

TƯƠNG QUAN CỦA CHỈ SỐ TRIGLYCERIDE-GLUCOSE VỚI MỨC ĐỘ NẶNG TỔN THƯƠNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN

Lê An¹, Nguyễn Đỗ Anh², Lê Kim Tuyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối tương quan giữa chỉ số triglyceride-glucose (TyG) và mức độ nặng tổn thương động mạch vành theo điểm Gensini ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn, đồng thời xác định giá trị dự đoán của TyG đối với tổn thương mức độ nặng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn được chụp động mạch vành tại BV Nhân dân Gia Định từ 01/2025–06/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 63,6 ± 9,2, nam giới chiếm 70,9%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến gồm tăng huyết áp (88,5%), rối loạn lipid máu (81,1%), đái tháo đường tip 2 (52,7%) và hút thuốc lá (41,2%). Điểm Gensini trung vị của dân số nghiên cứu là 35 (IQR: 8,5–75,0). Nồng độ glucose, triglyceride và chỉ số TyG đều tăng dần theo mức độ tổn thương mạch vành ($p < 0,05$). TyG có tương quan thuận mức trung bình với điểm Gensini (Spearman's $\rho = 0,475$; $p < 0,001$). Phân tích ROC cho thấy TyG có khả năng dự đoán tổn thương mạch vành nặng với AUC = 0,709 (KTC 95%: 0,619–0,798; $p < 0,001$). Ngưỡng tối ưu là TyG = 9,11 với độ nhạy 73,5%, độ đặc hiệu 62,6%, NPV 82,7% và PPV 49,3%. **Kết luận:** Chỉ số TyG có mối tương quan thuận, có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của tổn thương mạch vành được đánh giá bằng điểm Gensini. TyG ở ngưỡng $\geq 9,11$ có khả năng dự đoán bệnh mạch vành mức độ nặng với độ nhạy và độ đặc hiệu trung bình, hữu ích trong vai trò công cụ sàng lọc và phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn. **Từ khóa:** chỉ số triglyceride-glucose, bệnh mạch vành mạn, điểm Gensini

SUMMARY

CORRELATION OF THE TRIGLYCERIDE-GLUCOSE INDEX WITH THE SEVERITY OF CORONARY ARTERY LESIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASE

Background: Coronary artery disease (CAD) is a leading cause of cardiovascular morbidity and mortality. The triglyceride-glucose (TyG) index, reflecting insulin resistance, has been proposed as a simple, inexpensive biomarker for atherosclerosis and cardiovascular risk, yet evidence in chronic CAD populations, particularly in Vietnam, is limited. **Objective:** To evaluate the correlation between the

triglyceride-glucose (TyG) index and the severity of coronary artery lesions assessed by the Gensini score in patients with chronic coronary artery disease, and to determine the predictive value of TyG for severe lesions. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on patients with chronic coronary syndrome who underwent coronary angiography at Gia Định People's Hospital from January 2025 to June 2025. **Results:** Among 148 patients (mean age 63.6 ± 9.2 years, 70.9% male), hypertension (88.5%), dyslipidemia (81.1%), diabetes (52.7%), and smoking (41.2%) were common. Median Gensini score was 35 (IQR: 8.5–75.0). Glucose, triglyceride, and TyG increased across tertiles ($p < 0.05$). TyG showed a moderate positive correlation with Gensini (Spearman's $\rho = 0,475$; $p < 0,001$). ROC analysis showed TyG predicted severe CAD with an AUC of 0.709 (95% CI: 0.619–0.798). The optimal cutoff was 9.11 (sensitivity 73.5%, specificity 62.6%, NPV 82.7%, PPV 49.3%). **Conclusions:** The TyG index correlates significantly with coronary lesion severity and moderately predicts severe CAD. A threshold of ≥ 9.11 may be useful as a simple, low-cost tool for screening and risk stratification in chronic CAD patients. **Keywords:** Triglyceride-glucose index; TyG; Coronary artery disease; Gensini score; Chronic coronary syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành (BMV) là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các bệnh tim mạch, gây gánh nặng y tế và kinh tế nặng nề trên toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Mặc dù tử vong do BMV đã giảm ở nhiều quốc gia phát triển, tỷ lệ này vẫn gia tăng ở các nước đang phát triển. Hiện nay, chụp động mạch vành được coi là tiêu chuẩn vàng để đánh giá tổn thương, với thang điểm Gensini giúp định lượng mức độ nặng dựa trên tỷ lệ hẹp lòng mạch và vị trí giải phẫu (3). Điểm số này phản ánh gánh nặng xơ vữa và là cơ sở để lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp. Tuy nhiên, chụp mạch vành là thủ thuật xâm lấn, tốn kém và khó áp dụng rộng rãi, đặc biệt tại tuyến cơ sở. Do đó, cần một công cụ đơn giản, chi phí thấp, có thể định hướng sớm mức độ nặng tổn thương mạch vành.

Trong bối cảnh đó, chỉ số triglycerid-glucose (TyG), được tính bằng công thức: $\text{Ln} [\text{Triglyceride lúc đói (mg/dL)} \times \text{Glucose huyết tương lúc đói (mg/dL)} / 2]$, nổi lên như một chỉ số sinh học mới phản ánh tình trạng đề kháng insulin – cơ chế bệnh sinh quan trọng của xơ vữa động mạch (5). Nhiều nghiên cứu quốc tế chứng

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê An

Email: lean160298@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

minh TyG liên quan đến nguy cơ mắc BMV, mức độ nặng tổn thương và biến cố tim mạch lâu dài (4). Với ưu thế dựa trên xét nghiệm máu thường quy, rẻ tiền và dễ thực hiện, TyG có tính khả thi cao để ứng dụng như công cụ sàng lọc và phân tầng nguy cơ trong lâm sàng.

Tuy nhiên, dữ liệu ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn còn hạn chế, đặc biệt tại Việt Nam – nơi mà tỷ lệ đề kháng insulin và rối loạn chuyển hóa ngày càng gia tăng nhưng chưa được tầm soát đầy đủ. Từ nhu cầu trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm trả lời câu hỏi được đặt ra là *"Có mối tương quan giữa chỉ số triglyceride-glucose với mức độ nặng bệnh động mạch vành ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn không?"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người bệnh được chẩn đoán hội chứng mạch vành mạn đã được chụp động mạch vành tại khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Nhân dân Gia Định trong khoảng thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành mạn và đã được chụp động mạch vành cản quang. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra: Bệnh nhân hội chứng vành cấp; Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý u ác tính, nhiễm trùng cấp tính hoặc mạn tính, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, xơ gan mất bù; Bệnh nhân mắc bệnh tim bẩm sinh, viêm cơ tim; Bệnh nhân nghi ngờ tăng triglycerid máu nặng có tính gia đình (triglycerid $\geq 5,65$ mmol/L); Bệnh nhân đang sử dụng các thuốc làm tăng nồng độ triglycerid trong máu; Bệnh nhân không đủ dữ liệu thu thập thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang, thu mẫu hồi cứu.

Dữ liệu tuổi, giới tính, tiền căn bệnh lý được thu thập qua bộ câu hỏi.

Các xét nghiệm sinh hóa: lấy kết quả trên mẫu máu lúc đói (>8 giờ) trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện, bao gồm glucose huyết tương (mmol/l), triglyceride (mmol/l). Các mẫu máu

được phân tích bằng máy phân tích sinh hóa tự động COBAS 8000 (Roche-Hitachi, Nhật Bản) tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

Chỉ số TyG: tính theo công thức $TyG = \ln [\text{Triglyceride lúc đói} \times \text{Glucose huyết tương lúc đói} / 2]$. Glucose và triglyceride được quy đổi sang đơn vị mg/dL trước khi tính chỉ số TyG (glucose [mmol/L] $\times 18$; triglyceride [mmol/L] $\times 88.5$).

Kết quả chụp động mạch vành và điểm Gensini: được đọc và kết luận bởi hai bác sĩ tim mạch can thiệp độc lập có ≥ 5 năm kinh nghiệm, trường hợp bất đồng, thảo luận để thống nhất. Dựa vào điểm Gensini, mức độ tổn thương mạch vành được chia theo tam phân vị thành ba nhóm tăng dần: Nhẹ, Trung bình và Nặng.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Kiểm định Shapiro-Wilk được sử dụng để kiểm tra phân phối chuẩn của biến liên tục. Do chưa có ngưỡng điểm cắt Gensini chuẩn được đồng thuận, chúng tôi phân tầng theo tam phân vị của phân bố điểm số trong mẫu nhằm bảo đảm tính khách quan, tạo so sánh ổn định giữa các nhóm. Các biến nhị phân được so sánh bằng kiểm định chi bình phương hoặc kiểm định Fisher. So sánh biến định lượng dùng kiểm định One way ANOVA hoặc Kruskal-Wallis (nếu phân phối không chuẩn). Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Do các biến TyG, glucose và triglyceride có phân phối không chuẩn, chúng tôi đã sử dụng hệ số tương quan Spearman rho để phân tích mối tương quan với điểm Gensini. Phân tích giá trị dự đoán của TyG với tổn thương mạch vành mức độ nặng qua độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và diện tích dưới đường cong ROC (AUC).

Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Y đức trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch (Số 1161/TĐHYKPNT-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/2025 đến 06/2025 có 148 bệnh nhân hội chứng vành mạn tham gia nghiên cứu, được chia làm 3 nhóm theo điểm Gensini: Nhẹ (<20 điểm), Trung bình (20 – 62 điểm), Cao (>62 điểm).

Bảng 1. Đặc điểm chung và yếu tố nguy cơ tim mạch của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Dân số chung (n=148)	Mức độ tổn thương mạch vành			p
		Nhẹ (n=51)	Trung bình (n=48)	Nặng (n=49)	
Tuổi	63,56 $\pm$ 9,16	62,47 $\pm$ 10,15	66,65 $\pm$ 7,99	61,67 $\pm$ 8,52	0,015*
Nam giới, n (%)	105 (70,9%)	32 (62,7%)	32 (66,7%)	41 (83,7%)	0,051**
BMI	23,74 $\pm$ 3,85	24,27 $\pm$ 4,14	23,23 $\pm$ 3,88	23,69 $\pm$ 3,48	0,405*

Tăng huyết áp, n (%)	131 (88,5%)	42 (82,4%)	43 (89,6%)	46 (93,9%)	0,188**
Đái tháo đường típ 2, n (%)	78 (52,7%)	17 (33,3%)	29 (60,4%)	32 (65,3%)	0,003**
Rối loạn lipid máu, n (%)	120 (81,1%)	35 (68,6%)	41 (85,4%)	44 (89,8%)	0,017**
Béo phì, n (%)	49 (33,1%)	18 (35,3%)	17 (35,4%)	14 (28,6%)	0,711**
Hút thuốc lá, n (%)	61 (41,2%)	13 (25,5%)	21 (43,8%)	27 (55,1%)	0,010**
Tiền căn gia đình có tim mạch sớm, n (%)	3 (2,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)	2 (4,1%)	0,540***

*Kiểm định One way ANOVA; **Kiểm định χ^2 ; ***Kiểm định Fisher

Nhận xét: Tuổi, đái tháo đường típ 2, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm; trong đó tuổi cao nhất ở nhóm trung bình, còn ba yếu tố còn lại có xu hướng tăng dần theo mức độ nặng. Các yếu tố khác không cho thấy sự khác biệt ở các nhóm.

Bảng 2. Kết quả chỉ số triglyceride-glucose

Đặc điểm	Dân số chung (n=148)	Mức độ tổn thương mạch vành			p
		Nhẹ (n=51)	Trung bình (n=48)	Nặng (n=49)	
Glucose	6,56 (5,51 – 8,31)	5,66 (5,21 – 6,55)	6,63 (5,62 – 8,18)	7,92 (6,55 – 9,38)	0,001*
Triglyceride	1,58 (1,16 – 2,42)	1,34 (1,06 – 2,04)	1,56 (1,19 – 2,27)	1,86 (1,44 – 3,20)	0,009*
Chỉ số TyG	9,10 (8,75 – 9,57)	8,84 (8,45 – 9,13)	9,10 (8,80 – 9,55)	9,43 (9,08 – 10,00)	<0,001*

Số liệu trình bày dưới dạng trung vị (tứ phân vị 25-75)

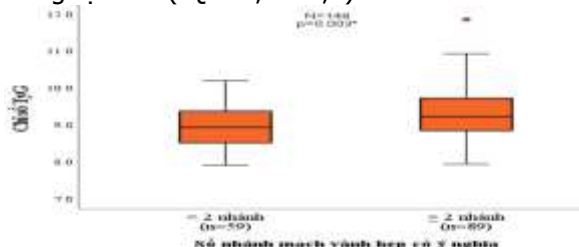
* kiểm định Kruskal-Wallis

Nhận xét: Nồng độ glucose, triglyceride và chỉ số TyG có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm mức độ tổn thương mạch vành ($p < 0,05$), với xu hướng tăng dần từ nhóm nhẹ đến nhóm nặng.

Bảng 3. Kết quả chụp động mạch vành

Đặc điểm	n	%
Bệnh thân chung ĐM vành trái	8	5,4
ĐM liên thất trước	86	58,1
ĐM mũ	48	32,4
ĐM vành phải	50	33,8
Bệnh nhiều nhánh mạch vành	89	60,1
Bệnh 3 nhánh mạch vành	49	33,1
Điểm Gensini Trung vị (khoảng tứ phân vị)	35 (8,5 – 75,0)	

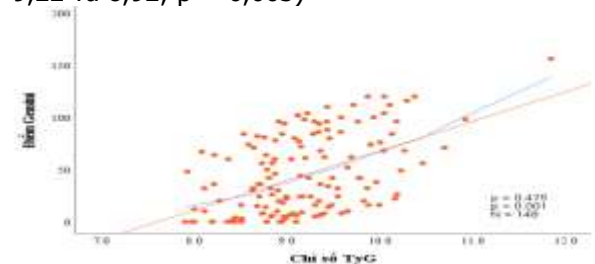
Nhận xét: Tổn thương thường gặp nhất là động mạch liên thất trước (58,1%), tiếp đến là động mạch vành phải (33,8%) và động mạch mũ (32,4%), trong khi thân chung động mạch vành trái ít gặp hơn (5,4%). Bệnh nhiều nhánh mạch vành chiếm tỷ lệ cao (60,1%), với 33,1% bệnh nhân có tổn thương cả 3 nhánh, điểm Gensini trung vị là 35 (IQR: 8,5–75,0).



Biểu đồ 1. So sánh chỉ số TyG ở nhóm bệnh nhân hẹp có ý nghĩa <2 nhánh mạch vành và ≥2 nhánh mạch vành

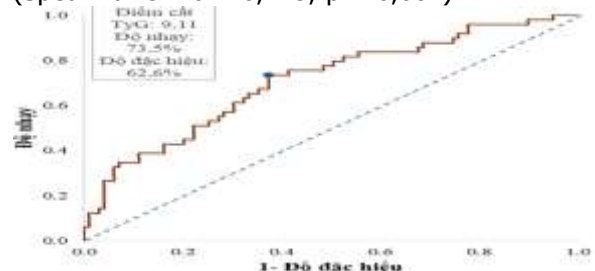
*Kiểm định Mann-Whitney

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân bệnh nhiều nhánh mạch vành (≥ 2 nhánh) có chỉ số TyG cao hơn đáng kể so với nhóm <2 nhánh (trung vị 9,22 và 8,92; $p = 0,003$)



Biểu đồ 2. Tương quan giữa chỉ số TyG và điểm số Gensini

Nhận xét: Có mối tương quan thuận mức trung bình giữa TyG và điểm Gensini (Spearman's rho = 0,475; $p < 0,001$).



Biểu đồ 3. Giá trị của chỉ số TyG trong dự đoán khả năng tổn thương mạch vành mức độ nặng

Nhận xét: Chỉ số TyG cho thấy khả năng dự đoán tình trạng bệnh mạch vành mức độ nặng với AUC=0,709 (KTC 95%: 0,619 - 0,798). Điểm cắt tối ưu được xác định là TyG = 9,11, tương ứng với độ nhạy 73,5% và độ đặc hiệu 62,6%, $p < 0,001$.

Bảng 4. Giá trị của chỉ số TyG trong dự đoán tổn thương mạch vành mức độ nặng

	Điểm cắt tối ưu	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	NPV	PPV	LR (+)	LR (-)
Chỉ số TyG	9,11	73,5%	62,6%	82,7%	49,3%	1,96	0,42

Nhận xét: Với điểm cắt tối ưu 9,11, chỉ số TyG có độ nhạy 73,5% và độ đặc hiệu 62,6% trong dự đoán tổn thương mạch vành mức độ nặng. Giá trị tiên đoán âm đạt 82,7%, cao hơn hẳn so với giá trị tiên đoán dương (49,3%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát 148 bệnh nhân có tuổi trung bình $63,6 \pm 9,2$. Đa số là nam giới phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh mạch vành. Tỷ lệ của các yếu tố nguy cơ tim mạch chính trong quần thể nghiên cứu có đến 88,5% bệnh nhân bị tăng huyết áp, 81,1% rối loạn lipid máu, 52,7% đái tháo đường típ 2 và 41,2% có tiền căn hút thuốc lá. Điều này cho thấy dân số nghiên cứu có gánh nặng yếu tố nguy cơ chuyển hóa lớn, tương tự các nghiên cứu về bệnh nhân mạch vành ổn định (7). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi, tỷ lệ đái tháo đường típ 2, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá đều tăng dần theo mức độ tổn thương mạch vành nặng hơn có ý nghĩa thống kê. Ngược lại, các yếu tố như giới tính và tăng huyết áp không khác biệt rõ rệt giữa các nhóm, có thể do tính phổ biến cao của những yếu tố này trong quần thể.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị TyG trung vị của dân số chung khoảng 9,10 (khoảng tứ phân vị 8,75 – 9,57), cao hơn mức bình thường được báo cáo ở người khỏe mạnh (thường 8,0 – 8,8). Trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ glucose và triglyceride máu đều có xu hướng tăng dần từ nhóm tổn thương nhẹ đến nhóm nặng, kéo theo chỉ số TyG tăng tương ứng ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi góp phần củng cố giả thuyết rằng đề kháng insulin liên quan đến tiến trình phát triển xơ vữa động mạch vành.

Phân tích mối liên quan cho thấy chỉ số TyG tăng cao gắn liền với mức độ tổn thương mạch vành nặng hơn. Chúng tôi ghi nhận chỉ số TyG cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân có bệnh nhiều nhánh mạch vành, đồng thời, nhóm bệnh nhân điểm Gensini cao có giá trị TyG cao hơn đáng kể so với nhóm điểm thấp. Trong một nghiên cứu hồi cứu, bệnh nhân có TyG cao ($\geq 9,0$) có nguy cơ thuộc nhóm tổn thương mạch vành trung bình-nặng cao gấp 2,6 lần so với nhóm TyG thấp (2). Tác giả Tang và cộng sự khi nghiên cứu trên hơn 1700 bệnh nhân nam giới đã nhận thấy TyG tăng cao có liên quan chặt chẽ với mức độ hẹp mạch vành nặng hơn, thậm chí TyG cao còn dự đoán nguy cơ có bệnh mạch vành

nặng và nhồi máu cơ tim cao hơn (6). Tương tự, tác giả Wu nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân tăng huyết áp cho thấy so với nhóm TyG thấp nhất, nhóm TyG cao nhất có OR=3,86 lần mắc bệnh mạch vành và kèm theo điểm Gensini cao hơn đáng kể (7).

Khi xem xét TyG như biến liên tục so với điểm Gensini, chúng tôi ghi nhận có mối tương quan thuận mức trung bình giữa chỉ số TyG và điểm Gensini (Spearman's $\rho = 0,475$; $p < 0,001$). Điều này cho thấy TyG càng cao thì mức độ tổn thương động mạch vành càng nặng. Tuy nhiên, mối liên quan ở mức trung bình cho thấy TyG chỉ giải thích một phần biến thiên mức độ tổn thương, do đó cần kết hợp với các yếu tố nguy cơ tim mạch khác để phân tầng nguy cơ chính xác hơn. Kết quả này phù hợp với các báo cáo gần đây trên thế giới. Cụ thể, nghiên cứu của Tang và cộng sự ghi nhận TyG tương quan tuyến tính chặt chẽ với điểm Gensini ở các phân nhóm bệnh mạch vành ổn định lẫn không ổn định ($p < 0,001$) (6). Ngoài ra, nghiên cứu của Wu và cộng sự còn cho thấy rằng khi TyG tăng thêm 1 đơn vị thì điểm Gensini tăng thêm trung bình 16,8 điểm (7). Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Huân trên đối tượng bệnh nhân lớn tuổi có hội chứng vành cấp cũng ghi nhận tương quan thuận mạnh giữa chỉ số TyG và mức độ tổn thương động mạch vành bằng thang điểm Gensini (1). Như vậy, mối tương quan định lượng giữa TyG và điểm Gensini được quan sát thấy trên nhiều đối tượng khác nhau, ủng hộ giả thuyết TyG phản ánh phần nào tổng gánh nặng xơ vữa động mạch vành.

Ngoài ra, chúng tôi còn đánh giá khả năng dự đoán tổn thương mạch vành mức độ nặng dựa vào chỉ số TyG. Kết quả phân tích đường cong ROC cho thấy TyG có giá trị dự đoán ở mức khá với AUC= 0,709 (KTC 95%: 0,619 – 0,798), $p < 0,001$. Với điểm cắt 9,11, TyG đạt độ nhạy 73,5% và độ đặc hiệu 62,6% trong việc phân biệt bệnh nhân có tổn thương mạch vành nặng. NPV của TyG ở ngưỡng 9,11 khá cao, khoảng 82,7%, cao hơn nhiều so với PPV=49,3%. Điều này có nghĩa là nếu một bệnh nhân có chỉ số TyG $< 9,11$, khả năng cao bệnh nhân đó không có tổn thương mạch vành nặng. LR+ 1,96 và LR- 0,42 cho thấy TyG đơn độc là một công cụ chẩn đoán ở mức độ vừa phải. Kết quả này tương tự với nghiên cứu trước đó của Geng và cộng sự báo cáo rằng TyG có AUC =0,615 với độ nhạy

53,5% và đặc hiệu 70,4% cho chẩn đoán tổn thương mạch vành mức độ nặng (Gensini >50 điểm) (2). Các kết quả này nhìn chung nhất quán ở mức dự đoán trung bình-khả. Do đó, chúng tôi cho rằng TyG nên được xem là công cụ sàng lọc hỗ trợ hữu ích hơn là một xét nghiệm chẩn đoán đơn độc. Việc phối hợp TyG với các dấu ấn nguy cơ khác có thể nâng cao giá trị dự đoán. Geng và cộng sự đã tích hợp TyG với hs-CRP, kết quả cải thiện đáng kể độ chính xác chẩn đoán so với dùng TyG đơn thuần (2).

Hạn chế: Cỡ mẫu nhỏ, tiến hành tại một trung tâm nên chưa mang tính đại diện. Thiết kế cắt ngang chỉ cho phép mô tả mối tương quan, chưa thể khẳng định quan hệ nhân quả. Phân nhóm mức độ nặng dựa trên tam phân vị của điểm Gensini hữu ích cho so sánh trong mẫu nhưng hạn chế khả năng khái quát.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số TyG có mối tương quan thuận, có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng tổn thương động mạch vành đánh giá bằng điểm Gensini ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn. Điểm cắt TyG $\geq 9,11$ cho thấy khả năng dự đoán tổn thương nặng với độ nhạy và độ đặc hiệu trung bình, có thể trở thành một công cụ sàng lọc và phân tầng nguy cơ chi phí thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Huân, Trần Thiên Phúc, Nguyễn Thương Nghĩa, Phạm Hòa Bình.** Mối liên quan giữa chỉ số triglyceride - glucose và kết cục nội viện ở bệnh nhân cao tuổi có hội chứng vành cấp tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;550(1).
2. **Geng X, Zhang X, Li X, Zhong C, Hou M.** Triglyceride-glucose Index as a Valuable Marker to Predict Severity of Coronary Artery Disease: A Retrospective Cohort Study. Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis. 2024;30:10760296241234320.
3. **Gensini GG.** A more meaningful scoring system for determining the severity of coronary heart disease. Am J cardiol. 1983;51:606.
4. **Hong S, Han K, Park C-Y.** The triglyceride glucose index is a simple and low-cost marker associated with atherosclerotic cardiovascular disease: a population-based study. BMC Medicine. 2020;18(1):361.
5. **Khan SH, Sobia F, Niazi NK, Manzoor SM, Fazal N, Ahmad F.** Metabolic clustering of risk factors: evaluation of Triglyceride-glucose index (TyG index) for evaluation of insulin resistance. Diabetology & metabolic syndrome. 2018;10:1-8.
6. **Tang L, Xu X, Chen M, Li J, Pu X.** Association of triglyceride-glucose index with severity of coronary artery disease among male patients. Scientific Reports. 2024;14(1):20342.
7. **Wu L, Bao X, Xu J, Ma L, Kang L, Zhang R.** The triglyceride-glucose index positively associates with the prevalence and severity of coronary heart disease in patients among hypertension. Scientific Reports. 2025;15(1): 19571.

