol/L hoặc HbA1c từ 5,7 - 6,4%)	Không	46	41,8
	Có	64	58,2

Nhận xét: - Tỷ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường theo Glucose lúc đói là 33,6%

- Tỷ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường theo HbA1c là 55,5%

- Tỷ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường theo Glucose lúc đói hoặc HbA1c là 58,2%

3.3. Một số yếu tố liên quan với tiền đái tháo đường trên người bệnh Tăng huyết áp

Bảng 3.3. Một số yếu tố liên quan với tiền đái tháo đường trên người bệnh Tăng huyết áp

Yếu tố liên quan		Tiền đái tháo đường		Có		Không		P
				Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Tuổi	< 45			2	66,7	1	33,3	0,513
	45 – 60			8	80	2	20	
	60 – 75			25	55,6	20	44,4	
	≥ 75			29	55,8	23	44,2	
Giới	Nam			31	66	16	34	0,153
	Nữ			33	52,4	30	47,6	
BMI	< 18,5			9	75	3	25	0,252
	18,5 – 23			39	60	26	40	
	≥ 23			16	48,5	17	51,5	
Ít hoạt động thể lực	Có			26	59,1	18	40,9	0,875
	Không			38	57,6	28	42,4	
Tiền sử gia đình có người đái tháo đường	Có			11	52,4	10	47,6	0,549
	Không			53	59,6	36	40,4	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa tuổi, giới, BMI, hoạt động thể lực và tiền sử gia đình có người đái tháo đường với tiền đái tháo đường trên người bệnh Tăng huyết áp

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng.

Trong 110 NB bị tăng huyết áp điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương, chúng tôi nhận thấy số NB nằm viện là nhóm những người có độ tuổi ≥ 75 chiếm 47,3% và nhóm từ 60 đến 75 chiếm 40,9%, đây là 2 nhóm tuổi dễ mắc tiền đái tháo đường. Tỷ lệ tiền đái tháo đường tăng cao ở nhóm tuổi trên do một loạt các quá trình chết theo chương trình của một số mô cơ quan dẫn đến khiếm khuyết việc tiếp nhận và xử lý thông tin của các tế bào mô cơ thể trong việc sản xuất và sử dụng hoocmon duy nhất trong cơ thể gây hạ đường máu [7].

Khi nghiên cứu về đối tượng có chỉ số khối cơ thể - BMI ≥ 23 Kg/m², chúng tôi nhận thấy tỷ

lệ này có 33 người chiếm 30%. Tỷ lệ thấp hơn so với kết quả của nghiên cứu NB tiền đái tháo đường trên tăng huyết áp của nghiên cứu tình hình tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện quận Bình Thạnh năm 2022 của Phạm Hữu Tiến cho BMI ≥ 23 là 72,5% [9], của Lâm Chí Hiếu nghiên cứu tỷ lệ tiền đái tháo đường và một số yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường ở người bệnh tăng huyết áp tại khoa khám bệnh, bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ năm 2022 – 2023 là 51% [1]. Lý giải điều này do sự khác biệt về điều kiện kinh tế, lối sống sinh hoạt, làm việc giữa các khu vực.

4.2. Tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp. Tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp trong nghiên cứu này là 58,2%. So sánh tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường ở người bệnh tăng huyết áp với một số nghiên cứu khác ở Việt Nam, thì tỷ lệ này

thấp hơn so với tỉ lệ mắc tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp ở nghiên cứu của Lâm Chí Hiếu năm 2022 là 66,3% [1]. Đối với nghiên cứu của Phạm Hữu Tiến năm 2022 tại quận Bình Thạnh là 66,0% [9]. Điều này khẳng định tăng huyết áp là yếu tố liên quan mạnh gây ra tiền đái tháo đường ở người Việt Nam. Tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường nếu chỉ dựa vào đường huyết đói hoặc HbA1c lần lượt là 33,6% và 55,5%. Như vậy trong nghiên cứu, hai chỉ số đường huyết lúc đói và HbA1c trong chẩn đoán tiền đái tháo đường thì HbA1c có tỉ lệ phát hiện bệnh cao hơn. Như vậy, trên thực tế lâm sàng tại bệnh viện và các phòng khám ngoại trú hiện nay, nếu bác sĩ chỉ chỉ định tầm soát tiền đái tháo đường bằng FPG mà không chỉ định HbA1c thì nguy cơ bỏ sót là 21,9% người bệnh mắc tiền đái tháo đường mà không được chẩn đoán kịp thời, can thiệp sớm, khả năng tiến triển đến đái tháo đường cao, gia tăng chi phí và gánh nặng điều trị.