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA KỸ THUẬT KÍCH THÍCH ĐIỆN TRỰC TIẾP XUYÊN SỌ TRÊN BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Bùi Quang Huy¹, Nguyễn Văn Linh¹,
Đinh Việt Hùng¹, Đỗ Xuân Tĩnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật kích thích điện trực tiếp xuyên sọ (tDCS) trên bệnh nhân tâm thần phân liệt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 140 bệnh nhân tâm thần phân liệt: 70 bệnh nhân được điều trị bằng tDCS kết hợp thuốc và 70 bệnh nhân điều trị bằng thuốc thông thường. Nghiên cứu can thiệp - thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Bệnh nhân được khám lâm sàng và làm xét nghiệm thời điểm vào viện và sau 21 ngày điều trị. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. **Kết quả:** Nhóm can thiệp bằng tDCS cho thấy cải thiện đáng kể các triệu chứng như ngôn

ngữ nghèo nàn, tư duy chậm chạp, cảm xúc không thích hợp, mất ngủ và chán ăn, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Kỹ thuật tDCS cho thấy tính an toàn cao: không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng; chỉ có ngứa và kích ứng da nhẹ tại vị trí đặt điện cực ở một số bệnh nhân. Không có thay đổi đáng kể về các chỉ số sinh hóa và huyết học sau điều trị. **Kết luận:** tDCS là một liệu pháp hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Từ khóa: tâm thần phân liệt, kích thích điện trực tiếp xuyên sọ, tDCS

SUMMARY

EVALUATION OF THE SAFETY AND EFFICACY OF TRANSCRANIAL DIRECT CURRENT STIMULATION (TDACS) IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Objective: This study aims to evaluate the safety and efficacy of transcranial direct current stimulation (tDCS) in patients with schizophrenia. **Subjects and**

¹Bệnh viện quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Xuân Tĩnh
Email: doxuantinhbv103@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025
Ngày duyệt bài: 25.11.2025

Methods: One hundred and forty patients with schizophrenia were included in the study: 70 patients were treated with transcranial direct current stimulation (tDCS) combined with medication, and 70 patients were treated with routine medication. This was an interventional study - a randomized, controlled clinical trial. Patients underwent clinical examination and laboratory tests at the time of hospital admission and after 21 days of treatment. Data were processed using SPSS 22.0. **Results:** The tDCS intervention group showed significant improvement in symptoms such as poverty of speech, slowed thinking, inappropriate affect, insomnia, and loss of appetite, with statistically significant differences compared to the control group. The tDCS technique demonstrated a high safety profile: no serious side effects were recorded; only mild itching and skin irritation at the electrode placement site were reported in some patients. No significant changes were observed in biochemical and hematological indices after treatment. **Conclusion:** tDCS is an effective and safe therapeutic option for patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, transcranial direct current stimulation (tDCS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh loạn thần nặng, đặc trưng bởi các triệu chứng loạn thần, bệnh có xu hướng tiến triển mạn tính. Đây là nguyên nhân dẫn đến mất chức năng xã hội, nghề nghiệp, làm gia tăng gánh nặng cho gia đình và xã hội [1]. Do đó, việc điều trị và phục hồi chức năng tâm thần sớm có ý nghĩa quan trọng. Điều trị tâm thần phân liệt bao gồm liệu pháp hóa dược, liệu pháp tâm lý và sốc điện. Tuy nhiên, từ 10% đến 30% bệnh nhân bị tâm thần phân liệt cho thấy ít cải thiện triệu chứng và 30% đến 60% trải nghiệm cải thiện một phần hoặc không đầy đủ trong quá trình điều trị bằng thuốc chống loạn thần [2]. Liệu pháp tâm lý chỉ được điều trị kết hợp chứ không thể thay thế thuốc an thần. Liệu pháp sốc điện được chỉ định cho các bệnh nhân tâm thần phân liệt kháng thuốc tuy nhiên tác dụng phụ lên nhận thức là đáng lo ngại [1].

Kích thích điện trực tiếp được cho là cung cấp một công cụ có giá trị lớn trong việc tác động lên não bộ để làm thay đổi nhận thức, chức năng xã hội và cảm xúc. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy kích thích điện trực tiếp xuyên sọ là một liệu pháp hiệu quả trong điều trị tâm thần phân liệt. Đặc biệt, các nghiên cứu trước đây nhấn mạnh rằng khi thực hiện kích thích điện trực tiếp xuyên sọ, không có trường hợp bệnh nhân nào được ghi nhận có xuất hiện các tác dụng không mong muốn nặng hoặc những tổn thương không hồi phục liên quan đến kích thích điện [3]. Như vậy, có thể thấy kỹ thuật kích thích điện trực tiếp xuyên sọ là an toàn, là

công cụ phục hồi chức năng tâm thần hiệu quả cho bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Tại Việt Nam, hiện nay, vẫn chưa có nghiên cứu nào của các tác giả Việt Nam đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng tâm thần bằng kỹ thuật kích thích điện trực tiếp xuyên sọ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của liệu pháp kích thích điện trực tiếp xuyên sọ trên bệnh nhân tâm thần phân liệt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 140 bệnh nhân được chẩn đoán xác định Tâm thần phân liệt theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM 5 (2013). 70 bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp kích thích điện trực tiếp xuyên sọ kết hợp dùng thuốc và 70 bệnh nhân cho nhóm chứng được điều trị bằng thuốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

Tiêu chuẩn chọn: bệnh nhân tâm thần phân liệt được lựa chọn ngẫu nhiên vào hai nhóm nghiên cứu. Bệnh nhân được khám, đánh giá các triệu chứng lâm sàng, thực hiện thang PANNS và các xét nghiệm sinh hóa, huyết học tại thời điểm vào viện và sau 21 ngày điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân mắc các bệnh thực tổn của não hay có di chứng các bệnh của não-màng não, bệnh nhân động kinh, chậm phát triển tâm thần, bệnh nhân nghiện ma túy hay các chất tác động tâm thần khác và loại trừ các loại rối loạn tâm thần khác.

Kích thích điện trực tiếp xuyên sọ trên bệnh nhân tâm thần phân liệt: Vị trí đặt điện cực: điện cực dương tại vị trí F3 hoặc Fp1, điện cực âm tại vị trí nằm giữa P3 và T3, cường độ dòng điện kích thích: 1-2mA, thời gian kích thích: 20-30 phút tùy theo bệnh nhân. Mỗi bệnh nhân kích thích điện 1 liệu trình 10 lần.

Xử lý số liệu: xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học: SPSS 22.0. Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng số trung bình ($\bar{X}$) và độ lệch chuẩn (SD). So sánh các số trung bình bằng phép kiểm định biến định lượng trên 2 mẫu độc lập (Independent-Sample T Test và Mann-Whitney U). Kiểm định Chi-square so sánh tỷ lệ và mối liên quan giữa hai biến định tính. Giá trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Được Hội đồng đạo đức Học viện Quân y thông qua bảo đảm đủ tiêu chuẩn đạo đức trong thực hiện nghiên cứu. Người nhà của đối tượng đồng ý cho phép đối tượng tham gia vào nghiên cứu. Quá trình

ngiên cứu không làm ảnh hưởng đến hoạt động của đơn vị, không ảnh hưởng đến sức khỏe, kết quả điều trị và tiền của các đối tượng nghiên cứu. Thông tin về sức khỏe của đối tượng nghiên cứu được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Hiệu quả của kích thích điện trực tiếp xuyên sọ

Bảng 1. Rối loạn tri giác

Triệu chứng	Can thiệp n=70 (%)	Chứng n=70 (%)	p
Ao thanh bình phẩm	2 (2,9%)	4 (5,7%)	>0,05
Ao thanh đàm thoại	3 (4,3%)	3 (4,3%)	>0,05
Ao thanh xui khiến, ra lệnh	0 (0%)	0 (0%)	
Ao thanh là tiếng người trò chuyện với bệnh nhân	1 (1,4%)	3 (4,3%)	>0,05

Sau điều trị, tỷ lệ rối loạn tri giác ở cả hai nhóm đều ở mức thấp. Nhìn chung, nhóm can thiệp với tDCS có xu hướng giảm các triệu chứng rối loạn tri giác hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. Rối loạn tư duy

Triệu chứng	Can thiệp n=70 (%)	Chứng n=70 (%)	p
Ngôn ngữ rời rạc	2 (2,9%)	2 (2,9%)	>0,05
Ngôn ngữ nghèo nàn	3 (4,3%)	12 (17,1%)	<0,05
Tư duy chậm chạp	2 (2,9%)	18 (25,7%)	<0,01
Tư duy ngắt quãng	2 (2,9%)	19 (27,1%)	<0,01
Hoang tưởng liên hệ	1 (1,4%)	4 (5,7%)	>0,05
Hoang tưởng bị hại	2 (2,9%)	6 (8,6%)	>0,05

Bảng 4. Thang điểm PANSS ở bệnh nhân nghiên cứu sau 3 tuần điều trị

Nhóm	PANSS dương tính (n=70) ($\bar{X} \pm SD$)	PANSS âm tính (n=70) ($\bar{X} \pm SD$)	PANSS triệu chứng chung (n=70) ($\bar{X} \pm SD$)	Tổng điểm PANSS (n=70) ($\bar{X} \pm SD$)
Can thiệp	7,70 $\pm$ 4,196	10,63 $\pm$ 5,903	23,42 $\pm$ 14,445	41,75 $\pm$ 24,544
Chứng	8,82 $\pm$ 4,005	11,54 $\pm$ 5,399	24,37 $\pm$ 10,884	44,73 $\pm$ 20,288

Tại thời điểm sau 3 tuần điều trị, nhóm can thiệp có tổng điểm PANSS thấp hơn nhóm chứng (41,75 vs 44,73), nhưng mức chênh lệch không lớn. Điểm triệu chứng dương tính và âm tính cũng giảm mạnh ở cả hai nhóm, với nhóm can thiệp thấp hơn một chút (7,70 vs 8,82 cho dương tính; 10,63 vs 11,54 cho âm tính).

3.2. Tính an toàn của kích thích điện trực tiếp

Bảng 5. Các tác dụng phụ của kích thích điện trực tiếp xuyên sọ trên bệnh nhân tâm thần phân liệt

Triệu chứng	Có/Mức độ			Không
	Nhẹ	Vừa	Nặng	
Đau đầu	0	0	0	70 (100%)

Hoang tưởng bị theo dõi	5 (7,1%)	8 (11,4%)	>0,05
Hoang tưởng bị chi phối	1 (1,4%)	3 (4,3%)	>0,05

Sau điều trị, các triệu chứng ngôn ngữ nghèo nàn, tư duy chậm chạp, tư duy ngắt quãng ở nhóm can thiệp với tDCS giảm đáng kể so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Rối loạn cảm xúc và hoạt động bản năng

Triệu chứng	Can thiệp n=70 (%)	Chứng n=70 (%)	p
Hưng phấn cảm xúc	1 (1,4%)	6 (8,6%)	>0,05
Ức chế cảm xúc	0 (4,3%)	6 (8,6%)	<0,05
Cảm xúc cùn mòn	6 (8,6%)	8 (11,4%)	>0,05
Cảm xúc hai chiều trái ngược	1 (1,4%)	4 (5,7%)	>0,05
Cảm xúc không thích hợp	0 (4,3%)	6 (8,6%)	<0,05
Cảm xúc bị chi phối do hoang tưởng, ảo giác	4 (4,7%)	5 (7,1%)	>0,05
Mất ngủ	0 (0%)	7 (10,0%)	<0,05
Chán ăn	0 (0%)	7 (10,0%)	<0,05
An nhiều	0 (0%)	4 (5,7%)	>0,05
Giảm hoạt động tình dục	5 (7,1%)	8 (11,4%)	>0,05

Sau điều trị, các rối loạn cảm xúc và hoạt động bản năng ở nhóm can thiệp với tDCS ít hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt của 2 nhóm trên triệu chứng ức chế cảm xúc, cảm xúc không thích hợp, mất ngủ, chán ăn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chóng mặt	0	0	0	70 (100%)
Kích ứng da tại chỗ	5 (7,14%)	0	0	65 (92,86%)
Buồn nôn	0	0	0	70 (100%)
Ngứa dưới vùng đặt điện cực	11 (15,71%)	0	0	70 (100%)
Mệt mỏi sau làm kỹ thuật	0	0	0	70 (100%)
Hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ	0	0	0	70 (100%)
Co giật	0	0	0	70 (100%)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 7,14% bệnh nhân có biểu hiện kích ứng

da tại chỗ đặt điện cực và 15,71% bệnh nhân có ngứa da tại vị trí đặt điện cực.

Bảng 6. Các chỉ số sinh hóa và huyết học trước và sau điều trị trên bệnh nhân tâm thần phân liệt

Chỉ số	Trước điều trị (n=70)	Sau điều trị (n=70)	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Glucose (mmol/)	5,423 $\pm$ 1,0187	5,266 $\pm$ 0,5294	>0,05
Ure (mmol/)	5,860 $\pm$ 1,2736	5,156 $\pm$ 1,1903	>0,05
Creatinin (μ mol/L)	95,49 $\pm$ 16,643	84,04 $\pm$ 16,601	>0,05
GOT (U/L)	25,04 $\pm$ 9,386	27,94 $\pm$ 7,479	>0,05
GPT (U/L)	26,97 $\pm$ 9,413	29,84 $\pm$ 7,517	>0,05
RBC (T/L)	4,929 $\pm$ 0,5133	4,480 $\pm$ 0,7184	>0,05
Hb (g/L)	152,43 $\pm$ 14,186	135,86 $\pm$ 17,140	>0,05
WBC (G/L)	7,697 $\pm$ 20,826	6,841 $\pm$ 15,443	>0,05
Neut%	67,80 $\pm$ 12,543	59,61 $\pm$ 10,936	>0,05
Mono%	6,73 $\pm$ 2,078	6,76 $\pm$ 1,952	>0,05

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau điều trị không có sự biến đổi có ý nghĩa thống kê ở các chỉ số sinh hóa và huyết học sau điều trị bằng kích thích điện trực tiếp xuyên sọ trên bệnh nhân tâm thần phân liệt.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả thu được ở trên đã cho thấy kích thích điện trực tiếp xuyên sọ là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn trên bệnh nhân tâm thần phân liệt. Có sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng và điểm thang PANSS trên bệnh nhân tâm thần phân liệt sau điều trị. Các triệu chứng bao gồm ngôn ngữ nghèo nàn, tư duy chậm chạp, tư duy ngắt quãng, ức chế cảm xúc và cảm xúc không thích hợp ở 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các triệu chứng dương tính bao gồm hoang tưởng và ảo giác không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, tuy nhiên nhóm điều trị bằng tDCS cho thấy có xu hướng cải thiện tốt hơn so với nhóm chỉ dùng thuốc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như ghi nhận được ở các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Nghiên cứu của Brunelin J. và cộng sự (2012) áp dụng tDCS với cường độ 2 mA, ghi nhận sự cải thiện các triệu chứng dương tính và âm tính của bệnh tâm thần phân liệt, với lợi ích kéo dài đến 3 tháng sau điều trị [4]. Nghiên cứu của Valiengo LCL và cs (2020) đánh giá hiệu quả của tDCS trên triệu chứng âm tính của tâm thần phân liệt cho thấy có sự cải thiện rõ rệt triệu chứng [5].

Kỹ thuật kích thích điện trực tiếp xuyên sọ

cũng cho thấy là kỹ thuật an toàn. Không gây ra các tai biến và biến chứng nặng. Chỉ tỷ lệ rất nhỏ bệnh nhân có biểu hiện kích ứng da tại chỗ hoặc ngứa dưới vùng đặt điện cực. Các kết quả trước đây cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Chhabra H. và cộng sự (2013) đánh giá tính an toàn của tDCS ở bệnh nhân tâm thần phân liệt cho thấy các tác dụng phụ phổ biến nhất là cảm giác nóng rát, đỏ da, đau da đầu, ngứa và cảm giác kiến bò, hầu hết đều nhẹ và thoáng qua [6]. Đánh giá tác dụng phụ trên các chỉ số sinh hóa, nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Zhang và cs (2019) khi đánh giá tác dụng của tDCS trên chuột cho thấy không có sự thay đổi các chỉ số liên quan đến chức năng thận bao gồm nồng độ Creatinin huyết tương và nồng độ ure huyết tương cũng như các chỉ số men gan bao gồm GOT và GPT [7]. Kết quả nghiên cứu cho thấy các chỉ số huyết học bao gồm số lượng bạch cầu, tỉ lệ bạch cầu đa nhân, đơn nhân và các chỉ số hồng cầu không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê sau điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Zang và cs (2019) khi thực hiện tDCS trên chuột, không thấy có sự thay đổi các chỉ số huyết học bao gồm số lượng bạch cầu, tỉ lệ bạch cầu đa nhân và tỉ lệ bạch cầu lympho ở chuột [7].

V. KẾT LUẬN

Kích thích điện trực tiếp là một liệu pháp điều trị hiệu quả trên bệnh nhân tâm thần phân liệt. Có sự cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân tâm thần phân liệt sau khi điều trị bằng kích thích điện trực tiếp xuyên sọ.

Kích thích điện trực tiếp xuyên sọ là một liệu pháp điều trị an toàn. Các tác dụng phụ chủ yếu trên bệnh nhân là tác dụng phụ về da bao gồm ngứa và kích ứng da tại vị trí đặt điện cực. Không thấy có sự biến đổi có ý nghĩa thống kê các chỉ số cận lâm sàng sau khi thực hiện đủ liệu trình tDCS trên bệnh nhân tâm thần phân liệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Huy** (2017), Tâm thần phân liệt. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
2. **Patel Kr Fau - Cherian J., Cherian J Fau - Gohil K., Gohil K Fau - Atkinson D., et al.,** (2014) Schizophrenia: overview and treatment options. (1052-1372 (Print)).
3. **Dell'Osso B., Priori A., and Altamura A.C.J.B.p.,** (2011) Efficacy and safety of transcranial direct current stimulation in major depression. 69(8): p. e23-e24.
4. **Brunelin J., Mondino M., Gassab L., et al.,** (2012) Examining transcranial direct-current

- stimulation (tDCS) as a treatment for hallucinations in schizophrenia. 169(7): p. 719-724.
5. **Valiengo L.d.C.L., Goerigk S., Gordon P.C., et al.,** (2020) Efficacy and Safety of Transcranial Direct Current Stimulation for Treating Negative Symptoms in Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 77(2): p. 121-129.
 6. **Agarwal S.M., Shivakumar V., Bose A., et al.,** (2013) Transcranial direct current stimulation in schizophrenia. 11(3): p. 118.
 7. **Zhang K., Guo L., Zhang J., et al.,** (2019) A safety study of 500 μ A cathodal transcranial direct current stimulation in rat. BMC Neuroscience. 20(1): p. 40.

THỰC TRẠNG LOÉT TỖ ĐỀ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH THỞ MÁT TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU A9 BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thị Hằng^{1,2}, Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}, Nguyễn Hữu Quân¹, Lê Quang Trí¹,
Nguyễn Hoàng Nam^{2,3}, Vũ Thị Bảo Ngân², Nguyễn Thị Thủy Trang¹,
Lê Thị Hoa¹, Ngô Thị Thu Hoài¹, Nguyễn Thị Thanh Luyến⁴, Nguyễn Phương Thảo⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng loét tỳ đè và một số yếu tố liên quan ở người bệnh thở máy tại trung tâm cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng:** người bệnh ≥ 18 tuổi, điều trị tại Trung tâm Cấp cứu A9 Bạch Mai có chỉ định thở máy, được theo dõi đủ 7 ngày trong g thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 03/2025. Các biến số được thu thập gồm: nhân khẩu học, bệnh kèm theo, tình trạng dinh dưỡng (BMI, thang BBT), nguy cơ loét (Braden), và đặc điểm loét trong 7 ngày đầu. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của người bệnh là $60,1 \pm 18,9$; nam chiếm 70,2%. 41,1% người bệnh mắc ≥ 2 bệnh mạn tính. Sau 7 ngày thở máy, tỷ lệ loét tỳ đè là 25,0%, vị trí thường gặp nhất là vùng cùi chỏ (18,6%) và gót chân (7,3%). Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê bao gồm: tuổi ≥ 60 (OR=2,8; p=0,03), tình trạng phù (OR=3,1; p=0,008), nguy cơ dinh dưỡng nặng (BBT ≥ 4 ; OR=4,2; p=0,03), nguy cơ LTĐ cao theo Braden (OR=4,2; p=0,001), có ≥ 2 bệnh mạn tính kèm theo (OR=3,8; p=0,01). **Kết luận:** Tỷ lệ loét tỳ đè ở bệnh nhân thở máy tại Trung tâm Cấp cứu A9 còn cao. Các yếu tố nguy cơ chính là tuổi cao, phù, suy dinh dưỡng, bệnh mạn tính kèm theo và nguy cơ loét theo Braden cao. Cần can thiệp dự phòng sớm, tập trung vào nhóm nguy cơ này. **Từ khóa:** loét tỳ đè, thang điểm Braden, chấn thương do tỳ đè, hồi sức tích cực

SUMMARY

PREVALENCE OF PRESSURE INJURIES AND ASSOCIATED FACTORS AMONG MECHANICALLY

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện hữu nghị Đa khoa Nghệ An

⁵Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Hằng

Email: hangccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

VENTILATED PATIENTS AT THE EMERGENCY CENTER A9, BACH MAI HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics of pressure ulcers and identify associated factors in mechanically ventilated patients at the A9 Emergency Center, Bach Mai Hospital. **Subjects:** Patients aged ≥ 18 years admitted to the A9 Emergency Center, Bach Mai Hospital, who required mechanical ventilation and were followed for at least 7 days between January 2025 and March 2025. Variables collected included demographic data, comorbidities, nutritional status (BMI, BBT scale), pressure ulcer risk (Braden Scale), and ulcer characteristics within the first 7 days. **Methods:** Prospective cross-sectional descriptive study. **Results:** The mean age of patients was 60.1 ± 18.9 years; males accounted for 70.2%. A total of 41.1% of patients had ≥ 2 chronic comorbidities. After 7 days of mechanical ventilation, the incidence of pressure ulcers was 25.0%, with the most common sites being the sacral region (18.6%) and the heels (7.3%). Statistically significant associated factors included: age ≥ 60 years (OR = 2.8; p = 0.03), presence of edema (OR = 3.1; p = 0.008), severe nutritional risk (BBT ≥ 4 ; OR = 4.2; p = 0.03), high pressure ulcer risk according to the Braden Scale (OR = 4.2; p = 0.001), and having ≥ 2 chronic comorbidities (OR = 3.8; p = 0.01). **Conclusion:** The incidence of pressure ulcers among mechanically ventilated patients at the A9 Emergency Center remains high. Major risk factors include advanced age, edema, malnutrition, multiple chronic comorbidities, and high risk scores on the Braden Scale. Early preventive interventions should be prioritized for these high-risk groups. **Keywords:** pressure ulcer, pressure injury, intensive care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tỳ đè (LTĐ) hay còn gọi là pressure injury, là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân nằm viện, đặc biệt ở nhóm bất động kéo dài như người bệnh thở máy tại khoa hồi sức và cấp cứu¹. Tỷ lệ loét tỳ đè ở các bệnh nhân ICU dao động 5-30% tùy vào quốc gia và hệ thống y tế². Tại Việt Nam, tỷ lệ loét tỳ đè tại các khoa hồi sức

tích cực dao động từ 18,6% -27,6%³ và ở bệnh nhân thở máy là 33,3%³. LTĐ không chỉ làm giảm chất lượng sống mà còn kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, nguy cơ nhiễm trùng và tử vong. Tuy nhiên, nhiều bằng chứng cho thấy LTĐ có thể phòng ngừa bằng các gói chăm sóc chuẩn hóa, kiểm soát các yếu tố nguy cơ đã biết⁴.

Tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai, nơi tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân nặng thở máy kéo dài, nguy cơ LTĐ đặc biệt cao. Do đó, nhằm xây dựng chiến lược dự phòng hiệu quả, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và giảm gánh nặng y tế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu *"Mô tả đặc điểm lâm sàng loét tỳ đè và một số yếu tố liên quan ở người bệnh thở máy tại trung tâm cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, thở máy xâm nhập hoặc không xâm nhập ≥ 7 ngày tại Trung tâm Cấp cứu A9, được theo dõi đầy đủ dữ liệu lâm sàng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tổn thương da do nguyên nhân khác (viêm mô tế bào, bỏng, chấn thương), tử vong hoặc chuyển viện trước ngày thứ 7, hồ sơ thiếu dữ liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7/2024 đến tháng 09/2025 trong đó thời gian thu thập số liệu: từ tháng 1/2025 đến hết 3/2025

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian thu thập dữ liệu. Thực tế thu thập được 124 người bệnh đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu:

- Một số thông tin chung của người bệnh: tuổi, giới
- Tiền sử, bệnh sử: bệnh mạn tính đi kèm
- Một số đặc điểm lâm sàng: tình trạng phù, chỉ số khối cơ thể (theo phân loại WHO 2007), nguy cơ dinh dưỡng theo thang điểm BBT (Bachmai Boston Tool), nguy cơ loét theo thang điểm Barden
- Một số đặc điểm loét tỳ đè: số lượng, vị trí
- Một số yếu tố liên quan để tỷ lệ loét tỳ đè tại thời điểm ngày thứ 7 thở máy.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:

Công cụ: phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn theo mục tiêu nghiên cứu và tổng quan tài liệu.

Phương pháp thu thập số liệu: thông qua thăm khám, hỏi lâm sàng và dữ liệu tại hồ sơ bệnh án

2.3. Xử lý số liệu. Dữ liệu được nhập và quản lý bằng Kobotoolbox, phân tích trên Stata 14.0. Thống kê mô tả trình bày trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn cho biến định lượng và tỷ lệ phần trăm cho biến định tính. So sánh sử dụng Chi-square/Fisher's exact cho biến định tính và T-test cho biến định lượng, với ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Mỗi liên quan được phân tích bằng hồi quy logistic đơn biến.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai. Điều tra đối tượng trên tinh thần tự nguyện đồng ý tham gia, không ép buộc và trên tinh thần tôn trọng. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học ở người bệnh (n=124)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<60	49	39,5
	≥ 60	75	60,5
Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn (Min-Max)		60,1 $\pm$ 18,9 (18-98)	
Giới tính	Nam	87	70,2
	Nữ	37	29,8
Chỉ số BMI	Gầy (BMI<18,5)	15	12,1
	Bình thường (18,5 $\leq$ BMI <25,0)	80	64,5
	Thừa cân-béo phì (BMI $\geq$ 25,0)	29	23,4
Chỉ số BBT	Không nguy cơ (BBT $\leq$ 1 điểm)	87	70,2
	Nguy cơ nhẹ đến vừa (BBT:2-3 điểm)	26	21,0
	Nguy cơ nặng (BBT $\geq$ 4)	11	8,8
Tình trạng phù	Có	43	34,7
	Không	81	65,3
Nguy cơ loét theo Barden	Nguy cơ trung bình thấp	86	69,4
	Nguy cơ cao và rất cao	38	30,6

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 60,1 $\pm$ 18,9 (18-98), trong đó 60,5% từ 60 tuổi trở lên. Nam giới chiếm 70,2%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng và thừa cân – béo phì lần lượt là 12,1% và 23,4%. 29,8% có nguy cơ dinh dưỡng theo phân loại BBT. Tỷ lệ người bệnh có phù là 34,7%. 30,6% có nguy cơ loét cao và rất cao theo thang

điểm Barden tại thời điểm ngày đầu thở máy.

Bảng 2. Tiền sử bệnh mạn tính đi kèm ở đối tượng nghiên cứu (n=124)

Tiền sử bệnh	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Đái tháo đường	46	37,1
Tăng huyết áp	45	36,3
Tai biến mạch máu não	7	5,7
Tim mạch	24	19,4
Ung thư	4	3,2
Thận	30	24,2
Tiểu hoá	9	7,3
Mắc ≥2 bệnh mạn tính	51	41,1

Các bệnh mạn tính thường gặp nhất là đái tháo đường (37,1%) và tăng huyết áp (36,3%), tiếp theo là bệnh thận (24,2%) và tim mạch

(19,4%). Tỷ lệ bệnh nhân mắc đồng thời từ hai bệnh mạn tính trở lên chiếm tới 41,1%

Bảng 3. Tỷ lệ loét tỳ đè trong 7 ngày đầu thở máy (n=124)

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
N1	10	8,1
N2	12	9,7
N3	13	10,5
N4	16	12,9
N5	22	17,7
N6	23	18,5
N7	31	25,0

Tỷ lệ loét tỳ đè tăng dần theo thời gian nằm thở máy, từ 8,1% trong ngày đầu lên đến 25,0% vào ngày thứ 7

Bảng 4: Vị trí loét (n=124)

Vị trí loét	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
Chăm	1(0,8)	3(2,4)	2(1,6)	2(1,6)	3(2,4)	4(3,2)	5(5,0)
Bả vai	0	0	0	0	0	0	0
Lưng	1(0,8)	1(0,8)	1(0,8)	2(1,6)	2(1,6)	2(1,6)	2(1,6)
Cùng cụt	6(4,8)	7(5,7)	8(6,5)	9(7,3)	2(1,6)	18(14,5)	23(18,6)
Mông	1(0,8)	2(1,6)	1(0,8)	1(0,8)	1(0,8)	3(2,4)	3(2,4)
Khuỷu	1(0,8)	1(0,8)	1(0,8)	1(0,8)	1(0,8)	1(0,8)	1(0,8)
Gót chân	2(1,6)	2(1,6)	3(2,4)	3(2,4)	4(3,2)	8(6,5)	9(7,3)
Mắt cá chân	2(1,6)	2(1,6)	2(1,6)	2(1,6)	2(1,6)	1(0,8)	2(1,6)
Khác	2(1,6)	4(3,2)	4(3,2)	5(4,0)	5(4,0)	5(4,0)	5(4,0)

Vùng cùng cụt là vị trí loét phổ biến nhất, chiếm 18,6% sau 7 ngày, tiếp theo là gót chân (7,3%) và chăm (5,0%). Các vị trí khác như lưng, mông, khuỷu, mắt cá ít gặp hơn.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ loét tỳ đè ở ngày thứ 7 thở máy (n = 124)

Yếu tố liên quan		Loét tỳ đè ngày thứ 7		OR 95%CI	p
		Có (n=31)	Không (n=93)		
Nhóm tuổi	<60	7(14,3)	42(85,7)	2,8 (1,1-7,2)	0,03
	≥60	24(32,0)	51(68,0)		
Giới tính	Nam	22(25,3)	65(74,7)	0,9 (0,4-2,3)	0,9
	Nữ	9(24,3)	28(75,7)		
Loét	Không	21(18,4)	93(81,6)	-	<0,001
	Có	10(100)	0(0)		
Phù	Không	14(17,3)	67(82,7)	3,1 (1,3-7,2)	0,008
	Có	17(39,5)	26(60,5)		
BMI <18,5	Không	28(25,7)	81(74,3)	0,7 (0,2-2,8)	0,64
	Có	3(20,0)	12(80,0)		
BMI ≥25	Không	22(23,2)	73(76,8)	1,4 (0,6-3,7)	0,4
	Có	9(31,0)	20(69,0)		
(BBT ≥4 điểm)	Không	25(22,1)	88(77,9)	4,2 (1,2-15,0)	0,03
	Có	6(54,6)	5(45,5)		
Nguy cơ Barden cao	Không	14(16,3)	72(83,7)	4,2 (1,8-9,8)	0,001
	Có	17(44,7)	21(55,3)		
Số bệnh mạn tính đi kèm	<2 bệnh	11(15,1)	62(84,9)	3,6 (1,5-8,5)	0,003
	≥2 bệnh	20(39,2)	31(60,8)		

Một số yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với loét tỳ đè gồm: tuổi ≥60 (OR=2,8; p=0,03), tình trạng phù (OR=3,1; p=0,008), nguy cơ dinh dưỡng cao (BBT ≥4 điểm, OR=4,2; p=0,03), nguy cơ loét cao và rất cao theo Barden (OR=4,2; p=0,001), và có ≥2 bệnh mạn

tính đi kèm (OR=3,6; p=0,003). Giới tính, BMI và không có mối liên quan có ý nghĩa với p>0,05

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng loét tỳ đè

Tỷ lệ loét tỳ đè. Nghiên cứu của chúng tôi

trên 124 người bệnh thở máy tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ loét tỳ đè (LTĐ) trong 7 ngày đầu là 25%, phù hợp với báo cáo của nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước. Các nghiên cứu chỉ ra rằng LTĐ xảy ra ở 16,9%–23,8% bệnh nhân bệnh nặng, với tỷ lệ mắc tích lũy dao động từ 10,0% đến 25,9%, trong đó nhóm bệnh nhân thở máy kéo dài có nguy cơ cao nhất⁵. Một cuộc khảo sát về tỷ lệ lưu hành toàn cầu đối với bệnh nhân trong các đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU) được thực hiện vào năm 2018 đã xác định rằng 59,2% trong số 3997 LTĐ được xác định đã phát triển trong quá trình nhập viện ICU⁶. Tại Việt Nam, tỷ lệ loét tỳ đè tại các khoa hồi sức tích cực dao động từ 18,6% -27,6%³ và ở bệnh nhân thở máy là 33,3%³. Kết quả này cho thấy LTĐ vẫn là biến chứng phổ biến và đáng lo ngại ở nhóm bệnh nhân hồi sức tích cực, đặc biệt là nhóm người bệnh thở máy phản ánh tình trạng bệnh nặng, bất động và phụ thuộc hoàn toàn vào chăm sóc, ảnh hưởng trực tiếp đến thời gian nằm viện, chi phí điều trị và chất lượng sống người bệnh.

Vị trí loét tỳ đè. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ LTĐ tăng dần theo thời gian thở máy: từ 8,1% ngày 1 lên 25% ngày 7. Xu hướng này nhất quán với nhiều nghiên cứu hồi sức, cho thấy thời gian bất động càng kéo dài, nguy cơ LTĐ càng cao⁷. Kết quả này nhấn mạnh ý nghĩa của việc triển khai biện pháp dự phòng ngay từ đầu, thay vì chỉ can thiệp sau vài ngày nằm viện.

Vị trí thường gặp nhất trong nghiên cứu là cùi chỏ (18,6%) và gót chân (7,3%), tiếp đến là vùng chẩm (5,0%). Kết quả này tương tự các nghiên cứu trong³ và ngoài nước⁵ cho thấy các vị trí phổ biến xuất hiện loét tỳ đè ở bệnh nhân nặng, hồi sức tích cực và thở máy bao gồm: xương cùi chỏ, gót chân, đầu⁵. Những vùng xương nhô chịu áp lực kéo dài được xác định là nguy cơ hàng đầu gây nên tình trạng loét tỳ đè ở những người bệnh này. Điều này gợi ý cần chú trọng các biện pháp phòng ngừa đặc hiệu như sử dụng đệm giảm áp lực, thay đổi tư thế định kỳ và theo dõi sát da tại những vị trí nguy cơ cao.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến loét tỳ đè **Mối liên quan giữa tuổi với loét tỳ đè**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của đối tượng là $60,1 \pm 18,9$ tuổi, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 60,5%. Kết quả phân tích cho thấy tuổi cao làm tăng nguy cơ loét tỳ đè ($OR=2,8$; $p=0,03$). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước², khi tuổi già được coi là yếu tố nguy cơ quan trọng do da mỏng, giảm đàn hồi, rối loạn tuần hoàn và khả

năng hồi phục mô kém². Như vậy, bệnh nhân cao tuổi cần được xếp vào nhóm ưu tiên dự phòng LTĐ ngay từ khi nhập viện.

Mối liên quan giữa giới tính với loét tỳ đè. Nam giới chiếm đa số (70,2%), Nam giới chiếm đa số (70,2%) trong mẫu nghiên cứu, tuy nhiên không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về tỷ lệ LTĐ ($p=0,9$). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy giới tính không phải là yếu tố nguy cơ độc lập, mà nguy cơ LTĐ phụ thuộc nhiều hơn vào tình trạng dinh dưỡng, mức độ nặng bệnh và thời gian bất động, tuy nhiên một số nghiên cứu lại cho thấy giới tính nam có liên quan đến tăng nguy cơ loét tỳ đè ở nhóm bệnh nhân nặng².

Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với loét tỳ đè. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 12,1% đối tượng có thể trạng gầy và 23,4% thừa cân/béo phì. Mặc dù, trong nghiên cứu này của chúng tôi BMI không liên quan có ý nghĩa thống kê đến tăng nguy cơ loét tỳ đè ở đối tượng nghiên cứu, song kết quả sàng lọc dinh dưỡng theo thang điểm BBT ≥ 4 phản ánh nguy cơ dinh dưỡng nặng lại cho thấy mối liên quan chặt chẽ với LTĐ ($OR=4,2$, $p<0,05$). Một số nghiên cứu trước đây cho rằng cả tình trạng gầy và béo phì đều có thể làm tăng nguy cơ LTĐ do suy dinh dưỡng hoặc tăng áp lực mô mềm, song bằng chứng chưa nhất quán⁸. Điều này chứng tỏ đánh giá nguy cơ dinh dưỡng chuyên biệt có giá trị hơn so với chỉ số BMI đơn thuần. Do đó, BMI cần được đánh giá phối hợp với các chỉ số khác như BBT hoặc albumin huyết thanh để phản ánh chính xác hơn tình trạng dinh dưỡng và nguy cơ LTĐ.

Mối liên quan giữa phù với loét tỳ đè. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 34,7% người bệnh có phù, và nhóm này có nguy cơ LTĐ cao gấp 3,1 lần so với nhóm không phù ($p=0,008$). Phù làm tăng áp lực trong mô, cản trở vi tuần hoàn và giảm cung cấp oxy tại chỗ, khiến da dễ tổn thương khi chịu tỳ đè. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của kiểm soát dịch và theo dõi sát tình trạng phù trong chăm sóc hồi sức.

Nguy cơ theo thang điểm Braden. Có 30,6% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao hoặc rất cao, và kết quả phân tích cho thấy đây là yếu tố dự báo mạnh nhất với $OR=4,2$ ($p=0,001$). Nghiên cứu này khẳng định lại giá trị của thang Braden – vốn đã được thừa nhận rộng rãi trên thế giới như công cụ sàng lọc chuẩn cho bệnh nhân nằm viện. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho thấy khoảng cách giữa đánh giá nguy cơ và thực hành dự phòng, khi

hiều bệnh nhân nguy cơ cao chưa được áp dụng đầy đủ biện pháp chống loét.

Yếu tố đa bệnh lý mạn tính. Đáng chú ý, có tới 41,1% bệnh nhân mắc ≥ 2 bệnh mạn tính, và nhóm này có nguy cơ LTĐ cao gấp 3,8 lần ($p=0,01$). Sự cộng hưởng của nhiều bệnh nền làm suy giảm toàn trạng, giảm khả năng vận động và ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình hồi phục mô. Điều này phù hợp với nhận định trong nhiều nghiên cứu quốc tế rằng bệnh nhân đa bệnh lý là đối tượng đặc biệt dễ tổn thương và cần chiến lược phòng ngừa tích cực hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ loét tỳ đè ở bệnh nhân thở máy sau 7 ngày là 25%, với vị trí thường gặp nhất là cùng cụt và gót chân. Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm tuổi ≥ 60 , tình trạng phù, nguy cơ cao dinh dưỡng ($BBT \geq 4$), nguy cơ loét cao theo thang điểm Braden, tăng huyết áp, bệnh tim mạch và đa bệnh lý mạn tính.

Kết quả nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá nguy cơ ngay từ đầu, sử dụng kết hợp các công cụ sàng lọc (Braden, BBT), đồng thời triển khai gói dự phòng chuẩn hóa và tập trung vào nhóm bệnh nhân nguy cơ cao. Điều này không chỉ giúp giảm tỷ lệ LTĐ mà còn góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc và hiệu quả điều trị trong hồi sức cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Picoito R, Manuel T.** Recommendations and Best Practices for the Risk Assessment of Pressure Injuries in Adults Admitted to Intensive Care Units: A Scoping Review. Apr 11 2025;15(4).
2. **Noie A, Jackson AC, Taheri M, Sayadi L, Bahramnezhad F.** Determining the frequency of pressure ulcers incidence and associated risk factors in critical care patients: A 3-year retrospective study. International wound journal. Nov 2024;21(11):e70120.
3. **Nguyễn Mạnh Huỳnh, Võ Hồng Khôi, Lực TT.** Thực trạng loét do tỳ đè trên người bệnh đột quỵ não tại Phòng Cấp cứu - Hồi sức Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ 5/2022 đến tháng 7/2022. Nghiên cứu lâm sàng. 2024;43:68-73.
4. **Nakamura H, Makiguchi T, Yamada Y, Tsunoda A, Tomaru N, Yokoo S.** Incidence and Risk Factors for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Patients With COVID-19. Cureus. Mar 2025;17(3):e80113.
5. **Chaboyer WP, Thalib L, Harbeck EL, et al.** Incidence and Prevalence of Pressure Injuries in Adult Intensive Care Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Critical Care Medicine. 2018;46(11):e1074-e1081.
6. **Labeau SO, Afonso E.** Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubICUs study. Feb 2021;47(2):160-169.
7. **Karahan E ÇS, Uçar Ö.** Incidence of Pressure Ulcers In The Patients On Mechanical Ventilation: A Prospective Study. J Contemp Med. 2020; 10(1):62-69.
8. **Lorente-Granados G, Arias-Arias A.** Hospital-Acquired Pressure Injuries: Application of Preventive and Reactive Measures in Real Practice. Aug 16 2025.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC POLYP TRỰC TRÀNG Ở BỆNH NHÂN NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú^{1,2*}, Trần thị Thanh Hoa¹,
Lê Thoại Dung¹, Trần Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Polyp trực tràng là bệnh lý thường gặp ở đoạn cuối của ống tiêu hóa, có thể tiến triển từ tổn thương lành tính thành ung thư nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Việc xác định đặc điểm mô bệnh học của polyp đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, điều trị và dự phòng ung thư đại trực tràng. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm mô bệnh học của polyp trực tràng ở bệnh nhân được nội soi đại trực

tràng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 90 bệnh nhân có polyp trực tràng được phát hiện qua nội soi đại trực tràng trong giai đoạn từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2024. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Trong tổng số 90 bệnh nhân, polyp tân sinh chiếm tỷ lệ 88,9%, trong khi polyp không tân sinh chiếm 11,1%. Nhóm tuổi 45–59 chiếm tỷ lệ cao nhất (35,6%), tiếp theo là nhóm 60–74 tuổi (31,1%). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa loại mô bệnh học và các đặc điểm nội soi ($p > 0,05$). **Kết luận:** Polyp tân sinh là loại thường gặp nhất và có nguy cơ cao tiến triển ác tính. Việc tầm soát sớm, chẩn đoán chính xác và xử trí kịp thời là cần thiết nhằm hạn chế biến chứng và nguy cơ ung thư hóa. **Từ khóa:** Polyp trực tràng, polyp tân sinh, polyp không tân sinh.

¹Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

SUMMARY**HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF RECTAL POLYPS IN PATIENTS UNDERGOING COLONOSCOPY AT CAN THO GENERAL HOSPITAL**

Background: Rectal polyps are a common pathology of the distal gastrointestinal tract, which may progress from benign lesions to malignancy if not detected and treated promptly. Identifying the histopathological characteristics of polyps plays an essential role in the diagnosis, management, and prevention of colorectal cancer. **Objectives:** To investigate the histopathological characteristics of rectal polyps in patients undergoing colonoscopy at Can Tho General Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 90 patients with rectal polyps detected through colonoscopy between April and October 2024. Data were analyzed using SPSS 20.0 software. **Results:** Among 90 patients, neoplastic polyps accounted for 88.9%, while non-neoplastic polyps represented 11.1%. The age group of 45–59 years had the highest proportion (35.6%), followed by the 60–74 age group (31.1%). No statistically significant association was observed between histological type and endoscopic features ($p > 0.05$). **Conclusions:** Neoplastic polyps were the most common type and carried a higher risk of malignant transformation. Early screening, accurate diagnosis, and timely intervention are essential to reduce complications and prevent malignant progression. **Keywords:** Rectal polyp, neoplastic polyp, non-neoplastic polyp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp trực tràng là một trong những tổn thương thường gặp của ống tiêu hóa dưới. Về mặt mô bệnh học, polyp được chia thành hai nhóm chính: polyp không tân sinh (như polyp tăng sản và polyp viêm) và polyp tân sinh (chủ yếu là polyp tuyến với các mức độ nghịch sản khác nhau). Trong đó, nhóm polyp tân sinh có ý nghĩa lâm sàng quan trọng do liên quan đến chuỗi tiến triển tuyến – ung thư (adenoma–carcinoma sequence). Các yếu tố như kích thước polyp, thành phần nhung mao và mức độ nghịch sản được xem là những yếu tố nguy cơ quan trọng cho khả năng ác tính hóa [8].

Việc xác định chính xác đặc điểm mô bệnh học của polyp tại thời điểm phát hiện có vai trò then chốt trong việc lựa chọn phương pháp điều trị, theo dõi sau cắt polyp và dự phòng ung thư đại trực tràng. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô học của polyp đại - trực tràng, cho thấy tỷ lệ phát hiện polyp tăng theo tuổi, sự khác biệt giữa hai giới và mối liên quan giữa đặc điểm nội soi với nguy cơ tân sinh [1], [4], [6]. Tuy nhiên, dữ liệu chuyên biệt về polyp vùng trực tràng còn hạn chế, đặc biệt tại các cơ sở điều trị tuyến tính, nơi

tiếp nhận đa dạng đối tượng bệnh nhân.

Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm mô bệnh học của polyp trực tràng ở bệnh nhân được phát hiện qua nội soi đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, đồng thời đánh giá mối liên quan giữa mô bệnh học và một số đặc điểm nội soi thường gặp.

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

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân có polyp trực tràng được phát hiện qua nội soi đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong giai đoạn từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có polyp trực tràng được chẩn đoán qua nội soi đại trực tràng trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định là ung thư.

Bệnh nhân mắc các bệnh lý có thể ảnh hưởng đến kết quả mô học, bao gồm: đái tháo đường không kiểm soát, viêm đại tràng cấp xuất huyết ô ạt, hoặc viêm đại tràng mạn tính do xạ trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: 90 bệnh nhân có polyp trực tràng được phát hiện qua nội soi đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2024.

Phương pháp chọn mẫu: Lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Phân loại mô bệnh học của polyp trực tràng (tân sinh và không tân sinh).

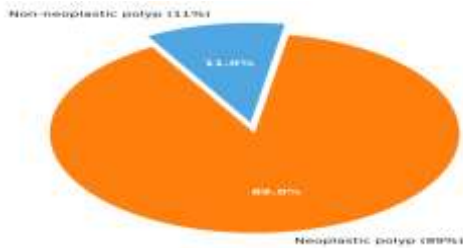
Đánh giá mức độ nghịch sản của polyp.

Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm mô học và một số đặc điểm nội soi (hình dạng, kích thước, vị trí, số lượng, bề mặt và cuống polyp).

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phiếu nội soi. Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng thống kê mô tả (tần suất, tỷ lệ phần trăm) và kiểm định Chi-square test. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Mô bệnh học trực tràng và đặc điểm của mô bệnh học trực tràng.**

**Biểu đồ 3.1. Đặc điểm của mô bệnh học trực tràng.**

Nhận xét: Polyp tân sinh chiếm tỷ lệ 89%, cao hơn rõ rệt so với polyp không tân sinh (11%), cho thấy đây là dạng mô bệnh học chủ yếu và có nguy cơ tiến triển ác tính nếu không được phát hiện, xử trí sớm.

Bảng 1. Đặc điểm của mô bệnh học phân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Neoplastic polyp		Non-neoplastic polyp		Tổng	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
15-44	19	86,3	3	13,7	22	24,4
45-59	29	90,6	3	9,4	32	35,6
60-74	25	89,3	3	10,7	28	31,1
75-89	7	87,5	1	12,5	8	9,9

Nhận xét: Polyp tân sinh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 45–59 (90,6%), tiếp theo là nhóm 60–74 tuổi (89,3%) và 15–44 tuổi (86,3%). Kết quả cho thấy tỷ lệ polyp tân sinh có xu hướng tăng theo tuổi, phản ánh mối liên quan giữa quá trình lão hóa niêm mạc đại trực tràng và nguy cơ hình thành tổn thương tân sinh.

Bảng 2. Đặc điểm của mô bệnh học phân theo giới tính.

Giới tính	Tổng		Neoplastic polyp		Non-neoplastic polyp		P
	n	%	n	%	n	%	
Nam	51	57	46	90,1	5	9,9	0,652
Nữ	39	43	34	87,2	5	12,8	

Nhận xét: Polyp tân sinh chiếm ưu thế ở cả hai giới, với tỷ lệ 90,1% ở nam và 87,2% ở nữ; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,652$), cho thấy giới tính không ảnh hưởng đáng kể đến đặc điểm mô bệnh học của polyp trực tràng.

Bảng 3. Đặc điểm của mô bệnh học phân theo đặc điểm.

Mô bệnh học		Neoplastic polyp n (%)	Non-neoplastic polyp n (%)	P
Đặc điểm	Hình dạng polyp			
	Cổ cuống	50 (89,3)	6 (10,7)	0,88
	Không cuống	30 (93,8)	4 (6,2)	
Độ dài cuống	<10mm	45 (93,8)	3 (6,2)	0,029
	10-20mm	3 (60)	2 (40)	
	>20mm	2 (66,7)	1 (33,3)	
Số lượng polyp	1	54 (91,5)	5 (8,5)	0,543
	2	15 (83,3)	3 (16,7)	
	≥3	11 (84,6)	2 (15,4)	
Kích thước đầu polyp	<10mm	29 (90,6)	3 (9,4)	0,048
	10-20mm	42 (93,3)	3 (6,7)	
	>20mm	9 (69,2)	4 (30,8)	
Vị trí so với rìa hậu môn	≤ 7cm	10 (91)	1 (9)	0,819
	> 7cm	70 (88,6)	9 (11,4)	
Bề mặt	Nhẵn	59 (91)	6 (9)	0,545
	Sần sùi	7 (87,5)	1 (12,5)	

polyp	Loét	4 (66,7)	2 (33,3)
	Viêm, sung huyết	10 (91)	1 (9)

Nhận xét: Polyp tân sinh chiếm tỷ lệ cao hơn ở hầu hết các đặc điểm nội soi so với polyp không tân sinh. Tỷ lệ polyp tân sinh cao nhất ghi nhận ở nhóm polyp không cuống và có cuống ngắn <10 mm (93,8%), trong khi các polyp có cuống dài hơn hoặc kích thước >20 mm có tỷ lệ không tân sinh cao hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ dài cuống ($p = 0,029$) và kích thước đầu polyp ($p = 0,048$), cho thấy đây là hai yếu tố liên quan đến nguy cơ tân sinh.

3.2. Nhóm neoplastic polyp (polyp u tuyến), nhóm non-neoplastic polyp.**Bảng 4. Mô bệnh học nhóm neoplastic polyp theo hình ảnh nội soi**

Mô bệnh học		Polyp tuyến N (%)	P
Đặc điểm	Hình dạng polyp		
	Cổ cuống	50 (62,5)	0,025
	Không cuống	30 (37,5)	
Độ dài cuống	<10mm	45 (90)	0,001
	≥ 10mm	5 (10)	
Số lượng polyp	1	54 (67,5)	0,001
	2	15 (18,8)	
	≥3	11 (13,7)	
Kích thước		<10mm	29 (36,3)

đầu polyp	10-20mm	42 (52,5)	0,001
	>20mm	9 (11,2)	
Vị trí so với rìa hậu môn	≤ 7cm	10 (12,5)	0,001
	> 7cm	70 (87,5)	
Bề mặt polyp	Nhẵn	59 (73,8)	0,001
	Sần sùi	7 (8,7)	
	Loét	4 (5)	
	Viêm, sung huyết	10 (12,5)	

Nhận xét: Trong nhóm polyp tân sinh, đa số có cuống ngắn <10 mm (90%), kích thước đầu 10–20 mm (52,5%), bề mặt nhẵn (73,8%) và nằm cách rìa hậu môn >7 cm (87,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ dài cuống, số lượng, kích thước và vị trí polyp ($p < 0,05$), cho thấy các đặc điểm này có liên quan chặt chẽ đến hình thái của polyp tân sinh.

Bảng 5. Đặc điểm mô bệnh học nhóm non-neoplastic polyp



Nhận xét: Trong nhóm polyp không tân sinh, polyp tăng sản chiếm ưu thế tuyệt đối (90%), trong khi polyp viêm chỉ chiếm 10%, cho thấy tổn thương tăng sản là dạng mô bệnh học thường gặp nhất trong nhóm này.

3.3. Mức độ nghịch sản của polyp

Bảng 5. Mức độ nghịch sản của polyp

Mức độ nghịch sản của polyp	Tần số	Tỉ lệ %
Thấp	4	57
Cao	3	43
Tổng cộng	7	100

Nhận xét: Trong số 7 bệnh nhân nghịch sản của polyp, mức độ thấp chiếm cao hơn mức độ cao (57%), (43%).

Bảng 6. Mức độ nghịch sản của polyp theo mô bệnh học

MBH	Plastic polyp		Non-neoplastic polyp	
	n	%	n	%
Nhẹ	3	50	1	100
Vừa	3	50	0	0
Tổng	6	100	1	100

Nhận xét: Trong số 7 bệnh nhân nghịch sản của polyp, bệnh nhân mang mô học bệnh neoplastic polyp mức độ nhẹ và vừa có tỷ lệ như nhau (50%).

Bảng 7. Mức độ nghịch sản của polyp theo hình dạng polyp

MBH	Có cuống		Không cuống	
	n	%	n	%
Nhẹ	4	66,7	1	100
Vừa	2	33,3	0	0
Tổng	6	100	1	100

Nhận xét: Trong số 7 bệnh nhân nghịch sản của polyp, người bệnh mang polyp có cuống mức độ nhẹ cao hơn mức độ vừa (66,7%), (33,3%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, polyp tân sinh chiếm tỷ lệ cao (88,9%), trong khi polyp không tân sinh chiếm 11,1%. Tỷ lệ này cao hơn so với báo cáo của Nguyễn Thị Thu Thủy (2009) [1] và Bùi Nhuận Quý (2013) [2], trong đó tỷ lệ polyp không tân sinh còn chiếm ưu thế, nhưng tương đồng với các kết quả gần đây của Thái Thị Hồng Nhung và cộng sự (2021) [3] và Huỳnh Hiếu Tâm (2022) [4]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do khác nhau về tiêu chuẩn chọn mẫu, đối tượng nghiên cứu, hoặc phương pháp phân loại mô học. Tuy nhiên, xu hướng chung cho thấy polyp tân sinh ngày càng được phát hiện nhiều hơn, phản ánh hiệu quả của kỹ thuật nội soi hiện đại và nhận thức ngày càng cao trong tầm soát ung thư đại – trực tràng.

Về phân bố theo nhóm tuổi, polyp tân sinh gặp chủ yếu ở nhóm 45–59 tuổi (90,6%) và 60–74 tuổi (89,3%), phù hợp với ghi nhận của Huỳnh Hiếu Tâm (2022) [4] và Thái Thị Hồng Nhung (2021) [3] rằng tỷ lệ polyp tăng dần theo tuổi. Sự tích lũy tổn thương niêm mạc, đột biến gen và tác động lâu dài của các yếu tố môi trường, ăn uống, viêm mạn tính có thể giải thích xu hướng này. Một số nghiên cứu quốc tế cũng cho thấy nguy cơ xuất hiện polyp tân sinh tăng gấp 2–3 lần ở người trên 50 tuổi [8].