4.3. Các yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp. Chúng tôi nhận thấy rằng, tỷ lệ tiền đái tháo đường trên NB tăng huyết áp tỉ lệ thuận với sự gia tăng tuổi tác của người bệnh, cụ thể tỉ lệ tiền đái tháo đường trên tăng huyết áp ở nhóm dưới 45 tuổi là 66,7%, 2 nhóm 45 - 60 tuổi và 60 - 75 lần lượt là 80% và 55,6%, nhóm từ 75 tuổi trở lên là 55,8%. Nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này tương đồng với nghiên cứu tỉ lệ và yếu tố liên quan tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện quận Bình Thạnh năm 2022 của Phạm Hữu Tiến [9]. Tuổi không có mối liên quan đến tỉ lệ mắc tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp, điều này khác biệt với một số nghiên cứu khác [7], có thể lí giải là do nghiên cứu khảo sát tình trạng tiền đái tháo đường trên một quần thể tăng huyết áp là nguy cơ cao, dẫn đến việc yếu tố tuổi không thật sự nổi trội.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp ở người bệnh nam là 66% cao hơn ở người bệnh nữ 52,4%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của nghiên cứu tỉ lệ và yếu tố liên quan tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện quận Bình Thạnh năm 2022 của Phạm Hữu Tiến [9]

Tuy nhiên trong nghiên cứu của Lâm Chí Hiếu, nghiên cứu tỷ lệ tiền đái tháo đường và một số yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường ở người bệnh tăng huyết áp tại khoa khám bệnh, bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ năm 2022 - 2023 là 51% [1] tỉ lệ nam là 28,3% và ở

nữ là 38%. Có sự khác biệt này là do tiền đái tháo đường ảnh hưởng bởi sự thay đổi nội tiết, liên quan đến thời kỳ tiền mãn kinh, mãn kinh cũng như thay đổi thói quen sinh hoạt, khác biệt về yếu tố chấn thương tâm lý xã hội khác nhau ở nam và nữ.

Kết quả cho thấy tỉ lệ có tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp ở 3 nhóm BMI dưới 18,5, từ 18,5 đến 23 và từ 23 trở lên lần lượt là 75%, 60% và 48,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa NB ít hoạt động thể lực với tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp, nhóm NB không hoạt động thể lực có nguy cơ bị tiền đái tháo đường cao gấp 1,046 lần so với nhóm có hoạt động thể lực. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp

- Đa số người bệnh có độ tuổi trên 75 (47,3%), Giới tính nữ (47,3%), nghề nghiệp hưu trí (45,5), Trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học (46,4%), BMI bình thường (59,1%), có hoạt động thể lực (60%) và không có tiền sử gia đình có người đái tháo đường (0,9%)

- Tỉ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường theo Glucose lúc đói là 33,6%

- Tỉ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường theo HbA1c là 55,5%

- Tỉ lệ người bệnh mắc tiền đái tháo đường theo Glucose lúc đói hoặc HbA1c là 58,2%

5.2. Một số yếu tố liên quan với tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp

Không có mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, giới, BMI, ít hoạt động thể lực, tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường với tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Chí Hiếu và cộng sự** (2023). "Nghiên cứu tỷ lệ tiền đái tháo đường và một số yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường ở người bệnh tăng huyết áp tại khoa khám bệnh Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ năm 2022-2023". Tạp chí y học, tr 174-180.
2. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Đạt Anh và CS** (2020), Bệnh học nội khoa - tập 1, Nhà xuất bản Y học, tr 200 - 205.
3. **Nguyễn Thị Minh An, Trần Ngọc Ân, Phạm Thị Thu Hồ và cộng sự** (2004), Bài giảng bệnh học nội khoa - tập II, Nhà xuất bản Y học, tr 108-109.
4. **Hoàng Thị Hoa Lê và cộng sự** (2021). "Tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi xã Nam Sơn, An Dương, Hải Phòng năm 2019 - 2020". Tạp Chí Y học Dự phòng, 31(1), tr 127-133.

5. **Dương Minh Trí, Trần Việt An** (2021). "Tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi xã Mỹ Tú, Sóc Trăng năm 2020 - 2021". Tạp Chí Y học Việt Nam, số 42, tr 97 -102.
6. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn và chẩn đoán điều trị tiền đái tháo đường, 2020.
7. **Phạm Hữu Tiên** (2022). "Nghiên cứu tỉ lệ và yếu tố liên quan tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện quận Bình Thạnh năm 2022". Tạp Chí Y học Việt Nam, số 2, tr 315 - 319.
8. **Gress TW, Nieto FJ, Shahar E, Wofford MR, Brancati FL**. Hypertension and antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. Atherosclerosis Risk in Communities Study. N Engl J Med. 2000 Mar 30;342(13):905-12.
9. **Trương Xuân Hùng** (2021) "Nghiên cứu tiền đái tháo đường trên đối tượng cán bộ chiến sĩ", Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology, tr 146 - 155.