Theo giới tính, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (90,1%) so với nữ giới (87,2%), tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,652$). Kết quả này tương tự các nghiên cứu của Colito et al. (2022) [5] và Võ Minh Đức (2018) [8], cho thấy nam giới có nguy cơ mắc polyp tân sinh cao hơn, có thể liên quan đến chế độ ăn nhiều thịt đỏ, uống rượu bia và hút thuốc lá – những yếu tố nguy cơ đã được chứng minh trong hình thành và tiến triển adenoma.

Về đặc điểm nội soi, nghiên cứu cho thấy polyp không cuống và có cuống ngắn <10 mm có tỷ lệ tân sinh cao nhất (93,8%), trong khi polyp có cuống dài hoặc kích thước đầu >20 mm có xu hướng không tân sinh cao hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ dài cuống ($p = 0,029$) và kích thước đầu polyp ($p = 0,048$) cho

thấy đây là hai yếu tố quan trọng liên quan đến khả năng tân sinh, phù hợp với nhận định của Jass và Sobin (2012) [8] rằng polyp lớn hơn 10 mm hoặc có thành phần nhung mao thường mang nguy cơ ác tính cao hơn.

Kết quả cũng cho thấy đa số polyp tân sinh có bề mặt nhẵn (73,8%), vị trí cách rìa hậu môn >7 cm (87,5%) và cuống ngắn <10 mm (90%). Sự khác biệt có ý nghĩa giữa độ dài cuống, kích thước, số lượng và vị trí polyp ($p < 0,05$) khẳng định đặc điểm hình thái nội soi có thể dự báo phần nào bản chất mô bệnh học của tổn thương. Các nghiên cứu của Thái Thị Hồng Nhung (2021) [3] và Trần Quang Minh (2020) [7] cũng cho kết quả tương tự, củng cố mối liên quan giữa hình thái nội soi và mô học.

Đối với nhóm polyp không tân sinh, kết quả ghi nhận polyp tăng sản chiếm 90%, trong khi polyp viêm chỉ 10%, phù hợp với nhận định của Huỳnh Hiếu Tâm (2022) [4] và Bùi Nhuận Quý (2013) [2] rằng tổn thương tăng sản là dạng mô học thường gặp nhất trong nhóm không tân sinh. Mặc dù thường được xem là lành tính, song các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra một số polyp tăng sản lớn ở trực tràng – sigma có thể mang biến đổi nghịch sản nhẹ, gợi ý khả năng chuyển dạng ác tính nếu kéo dài [8].

Trong nhóm polyp tân sinh, phần lớn thuộc loại tuyến ống (tubular adenoma) với mức độ nghịch sản nhẹ và vừa chiếm ưu thế, tương tự kết quả của Nguyễn Văn Tiến và Nguyễn Thị Thu Thủy (2020) [1]. Tuy nhiên, tỷ lệ nghịch sản vừa và nặng vẫn đáng lưu ý, bởi đây là giai đoạn tiền ung thư có thể tiến triển thành ung thư biểu mô tuyến nếu không được cắt bỏ và theo dõi định kỳ [8]. Kết quả của nghiên cứu này góp phần khẳng định lại chuỗi tiến triển adenoma–carcinoma, nhấn mạnh vai trò của phát hiện và xử trí sớm các polyp tân sinh.

Một điểm đáng chú ý khác là mối tương quan giữa kích thước và mức độ nghịch sản, khi polyp có kích thước >10 mm thường đi kèm nghịch sản vừa hoặc nặng, phù hợp với tiêu chuẩn đánh giá nguy cơ ác tính trong phân loại Vienna và WHO. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá hình thái nội soi chi tiết trước khi cắt, đặc biệt với những tổn thương lớn hoặc có bề mặt sần sùi, loét, vì đây là các yếu tố cảnh báo nguy cơ ung thư hóa.

Nhìn chung, các kết quả của nghiên cứu này phù hợp với xu hướng chung trong và ngoài nước: polyp tân sinh chiếm ưu thế, tăng dần theo tuổi, và có liên quan chặt chẽ đến đặc điểm nội soi như kích thước, độ dài cuống và hình dạng bề mặt [1–8]. Những kết quả này có giá trị

thực tiễn trong công tác tầm soát và điều trị, đặc biệt tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh, nơi bệnh nhân thường đến khám ở giai đoạn muộn.

Do vậy, việc nội soi tầm soát định kỳ, đặc biệt ở người ≥45 tuổi, kết hợp sinh thiết và cắt trọn polyp tân sinh, có ý nghĩa quan trọng trong phòng ngừa ung thư đại – trực tràng. Đồng thời, việc tăng cường đào tạo kỹ năng nội soi, chuẩn hóa quy trình mô bệnh học và nâng cao nhận thức cộng đồng sẽ góp phần giảm tỷ lệ ung thư đại trực tràng trong tương lai gần [3],[8].

V. KẾT LUẬN

Polyp tân sinh chiếm đa số (89%), thường gặp ở nhóm tuổi 45–74. Đặc điểm thường là cuống ngắn <10 mm, kích thước 10–20 mm, bề mặt nhẵn và nghịch sản nhẹ – vừa. Kích thước và độ dài cuống có liên quan ý nghĩa với nguy cơ tân sinh. Phát hiện sớm và cắt trọn polyp có vai trò quan trọng trong dự phòng ung thư đại – trực tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thu Thủy (2009)**, Nghiên cứu kết quả cắt polyp trực tràng bằng thông lọng nhiệt điện qua nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
2. **Bùi Nhuận Quý, Nguyễn Thúy Oanh (2013)**, Khảo sát mối liên quan giữa lâm sàng, nội soi và giải phẫu bệnh của polyp đại trực tràng. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh;17(6):19–24.
3. **Thái Thị Hồng Nhung, Lương Thị Thúy Loan (2021)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp cắt đốt kết hợp kẹp clip ở bệnh nhân có polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y học Cần Thơ;(40):237–243.
4. **Huỳnh Hiếu Tâm, Thái Thị Hồng Nhung (2022)**, Đặc điểm lâm sàng, đặc điểm nội soi ở các bệnh nhân có bệnh lý đại tràng đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y học Cần Thơ;(55):1–7.
5. **Colito DA, Dorta-Guerra R, Da Costa Lima HS, Pina C, Gonçalves D, Valladares B, Foronda P (2022)**, Epidemiological investigations of diarrhea in children in Praia city, Cape Verde. Front Microbiol;13:1059431. doi: 10.3389/fmicb.2022.1059431
6. **Trần Thị Như Quỳnh, Lê Hữu Song, Ngô Thị Hoài và cộng sự (2024)**, Đặc điểm mô bệnh học của bệnh ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2017 đến năm 2020. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, 19(HN NCS). <https://doi.org/10.52389/ydls.v19incs.236>
7. **Võ Minh Đức, Nguyễn Văn Hùng (2018)**, Mối liên quan giữa nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng – kinh nghiệm tại Bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh;22(2):85–90.
8. **Jass JR, Sobin LH**. Histological Typing of Intestinal Tumours. 2nd ed. Berlin: Springer Science & Business Media; 2012.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỨC HỢP VẬT CÂN CƠ TRÁN - CƠ NÂNG MI TRONG ĐIỀU TRỊ SỤP MI NẶNG: MỘT SỐ CA LÂM SÀNG

Đỗ Trường Sơn¹, Nguyễn Ngân Hà¹, Hà Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Báo cáo này trình bày chùm ca bệnh đầu tiên tại Việt Nam được điều trị sụp mi nặng bằng kỹ thuật phức hợp vật cân cơ trán - cơ nâng mi. Bốn bệnh nhân có chức năng cơ nâng mi ≤ 4 mm đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong năm 2025 và được theo dõi tối thiểu 4 tuần sau mổ. Kết quả cho thấy MRD1 trung bình cải thiện rõ rệt, từ -0,6 mm trước mổ lên 2,8 mm sau mổ. Tất cả bệnh nhân đều đạt được nếp mi rõ ràng, đối xứng với đường viền mi mắt thẩm mỹ. Một số trường hợp ghi nhận hở củng mạc nhẹ khi nhắm mắt, song triệu chứng này giảm dần theo thời gian. Không có biến chứng giác mạc nghiêm trọng nào được ghi nhận trong giai đoạn theo dõi. Kỹ thuật phức hợp cơ trán - cơ nâng mi cho thấy nhiều hứa hẹn trong điều trị sụp mi nặng, cải thiện cả chức năng nâng mi và yếu tố thẩm mỹ. Tuy nhiên, cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả lâu dài và độ an toàn của phương pháp này.

Từ khóa: sụp mi nặng, vật cân cơ trán - cơ nâng mi

SUMMARY

EVALUATION OF COMBINED LEVATOR AND FRONTALIS MUSCLE ADVANCEMENT FLAPS FOR SEVERE PTOSIS: CASE REPORTS

This case series reports the first application in Vietnam of the levator-frontalis muscle advancement flap technique for treating severe congenital ptosis. Four patients with poor levator function (≤ 4 mm) underwent surgery at the Vietnam National Eye Hospital in 2025 and were followed for at least four weeks postoperatively. The procedure resulted in a marked improvement in eyelid position, with the mean MRD1 increasing from -0.6 mm before surgery to 2.8 mm after surgery. All patients developed symmetric and well-defined eyelid creases with aesthetically pleasing eyelid contours. While mild lagophthalmos was noted in some cases, it tended to improve over time, and no significant corneal complications were observed. These findings suggest that the levator-frontalis muscle advancement flap is a promising surgical option for severe congenital ptosis, yielding favorable functional and cosmetic outcomes. However, further research with larger patient cohorts and extended follow-up is necessary to validate the long-term efficacy and safety of this technique.

Keywords: Severe ptosis, combined levator-frontalis muscle advancement flap

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Trường Sơn

Email: dotruongson281098@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

Sụp mi là tình trạng bờ mi trên ở vị trí thấp hơn bình thường, dẫn đến khe mi mắt hẹp theo chiều thẳng đứng khi mở mắt. Sụp mi nếu không được điều trị sẽ gây ảnh hưởng đến chức năng thị giác do che trục thị giác, nhược thị và ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Theo nghiên cứu của Srinagesh và cộng sự¹ (2011), tỷ lệ nhược thị ở trẻ sụp mi bẩm sinh là khoảng 23,9%. Cho đến nay, mặc dù có không dưới 90 phương pháp phẫu thuật sụp mi, nhưng chỉ có 3 kỹ thuật phổ biến và đem lại hiệu quả tốt nhất là cắt ngắn cân cơ nâng mi, treo mi cơ trán với vật liệu tự nhân hoặc vật liệu nhân tạo và tịnh tiến vật cân cơ trán^{2,3}.

Kỹ thuật treo mi bằng vật cân cơ trán tịnh tiến có ưu điểm nhất định trong việc hạn chế tình trạng phản ứng với chỉ treo silicon hay đứt dây silicon sau mổ. Tuy vậy kỹ thuật này có thể dẫn tới di lệch mi mắt gây tách mi trên khỏi nhãn cầu, quặm mi, lông quặm lông xiêu^{4,5}. Trên thế giới, đã có một số tác giả đã cải tiến kỹ thuật để khắc phục những điểm yếu của vật cân cơ trán, trong đó phức hợp vật cân cơ trán-cơ nâng mi là kỹ thuật tương đối đơn giản và đem lại hiệu quả tích cực⁶. Ở Việt Nam, kỹ thuật này còn khá mới mẻ và chưa có đề tài nào nghiên cứu.

II. THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1: Bệnh nhân nam 44 tuổi vào viện vì 2M sụp mi từ nhỏ

- Tiền sử: BN đã mổ gấp ngắn cân cơ nâng mi 2M cách 10 năm, sau đó tái phát trở lại

- Khám: Thị lực MP 20/50, MT 20/50

Hirschberg cân, cover test không có động tác trả của nhãn cầu, vận nhãn các hướng bình thường.

Khám mi mắt: 2M: MRD1= 0mm, LF 1mm, dấu hiệu Bell (+), BN phải nhướn trán nhiều để mở mắt

GM trong, TP sạch, ánh ĐT hồng, PXAS(+), đáy mắt không phát hiện bất thường

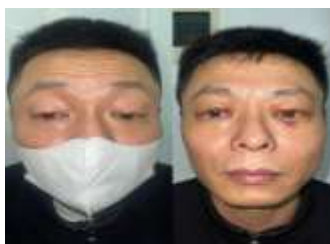
Không phát hiện bệnh lý toàn thân kèm theo

- CLS: các xét nghiệm máu và sinh hoá chưa phát hiện bất thường

- Chẩn đoán: 2M: Sụp mi nặng tái phát

- Xử trí: BN được phẫu thuật sụp mi 2M bằng kỹ thuật phức hợp vật cân cơ trán-cơ nâng mi

- Sau phẫu thuật: 2M Nếp mi đều đẹp, MRD1= 3mm, độ hở củng mạc khi nhắm: 1mm, không phát hiện tổn thương trên giác mạc.



Hình ảnh bệnh nhân trước và sau phẫu thuật 1 tháng

Ca lâm sàng 2: Bệnh nhân nam, 32 tuổi vào viện vì MP sụp mi từ nhỏ

- Khám: Thị lực MP 20/100, MT 20/125; có kính MP 20/20; MT 20/25

Hirschberg cân, cover test không có động tác trả của nhãn cầu, vận nhãn các hướng bình thường.

Khám mi mắt: MP: MRD1= 0mm, LF 1mm, dấu hiệu Bell (+), BN phải nhướn trán nhiều để mở mắt

GM trong, TP sạch, ánh ĐT hồng, PXAS(+), đáy mắt không phát hiện bất thường

Không phát hiện bệnh lý toàn thân kèm theo

- CLS: các xét nghiệm máu và sinh hoá chưa phát hiện bất thường

- Chẩn đoán: MP: Sụp mi nặng
- Xử trí: BN được phẫu thuật sụp mi MP bằng kỹ thuật phức hợp vật cân cơ trán-cơ nâng mi

- Sau phẫu thuật: MP Nếp mi đều đẹp, MRD1= 4mm, độ hở củng mạc khi nhắm: 1mm, không phát hiện tổn thương trên giác mạc



Hình ảnh bệnh nhân trước và sau phẫu thuật 1 tháng

Ca lâm sàng 3:

- Bệnh nhân nam, 11 tuổi vào viện vì MP sụp mi và lác từ nhỏ

- Tiền sử: bệnh nhân đã phẫu thuật sụp mi 2 lần, không rõ phương pháp. Đã phẫu thuật lác cách 1 tháng

- Khám: Thị lực MP 20/25, MT 20/20

Hirschberg cân, cover test không có động tác trả của nhãn cầu, vận nhãn các hướng bình thường.

Khám mi mắt: MP: MRD1= 0mm, LF 3-4 mm, dấu hiệu Bell (+)

GM trong, TP sạch, ánh ĐT hồng, PXAS(+), đáy mắt không phát hiện bất thường

Không phát hiện bệnh lý toàn thân kèm theo

- CLS: các xét nghiệm máu và sinh hoá chưa phát hiện bất thường

- Chẩn đoán: MP: Sụp mi nặng tái phát
- Xử trí: BN được phẫu thuật sụp mi MP bằng kỹ thuật phức hợp vật cân cơ trán-cơ nâng mi

- Sau phẫu thuật: MP Nếp mi đều đẹp, MRD1= 4mm, độ hở củng mạc khi nhắm: 1mm, không phát hiện tổn thương trên giác mạc



Hình ảnh bệnh nhân trước và sau phẫu thuật 1 tháng

Ca lâm sàng 4:

- Bệnh nhân nam, 10 tuổi vào viện vì MP sụp mi từ nhỏ

- Khám: Thị lực MP 20/100, MT 20/20; có kính MP 20/20

Hirschberg cân, cover test không có động tác trả của nhãn cầu, vận nhãn các hướng bình thường.

Khám mi mắt: MP: MRD1= 0mm, LF 2mm, dấu hiệu Bell (+),

GM trong, TP sạch, ánh ĐT hồng, PXAS(+), đáy mắt không phát hiện bất thường

Không phát hiện bệnh lý toàn thân kèm theo

- CLS: các xét nghiệm máu và sinh hoá chưa phát hiện bất thường

- Chẩn đoán: MP: Sụp mi nặng
- **Xử trí:** BN được phẫu thuật sụp mi MP bằng kỹ thuật phức hợp vật cân cơ trán-cơ nâng mi

- Sau phẫu thuật: MP Nếp mi đều đẹp, MRD1= 4mm, độ hở củng mạc khi nhắm: 1mm, không phát hiện tổn thương trên giác mạc



Hình ảnh bệnh nhân trước và sau phẫu thuật 1 tháng

III. BÀN LUẬN

Điều trị sụp mi nặng luôn là chủ đề khó với nhiều cách tiếp cận khác nhau như rút ngắn cơ nâng mi, treo mi cơ trán bằng vật liệu tự thân

hoặc vật liệu nhân tạo, tình tiến vật cơ trán và các biến thể khác nhau của từng kỹ thuật. Tuy vậy với sụp mí nặng, rút ngắn cân cơ hay treo mí cơ trán bằng các loại vật liệu có nhược điểm về tỷ lệ tái phát tương đối cao. Ngay trong chùm ca bệnh của chúng tôi có tới 2 trên 4 bệnh nhân gặp tái phát sau vài năm thực hiện các kỹ thuật trên. Trong bối cảnh đó, tình tiến vật cơ trán được lựa chọn bởi nguy cơ các biến chứng cũng như khả năng tái phát dường như ít hơn. Kỹ thuật này có thể được thực hiện tại lần phẫu thuật đầu tiên ở các bệnh nhân sụp mí nặng với chức năng cơ nâng mí kém cũng như ở các bệnh nhân đã thất bại ở các kỹ thuật khác. Tuy nhiên kỹ thuật này cũng có những nhược điểm khó tránh khỏi. Về mặt chức năng, kỹ thuật tình tiến cơ trán truyền thống có thể làm tăng nguy cơ nhắm mắt không kín kéo dài sau phẫu thuật và thiếu chỉnh. Một số kết quả thẩm mỹ không tốt cũng đã được báo cáo, bao gồm không có nếp mí, đường viền mí mắt bất thường với các biến dạng gấp góc, mí mắt không tiếp xúc tốt với nhãn cầu, ngứa mí hay lật mí^{4,5,7}. Điều này có thể là do vector lực không sinh lý của cơ trán với mí trên. Vasquez và cộng sự⁸ đã sử dụng ròng rọc cân cơ nâng mí để chuyển hướng lực kéo theo chiều dọc của vật cơ trán thành một vectơ theo chiều ngang hơn để tránh vị trí mí mắt không tốt. Tuy nhiên, điều này có thể làm suy yếu cơ nâng mí vốn đã xơ mỏng trước đó.



Hình: Mô tả các bước phẫu thuật

(A) Các vết đánh dấu đường rạch ở nếp mí mắt và rãnh trên ổ mắt; (B) Mặt sâu của chỗ nối cơ vòng mí và cơ trán (đầu mũi tên đen); (C), (D) Vật cơ trán được bóc tách và bóc lộ (dấu sao trắng: mặt trước của vật cơ trán; mũi tên trắng: mặt sau của vật cơ trán; đầu mũi tên trắng: mỡ sau cơ vòng); (E) Vật phức hợp cơ nâng mí- cơ Muller được bóc lộ (dấu hoa thị màu đen: mỡ sau cơ vòng mí; mũi tên nhỏ màu đen: mỡ trước cơ nâng mí; mũi tên đen lớn: cơ nâng mí có thâm nhiễm mỡ nổi rõ); (F) Vật cơ trán-cơ nâng mí

Cách thức phẫu thuật được mô tả trong nghiên cứu của chúng tôi cố gắng giải quyết các vấn đề liên quan đến phẫu thuật tình tiến cơ trán truyền thống bằng cách bao gồm phức hợp cơ nâng mí, giúp cải thiện vector lực cũng như phần

nào lực kéo mí. Với việc sử dụng hai vật, lực kéo của cơ trán có thể được chuyển hướng. Lực do cơ trán tác dụng để nâng mí mắt có xu hướng kéo mí mắt ra khỏi nhãn cầu (mí mắt bị bật ra), xóa nếp mí mắt và tạo nếp mí mắt thiếu tự nhiên⁹. Sự tình tiến đồng thời của cơ nâng mí sẽ điều chỉnh lực kéo theo hướng sinh lý hơn, tăng cường vectơ ngang và bù trừ các tác động không mong muốn của vectơ dọc. Điều này hỗ trợ duy trì sự áp của mí mắt với nhãn cầu, đặc biệt là khi nhìn lên và khi nhắm mắt.

Lật mí hay quặm mí là những yếu tố điểm cố hữu của tình tiến vật cơ trán. Điều này có thể là do sự kéo chặt lớp sau mí do lực kéo của cơ trán với sự lỏng lẻo của lớp trước tương đối cộng thêm vectơ kéo theo chiều dọc không sinh lý¹⁰. Để tránh biến chứng này, các mũi khâu tái tạo nếp mí mắt được thực hiện (da và cơ của mép vết thương với bờ trên sụp) trong mọi trường hợp. Các mũi khâu này giúp khôi phục sự cân bằng giữa lớp sau và lớp trước, giúp mí ngứa ra tốt.

IV. KẾT LUẬN

Phức hợp vật cơ trán kết hợp với cơ nâng mí trong việc điều trị sụp mí nặng là một giải pháp tiềm năng, mang lại những cải thiện đáng kể cả về chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Mặc dù cần có thêm các nghiên cứu để củng cố những phát hiện này, kết quả hiện tại cho thấy đây là một kỹ thuật hứa hẹn, mở ra một hướng đi mới trong quản lý sụp mí nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Srinagesh V, Simon JW, Meyer DR, Zabal-Ratner J.** The association of refractive error, strabismus, and amblyopia with congenital ptosis. *J AAPOS Off Publ Am Assoc Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2011;15(6): 541-544. doi:10.1016/j.jaapos.2011.08.006
2. **Gazzola R, Piozzi E, Vaienti L, Wilhelm Baruffaldi Preis F.** Therapeutic Algorithm for Congenital Ptosis Repair with Levator Resection and Frontalis Suspension: Results and Literature Review. *Semin Ophthalmol*. 2018;33(4):454-460. doi:10.1080/08820538.2017.1297840
3. **Medel R, Vasquez, Luz Maria, and Wolley Dod C.** Early Frontalis Flap Surgery as First Option to Correct Congenital Ptosis with Poor Levator Function. *Orbit*. 2014;33(3):164-168. doi:10.3109/01676830.2014.881396
4. **Liu HP, Shao Y, Li B, Yu X, Zhang D.** Frontalis muscle transfer technique for correction of severe congenital blepharoptosis in Chinese patients: An analysis of surgical outcomes related to frontalis muscle function. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2015; 68(12):1667-1674. doi:10.1016/j.jbjs.2015.08.003
5. **Zhong M, Jin R, Li Q, Duan Y, Li L, Huang D.** Frontalis Muscle Flap Advancement for Correction of Severe Ptosis Under General Anesthesia:

- Modified Surgical Design with 162 Cases in China. *Aesthetic Plast Surg.* 2014;38(3):503-509. doi:10.1007/s00266-014-0297-3
6. **Diab MMM, Abd-Elaziz K, Allen RC.** Combined levator and frontalis muscle advancement flaps for recurrent severe congenital ptosis. *Eye Lond Engl.* 2023;37(6): 1100-1106. doi:10.1038/s41433-022-02071-w
 7. **Zhang L, Zhai W, Yang L, Sun C, Pan Y, Zhao H.** Comparative evaluation of conventional and modified frontalis muscle flap advancement techniques in the treatment of severe congenital ptosis: A retrospective cohort study. *PLOS ONE.* 2021; 16(2): e0246183. doi:10.1371/journal.pone.0246183
 8. **Vasquez LM, Alonso, Tirso, and Medel R.** Direct Frontalis Flap with and without Levator Pulley for Correction of Severe Ptosis with Poor Levator Function in the Same Patient. *Orbit.* 2012;31(2): 102-106. doi:10.3109/01676830.2011.638094
 9. **Ramirez OM, Peña G.** Frontalis muscle advancement: a dynamic structure for the treatment of severe congenital eyelid ptosis. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(6):1841-1849; discussion 1850-1851. doi:10.1097/01.prs.0000117664.07831.48
 10. **Cruz AAV, Akaishi APMS.** Frontalis-Orbicularis Muscle Advancement for Correction of Upper Eyelid Ptosis: A Systematic Literature Review. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2018;34(6):510-515. doi:10.1097/IOP.0000000000001145

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM KHORANA TRONG DỰ BÁO HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI Ở BỆNH NHÂN HÓA TRỊ LIỆU UNG THƯ

Đào Thị Thanh Bình¹, Châu Minh Thông²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là biến chứng nặng nề ở bệnh nhân ung thư, vừa làm tăng tử vong vừa ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Thang điểm Khorana, dựa trên các yếu tố lâm sàng đơn giản, được khuyến cáo để sàng lọc nguy cơ nhưng hiệu quả thay đổi giữa các quần thể, đặc biệt tại châu Á. Hiện chưa có dữ liệu tại Việt Nam về đánh giá giá trị tiên đoán của thang điểm Khorana ở bệnh nhân ung thư đang hóa trị. **Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của thang điểm Khorana trong dự báo huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) ở bệnh nhân ung thư hóa trị lần đầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 198 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, mới chẩn đoán ung thư và hóa trị ≥ 4 chu kỳ tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM (08/2024–09/2025). Bệnh nhân được theo dõi 6 tháng. Giá trị tiên đoán của thang điểm Khorana được phân tích bằng AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu. **Kết quả:** Tuổi trung vị 56, nữ chiếm 61,6%. Tỷ lệ HKTMSCD 5,1%. Thang điểm Khorana có AUC = 0,714 (KTC 95%: 0,588–0,839), độ nhạy 20%, độ đặc hiệu 92,6% ở ngưỡng cắt ≥ 3 . Các yếu tố nguy cơ độc lập gồm: tuổi ≥ 60 (OR 8,03), sử dụng thuốc hóa trị nhóm ức chế men Topoisomerase (OR 103,23) và nhóm ức chế phân chia tế bào (OR 14,23). **Kết luận:** Thang điểm Khorana cho thấy khả năng dự báo HKTMSCD mức độ khá ở bệnh nhân ung thư tại Việt Nam được hóa trị lần đầu, với độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy còn hạn chế, hữu ích trong việc loại trừ nhóm nguy cơ thấp.

Tuổi ≥ 60 và phác đồ hóa trị có chứa thuốc ức chế topoisomerase hoặc ức chế phân chia tế bào làm tăng nguy cơ độc lập. Cần có các nghiên cứu đa trung tâm quy mô lớn hơn để hiệu chỉnh ngưỡng cắt và xây dựng mô hình tiên lượng phù hợp cho Việt Nam.

Từ khóa: Thang điểm Khorana, huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, ung thư, hóa trị.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF THE KHORANA SCORE FOR LOWER EXTREMITY DEEP VEIN THROMBOSIS IN CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Background: Lower extremity deep vein thrombosis (LEDVT) is a serious complication in cancer patients, increasing mortality and compromising treatment outcomes. The Khorana score, based on simple clinical factors, is recommended for risk stratification but its performance varies across populations, particularly in Asia. Currently, no data are available in Vietnam regarding the predictive value of the Khorana score in cancer patients undergoing chemotherapy. **Objective:** To evaluate the predictive value of the Khorana score for lower extremity deep vein thrombosis in Vietnamese cancer patients receiving first-line chemotherapy. **Methods:** We conducted a prospective cohort study including 198 newly diagnosed cancer patients aged ≥ 18 years who received at least four cycles of first-line chemotherapy at Ho Chi Minh City Oncology Hospital from August 2024 to September 2025. Patients were followed for 6 months after the first chemotherapy. Baseline demographic, clinical, and laboratory data were collected. Predictive performance of the score was assessed by using receiver operating characteristic (ROC) curves, sensitivity, specificity, and logistic regression analysis. Data analysis was performed using SPSS 20. **Results:** A total of 198 cancer patients receiving chemotherapy were included, with a

¹Trường Đại học Công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhân dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh Bình

Email: binh.daothanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

median age of 56 years; 61.6% were female. The incidence of LEDVT was 5.1%. The KRS yielded an AUC of 0.714 (95% CI: 0.588–0.839), with sensitivity of 20% and specificity of 92.6% at the cutoff ≥ 3 . Independent predictors of LEDVT included age ≥ 60 years (OR 8.03, 95% CI 1.41–45.53), use of topoisomerase inhibitors (OR 103.23, 95% CI 6.06–1756.56), and mitotic inhibitors (OR 14.23, 95% CI 1.68–120.39). **Conclusion:** The Khorana score showed fair predictive ability for LEDVT in Vietnamese cancer patients receiving first-line chemotherapy, with high specificity but limited sensitivity, useful for excluding low-risk patients. Age ≥ 60 and chemotherapy regimens containing topoisomerase or cell division inhibitors were independent predictors. Larger multicenter studies are needed to refine cutoff values and adapt prognostic models for Vietnam.

Keywords: Khorana score, venous thromboembolism, cancer, chemotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là một trong những biến chứng thường gặp và nghiêm trọng ở bệnh nhân ung thư, đặc biệt trong quá trình điều trị hóa chất. Tình trạng tăng đông ở bệnh nhân ung thư không chỉ liên quan đến cơ chế bệnh sinh của khối u mà còn chịu ảnh hưởng bởi thuốc hóa trị, vị trí khối u và các yếu tố nguy cơ cá thể khác. HKTMSCD không chỉ làm tăng tỷ lệ tử vong mà còn làm gián đoạn quá trình điều trị ung thư, làm giảm chất lượng sống và tăng gánh nặng chi phí y tế. Thang điểm Khorana¹ được xây dựng dựa trên các yếu tố lâm sàng đơn giản (loại ung thư, huyết học cơ bản, BMI) và đã được khuyến cáo bởi NCCN² như một công cụ sàng lọc nguy cơ huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng hiệu quả của thang điểm thay đổi theo từng quần thể, đặc biệt ở châu Á nơi đặc điểm dịch tễ ung thư và thể trạng bệnh nhân khác biệt so với phương Tây^{3,4}. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá tính ứng dụng của thang điểm này. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định giá trị của thang điểm Khorana trong dự báo HKTMSCD ở bệnh nhân ung thư đang hóa trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, mới chẩn đoán ung thư, hóa trị lần đầu tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM (08/2024–09/2025), theo dõi ít nhất 6 tháng sau hóa trị lần đầu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: (1) chưa có HKTMSCD trước khi bắt đầu hóa trị chu kỳ một, xác định bằng siêu âm doppler mạch máu; (2) hoàn thành ≥ 4 chu kỳ hóa trị.

Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ tiến cứu.

Thu thập số liệu: Sử dụng phiếu thu thập đã chuẩn hóa, bao gồm đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, xét nghiệm và kết quả siêu âm doppler mạch máu, tính điểm Khorana¹ và giai đoạn ung thư⁵:

Đặc điểm bệnh nhân	Điểm
Vị trí ung thư nguyên phát	
Nguy cơ rất cao (dạ dày, tụy)	2
Nguy cơ cao (phổi, lympho, phụ khoa, bàng quang, tinh hoàn)	1
Số lượng tiểu cầu trước hóa trị $\geq 350 \times 10^9/L$	1
Hemoglobin trước hóa trị $< 100 g/L$ hoặc đang sử dụng các yếu tố kích thích tăng trưởng hồng cầu	1
Số lượng bạch cầu trước hóa trị $\geq 11 \times 10^9/L$	1
BMI $\geq 35 kg/m^2$	1

Giai đoạn 0. Ung thư tại chỗ (ung thư không phá vỡ màng đáy, do đó không xâm nhập tại chỗ, không lan rộng tại vùng hoặc di căn xa)

Giai đoạn I. Bướu nguyên phát có thể tích nhỏ không kèm hạch cũng như không có di căn xa

Giai đoạn II. Bướu ăn lan tại chỗ nhiều hơn kèm theo sự xâm nhập hạch ở mức tối thiểu

Giai đoạn III. Bướu tràn ngập cơ quan bị bệnh và/hoặc kèm theo hạch quan trọng

Giai đoạn IV. Bướu không thể mổ được nữa vì ăn lan quá rộng, có kèm theo hay không hạch vùng quan trọng hoặc có di căn xa có thể phát hiện được

Phân tầng nguy cơ (theo Khorana)¹: nguy cơ thấp (0 điểm), nguy cơ trung bình (1–2 điểm), nguy cơ cao (≥ 3 điểm).

Định nghĩa biến cố chính: HKTMSCD được chẩn đoán bằng siêu âm doppler mạch máu.

Phân tích thống kê: dùng phần mềm SPSS 20.0; sử dụng điểm cắt của thang điểm Khorana theo nghiên cứu gốc¹ là 3, tính diện tích dưới đường cong AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu; phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Ung Bướu chấp thuận (số 756/BVUB-HĐĐĐ – ngày 28/08/2024).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 198 bệnh nhân ung thư được hóa trị lần đầu, trong đó nữ chiếm 61,6%. Tuổi trung vị là 56 (19–78 tuổi). Chỉ số BMI trung bình $22,2 \pm 3,1 kg/m^2$, với 38,4% bệnh nhân thừa cân/béo phì (BMI ≥ 25). Các loại ung thư thường gặp nhất gồm: ung thư vú (36,9%), lymphoma không Hodgkin (13,2%), đại-trực tràng (16,7%) và buồng trứng (6,6%). Có 64,1% bệnh nhân ở giai đoạn III–IV. Đa số dùng đa trị liệu (96%), chủ

yếu là thuốc alkyl hóa (92,6%), kháng sinh kháng bướu (41,1%), ức chế phân chia tế bào (35,8%) và ức chế chuyển hóa (29,5%).

Phân tầng nguy cơ theo thang điểm Khorana: nhóm nguy cơ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (56,1%), tiếp theo là nguy cơ thấp (35,9%) và nguy cơ cao (8,1%).

Đặc điểm bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới: Trong thời gian theo dõi 6 tháng, phát hiện 10 trường hợp HKTMSCD (5,1%). Trong đó, ung thư buồng trứng chiếm tỷ

lệ cao nhất (40%), tiếp theo là ung thư tử cung (30%), còn lại là đại-trực tràng và vú (mỗi loại 10%). Phần lớn được phát hiện ở giai đoạn 3 (60%), còn lại ở giai đoạn 4 của ung thư (40%). Trung vị số chu kỳ điều trị là 3,5 (1–7 chu kỳ), số ngày điều trị trung vị là 74,5 ngày với khoảng giá trị từ 14 ngày đến 120 ngày.

Giá trị tiên đoán của thang điểm Khorana: Chỉ số AUC đạt 0,714 (KTC 95%: 0,588–0,839; $p = 0,023$).

Bảng 1. Điểm cắt của thang điểm Khorana bằng 3 cùng các giá trị chẩn đoán tương ứng

Ngưỡng cắt của thang điểm Khorana	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	LR (+)	LR (-)
3	20%	92.55%	95.96%	12.16%	2.68	0.86

Chúng tôi lấy giá trị thang điểm Khorana với điểm cắt =3 theo tác giả Muñoz Martín³ do số liệu của chúng tôi chưa đủ lớn để xác định điểm cắt mới.

Các yếu tố nguy cơ độc lập

Bảng 2. Hồi quy đơn biến và đa biến trong dự đoán HKTMSCD ở bệnh nhân hóa trị liệu ung thư

Đặc điểm	OR đơn biến (95% CI)	P	OR đa biến (95% CI)	P
Tuổi ≥ 60	6.2 (1.27–29.8)	0.024*	8.03 (1.41–45.53)	0.019*
Nữ	1.48 (0.37–5.9)	0.80	–	–
BMI ≥ 25	1.09 (0.22–5.37)	0.91	–	–
Ung thư giai đoạn IV	1.45 (0.39–5.36)	0.57	–	–
Dùng nhóm alkyl hóa	2.5 (0.49–12.8)	0.26	–	–
Dùng nhóm alkaloid	–	1.00	–	–
Dùng nhóm ức chế Topoisomerase	11.5 (1.83–73.3)	0.009*	103.23 (6.06–1756.56)	0.001*
Dùng nhóm ức chế phân chia tế bào	4.8 (1.21–19.5)	0.025*	14.23 (1.68–120.39)	0.015*
Vị trí ung thư (1 điểm vs 0)	5.4 (1.35–21.68)	0.017*	–	–
Vị trí ung thư (2 điểm vs 0)	–	1.00	–	–
Bạch cầu $\geq 11 \times 10^9/L$	2.45 (0.59–10.04)	0.21	–	–
Hb $< 10 g/dL$	2.52 (0.49–12.8)	0.27	–	–
Tiểu cầu $\geq 350 \times 10^9/L$	1.05 (0.28–3.84)	0.94	–	–
Khorana score (liên tục)	1.67 (0.95–2.95)	0.077	–	–
Khorana score ≥ 3	3.11 (0.6–16.06)	0.176	–	–

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy ba yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến HKTMSCD

- Tuổi ≥ 60 (OR 8,03; KTC 95%: 1,41–45,53; $p = 0,019$).
- Sử dụng nhóm ức chế men Topoisomerase (OR 103,23; KTC 95%: 6,06–1756,56; $p = 0,001$).
- Sử dụng thuốc ức chế phân chia tế bào (OR 14,23; KTC 95%: 1,68–120,39; $p = 0,015$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu bao gồm 198 bệnh nhân, có tuổi trung vị 56 (19–78), phần lớn bệnh nhân vẫn còn trong độ tuổi lao động. Điều này phản ánh gánh nặng lâm sàng và xã hội của ung thư tại Việt Nam, tương đồng với một số nghiên cứu châu Á^{3,4} nơi bệnh nhân ung thư thường được

chẩn đoán ở độ tuổi trung niên trẻ hơn so với phương Tây. Nữ giới chiếm 61,6%, cao hơn nam, chủ yếu do tỷ lệ ung thư vú cao nhất trong mẫu (36,9%). Đây là điểm đặc thù của nghiên cứu, khác với một số nghiên cứu quốc tế nơi ung thư phổi hoặc tiêu hóa chiếm ưu thế.

Một số nghiên cứu trước đây về huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch ở bệnh nhân ung thư hóa trị (CASSINI⁶, AVERT⁷) tập trung theo dõi biến cố trong 3–6 tháng đầu, thời điểm được xem là “cửa sổ nguy cơ cao nhất”. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) ở bệnh nhân ung thư được hóa trị lần đầu là 5,1% trong vòng 6 tháng theo dõi. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Abdel-Razeq⁸ (6,6%) và nghiên cứu đoàn hệ với số lượng lớn bệnh nhân tại Nhật Bản do

Akasaka-Kihara³ thực hiện (5,3%). Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với báo cáo của Muñoz Martín⁵ tại châu Âu (18,2%) và cao hơn nghiên cứu tại Hàn Quốc⁴ (1,77%). Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dịch tễ, loại ung thư thường gặp, cũng như chế độ điều trị ở từng quốc gia. Đáng chú ý, ung thư phụ khoa (buồng trứng và tử cung) chiếm tỷ lệ cao nhất trong các trường hợp HKTMSCD (70%), mặc dù số ca trong nghiên cứu còn hạn chế. Điều này phù hợp với ý kiến, khi các loại ung thư ổ bụng-chậu, đặc biệt là buồng trứng và tử cung, được xếp vào nhóm nguy cơ cao đối với huyết khối tĩnh mạch do vừa liên quan đến bản chất khối u, vừa do phẫu thuật và hóa trị có thể thúc đẩy tình trạng tăng đông.¹ Trong khi đó, ung thư đại-trực tràng và ung thư vú ít gặp hơn, phù hợp với vị trí xếp loại nguy cơ trung bình hoặc thấp trong mô hình Khorana.

Chúng tôi chọn những bệnh nhân có thời gian hóa trị tối thiểu 4 chu kỳ để đảm bảo đủ thời gian theo dõi nguy cơ huyết khối, loại trừ sai số do ngừng sớm, và tăng độ tin cậy của phân tích giá trị tiên đoán của thang điểm Khorana. Về thời điểm xuất hiện biến cố, trung vị số chu kỳ hóa trị ở bệnh nhân HKTMSCD là 3,5, với khoảng thời gian từ 14 đến 120 ngày kể từ khi khởi trị. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước, trong đó nguy cơ HKTMSCD cao nhất trong 3–6 tháng đầu sau khi bắt đầu hóa trị (CASSINI trial, 2019)⁶. Thời điểm này gợi ý rằng cần theo dõi chặt chẽ và cân nhắc dự phòng huyết khối, tập trung trong giai đoạn sớm của quá trình điều trị hóa chất, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao.

Về giá trị tiên đoán của thang điểm Khorana, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy AUC đạt 0,714 – mức độ khá, tương tự kết quả tại Nhật (0,679).³ Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu quốc tế. Khorana và cộng sự¹ trong nghiên cứu ban đầu báo cáo AUC khoảng 0,68; trong khi các nghiên cứu tiếp theo ghi nhận giá trị dao động từ 0,6 đến 0,7 ở nhiều quần thể bệnh nhân ung thư khác nhau. Điều này cho thấy khả năng phân tầng nguy cơ của thang điểm tương đối có tính nhất quán, mặc dù chưa đạt mức lý tưởng để sàng lọc toàn diện. Nghiên cứu của chúng tôi khi chọn thang điểm Khorana ở ngưỡng cắt ≥ 3 , ghi nhận độ nhạy thấp (20%) nhưng độ đặc hiệu cao (92,6%). NPV đạt 95,9% nhưng chủ yếu phản ánh tỷ lệ HKTMSCD thấp trong quần thể nghiên cứu hơn là khả năng loại trừ mạnh của công cụ, do LR⁻ gần 1. Trong khi đó, PPV chỉ 12,2%; song nguy cơ tuyệt đối ở nhóm điểm ≥ 3 cao gấp 2,5 lần so với dân số chung. Một điểm khác biệt quan trọng là cấu trúc loại ung thư trong mẫu nghiên cứu. Tại

Nhật, ung thư tụy và dạ dày chiếm tỷ lệ cao, vốn là nhóm nguy cơ cao theo thang điểm Khorana; trong khi ở Việt Nam, ung thư vú chiếm ưu thế (36,9%) và được xếp nhóm nguy cơ thấp trong mô hình gốc. Điều này có thể góp phần làm giảm độ nhạy chung của thang điểm khi áp dụng tại Việt Nam. Bên cạnh đó, đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố di truyền (tỷ lệ mang đột biến yếu tố V Leiden hay Prothrombin G20210A thấp ở người châu Á) cũng được cho là góp phần làm giảm nguy cơ huyết khối so với quần thể phương Tây⁹. Điều này gợi ý rằng thang điểm chủ yếu hữu ích trong việc loại trừ bệnh nhân nguy cơ thấp, giúp bác sĩ an tâm không cần chỉ định dự phòng thường quy, từ đó giảm gánh nặng chi phí và biến chứng chảy máu. Do độ nhạy thấp, mô hình chưa đủ mạnh để phát hiện đầy đủ nhóm bệnh nhân nguy cơ cao thực sự có thể hưởng lợi từ dự phòng. Với số biến cố thấp trong nghiên cứu, các ước lượng cần được xác nhận thêm với các nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai. Kết quả này phù hợp với nhận định của Akasaka-Kihara³ khi cho rằng thang điểm Khorana ở quần thể châu Á có độ nhạy hạn chế và có thể cần được hiệu chỉnh lại ngưỡng cắt để nâng cao giá trị sàng lọc.

Ngoài giá trị chẩn đoán, chúng tôi ghi nhận một số yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng khả năng HKTMSCD, gồm: tuổi ≥ 60 , sử dụng thuốc nhóm ức chế topoisomerase và thuốc ức chế phân chia tế bào. Đây là những yếu tố đặc thù trong thực hành điều trị ung thư tại Việt Nam, gợi ý rằng Khorana score có thể được cải thiện bằng cách tích hợp thêm yếu tố liên quan đến phác đồ hóa trị. Nghiên cứu của Akasaka-Kihara³ cũng cho thấy các bệnh đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận mạn và các chỉ số viêm (CRP) ảnh hưởng đến tiên lượng. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, dữ liệu này chưa được thu thập đầy đủ, đây là một hạn chế cần được khắc phục ở các nghiên cứu tiếp theo.

Một điểm đáng chú ý là thành phần BMI trong Khorana score ít có ý nghĩa trong bối cảnh Việt Nam. Không có bệnh nhân nào có BMI ≥ 35 , trong khi 38,4% có BMI ≥ 25 . Điều này tương đồng với báo cáo của Akasaka-Kihara³ khi sử dụng ngưỡng ≥ 25 kg/m² cho quần thể Nhật Bản. Do đó, việc giữ nguyên tiêu chí BMI ≥ 35 trong thang điểm Khorana có thể làm giảm khả năng áp dụng tại các quốc gia châu Á, bao gồm Việt Nam.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm mạnh: thiết kế đoàn hệ tiền cứu, siêu âm mạch máu được chuẩn hóa để chẩn đoán HKTMSCD, và là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá

giá trị thang điểm Khorana. Tuy nhiên, cũng tồn tại một số hạn chế: cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu đơn trung tâm, thời gian theo dõi ngắn (6 tháng), chưa đánh giá tử vong và biến cố chảy máu, cũng như chưa so sánh trực tiếp với các thang điểm khác (Vienna, ONKOTEV, COMPASS-CAT).

V. KẾT LUẬN

Thang điểm Khorana có khả năng phân tầng nguy cơ HKTMSD ở bệnh nhân ung thư được hóa trị lần đầu tại Việt Nam, với độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy còn hạn chế. Thang điểm hữu ích trong việc loại trừ nhóm bệnh nhân nguy cơ thấp, song chưa đủ mạnh để sàng lọc và phát hiện toàn diện nhóm nguy cơ cao. Tuổi ≥ 60 và các phác đồ chứa thuốc ức chế topoisomerase hoặc ức chế phân chia tế bào là những yếu tố nguy cơ độc lập. Cần các nghiên cứu đa trung tâm, quy mô lớn hơn để xác định ngưỡng cắt tối ưu và xây dựng mô hình tiên lượng phù hợp cho thực tiễn Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khorana AA, Rubens D, Francis CW. Screening high-risk cancer patients for VTE: A prospective observational study. *Thromb Res*. 2014;134(6):1205-1207. doi:10.1016/j.thromres.2014.09.016
2. JNCCN. Accessed September 27, 2025. <https://jnccn.org/>
3. Akasaka-Kihara F, Sueta D, Ishii M, et al. Validation of the Khorana Venous Thromboembolism Risk Score in Japanese Cancer Patients. *JACC Asia*. 2021;1(2):259-270. doi:10.1016/j.jacasi.2021.07.006
4. Ha H, Ko YH, Kim K, et al. Application of the Khorana score for cancer-associated thrombosis prediction in patients of East Asian ethnicity undergoing ambulatory chemotherapy. *Thromb J*. 2023;21(1):63. doi:10.1186/s12959-023-00505-3
5. Multivariable clinical-genetic risk model for predicting venous thromboembolic events in patients with cancer | *British Journal of Cancer*. Accessed September 27, 2025. <https://www.nature.com/articles/s41416-018-0027-8>
6. Khorana AA, Soff GA, Kakkar AK, et al. Rivaroxaban for Thromboprophylaxis in High-Risk Ambulatory Patients with Cancer. *N Engl J Med*. Published online February 21, 2019. doi:10.1056/NEJMoa1814630
7. Carrier M, Abou-Nassar K, Mallick R, et al. Apixaban to Prevent Venous Thromboembolism in Patients with Cancer. *N Engl J Med*. 2019;380(8):711-719. doi:10.1056/NEJMoa1814468
8. Abdel-Razeq H, Mansour A, Abdullelah H, et al. Thromboembolic events in cancer patients on active treatment with cisplatin-based chemotherapy: another look! *Thromb J*. 2018;16(1):2. doi:10.1186/s12959-018-0161-9
9. Lyman GH, Bohlik K, Khorana AA, et al. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: american society of clinical oncology clinical practice guideline update 2014. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2015;33(6):654-656. doi:10.1200/JCO.2014.59.7351

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐIỀU TRỊ GIẢM NHẸ TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP – BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Huy Toàn¹, Hồ Duy Tuấn Anh¹, Phạm Quốc Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân ung thư được điều trị giảm nhẹ tại Khoa Ngoại Tổng hợp và xác định một số yếu tố liên quan đến CLCS. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 bệnh nhân ung thư điều trị giảm nhẹ (10/2024–05/2025). CLCS đo bằng EORTC QLQ-C30 (v3). Phân tích đơn biến (t-test/ANOVA/chi-square) và mô hình hồi quy tuyến tính tổng quát Gamma-log để xác định yếu tố liên quan độc lập. **Kết quả:** Tuổi trung bình 68,0 $\pm$ 12,4; nam ~74%. 80% giai đoạn III–IV; PS2

chiếm 45,7%. Điểm trung bình: lĩnh vực triệu chứng 35,3 $\pm$ 15,1; chức năng 51,8 $\pm$ 25,1; tài chính 54,3 $\pm$ 31,6; tổng quát 40,2 $\pm$ 23,4; CLCS chung 46,6 $\pm$ 9,4. Phân tích đa biến cho thấy: đang kết hôn (+20,2% CLCS; $p<0,001$), thời gian mắc <6 tháng (+9,4%; $p=0,032$) và 6–12 tháng (+20,8%; $p=0,005$), PS ≤ 2 (+19,8%; $p<0,001$) liên quan độc lập với CLCS cao hơn; điều trị đặc hiệu hiện tại/liền tiếp liên quan giảm CLCS (–7,8%; $p=0,011$). **Kết luận:** CLCS của bệnh nhân ung thư điều trị giảm nhẹ ở mức thấp, đặc biệt ở khía cạnh thể chất/hoạt động. Hỗ trợ xã hội (hôn nhân), thể trạng tốt và thời gian mắc ngắn liên quan CLCS tốt hơn. Cần tích hợp chăm sóc giảm nhẹ sớm, hỗ trợ gia đình – xã hội và tối ưu kiểm soát triệu chứng.

Từ khóa: EORTC QLQ-C30; chăm sóc giảm nhẹ; chất lượng cuộc sống; ung thư giai đoạn muộn.

SUMMARY

SURVEY OF QUALITY OF LIFE AND

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
 Chịu trách nhiệm chính: Hồ Duy Tuấn Anh
 Email: hotuananh725@gmail.com
 Ngày nhận bài: 18.9.2025
 Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025
 Ngày duyệt bài: 27.11.2025

ASSOCIATED FACTORS IN CANCER PATIENTS RECEIVING PALLIATIVE CARE AT THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT – NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate health-related quality of life (HRQoL) among palliative oncology patients and identify associated factors. **Materials and Methods:** Cross-sectional study of 105 patients (Oct 2024–May 2025). HRQoL assessed by EORTC QLQ-C30 (v3). Univariate tests and Gamma-log GLM for independent associations. **Results:** Mean age 68.0; ~74% male; 80% stage III–IV; PS2 45.7%. Mean scores: symptom 35.3; functioning 51.8; financial 54.3; global health 40.2; summary 46.6. Independent correlates of higher HRQoL: marriage (+20.2%), time since diagnosis <6 months (+9.4%) and 6–12 months (+20.8%), PS ≤2 (+19.8%); ongoing/any anti-cancer therapy associated with lower HRQoL (–7.8%); **Conclusion:** HRQoL was poor overall, particularly physical/role domains. Social support, good performance status, and shorter time since diagnosis were favorable. Early palliative integration and family support are recommended. **Keywords:** EORTC QLQ-C30; palliative care; quality of life; advanced cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là gánh nặng lớn toàn cầu. Ở giai đoạn muộn, điều trị chủ yếu tập trung vào giảm triệu chứng và nâng cao CLCS. Chất lượng cuộc sống (CLCS) của đối tượng người bệnh nói chung và người bệnh ung thư nói riêng ngày càng được quan tâm. Những người mắc bệnh ung thư phải đối mặt với nhiều vấn đề liên quan đến thể chất và tinh thần khiến cho chất lượng cuộc sống của họ chịu ảnh hưởng: mệt mỏi, giảm sức khỏe thể chất; suy giảm khả năng tình dục, tăng nguy cơ trầm cảm và các rối loạn tâm thần khác.¹ Mong muốn cải thiện được chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư là một phần quan trọng trong chiến lược điều trị ung thư. Một phân tích toàn cầu đa trung tâm của tác giả Quinten và cs (2014) thực hiện trên khảo sát 7417 bệnh nhân bằng bảng câu hỏi EORTC QLQ-C30 đã kết luận rằng, chất lượng cuộc sống được đo lường một cách định lượng là yếu tố tiên lượng độc lập đến sống thêm ở bệnh nhân ung thư, bên cạnh các yếu tố khác như: giai đoạn ung thư, đáp ứng điều trị, điểm thể trạng (PS)...² Ở nhóm đối tượng bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn, đặc biệt là những bệnh nhân được chăm sóc giảm nhẹ, việc có thêm thông tin nhằm tiên lượng thời gian sống thêm có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Bên cạnh đó, đánh giá một cách hệ thống và chính xác đối với chất lượng cuộc sống hiện tại của người bệnh sẽ giúp cho nhà lâm sàng phát hiện được những nhu cầu có thể đáp ứng được nhưng đang bị bỏ sót, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị và hài lòng người

bệnh. Vì những lý do này, nhóm nghiên cứu quyết định thực hiện đề tài này với mục tiêu khảo sát chất lượng sống của bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn và một số yếu tố ảnh hưởng độc lập.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 105 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư và điều trị tại khoa Ngoại Tổng hợp 1- bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 10/2024- tháng 5/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư (mô bệnh học và/hoặc các tiêu chuẩn sinh hóa/chẩn đoán hình ảnh được Bộ Y tế quy định tùy theo từng loại ung thư).