HỘI CHỨNG DÂY CHẴNG CUNG GIỮA Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH

Nguyễn Thị Diệu Thúy¹, Lưu Quang Vũ¹

TÓM TẮT

Hội chứng dây chằng cung giữa (MALS) là một tình trạng một bệnh lý mạch máu hiếm gặp. Trong hội chứng dây chằng cung giữa, dây chằng cung giữa chèn ép lên động mạch thân tạng, dẫn đến đau bụng mạn tính và các triệu chứng tiêu hóa. Tình trạng này chủ yếu gặp ở bệnh nhân trưởng thành và có thể điều trị hiệu quả bằng phẫu thuật giải ép. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh được chẩn đoán MALS tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh. Bệnh nhi nữ 12 tuổi nhập viện vì đau bụng quanh rốn kéo dài 6 ngày, đau không liên quan đến bữa ăn, không nôn hay sụt cân. Chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng có thuốc cản quang cho thấy hình ảnh hẹp 50-60% đoạn gốc động mạch thân tạng, gợi ý MALS. Do không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng của MALS, bệnh nhân được điều trị bệnh cấp tính kèm theo rồi theo dõi và không can thiệp phẫu thuật giải ép. Ca bệnh này cho thấy hội chứng dây chằng cung giữa có thể gặp ở trẻ em và được phát hiện tình cờ qua chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, can thiệp phẫu thuật không cần thực hiện khi bệnh nhân chưa có triệu chứng chèn ép trên lâm sàng.

Từ khóa: hội chứng dây chằng cung giữa, hội chứng chèn ép động mạch thân tạng, báo cáo ca bệnh

SUMMARY

MEDIAN ARCULATE LIGAMENT SYNDROME: A CASE REPORT

Median arcuate ligament syndrome (MALS) is a rare vascular condition. In MALS, the medial arcuate ligament compresses the celiac artery, leading to chronic abdominal pain and gastrointestinal symptoms. This condition is mainly seen in adults and can be effectively treated with surgical decompression. We report a case in which MALS was diagnosed incidentally through CT imaging. A 12-year-old girl was admitted to the hospital with 6 days of periumbilical abdominal pain that was unrelated to meals, without vomiting or weight loss. Abdominal computed

tomography (CT) with contrast showed 50-60% stenosis of the proximal celiac artery, suggesting MALS. Because there were no obvious clinical symptoms of MALS, the child was treated for the accompanying acute illness and monitored without surgical decompression. This case shows that median arcuate ligament syndrome can occur in children and is discovered incidentally by abdominal CT image, surgical intervention is not urgent when the patient has no clinical symptoms of compression.

Keywords: median arcuate ligament syndrome, celiac artery compression syndrome, case report.

I. TỔNG QUAN

Hội chứng dây chằng cung giữa (median arcuate ligament syndrome – MALS) còn gọi là hội chứng chèn ép động mạch thân tạng hoặc hội chứng Dunbar, được mô tả lần đầu tiên trên lâm sàng vào năm 1963 bởi Harjola.¹ Hội chứng này bao gồm một nhóm các triệu chứng gây ra bởi sự chèn ép của dây chằng cung giữa lên động mạch thân tạng.

MALS là một hội chứng hiếm gặp, tuy nhiên tỷ lệ mắc hội chứng này trong cộng đồng chưa được nghiên cứu đầy đủ. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc trên 400 người không triệu chứng cho thấy tỉ lệ phát hiện có hẹp động mạch thân tạng do dây chằng cung giữa chèn ép trên phim chụp cắt lớp vi tính là 4%.² Ở người lớn, MALS thường gặp ở nữ (với tỷ lệ nữ / nam là 4/1), tuổi thường gặp là 30-50 tuổi và có vóc dáng gầy.³ Trên đối tượng trẻ em, hội chứng dây chằng cung giữa cũng đã được mô tả trong một số nghiên cứu nhỏ lẻ, đơn trung tâm như một nguyên nhân gây ra đau bụng mạn tính. Kết quả của các nghiên cứu này cho thấy ở trẻ em, MALS cũng thường gặp trên trẻ nữ hơn trẻ nam, và hay gặp ở trẻ lớn hơn trẻ nhỏ.⁴

Trong bài báo này, chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhi được tình cờ phát hiện có hội chứng dây chằng cung giữa.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Trẻ nữ 12 tuổi, nặng 50 kg và cao 158 cm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025