- Bệnh nhân có tỉnh táo (Glasgow ≥14 điểm), có đủ nhận thức để hoàn thành bảng kiểm.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân và gia đình không cung cấp đủ thông tin.

- Bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính giai đoạn cuối ảnh hưởng độc lập đến chất lượng cuộc sống của người bệnh (suy thận mạn chạy thận chu kỳ, suy tim mất bù...)

- Đã tham gia nghiên cứu trước đó (tái nhập viện trong thời gian tuyển bệnh).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu không ngẫu nhiên.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu xác định 1 tỉ lệ:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

p là tỷ lệ bệnh nhân có mức QOL thấp, theo Malaithi G Nayak et al. là 82,3%.³

Áp dụng mức sai số chấp nhận được là 0,08

→ Tính ra cỡ mẫu n dự kiến tối thiểu khoảng 88 bệnh nhân. Tuy nhiên để tăng độ tin cậy chúng tôi tiến hành thu thập số liệu, nghiên cứu trên 105 bệnh nhân.

- **Nội dung:** Chúng tôi thu thập biến số qua phỏng vấn trực tiếp và trích lục hồ sơ bệnh án. Các biến số ghi nhận gồm: đặc điểm chung (tuổi, giới, BMI...); đặc điểm liên quan bệnh (giai đoạn, thời gian chẩn đoán, thể trạng...); Tính điểm trung bình (quy đổi) của từng chỉ số, và tính điểm CLCS chung; Phân tích yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống.

*Cách thu thập điểm số thô (RS) của 30 câu hỏi, chuyển sang điểm quy đổi với công thức:

+ Nhóm chỉ số chức năng (các câu 1-5,6,7,21-24,20,25,26,27): $S = [1 - (RS - 1)/range] \times 100$.

+ Nhóm chỉ số triệu chứng (8,9,10, 11,12, 13,14,15,16,17,18,19,28): $[(RS - 1)/range] \times 100$

+ Chỉ số tổng quát: $S = [(RS - 1)/range] \times 100$
(Range được tính bằng hiệu số chênh lệch giữa giá trị tối đa có thể có của RS và giá trị tối thiểu có thể có của RS)

- **Thu thập và xử lý số liệu:** Bảng phần mềm SPSS 20.0. Biến số định tính được thể hiện bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Biến số định lượng phân phối chuẩn được thể hiện bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Đánh giá đơn biến với kiểm định t-test (2 nhóm độc lập) hoặc ANOVA (3 nhóm độc lập trở lên) giữa các dưới nhóm độc lập phân chia bởi các biến số liên quan (như nhóm tuổi, giới...). Hồi quy tuyến tính tổng quát đa biến GLM đánh giá khả năng ảnh hưởng độc lập của các biến liên quan.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu được thực hiện hoàn toàn vì mục đích khoa học, được Hội đồng khoa học và Ban giám đốc Bệnh viện HNĐK Nghệ An thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

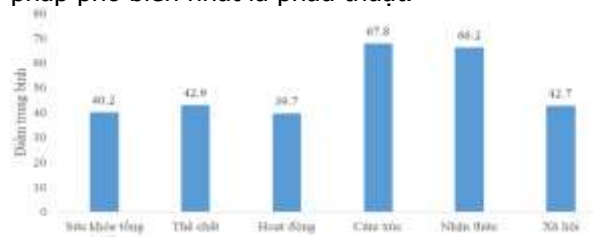
Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60	22	21,0
	≥60	83	79,0
	Trung bình Lớn nhất-nhỏ nhất	68,0 ± 12,4 34 - 93	
Giới	Nam	78	74,3
	Nữ	27	25,7
BMI	Gầy	39	37,1
	Trung bình	57	54,3
	Thừa cân/béo phì	9	8,6
Địa dư	Thành thị	30	28,6
	Nông thôn	73	69,5
	Khác	2	1,9
Thu nhập	Nghèo/cận nghèo	27	25,7
	Trung bình trở lên	78	74,3
Hôn nhân	Đang kết hôn	84	80,0
	Góa/độc thân/ly hôn	21	20,0
Sống cùng	Gia đình	84	80,0
	Một mình	21	20,0
	Tổng	105	100,0

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 68,0; 74,3% nam giới. BMI trung bình là 19,4; 37,1% thuộc nhóm gầy. Đa số là lao động trung bình, sinh sống tại nông thôn. 80% sống cùng gia đình

Bảng 2. Đặc điểm liên quan bệnh lý ung thư

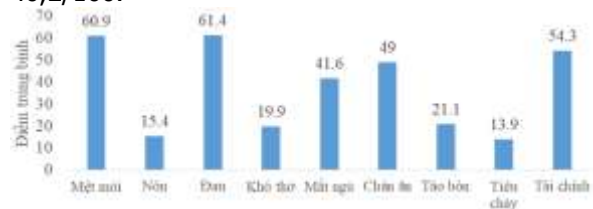
Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian chẩn đoán (n=105)	<6 tháng	76	72,4
	6 tháng-1 năm	8	7,6
	>1 năm	21	20,0
Giai đoạn hiện tại (n=105)	1	2	1,9
	2	18	17,1
	3	25	22,9
	4	60	57,1
PS (n=105)	1	31	29,5
	2	48	45,7
	3	26	24,8
Điều trị đặc hiệu (n=105)	Đã/đang điều trị	55	52,4
	Không điều trị	50	47,6
Các phương pháp điều trị đặc hiệu (n=55)	Phẫu thuật triệt căn	24	22,9
	Hóa chất	10	9,5
	Xạ trị	2	1,9
	Hóa xạ trị	9	8,6
	Khác (hormon, đích, miễn dịch...)	10	9,5

Nhận xét: 72,4% chẩn đoán dưới 6 tháng, 80% ở giai đoạn 3,4 và 45,7% PS2. Khoảng 1/2 nhóm nghiên cứu có điều trị đặc hiệu; phương pháp phổ biến nhất là phẫu thuật.



Biểu đồ 3. Điểm trung bình các lĩnh vực chức năng và CLCS tổng quát

Nhận xét: Các lĩnh vực thể chất, hoạt động và xã hội ở mức dưới trung bình, trong khi đó các lĩnh vực cảm xúc và nhận thức ở mức trung bình khá. Xét về sức khỏe tổng quát, nhóm nghiên cứu tự đánh giá ở mức điểm trung bình 40,2/100.



Biểu đồ 4. Điểm trung bình CLCS lĩnh vực triệu chứng

Nhận xét: Về các lĩnh vực triệu chứng, nôn/buồn nôn; khó thở, táo bón, tiêu chảy là các lĩnh vực có điểm CLCS thấp nhất, ảnh hưởng rất nhiều đến đa số người bệnh. Trong khi đó các lĩnh vực như mệt mỏi/đau ở mức trung bình khá

cho thấy sự kiểm soát đau khá tốt cũng như tần suất đau của nhóm nghiên cứu không nhiều trong bối cảnh chăm sóc giảm nhẹ so với các triệu chứng khác.

Bảng 5. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan CLCS

Đặc điểm	Phân loại	Điểm CLCS	p
Tuổi	<60	47,1 ± 2,3	0,246
	≥60	46,5 ± 9,2	
Giới	Nam	47,2 ± 9,0	0,392
	Nữ	44,8 ± 10,7	
BMI	Gầy	46,6 ± 9,6	0,016*
	Trung bình	45,5 ± 9,6	
	Béo	53,3 ± 4,8	
Hôn nhân	Đang kết hôn	48,4 ± 9,1	<0,001
	Góa/độc thân/ly hôn	39,2 ± 7,2	
Thời gian chẩn đoán	<6 tháng	48,2 ± 9,2	0,002*
	6 tháng-1 năm	49,2 ± 12,7	
	>1 năm	40,1 ± 6,0	
Điều trị đặc hiệu	Có	43,9 ± 9,9	0,002
	Không	49,6 ± 8,0	
PS	≤2	48,8 ± 8,9	<0,001
	>2	40,3 ± 8,1	

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy, BMI gầy, đang đơn thân, thời gian chẩn đoán >1 năm, có điều trị đặc hiệu và PS >2 có liên quan đến chất lượng cuộc sống kém hơn.

Bảng 6. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng độc lập đến chất lượng cuộc sống

Đặc điểm	TR (Exp(B))	95% CI	p
BMI			
<18 với >23 (Ref)	1,001	0,887-1,129	0,990
18-23 với >23 (Ref)	0,919	0,821-1,028	0,141
Hôn nhân			
Đang hôn nhân với khác (Ref)	1,202	1,109-1,303	<0,001
Thời gian mắc			
<6 tháng so với >1 năm	1,094	1,008-1,188	0,032
6 tháng-1 năm với >1 năm	1,208	1,058-1,380	0,005
Điều trị đặc hiệu			
Có so với không	0,922	0,866-0,981	0,011
PS			
≤2 với >2	1,198	1,112-1,290	<0,001

Nhận xét:

- Sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính tổng quát (GLM) Gamma-log phân tích các yếu tố tiên lượng độc lập đến chất lượng cuộc sống. Các biến ban đầu được xác định trước theo cơ sở lâm sàng và p đơn biến <0,25 bao gồm: tuổi, giới, BMI, tình trạng hôn nhân, thời gian mắc, điều trị

đặc hiệu, PS. Tất cả các biến được kiểm tra đa cộng tuyến bằng chỉ số VIF và không có hiện tượng đa cộng tuyến nghi ngờ (tất cả VIF <5).

- So sánh AIC giữa mô hình đầy đủ và các mô hình tối giản cho thấy ΔAIC thay đổi >5 cho mỗi bước bỏ đi các biến tuổi, giới. Do đó, chúng tôi chọn mô hình cuối cùng gồm: BMI, tình trạng hôn nhân, thời gian mắc, điều trị đặc hiệu, PS.

- Ở mô hình cuối, tình trạng đang hôn nhân làm tăng 20,2% CLCS so với tình trạng độc thân; thời gian mắc 6 tháng và 6 tháng-1 năm làm tăng CLCS thêm lần lượt 9,4% và 20,8% so với thời gian mắc >1 năm; Có điều trị đặc hiệu làm giảm CLCS đi 7,8% so với không điều trị, PS ≤2 làm tăng CLCS thêm 19,8% so với PS>2.

IV. BÀN LUẬN

Trong mẫu 105 bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn, chất lượng cuộc sống (CLCS) nhìn chung ở mức thấp: điểm Global health/QoL trung bình ~40/100; điểm CLCS chung ~46-47/100. Các lĩnh vực chức năng suy giảm chủ yếu ở thể chất/hoạt động/xã hội, trong khi cảm xúc/nhận thức tương đối bảo tồn. Ở nhóm triệu chứng, nôn/buồn nôn, khó thở, táo bón, tiêu chảy là gánh nặng nổi bật; kiểm soát đau/mệt nhìn chung tạm ổn cho thấy khả năng đáp ứng khá đầy đủ của chăm sóc giảm nhẹ trong việc xoa dịu các triệu chứng thường gặp ở ung thư giai đoạn muộn; khó khăn tài chính ở mức trung bình. Những đặc điểm này phản ánh đúng bối cảnh chăm sóc giảm nhẹ tại cơ sở, khi ưu tiên kiểm soát đau và nâng đỡ thể trạng có thể giúp giảm đau/mệt nhưng còn "khoảng trống" với triệu chứng hô hấp-tiêu hoá và gánh nặng chi phí.

Các yếu tố liên quan độc lập với CLCS trong mô hình GLM Gamma-log gồm: đang kết hôn (+~20%), thời gian mắc <6 tháng (+~9%) và 6-12 tháng (+~21%), PS ≤2 (+~20%) làm tăng CLCS; ngược lại đang/đã điều trị đặc hiệu liên quan giảm CLCS (~-8%). Ý nghĩa lâm sàng rõ ràng: (i) thể trạng là "nút cổ chai" của QoL—điều đã được chứng minh nhất quán: CLCS giảm song hành PS xấu và phản ứng viêm hệ thống tăng cao.^{2,4}(ii) hỗ trợ gia đình-xã hội (đại diện bởi tình trạng hôn nhân) cải thiện QoL—kết quả phù hợp với dữ liệu quan sát lớn cho thấy hôn nhân liên quan QoL tốt hơn và kết cục sống còn thuận lợi hơn.⁵ (iii) thời gian sống chung với bệnh >1 năm đi kèm tích lũy độc tính/triệu chứng và suy mòn, khiến QoL giảm dần theo thời gian—quy luật đã được mô tả trên các đoàn hệ chăm sóc giảm nhẹ.⁴

Phát hiện "điều trị đặc hiệu liên quan QoL thấp hơn" là hợp lý trong bối cảnh giai đoạn

muộn: độc tính hóa-xạ trị, nhập viện lặp lại làm xấu QoL ngắn hạn, đặc biệt gần cuối đời. Bằng chứng đoàn hệ đa trung tâm cho thấy hóa trị cuối đời không cải thiện và thậm chí làm xấu QoL tuần cuối (nhất là ở bệnh nhân PS tốt).⁶ Ngược lại, tích hợp chăm sóc giảm nhẹ sớm ngay khi bắt đầu điều trị có thể cải thiện QoL, giảm trầm cảm và kéo dài sống còn (RCT NEJM).⁷

Về diễn giải điểm số QLQ-C30, kết quả của chúng tôi theo đúng hướng dẫn chuẩn (điểm chức năng cao = tốt hơn; điểm triệu chứng/khó khăn tài chính cao = nặng hơn; thang Global health 2 mục 7 mức). Điều này giúp so sánh đối chiếu với chuẩn dân số/chuẩn bệnh lý trong y văn và củng cố giá trị ngoại hiện của kết quả

Lợi ích trong thực hành: (1) Sàng lọc định kỳ QoL (QLQ-C30) để phát hiện sớm triệu chứng khó thở & rối loạn tiêu hoá—những “điểm mù” còn tồn tại—và can thiệp chủ động (thuốc chống nôn theo bậc, nhuận tràng chuẩn hoá, phác đồ khó thở gồm opioid liều thấp, thở khí lưu lượng phù hợp). (2) Ưu tiên duy trì PS ≤ 2 bằng gói giảm nhẹ + dinh dưỡng + phục hồi chức năng. (3) Chủ động huy động hỗ trợ gia đình-xã hội, đặc biệt cho người độc thân/goá/ly hôn. (4) Cần nhắc lại chỉ định điều trị đặc hiệu ở ca PS kém/độc tính tích lũy; nếu lợi ích biên nhỏ, nên đặt mục tiêu QoL và chuyển trọng tâm sang CSGN; ngược lại, khi điều trị đặc hiệu còn hợp lý, tích hợp sớm CSGN để hạn chế tổn hại QoL.

V. KẾT LUẬN

CLCS của bệnh nhân ung thư điều trị giảm nhẹ ở mức thấp, đặc biệt ở khía cạnh thể chất/hoạt động. Hỗ trợ xã hội (hôn nhân), thể trạng tốt và

thời gian mắc ngắn liên quan CLCS tốt hơn. Cần tích hợp chăm sóc giảm nhẹ sớm, hỗ trợ gia đình – xã hội và tối ưu kiểm soát triệu chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schwartz RM, Ornstein KA, Liu B, Alpert N, Bevilacqua KG, Taioli E. Change in Quality of Life after a Cancer Diagnosis among a Nationally Representative Cohort of Older Adults in the US. *Cancer Invest.* 2019;37(7):299-310. doi:10.1080/07357907.2019.1645160
2. Quinten C, Martinelli F, Coens C, et al. A global analysis of multitrial data investigating quality of life and symptoms as prognostic factors for survival in different tumor sites. *Cancer.* 2014;120(2):302-311. doi:10.1002/cncr.28382
3. Nayak M, George A, Vidyasagar M, et al. Quality of life among cancer patients. *Indian J Palliat Care.* 2017;23(4):445. doi:10.4103/IJPC.IJPC_82_17
4. Laird BJA, Fallon M, Hjermstad MJ, et al. Quality of Life in Patients With Advanced Cancer: Differential Association With Performance Status and Systemic Inflammatory Response. *J Clin Oncol.* 2016;34(23):2769-2775. doi:10.1200/JCO.2015.65.7742
5. Jatoti A, Novotny P, Cassivi S, et al. Does Marital Status Impact Survival and Quality of Life in Patients with Non-Small Cell Lung Cancer? Observations from the Mayo Clinic Lung Cancer Cohort. *Oncologist.* 2007;12(12):1456-1463. doi:10.1634/theoncologist.12-12-1456
6. Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, et al. Chemotherapy Use, Performance Status, and Quality of Life at the End of Life. *JAMA Oncol.* 2015;1(6): 778-784. doi:10.1001/jamaoncol.2015.2378
7. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine.* 2010;363(8):733-742. doi:10.1056/NEJMoa1000678

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ VITAMIN B12 HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CAO TUỔI CÓ SỬ DỤNG METFORMIN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Vũ Ngọc Bích¹, Vũ Bích Nga², Nguyễn Thị Thanh Thủy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Metformin là thuốc uống hạ đường máu phổ biến, và là liệu pháp nền tảng cho những người bệnh được chẩn đoán đái tháo đường típ 2. Tuy nhiên, việc sử dụng metformin kéo dài dẫn đến tình

trạng giảm vitamin B12 trong máu [1]. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm khảo sát và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nồng độ vitamin B12 máu trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cao tuổi có sử dụng metformin tại bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh nhóm chứng. **Kết quả:** Có 202 bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 điều trị bằng metformin (nhóm bệnh) và có 51 người cao tuổi không mắc bệnh đái tháo đường (nhóm chứng). Kết quả cho thấy nồng độ vitamin B12 huyết tương trung bình nhóm bệnh ($550,7 \pm 271,9$ pmol/L) thấp hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($551,81 \pm 238,6$ pmol/L). Tỷ lệ bổ sung chế phẩm chứa

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Bích

Email: vungocbich.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

vitamin nhóm B ở người bệnh (79,7%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (23,5%). Có 5,5 % người bệnh có nồng độ vitamin B12 dưới giới hạn bình thường, trong đó có 3,5 % thiếu vitamin B12 tuyệt đối (vitamin B12 < 150 pmol/L), 2% có nguy cơ thiếu vitamin B12 (mức vitamin B12 trong khoảng 150 – 220 pmol/L). Không tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian sử dụng metformin, liều metformin và tỉ lệ thiếu vitamin B12. **Kết luận:** Nồng độ vitamin B12 trung bình ở nhóm bệnh là $550,7 \pm 271,9$ pmol/L thấp hơn một cách không đáng kể, không có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng với $p < 0,05$. Có 3,5% người bệnh mắc đái tháo đường típ 2 thiếu vitamin B12 tuyệt đối, 2% có nguy cơ thiếu vitamin B12. **Từ khóa:** Thiếu vitamin B12, đái tháo đường, metformin, thời gian dùng metformin.

SUMMARY

SURVEY OF SERUM VITAMIN B12 CONCENTRATION IN ELDERLY TYPE 2 DIABETIC PATIENTS USING METFORMIN AT FRIENDSHIP HOSPITAL

Background: Metformin is a widely used oral hypoglycemic agent and remains the cornerstone of treatment for patients with type 2 diabetes. However, long-term use of metformin has been associated with reduced serum vitamin B12 levels. **Objective:** This study aimed to evaluate serum vitamin B12 levels and associated factors in elderly patients with type 2 diabetes treated with metformin at Friendship Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted, including a control group for comparison. A total of 202 elderly patients with type 2 diabetes receiving metformin (patient group) and 51 elderly individuals without diabetes (control group) were enrolled. **Results:** The mean serum vitamin B12 concentration in the patient group (550.7 ± 271.9 pmol/L) was not significantly different from that of the control group (551.8 ± 238.6 pmol/L). The rate of vitamin B12 supplementation was significantly higher in the patient group (79.7%) than in the control group (23.5%) ($p < 0.05$). Among the patients, 5.5% had subnormal vitamin B12 levels, with 3.5% classified as having absolute deficiency (<150 pmol/L) and 2% at risk of deficiency (150–220 pmol/L). No statistically significant correlation was observed between vitamin B12 deficiency and either the duration or the dosage of metformin use. **Conclusion:** The mean vitamin B12 concentration in patients with type 2 diabetes treated with metformin was slightly lower than in the control group, with a statistically significant difference ($p < 0.05$). Absolute vitamin B12 deficiency was found in 3.5% of patients, and 2% were at risk of deficiency.

Keywords: Diabetes mellitus type 2, Metformin, Serum vitamin B12, Vitamin B12 deficiency, Elderly, Duration of use

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) có tốc độ gia tăng nhanh chóng và hiện đã trở thành một trong những bệnh lý mạn tính phổ biến trên thế giới trong đó đái tháo đường típ 2 chiếm trên 90% các trường hợp mắc đái tháo đường.

Metformin hydrochloride (metformin) là thuốc hạ đường máu đường uống phổ biến nhất ở hầu hết các nước trên thế giới, thuốc được coi là 'liệu pháp nền tảng' cho những người mới được chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường típ 2 nhờ tính an toàn, hiệu quả và chi phí điều trị thấp. Báo cáo tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Anh cho thấy tỷ lệ sử dụng thuốc metformin là thuốc đầu tiên để điều trị bệnh ĐTĐ típ 2 chiếm 80-90% ở người bệnh mắc đái tháo đường típ 2 [2].

Tuy nhiên việc sử dụng metformin liều cao và kéo dài gây giảm nồng độ vitamin B12 trong máu. Đã có nhiều nghiên cứu được tiến hành trên thế giới, các nghiên cứu này đều nhận định tỷ lệ thiếu vitamin B12 liên quan đến sử dụng metformin có sự khác biệt giữa các nghiên cứu dao động từ khoảng 6% đến 50%[3]. Đặt biệt tăng cao hơn ở nhóm người cao tuổi mắc bệnh ĐTĐ típ 2 do nhiều yếu tố phối hợp như thời gian sử dụng thuốc kéo dài, sự suy giảm chức năng của các cơ quan, chế độ dinh dưỡng. Theo một số nghiên cứu về dinh dưỡng ở người cao tuổi thì có khoảng 50% bệnh nhân ĐTĐ trên 60 tuổi có sự thiếu hụt vitamin B12 do chuyển hóa chiếm 12% đến 23% [4].

Tại Việt Nam, hiện tại chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào về tỷ lệ thiếu vitamin B12 liên quan đến việc sử dụng Metformin ở nhóm người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường típ 2. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát nồng độ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nồng độ vitamin B12 trên đối tượng người bệnh đái tháo đường típ 2 cao tuổi có điều trị metformin.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân đái tháo đường típ 2 trên 60 tuổi, điều trị bằng thuốc metformin và nhóm đối chứng không mắc đái tháo đường được khám, điều trị ngoại trú tại bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 11/2024 đến tháng 5/2025.

2.2 Tiêu chuẩn loại trừ. Những bệnh nhân mắc bệnh lý hoặc sử dụng thuốc có ảnh hưởng đến việc hấp thu, chuyển hóa vitamin B12 như: sử dụng thuốc ức chế bơm proton, ức chế thụ thể H2 trên 1 năm, sử dụng bổ sung vitamin B12 liên tục trong vòng 6 tháng trở lại đây, người ăn chay thuần trên 1 năm, nghiện rượu, các bệnh lý về máu, xơ gan, tăng men gan trên 3 lần, suy thận với mức lọc cầu thận ước tính < 30 ml/phút/1,73 m², suy tim, bệnh lý cấp, mạn tính đường tiêu hóa (làm giảm khả năng hấp thu vitamin B12).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, có nhóm chứng

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu xác định một tỷ lệ:

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

Trong đó: n = cỡ mẫu tối thiểu

$\alpha = 0,1$: Xác suất sai lầm loại I

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$: Trị số giới hạn độ tin cậy với khoảng tin cậy 95%

d = 0,05 độ chính xác tuyệt đối mong muốn.

- p = 15% theo nghiên cứu của KW Liu và cộng sự cho thấy tỷ lệ thiếu Vitamin B12 tuyệt đối ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cao tuổi có sử dụng metformin ở người Đài Loan là khoảng 15% [5].

Chúng tôi tính ra cỡ mẫu tối thiểu cần lấy: $n \geq 196$ người bệnh. Thực tế, chúng tôi thu thập số liệu từ 202 bệnh nhân.

Nhóm đối chứng chúng tôi thu thập những bệnh nhân khỏe mạnh, khám sức khỏe định kỳ. Chúng tôi thu thập số liệu từ 51 bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện trên.

- Phương pháp tiến hành: Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm xét nghiệm theo mẫu nghiên cứu để đánh giá tình trạng thiếu hụt vitamin B12 và các yếu tố liên quan như thời gian mắc đái tháo đường, liều metformin, thời gian sử dụng metformin, so sánh giữa 2 nhóm.

- Biến số nghiên cứu: chẩn đoán thiếu vitamin B12 khi nồng độ vitamin B12 huyết tương <150 pmol/l; nguy cơ thiếu vitamin B12 khi nồng độ vitamin B12 huyết thanh nằm trong khoảng 150-220 pmol/l.

- **Xử lý số liệu:** số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 11/2024 đến tháng 5/2025, chúng tôi thu thập được 253 bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện của nghiên cứu. Trong đó, 202 bệnh nhân đái tháo đường có sử dụng thuốc metformin, 51 bệnh nhân đối chứng không mắc đái tháo đường. Kết quả thu được cho thấy:

Độ tuổi trung bình của người bệnh đái tháo đường là $(76.42 \pm 6,28)$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 60 tuổi và lớn nhất là 94 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 2/1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số khối cơ thể giữa nhóm bệnh và nhóm không mắc bệnh ($23.09 \pm 1,95$ kg/m² và $23.27 \pm 1,94$ kg/m²).

Thời gian mắc bệnh đái tháo đường trung bình của nhóm bệnh là $14,22 \pm 7,04$ năm, thời gian sử dụng metformin trung bình $13,51 \pm 6,67$ năm và liều metformin trung bình sử dụng $1274,75 \pm 475,7$ mg/ ngày.

Tỷ lệ sử dụng chế phẩm có chứa vitamin nhóm B ở nhóm người bệnh đái tháo đường cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm người không bị bệnh (79,7% so với 23,5%) có ý nghĩa thống kê (với $p = 0,0001$).

Bảng 1. Giá trị trung bình của một số chỉ số cận lâm sàng

Chỉ số	Nhóm chứng (n=51)		Nhóm bệnh (n=202)		P (T-test)
	$\bar{X} \pm SD$	Min-max	$\bar{X} \pm SD$	Min-max	
Hồng cầu (T/L)	4.6 ± 0.66	3.05 – 6.94	4.6 ± 0.67	3 - 7	0,981
Hemoglobin (g/dL)	139.3 ± 13.2	114.7 – 172.5	137.8 ± 15.2	93 - 173	0,513
MCV (fL)	89.9 ± 6.4	66.6 – 98.9	89.9 ± 6.57	61- 102	0,936
Glucose (mmol/dL)	5.5 ± 0.9	3.9 – 7.6	8.08 ± 3.4	3 - 36	0,001
Creatinin (μ mol/L)	85.5 ± 17.8	56.6 – 169.1	96.7 ± 22.9	53 – 202	0,01
MLCT (mL/phút/1.73m ²)	75.1 ± 14.78	43.3 – 99.2	67.3 ± 16.1	24 – 109	0,02
AST (U/L)	$27,4 \pm 6.1$	14 – 47	27.7 ± 9.9	10 – 77	0,872
ALT (U/L)	$21,6 \pm 12.6$	9 – 87	23.5 ± 12.3	6 - 194	0,330
Vitamin B12 (pmol/L)	$551,81 \pm 238,6$	115 - 1476	$550,7 \pm 271,9$	156 – 1476	0.978*

Bảng 2. Tỷ lệ thiếu vitamin B12 giữa hai nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm bệnh (n=202)		Nhóm chứng (n=51)		P
	N	%	N	%	
Thiếu vitamin B12 (Vitamin B12 <150 pmol/l)	7	3,5	0	0	0,350**
Nguy cơ thiếu vitamin B12 ($150 \leq$ Vitamin B12 ≤ 220)	4	2	1	1.96	0,735**
Bình thường (Vitamin B12 > 220)	191	94,5	50	98.04	
Tổng	202	100	51	100	

Bảng 3. Nồng độ vitamin B12 trung bình theo độ tuổi giữa các nhóm

Nhóm tuổi (năm)	Nhóm người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị bằng metformin (n=202)		Nhóm người không mắc đái tháo đường típ 2 (n=51)		P
	N (người)	Vitamin B12 trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	N (người)	Vitamin B12 trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	
< 70	24	593,8 $\pm$ 255,8	14	545,35 $\pm$ 220,0	0,557*
70 - 80	121	541,4 $\pm$ 271,9	29	576,9 $\pm$ 252,27	0,524*
>80	57	552,1 $\pm$ 281,26	8	472,2 $\pm$ 227,89	0,446*
P	0,565** > 0,05		0,552** > 0,05		

Bảng 4. Nồng độ vitamin B12 trung bình của các nhóm trong nghiên cứu theo giới

Giá trị	Nhóm người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị bằng metformin (n=202)		Nhóm người không mắc đái tháo đường típ 2 (n=50)		p
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	
N (người)	140	62	27	24	>0,05**
Vitamin B12 (pmol/l)	513,06 $\pm$ 238,24	635,63 $\pm$ 322,12	548,67 $\pm$ 263,18	555,35 $\pm$ 212,95	
Max - Min	115,3-1293	127-1476	269,2-1476,0	156,4-970	
P	0,09*		0,922*		

Bảng 5. Nồng độ vitamin B12 huyết tương trung bình, tỷ lệ thiếu vitamin B12 theo thời gian sử dụng metformin của người bệnh mắc đái tháo đường típ 2

Thời gian sử dụng metformin	Nồng độ vitamin B12 huyết thanh					Thiếu vitamin B12 (n, %) (B12 <150pmol/l)
	N	%	$\bar{X} \pm SD$	Min-max	P	
Dưới 5 năm	23	11,4	602,9 $\pm$ 286,8	137-1239	>0,05	1 (4,35%)
Trên 5 năm đến 10 năm	62	30,7	524,6 $\pm$ 220,6	137-1293		1 (1,62%)
Trên 10 năm đến 20 năm	95	47	568 $\pm$ 286,5	115-1476		2 (2,1%)
Trên 20 năm	22	10,9	492,5 $\pm$ 68,3	127-1476		3 (13,63%)

Bảng 6. Nồng độ, tỷ lệ thiếu vitamin B12 huyết tương theo liều metformin của người bệnh đái tháo đường típ 2

Liều metformin (mg/ngày)	Nồng độ vitamin B12 huyết thanh					Thiếu vitamin B12 (n; %)
	N	%	$\bar{X} \pm SD$	Min-max	P	
500 $\leq$ Met < 1000	29	14,36	622,5 $\pm$ 300	193 - 1237	>0,05	0 (0%)
1000 $\leq$ Met < 2000	131	64,85	556,2 $\pm$ 278,2	115 - 1476		5 (3,82%)
Met $\geq$ 2000	42	20,79	483,9 $\pm$ 217	130 - 1011		2 (4,76%)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu: - Kết quả thu được cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số nghiên cứu như số lượng hồng cầu trung bình, nồng độ huyết sắc tố, thể tích hồng cầu trung bình, nồng độ men gan AST, ALT giữa hai nhóm nghiên cứu.

- Nồng độ glucose màu trung bình ở nhóm bệnh là 8,08 $\pm$ 3,4 (mmol/dL) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng 5,5 $\pm$ 0,9 (mmol/dL).

- Có sự suy giảm chức năng thận ở nhóm bệnh với MLCT trung bình 67,3 $\pm$ 16,1 (mL/phút/1,73m²) so với nhóm chứng có MLCT 75,1 $\pm$ 14,78 (mL/phút/1,73m²), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Nồng độ vitamin B12 huyết thanh ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có sử dụng metformin. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ vitamin B12 trung bình ở nhóm bệnh là

550,7 $\pm$ 271,9 pmol/L (tương đương 746,2 $\pm$ 368,2 pg/mL), thấp hơn một cách không đáng kể, không có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (551,81 $\pm$ 238,6 pmol/L) với p > 0,05. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Phạm Toàn Trung (năm 2013) 718,34 $\pm$ 448,08 (pg/mL) [6], cao hơn của tác giả Nguyễn Thị Ngọc 450,0 (pg/mL) [7], tác giả Phan Hữu Hen là 478,0 (pg/mL) [8], tác giả Lw Lui 282,1 $\pm$ 245,6 (pmol/L) [5]. Trong khi tỉ lệ sử dụng chế phẩm có chứa vitamin nhóm B ở nhóm người bệnh đái tháo đường cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05).

Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể xuất phát từ nhiều yếu tố như: đối tượng nghiên cứu khác nhau (về độ tuổi, tình trạng bệnh lý, dinh dưỡng, sử dụng thuốc), phương pháp đo lường. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cho thấy nồng độ vitamin B12 ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được duy trì ở mức tương đối ổn định và không có sự khác biệt rõ rệt so với người không

mắc bệnh, đặc biệt trong bối cảnh có sử dụng bổ sung vitamin nhóm B.

Tỷ lệ thiếu vitamin B12. Tỷ lệ thiếu vitamin B12 thật sự (nồng độ vitamin B12 < 150 pmol/L) ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có sử dụng metformin trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,5 %, không ghi nhận bất kỳ trường hợp thiếu vitamin B12 nào ở nhóm chứng. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có 4 trường hợp nồng độ vitamin B12 nằm trong khoảng 150 – 220 pmol/L, chiếm tỷ lệ 2% tổng số đối tượng ở nhóm người bệnh và có 1 người không mắc bệnh đái tháo đường chiếm 1,96%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với Nguyễn Thị Ngọc là 15% thực hiện tại bệnh viện Vinmec [7], nghiên cứu của Phan Hữu Hen tại Bệnh viện Chợ Rẫy là 22,1%, với ngưỡng thiếu vitamin B12 là < 300 pg/mL [8].

Theo chúng tôi có sự khác biệt về tỷ lệ có thể do nhiều yếu tố như: sự không đồng nhất trong tiêu chuẩn đánh giá (ngưỡng cắt), do phương pháp xét nghiệm giữa các nghiên cứu khác nhau, do việc sử dụng các dấu ấn sinh học khác nhau để đánh giá tình trạng thiếu vitamin B12 (như vitamin B12, homocysteine và/hoặc methylmalonic acid), do đặc điểm dân số nghiên cứu (chủng tộc và di truyền)...

Mối liên quan giữa thiếu vitamin B12 với một số yếu tố trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

Chúng tôi nhận thấy tuổi không có ảnh hưởng rõ rệt đến nồng độ vitamin B12, bất kể có mắc đái tháo đường típ 2 và sử dụng metformin hay không trái lại giới tính có ảnh hưởng đáng kể đến nồng độ vitamin B12 ở người bệnh mắc đái tháo đường típ 2 có sử dụng metformin, nam giới có xu hướng thiếu vitamin b12 nhiều hơn nữ giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của tác giả Phạm Toàn Trung năm (2013) có nồng độ vitamin B12 ở nữ giới thấp hơn so với nam giới ($492,16 \pm 217,05$ so với $548,82 \pm 277,40$ pg/ml) [6]. Một số giả thuyết được đưa ra để giải thích sự khác biệt theo giới trong nồng độ vitamin B12 như: nam giới thường có những thói quen ít gặp ở nữ giới như uống rượu, dùng nhiều cà phê, đây là những yếu tố đã được chứng minh làm giảm hấp thu vitamin B12, ngược lại nữ giới thường có xu hướng tuân thủ tốt hơn các chế độ ăn đồng thời chủ động hơn trong việc bổ sung vi chất dinh dưỡng, góp phần duy trì nồng độ vitamin B12 ở mức cao hơn.

Chúng tôi ghi nhận xu hướng giảm dần nồng độ vitamin B12 theo thời gian dùng thuốc, và

liều metformin sử dụng ở người bệnh mắc đái tháo đường típ 2 mặc dù sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể: Nồng độ vitamin B12 thấp nhất ở người bệnh có thời gian sử dụng metformin liên tục trên 20 năm (492.5 ± 68.3 pmol/l) và/ hoặc có liều metformin điều trị từ 2000 mg/ ngày, cao nhất ở nhóm có thời gian sử dụng dưới 5 năm ($602,9 \pm 286,8$ pmol/l) và/ hoặc với liều metformin dưới 1000 mg/ngày.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ vitamin B12 trung bình ở nhóm bệnh là $550,7 \pm 271,9$ pmol/L thấp hơn một cách không đáng kể, không có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng với $p < 0,05$. Trong khi tỉ lệ sử dụng chế phẩm có chứa vitamin nhóm B ở nhóm người bệnh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm người không bị bệnh (79,7% so với 23,5%) có ý nghĩa thống kê.

- Nồng độ vitamin B12 trung bình có xu hướng giảm dần theo thời gian sử dụng metformin và liều metformin. Thiếu vitamin B12 chỉ ghi nhận ở nhóm người bệnh có sử dụng liều metformin từ 1000 mg/ ngày.

- Có 5,5 % người bệnh có nồng độ vitamin B12 dưới giới hạn bình thường, trong đó có 3,5 % thiếu vitamin B12 tuyệt đối (vitamin B12 < 150 pmol/L), 2% có nguy cơ thiếu vitamin B12 (mức vitamin B12 trong khoảng 150 – 220 pmol/L). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p < 0,05$. Giới tính có ảnh hưởng đến nồng độ vitamin B12, nam giới có xu hướng thiếu vitamin B12 cao hơn nữ giới sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Infante M., Leoni M., Caprio M. và cộng sự. (2021). Long-term metformin therapy and vitamin B12 deficiency: An association to bear in mind. *World J Diabetes*, 12(7), 916–931.
2. Sharma M., Nazareth I., và Petersen I. (2016). Trends in incidence, prevalence and prescribing in type 2 diabetes mellitus between 2000 and 2013 in primary care: a retrospective cohort study. *BMJ Open*, 6(1), e010210.
3. Bộ Y tế (2020), Quyết định 3087- QĐ - BYT: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2.
4. Johnson M.A., Hawthorne N.A., Brackett W.R. và cộng sự. (2003). Hyperhomocysteinemia and vitamin B-12 deficiency in elderly using Title IIIc nutrition services. *Am J Clin Nutr*, 77(1), 211–220.
5. KW Liu D.D. W. Ho, E. Lau, J. Woo (2011). Metformin-associated vitamin B12 deficiency in the elderly. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*, Vol. 6, 82-87.
6. Phạm Toàn Trung (2013), Nghiên cứu nồng độ vitamin B12, folate và homocysteine máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, Học viện Quân y.

7. **Huỳnh T.Đ. và Nguyễn T.N.** (2025). So sánh tỉ lệ thiếu vitamin B12 ở bệnh nhân đái tháo đường sử dụng metformin với dân số không sử dụng metformin. Y HOC TP HO CHI MINH, 28(4-Y học 2025), 50–58.

8. **Phan H.H., Nguyen A.T.T., và Do M.D.** (2025). Association between vitamin B12 deficiency and metformin use in type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in a South Vietnam tertiary hospital. BMJ Open, 15(5), e100672.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I-II TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Duy Quý¹, Phạm Hồng Khoa², Phạm Thị Thu Hường³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân UTV giai đoạn I-II và đánh giá kết quả điều trị UTV ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả hồi cứu trên 126 bệnh nhân UTV giai đoạn I-II được điều trị phẫu thuật và theo dõi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình giai đoạn 2019 – 2023. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ung thư vú có tuổi trung bình 59,3 tuổi, đa số sau mãn kinh (75,4%). Triệu chứng thường gặp nhất là tự sờ thấy khối u (73,8%), chủ yếu ở ¼ trên ngoài, kích thước 2–5 cm; khoảng 30,2% có di căn hạch N1. Về mô bệnh học, ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm ưu thế (91,3%), đa phần độ II. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi kết hợp điều trị hỗ trợ đa mô thức, trong đó hóa trị 94,4%, xạ trị 42,9% và nội tiết 61,1%. Biến chứng sau mổ chủ yếu là rối loạn tâm lý, tổn thương thần kinh nách và đau vết mổ; biến chứng nặng ít gặp. Sau theo dõi, 96,8% còn sống, tỷ lệ tử vong 3,2% và tái phát/di căn 9,5%, chủ yếu là di căn xa. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm đạt 96,3% và sống thêm không bệnh 89,5%. Phân tích đa biến không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa về OS và DFS theo tình trạng hạch, kích thước, thể và độ mô bệnh học, dù nhóm không di căn hạch và độ mô học thấp có tiên lượng tốt hơn ($p > 0,05$). **Kết luận:** Điều trị đa mô thức trong ung thư vú giai đoạn I-II tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh cho thấy hiệu quả điều trị khả quan, với kết quả không thua kém so với các cơ sở điều trị chuyên sâu tuyến trung ương.

Từ khóa: Ung thư vú, điều trị đa mô thức, sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF STAGE I–II BREAST CANCER AT THE ONCOLOGY CENTER, THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with stage I–II

breast cancer and to evaluate treatment outcomes in this patient group. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 126 patients with stage I–II breast cancer who underwent surgery and follow-up at Thai Binh General Hospital between 2019 and 2023. **Results:** The study showed that breast cancer patients had a mean age of 59.3 years, with the majority being postmenopausal (75.4%). The most common presenting symptom was self-detected breast lumps (73.8%), predominantly located in the upper outer quadrant, with tumor sizes of 2–5 cm; about 30.2% had N1 lymph node metastasis. Histopathologically, invasive ductal carcinoma predominated (91.3%), mostly grade II. All patients underwent modified radical mastectomy combined with multimodal adjuvant therapy, including chemotherapy (94.4%), radiotherapy (42.9%), and endocrine therapy (61.1%). Postoperative complications mainly included psychological disorders, axillary nerve injury, and wound pain, while severe complications were uncommon. During follow-up, 96.8% of patients remained alive, with a mortality rate of 3.2% and recurrence/metastasis rate of 9.5%, mainly distant metastases. The 5-year overall survival (OS) rate was 96.3%, and disease-free survival (DFS) was 89.5%. Multivariate analysis revealed no statistically significant differences in OS or DFS according to nodal status, tumor size, histological type, or grade, although patients without nodal metastasis and with lower histological grade tended to have better prognosis ($p > 0.05$). **Conclusion:** The application of surgery combined with multimodal therapy for stage I–II breast cancer at the Oncology Center of a provincial general hospital has yielded promising outcomes, with treatment results comparable to those of central specialized hospitals.

Keywords: Breast cancer, multimodal therapy, overall survival, disease-free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất ở nữ giới, đứng đầu về tỷ lệ mắc tại cả các quốc gia phát triển và đang phát triển. Theo GLOBOCAN 2022, toàn cầu có khoảng 2,3 triệu ca mắc mới UTV, chiếm 11,7% tổng số ung thư, với 685.000 trường hợp tử vong, tương ứng 6,9% tử vong do ung thư.¹ Tại Việt Nam, năm 2020 ghi nhận 21.555 ca mắc mới, chiếm 25,8% ung thư ở nữ, với 9.345 ca tử vong; tỷ lệ mắc mới chuẩn hóa theo tuổi đạt 34,2/100.000 phụ

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Quý

Email: quydytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

nữ.¹ Mặc dù các chương trình sàng lọc đã được triển khai, nhiều bệnh nhân vẫn phát hiện bệnh ở giai đoạn tiến triển do triệu chứng ban đầu thường không điển hình và ý thức chăm sóc sức khỏe còn hạn chế.

Điều trị UTV là đa mô thức, trong đó phẫu thuật đóng vai trò trung tâm, kết hợp xạ trị, hóa trị, liệu pháp nội tiết và các phương pháp điều trị hệ thống khác. Những tiến bộ trong điều trị nhằm trúng đích và miễn dịch đã cải thiện đáng kể tiên lượng, đưa UTV trở thành một trong những ung thư có tỷ lệ sống thêm cao, với số liệu SEER 2012 – 2018 ghi nhận 5 năm sống thêm toàn bộ đạt 90,6%. Tại Việt Nam, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ sống thêm 5 năm ở giai đoạn II–III từ 75 – 84%.³ Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu trong giai đoạn I-II của bệnh – thời điểm có khả năng trị khỏi và tiên lượng cao. Tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, mỗi năm tiếp nhận hơn 10.000 lượt bệnh nhân, trong đó UTV chiếm tỷ lệ đáng kể. Xuất phát từ thực tiễn này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị UTV giai đoạn I–II trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 126 bệnh nhân được chẩn đoán UTV tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, được điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật cắt bỏ khối u kết hợp với hóa trị, xạ trị, điều trị nội tiết trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nữ, chẩn đoán xác định UTV giai đoạn I-II theo AJCC 2013, được điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần hoặc phẫu thuật kết hợp các phương pháp hỗ trợ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tự ý ngừng điều trị hoặc không theo dõi được kết quả sau phẫu thuật.

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

2.3. Biến số nghiên cứu. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Biến số về đặc điểm chung (tuổi, tình trạng kinh nguyệt, lý do vào viện). Đặc điểm lâm sàng (bên vú có u, vị trí và số lượng u, đường kính, mật độ, ranh giới, tình trạng hạch nách và hạch thượng đòn). Đặc điểm cận lâm sàng (nồng độ CA 15-3, siêu âm và X-quang tuyến vú (bờ, mật độ, vi vôi hóa, BIRADS), cộng hưởng từ tuyến vú, tế bào học và sinh thiết, thể mô bệnh học, độ mô học, giai đoạn bệnh theo TNM, tình trạng di căn hạch. Ngoài ra, các chỉ số hóa mô miễn dịch như ER,

PR (đánh giá theo Allred), HER-2 (theo ASCO/CAP 2013), và chỉ số Ki-67 cũng được thu thập.

Kết quả điều trị và theo dõi: Biến số kết quả điều trị (phương pháp phẫu thuật, hoá chất hỗ trợ, điều trị nội tiết, Trastuzumab và xạ trị). Theo dõi sau điều trị (tình trạng sống, tử vong, tái phát và di căn, thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và thời gian sống thêm không bệnh (DFS).

2.4. Xử lý số liệu. Tất cả số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Dữ liệu mô tả dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Các phép kiểm Chi-square, Fisher's exact test, t-Student và Mann-Whitney U test được sử dụng phù hợp với loại biến. Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không tái phát/di căn được ước tính bằng Kaplan – Meier và so sánh bằng Log-rank test; mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị được phân tích bằng hồi quy Cox đa biến. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định tại $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi)		59,3 $\pm$ 12,1 (34 – 92)
Kinh nguyệt (n,%)	Còn kinh	75,4
	Mãn kinh	24,6
Triệu chứng cơ năng (n,%)		
Tự sờ thấy khối ở vú		93 (73,8)
Đau vùng vú		8 (25,4)
Thay đổi màu da vú		2 (1,6)
Tụt núm vú		2 (1,6)
Chảy dịch núm vú		32 (25,4)
Sờ thấy hạch nách		31 (24,6)
Vị trí u (n,%)		
Trung tâm		21 (19,3)
¼ trên ngoài		38 (34,9)
¼ dưới ngoài		20 (18,4)
¼ trên trong		20 (18,4)
¼ dưới trong		10 (9,2)
Đường kính lớn nhất (cm) (n,%)		
≤ 1		11 (8,7)
> 1 và ≤ 2		48 (38,1)
> 2 và ≤ 5		67 (53,2)
Hạch nách (n, %)		
Sờ thấy		35 (27,8)
Không sờ thấy		88 (69,8)
Tính chất hạch nách (n,%)		
Di động, không dính nhau		35 (100)
Dính nhau, cố định		
Nồng độ CA 15 – 3 (U/ml) (n,%)		
≥ 30		7 (5,6)

< 30	119 (94,4)
Trung bình $\pm$ SD (min-max): 11,8 $\pm$ 10,8 (0,54 – 78,3)	
Đặc điểm u trên siêu âm (n,%)	
Bờ đều	8 (6,4)
Vì vôi hoá	63 (50)
Mật độ âm	
Giảm âm	120 (95,2)
Hỗn hợp âm	6 (4,8)
Đặc điểm u trên X-quang (n,%)	
Vì vôi hoá	63 (50)
Có khối mờ	120 (95,2)
Hạch nách	38 (30,2)
Thể mô bệnh học (n,%)	
UTBM thể ống xâm nhập	115 (91,3)
Thể nội ống	4 (3,2)
Paget núm vú xâm lấn	1 (0,8)
UTBM tiêu thụ xâm nhập	4 (3,2)
UTBM thể nhày	2 (1,6)
Giai đoạn bệnh	
IA	29 (23)
IB	1 (0,8)
IIA	63 (50)
IIB	27 (21,4)
Giai đoạn tại chỗ	6 (4,8)
Độ mô học (n,%)	
Độ I	6 (5)
Độ II	77 (64,7)
Độ III	36 (30,3)
Tình trạng di căn hạch (n,%)	
Không di căn	88 (69,8)
N1	38 (30,2)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 59,3 $\pm$ 12,1, đa số ở nhóm sau mãn kinh (75,4%). Triệu chứng thường gặp nhất khi vào viện là tự sờ thấy khối ở vú (73,8%), tiếp theo là chảy dịch núm vú (25,4%) và sờ thấy hạch nách (24,6%). Vị trí khối u chủ yếu ở ¼ trên ngoài (34,9%), với đường kính 2 – 5 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (53,2%). Có 27,8% bệnh nhân sờ thấy hạch nách, song tất cả đều có đặc điểm di động, không dính nhau. Nồng độ CA 15-3 tăng $\geq$ 30 U/ml chỉ gặp ở 5,6% trường hợp. Trên siêu âm và X-quang, phần lớn khối u có bờ không đều, mật độ giảm âm, kèm vì vôi hóa (50%). Về mô bệnh học, ung thư biểu mô thể ống xâm nhập chiếm ưu thế tuyệt đối (91,3%), đa số có độ mô học II (64,7%). Giai đoạn bệnh thường gặp nhất là IIA (50%), kế đến là IA (23%) và IIB (21,4%). Khoảng 30,2% bệnh nhân có di căn hạch mức N1, trong khi đa số không có di căn hạch (69,8%).

3.2. Kết quả điều trị và theo dõi sau điều trị

- Kết quả điều trị UTV:

Bảng 2. Kết quả điều trị UTV

Đặc điểm	Giá trị
Phương pháp phẫu thuật: 100% phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi (MRM)	
ĐT hoá chất bổ trợ (n,%)	119 (94,4)
Xạ trị	54 (42,9)
Kỹ thuật xạ IRMT	54 (100)
ĐT Trastuzumab (n, %)	3 (2,4)
ĐT nội tiết bậc 1	16 (12,7)
ĐT nội tiết bậc 2	56 (44,4)
ĐT nội tiết bậc 1 + bậc 2	5 (4)
Biến chứng sau phẫu thuật (n,%)	
Tự dịch vết mổ	51 (40,5)
Tụ máu vết mổ	2 (1,6)
Đau vết mổ	54 (42,9)
Tổn thương thần kinh nách	72 (57,1)
Phù bạch huyết tay cùng bên	2 (1,6)
Rối loạn tâm lý sau mổ	119 (87,3)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi. Sau mổ, phần lớn được điều trị bổ trợ đa mô thức với tỷ lệ hóa trị 94,4%, xạ trị 42,9% (100% kỹ thuật IRMT), điều trị nội tiết 61,1% và Trastuzumab 2,4%. Các biến chứng sau phẫu thuật thường gặp là rối loạn tâm lý (87,3%), tổn thương thần kinh nách (57,1%), đau vết mổ (42,9%) và tụ dịch vết mổ (40,5%); các biến chứng ít gặp gồm tụ máu vết mổ và phù bạch huyết tay cùng bên (1,6%).

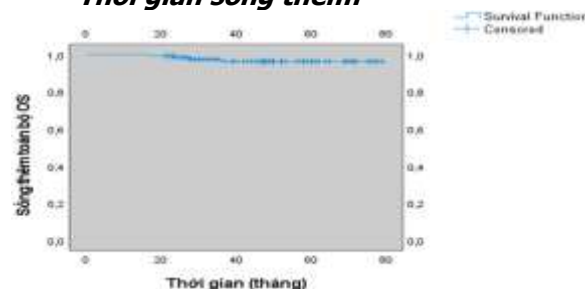
- Tình trạng theo dõi sau điều trị:

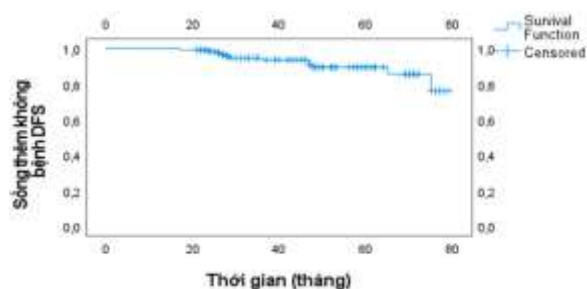
Bảng 3. Tình trạng theo dõi sau điều trị

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
Còn sống	122 (96,8)	96,8
Tử vong	4 (3,2)	3,2
Tái phát/di căn	12 (9,5)	9,5
Cơ quan khác	9 (75)	75
Tại chỗ	1 (8,3)	8,3
Tại hạch nách	2 (16,7)	16,7

Nhận xét: Theo dõi sau điều trị cho thấy 96,8% bệnh nhân còn sống, tỷ lệ tử vong là 3,2% và tái phát/di căn chiếm 9,5%. Trong các trường hợp tái phát/di căn, di căn cơ quan khác chiếm đa số (75%), tiếp theo là di căn hạch nách (16,7%) và tái phát tại chỗ (8,3%).

- Thời gian sống thêm:





Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và thời gian sống thêm không tái phát/di căn (DFS)

Nhận xét: Phân tích Kaplan – Meier cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm đạt 96,3%, trong khi tỷ lệ sống thêm không bệnh là 89,5%.

Bảng 4. Phân tích đa biến về liên quan đến thời gian sống thêm và các yếu tố

Yếu tố		OS		DFS	
		%	p	%	p
Hạch	Di căn	97,4	1	86,8	0,509
	Không di căn	96,6		92,1	
Kích thước u	≤2 cm	100	0,264	90,7	0,832
	2-5 cm	94,8		90,9	
	Tis	100		83,3	
Thể mô bệnh học	Thể ống xâm nhập	96,5	1	89,6	0,598
	Thể khác	100		100	
Độ mô học	Độ I	100	0,668	100	0,857
	Độ II	97,4		90,9	
	Độ III	94,4		88,9	

Nhận xét: Phân tích đa biến cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không bệnh (DFS) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm về tình trạng di căn hạch, kích thước khối u, thể mô bệnh học và độ mô học ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư vú là $59,3 \pm 12,1$, đa số ở nhóm sau mãn kinh (75,4%), phù hợp với xu hướng dịch tễ học hiện nay và tương đồng với số liệu trong nước cũng như khu vực châu Á – Thái Bình Dương. Ở Việt Nam, nhiều nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận tuổi trung bình mắc bệnh khoảng 50 – 55 tuổi, với đa số bệnh nhân đã mãn kinh, cho thấy sự tương đồng với kết quả nghiên cứu này.^{4,5}

Tỷ lệ bệnh nhân tự phát hiện khối u vú chiếm 73,8%, thường gặp nhất ở vị trí ¼ trên ngoài (34,9%), phản ánh đặc điểm mô học tuyến vú - vùng ¼ trên ngoài tập trung nhiều mô tuyến nên dễ hình thành khối u. Các nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Sang và cộng sự (2021) cũng cho thấy tỷ lệ tự sờ thấy khối u

là triệu chứng phổ biến, đau vú hay chảy dịch núm vú chỉ gặp với tỷ lệ thấp.⁶ Phân tích tổng hợp của Santos Silva và cộng sự (2019) tại Brazil cũng chỉ ra rằng phần lớn UTV được phát hiện khi kích thước khối u đã vượt quá 2 cm, cho thấy vai trò quan trọng của chương trình tầm soát trong việc cải thiện phát hiện sớm.⁷

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ 5,6% bệnh nhân có tăng CA15-3 ≥ 30 U/ml, khẳng định marker này ít giá trị trong chẩn đoán sớm mà chủ yếu dùng theo dõi tái phát/di căn. Hình ảnh siêu âm và X-quang chủ yếu ghi nhận khối u bờ không đều, giảm âm, có vi vôi hóa – phù hợp mô tả điển hình ung thư vú. Về mô bệnh học, ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm ưu thế (>90%), tương tự các nghiên cứu trong nước ($\geq 85\%$).⁸ Về giai đoạn bệnh, 30,2% có di căn hạch N1, chủ yếu ở giai đoạn IIA (50%), IA (23%) và IIB (21,4%), cho thấy đa số được chẩn đoán ở giai đoạn sớm – trung gian. So với dữ liệu SEER (Hoa Kỳ) với 60% phát hiện ở giai đoạn khu trú, tỷ lệ phát hiện sớm ở Việt Nam tương đối thấp nhưng vẫn cao hơn một số nước Đông Nam Á (30 – 40%).²

4.2. Kết quả điều trị, theo dõi sau điều trị.

Hiện nay, điều trị UTV là điều trị đa mô thức phối hợp cả điều trị phẫu thuật, hoá chất, tia xạ, nội tiết và điều trị miễn dịch. Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi (MRM) và điều trị bổ trợ đa mô thức với tỷ lệ hóa trị 94,4%, xạ trị 42,9% và nội tiết 61,1%. Việc phối hợp điều trị UTV là yếu tố quan trọng giúp kiểm soát tại chỗ và giảm nguy cơ tái phát xa, nâng cao tỷ lệ sống thêm cho người bệnh. Nghiên cứu của EBCTCG khẳng định phẫu thuật kết hợp hoá trị và xạ trị bổ trợ giúp giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và tái phát, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân giai đoạn sớm.⁹ Tại Việt Nam, các nghiên cứu điều trị UTV đã chứng minh hiệu quả của chiến lược điều trị phối hợp, với tỷ lệ sống thêm OS 5 năm đạt trên 85 – 90% ở nhóm điều trị đa mô thức. Sau phẫu thuật, xuất hiện một số biến chứng như đau vết mổ, tụ dịch, tổn thương thần kinh nách, tổn thương tâm lý.

Theo dõi sau điều trị, tỷ lệ sống thêm toàn bộ OS sau 5 năm đạt 96,3% và tỷ lệ sống thêm không bệnh DFS đạt 89,5%, cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Minh Cường, Trịnh Lê Huy với tỷ lệ OS và DFS dao động từ 68% - 84%.^{4,10} Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu này được thực hiện trên nhóm bệnh nhân UTV giai đoạn I-II nên kết quả điều trị và tiên lượng tốt hơn so với các nghiên cứu ở UTV giai đoạn II-III. Nghiên cứu của EBCTCG báo cáo tương tự OS sau 5 năm

khoảng 90 – 95% đối với bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm được điều trị chuẩn.⁹

Phân tích đa biến trong nghiên cứu chưa cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về OS và DFS giữa các nhóm phân tầng theo tình trạng hạch, kích thước u, thể mô bệnh học và độ mô học ($p > 0,05$). Đây có thể là hệ quả của cỡ mẫu còn hạn chế và thời gian theo dõi chưa đủ dài để bộc lộ rõ các yếu tố tiên lượng. Vì vậy, cần thiết phải thực hiện thêm các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm, với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu điều trị phẫu thuật kết hợp với đa mô thức là phương pháp hiệu quả ở bệnh nhân Ung thư vú giai đoạn I-II với tỷ lệ sống thêm sau 5 năm cao, tỷ lệ biến chứng thấp. Kết quả này cũng khẳng định vai trò quan trọng của chẩn đoán sớm và điều trị toàn diện trong cải thiện tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer (IARC).** GLOBOCAN 2022: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Lyon: IARC; 2022. Available at: <https://gco.iarc.fr/>.
2. **National Cancer Institute (NCI), Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER).** Cancer Stat Facts: Female Breast Cancer. National Cancer Institute. Updated 2024. Accessed August 20, 2024.

3. **Đỗ Thị Kim Anh, Trần Văn Thuấn và cộng sự.** Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ phác đồ 4AC-4Paclitaxel trên bệnh nhân UTV giai đoạn II-III. 2008:260-266.
4. **Hoàng Minh Cường** (2014). Đánh giá kết quả điều trị Ung thư vú giai đoạn II - IIIA có thụ thể nội tiết âm tính. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Diệu Linh** (2013). Nghiên cứu điều trị ung thư vú giai đoạn II-III A bằng hoá chất hỗ trợ phác đồ TAC và AC tại Bệnh viện K, Luận văn tiến sĩ học chuyên ngành ung thư, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyen SM, Nguyen QT, Nguyen LM, et al.** Delay in the diagnosis and treatment of breast cancer in Vietnam. *Cancer Med.* 2021;10(21):7683-7691. doi:10.1002/cam4.4244
7. **Dos-Santos-Silva I, De Stavola BL, Renna NL, et al.** Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001-14: a case only analysis. *Lancet Glob Health.* 2019;7(6):e784-e797. doi:10.1016/S2214-109X(19)30151-2
8. **Nguyễn Hoàng Long** (2016). Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vú ở phụ nữ trẻ tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG).** Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet Lond Engl.* 2005;365(9472):1687-1717. doi:10.1016/S0140-6736(05)66544-0
10. **Trịnh Lê Huy, Mai Thị Kim Ngân.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn I-III tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Vietnam Medical Journal.* 2022;2:63-70.

GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG, TÁI NHẬP VIỆN CỦA HẠ NATRI MÁU TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM VÀ GIẢM NHẹ

Hà Thị Hương Giang^{1,3}, Bùi Thế Dũng², Trần Ngọc Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ hạ natri máu và giá trị tiên lượng ngắn hạn ở bệnh nhân suy tim nhập viện. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 176 bệnh nhân suy tim nhập viện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM (10/2024–03/2025). Bệnh nhân được phân nhóm theo natri máu khi nhập viện, theo dõi biến cố tử vong và tái nhập viện trong 90 ngày. **Kết quả:** Tuổi trung vị 71 (62-82)

tuổi; nam 51,7%. Tỷ lệ hạ natri máu 36,4%, đa số mức độ nhẹ. Sau 90 ngày, tử vong 4,0%, tái nhập viện 39,2%, biến cố gộp 43,2%. Không có khác biệt có ý nghĩa về biến cố gộp giữa nhóm hạ và không hạ natri máu (15,3% so với 27,8%; $p = 0,875$). Hạ natri máu ≤ 130 mmol/L là yếu tố tiên lượng độc lập biến cố gộp trong hồi quy logistic (OR hiệu chỉnh 4,20; KTC95%: 1,57–11,25; $p = 0,004$), nhưng không còn ý nghĩa trong hồi quy Cox; tiền căn bệnh mạch vành là yếu tố dự báo mạnh hơn (HR 1,87; KTC95%: 1,09–3,22; $p = 0,024$). **Kết luận:** Hạ natri máu thường gặp ở bệnh nhân suy tim nhập viện. Dù không làm tăng biến cố gộp so với nhóm không hạ natri máu, natri máu ≤ 130 mmol/L vẫn có giá trị tiên lượng biến cố ngắn hạn. **Từ khóa:** suy tim; hạ natri máu; tử vong; tái nhập viện; phân suất tổng máu.

¹Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

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

³Bệnh viện Quân Y 87

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: dung.bt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF HYPONATREMIA FOR MORTALITY, REHOSPITALIZATION IN

PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH REDUCED AND MILDLY REDUCED EJECTION FRACTION

Objective: To determine the prevalence and short-term prognostic value of hyponatremia in hospitalized patients with heart failure. **Subjects and Methods:** A prospective cohort study was conducted on 176 patients admitted with heart failure at University Medical Center Ho Chi Minh City from October 2024 to March 2025. Patients were stratified according to serum sodium levels on admission and followed for 90-day outcomes, including all-cause mortality and hospital readmission. **Results:** The mean age was 71 (62-82) years; 51.7% were male. The prevalence of hyponatremia was 36.4%, mostly mild. At 90 days, mortality was 4.0%, readmission 39.2%, and composite events 43.2%. There was no significant difference in composite outcomes between hyponatremia and non-hyponatremia groups (15.3% vs. 27.8%, $p = 0.875$). Severe hyponatremia (≤ 130 mmol/L) was an independent predictor of composite outcomes in multivariate logistic regression (adjusted OR 4.20; 95% CI: 1.57-11.25; $p = 0.004$), but not in Cox regression. History of coronary artery disease was a stronger predictor (HR 1.87; 95% CI: 1.09-3.22; $p = 0.024$). **Conclusions:** Hyponatremia is common in hospitalized patients with heart failure. Although it was not associated with higher composite outcomes, serum sodium ≤ 30 mmol/L remained an independent short-term prognostic factor in logistic regression.

Keywords: heart failure; hyponatremia; mortality; rehospitalization; ejection fraction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là giai đoạn cuối của nhiều bệnh tim mạch, hiện nay đang trở thành gánh nặng y tế toàn cầu với xu hướng ngày càng gia tăng. Ước tính có hơn 60 triệu người trên thế giới đang sống chung với suy tim và con số này dự báo sẽ tiếp tục tăng trong thập niên tới, nhất là ở nhóm người cao tuổi [1]. Theo nghiên cứu trên thế giới, bệnh nhân suy tim có tiên lượng nặng nề với tỷ lệ tử vong và nhập viện lại cao, khác biệt theo phân suất tổng máu [2]. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân suy tim đã giúp cải thiện tiên lượng bệnh, nhưng gánh nặng bệnh tật và chi phí y tế do suy tim vẫn rất lớn [1]. Hạ natri máu là rối loạn điện giải thường gặp ở bệnh nhân suy tim với tỷ lệ khoảng từ 20 - 37%, được xem là dấu hiệu cảnh báo tiên lượng xấu [3,4]. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy hạ natri máu liên quan chặt chẽ với mức độ nặng và là yếu tố độc lập dự báo các kết cục bất lợi ở bệnh nhân suy tim nhập viện tỷ lệ tử vong và tái nhập viện [4,5]. Tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu trên nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm, thiếu dữ liệu ở nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm và giảm nhẹ. Đây là lý do chúng

tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỷ lệ hạ natri máu và khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tiên lượng tử vong và tái nhập viện trong 90 ngày của hạ natri máu ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm và giảm nhẹ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ tiền cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, trong thời gian từ tháng 10/2024 đến tháng 03/2025.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán suy tim với phân suất tổng máu giảm và giảm nhẹ theo Hội Tim mạch châu Âu (ESC 2021) [6].

Phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu thuận tiện. Chúng tôi thu nhận được 176 mẫu thỏa điều kiện trong thời gian nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi nhập viện, được chẩn đoán suy tim với phân suất tổng máu giảm ($EF \leq 40\%$) và giảm nhẹ ($EF 41 - 49\%$) theo tiêu chuẩn của ESC 2021 [6].

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân mắc bệnh ác tính, xơ gan, bệnh tuyến thượng thận; (2) Bệnh nhân mắc hội chứng thận hư, rối loạn điện giải do nôn ói, tiêu chảy; (3) hồ sơ bệnh án không đầy đủ biến số hoặc không theo dõi được kết cục sau xuất viện; (4) Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp thực hiện nghiên cứu: Sau khi nhập viện, bệnh nhân được bác sỹ điều trị chẩn đoán xác định suy tim phân suất tổng máu giảm và giảm nhẹ. Chúng tôi tiếp cận bệnh nhân hoặc thân nhân, giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu (có cam kết đồng thuận) mới tiến hành thu thập số liệu theo phiếu thu thập mẫu. Dựa vào hồ sơ bệnh án, chúng tôi thu thập các: thông tin hành chính, bệnh sử, sử dụng thuốc lợi tiểu trước khi nhập viện, các triệu chứng lâm sàng khi nhập viện; ghi nhận các cận lâm sàng như xét nghiệm natri máu, NT-proBNP và các xét nghiệm thường quy, EF (theo siêu âm tim). Tại thời điểm 90 ngày sau khi nhập viện, ghi nhận các kết cục gồm: tử vong do mọi nguyên nhân, tái nhập viện do mọi nguyên nhân, biến cố gộp. Trong nghiên cứu, hạ natri máu được xác định khi nồng độ natri huyết thanh < 135 mmol/L [7].

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được trình bày dưới dạng tần số (tỷ lệ) đối với biến định tính; trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn đối với biến định lượng, trung vị và khoảng tứ phân vị với biến định lượng phân bố không chuẩn. So

sánh 2 nhóm của biến số định tính dùng kiểm định chi bình phương và so sánh 2 nhóm của biến số định lượng dùng kiểm định T- test (nếu phân phối chuẩn) hoặc kiểm định Mann- Whitney (nếu phân phối không chuẩn). Phân tích hồi quy logistic đa biến, hồi quy Cox đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố tiên lượng độc lập.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27. Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của dân số nghiên cứu (n=176)

Đặc điểm		Tần số (%)	Trung vị/từ phân vị
Giới (nam) (n, %)		91 (51,7)	
Tuổi (năm)			71 (61 - 82)
Nhóm >65 tuổi (n, %)		121 (68,8)	
Phân loại suy tim theo tiền căn	Suy tim cấp (n, %)	44 (25)	
	Suy tim mạn (n, %)	132 (75)	
Các yếu tố thúc đẩy	HCMVC (n, %)	6 (3,4)	
	THA không kiểm soát (n, %)	0	
	Rối loạn nhịp tim (n, %)	11 (6,3)	
	Nhiễm trùng (n, %)	60 (34,1)	
	Không tuân thủ điều trị (n, %)	20 (11,4)	
	Yếu tố khác (n, %)	12 (6,8)	
Phân độ NYHA	I (n, %)	3 (1,8)	
	II (n, %)	40 (22,7)	
	III (n, %)	103 (58,5)	
	IV (n, %)	30 (17)	
PSTM (%)			37,2 (30 - 46)
Phân loại suy tim theo PSTM	STPSTMG (n, %)	109 (61,9)	
	STPSTMGN (n, %)	67 (38,1)	
Natri máu (mmo/L)			136 (132 - 138)
Hạ natri máu (n, %)		64 (36,4)	
Phân độ hạ natri máu	Nhe (n, %)	42 (65,6)	
	Trung bình (n, %)	17 (26,6)	
	Nặng (n, %)	5 (7,8)	

Nhận xét: Trung vị tuổi 71 tuổi, nam giới (51,7%). trung vị Phân suất tổng máu là 37,2 (30 - 46%); nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm (61,9%) và giảm nhẹ (38,1%). Phần lớn bệnh nhân là suy tim cấp nhập viện (75%), với

yếu tố thúc đẩy phổ biến nhất là nhiễm trùng (34,1%). Phân độ NYHA III, IV chiếm ưu thế (75%). Trung vị natri máu là 136 (132 - 138) mmol/L, tỷ lệ hạ natri máu chung 36,4%, mức độ nhẹ chiếm đa số (65,6%).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng theo nhóm hạ và không hạ natri máu

Biến số		Chung (n=176)	Hạ natri máu (n=64)	Không hạ natri máu (n=112)	p χ ²
Tiền căn suy tim mạn (n, %)		147 (83,5)	55 (37,4)	92(62,6)	0,537
Tiền căn bệnh mạch vành (n, %)		136 (76,7)	47 (34,8)	88 (65,2)	0,462
Tiền căn tăng huyết áp (n, %)		135 (76,7)	56 (41,5)	79 (58,5)	0,015
Điều trị thuốc lợi tiểu (n, %)		118 (67,0)	49 (41,5)	69 (58,5)	0,047
Tần số tim (lần/phút)		90 (76 - 105)	88 (76 - 110)	93 (71 - 105)	0,903 ^b
HATT (mmHg)		127 ± 24	120 (97 - 126)	130 (112 - 150)	0,002 ^b
HATT _r (mmHg)		72 (63 - 84)	69 (60 - 80)	77 (65 - 90)	0,002 ^b
Phù chân (n, %)		85 (48,3)	38 (44,7)	47 (55,3)	0,029
Tràn dịch màng phổi (n, %)		87 (49,3)	34 (39,1)	53 (60,9)	0,531
Phân độ NYHA	I (n, %)	3 (1,8)	0	3 (100)	0,631
	II (n, %)	40 (22,7)	15 (37,5)	25 (62,5)	
	III (n, %)	103 (58,5)	41 (39,8)	62 (60,2)	
	IV (n, %)	30 (17)	8 (26,7)	22 (73,3)	
Hb (g/L)		116 ± 22	111 ± 20	118 ± 22	0,037 ^a

Creatinine máu ($\mu\text{mol/L}$)	121 (84 - 175)	127 (100 - 163)	111 (80 - 182)	0,372 ^b
eGFR ml/phút/1,73m ²	50 (29 - 73)	41 (28 - 67)	56 (30 - 84)	0,115 ^b
NT-proBNP (ng/L)	5792 (2636-17705)	5318 (2597-17820)	6321 (2677-17550)	0,870 ^b
Kali máu (mmol/L)	3,9 (3,5 - 4,3)	4,1 $\pm$ 0,7	3,9 $\pm$ 0,6	0,017 ^a
Natri máu (mmol/L)	136 (132 - 138)	131 (128 - 132)	138 (136 - 139)	<0,001 ^b

a: kiểm định T-test b: kiểm định Mann Whitney

Nhận xét: Tiền căn tăng huyết áp, điều trị thuốc lợi tiểu, huyết áp (cả tâm thu và tâm trương), phù chân, Hb, kali và natri máu là các yếu tố khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm hạ và không hạ natri máu ($p < 0,05$).

Bảng 3: Tỷ lệ tử vong, tái nhập viện và biến cố gộp trong 90 ngày theo nhóm hạ và không hạ natri máu

Biến số	Chung (n=176)	Hạ natri máu (n=64)	Không hạ natri máu (n=112)	p χ^2
Tử vong (n, %)	7 (4)	4 (2,3)	3 (1,7)	0,425 ^c
Tái nhập viện (n, %)	69 (39,2)	23 (13,1)	46 (26,1)	0,525
Biến cố gộp (n, %)	76 (43,2)	27 (15,3)	49 (27,8)	0,875

c: kiểm định Fisher Exact

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong 4,0%, trong đó 5 ca do suy tim; tái nhập viện 69 bệnh nhân (39,2%), trong đó 35 ca (19,9%) do suy tim. Tỷ lệ biến cố gộp là 43,2%. Nhóm hạ natri máu có tỷ lệ các kết cục thấp hơn nhóm không hạ natri máu, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4: Các yếu tố liên quan biến cố gộp trong 90 ngày trong hồi quy logistic đơn và đa biến

Biến số	OR đơn biến (KTC 95%)	p	OR đa biến (KTC 95%)	p
Giới (nam)	1,41 (0,78 - 2,57)	0,260	2,28 (1,12 - 4,63)	0,012
Nhóm >65 tuổi	0,66 (0,34 - 1,28)	0,219	0,72 (0,35 - 1,51)	0,387
Tiền căn suy tim mạn	0,43 (0,19 - 0,98)	0,044	0,33 (0,124 - 0,87)	0,024
Hb	0,99 (0,98 - 1,01)	0,217	0,98 (0,97 - 1,000)	0,035
Hạ natri máu $\leq$ 130 mmol/L	2,22 (0,83 - 5,98)	0,114	4,20 (1,57 - 11,25)	0,004

Nhận xét: Giới nam, nhóm >65 tuổi, tiền căn suy tim mạn, hạ natri máu $\leq$ 130 mmol/L là các yếu tố liên quan đến biến cố gộp do mọi nguyên nhân trong 90 ngày.

Bảng 5: Các yếu tố trong tiên lượng biến cố gộp trong 90 ngày trong hồi quy Cox đơn và đa biến

Biến số	HR đơn biến (KTC 95%)	p	HR đa biến (KTC 95%)	p
Giới (nam)	1,53 (0,97 - 2,42)	0,139	1,39 (0,88 - 2,19)	0,165
Tiền căn bệnh mạch vành	1,62 (0,96 - 2,71)	0,070	1,87 (1,09 - 3,22)	0,024
Tràn dịch màng phổi	1,26 (0,80 - 1,98)	0,320	1,40 (0,88 - 2,22)	0,156
Tần số tim	1,01 (0,99 - 1,02)	0,196	1,01 (0,99 - 1,02)	0,108
Hạ natri máu	1,28 (0,78 - 2,09)	0,232	1,27 (0,75 - 2,18)	0,371

Nhận xét: Tiền căn bệnh mạch vành là yếu tố tiên lượng độc lập với biến cố gộp do mọi nguyên nhân trong 90 ngày với HR = 1,87; $p = 0,024$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân suy tim nhập viện có tuổi trung vị là 71 (61 - 82) tuổi, nam giới chiếm 51,7% và nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm chiếm 61,9%. Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu OPTIMIZE-HF (nam 48%, tuổi trung bình $73 \pm 8,7$ tuổi) [3]. Tỷ lệ hạ natri máu của chúng tôi cao hơn so với Gheorghade et al. (36,4% so với 19,7%), dù nồng độ natri tương đương [3] và phù hợp với các tác giả trong nước với tỷ lệ hạ natri máu dao động 33,3 - 37% [4, 8]. Sự khác biệt này có thể phản ánh sự khác

nhau về dân số, tiêu chuẩn chọn mẫu và mức độ nặng khi nhập viện.

4.2. So sánh nhóm hạ và không hạ natri máu. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tiền căn tăng huyết áp và điều trị thuốc lợi tiểu khi nhập viện khá phổ biến (41,5%) ở nhóm hạ natri máu, với sự khác biệt có ý nghĩa so với nhóm không hạ natri máu ($p = 0,015$ và $0,047$), trong khi đó tiền căn suy tim mạn và bệnh mạch vành thấp hơn. Tỷ lệ mức NYHA III, IV ở nhóm hạ natri máu của chúng tôi là 36,8% thấp hơn tác giả Nguyễn Phan Nguyên Dương (96,3%) [5]. Nhóm này cũng có nồng độ NT-proBNP tăng cao và chức năng thận kém hơn so với nhóm không hạ natri máu, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Hạ natri máu là dấu hiệu quan trọng

của tình trạng ứ dịch, thường gặp trên suy tim mất bù cấp, liên quan đến mức độ nặng của các triệu chứng lâm sàng và xuất hiện ở giai đoạn muộn của suy tim [5].

4.3. Giá trị tiên lượng của hạ natri máu.

Tỷ lệ tái nhập viện, biến cố gộp trên dân số nghiên cứu vẫn cao, tuy nhiên thấp hơn ở nhóm hạ natri máu. Nghiên cứu của Hamaguchi và cộng sự cũng ghi mỗi liên quan giữa hạ natri máu và kết cục bất lợi ngắn và dài hạn [5]. Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phan Nguyên Dương cũng ghi nhận hạ natri máu tại thời điểm xuất viện là yếu tố tiên lượng tử vong trong 60 ngày với HR = 4,74 (p = 0,006) [4]. Như vậy, natri máu thấp vẫn là dấu hiệu cảnh báo nguy cơ, nhưng riêng lẻ không đủ mạnh để tiên lượng các biến cố ngắn hạn. Nghiên cứu này còn một số hạn chế: (1) thời gian theo dõi ngắn; (2) không khảo sát nguyên nhân hạ natri; (3) không ghi nhận natri máu xuất viện, không đánh giá thuốc và các phương pháp điều trị, là yếu tố quyết định liên quan đến tiên lượng.

V. KẾT LUẬN

Hạ natri máu khá phổ biến (36,4%) bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm và giảm nhẹ nhập viện, chủ yếu mức độ nhẹ. Tỷ lệ các kết cục do mọi nguyên nhân trong 90 ngày sau khi nhập viện trên bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm và giảm nhẹ là tử vong 4%, tái nhập viện 39,2% và biến cố gộp 43,2%. Hạ natri máu ≤ 130 mmol/L là yếu tố tiên lượng biến cố ngắn hạn trong phân tích hồi quy logistic, trong khi tiền căn bệnh mạch vành là yếu tố dự báo mạnh hơn theo hồi quy Cox.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lippi G, Sanchis-Gomar F. Global epidemiology and future trends of heart failure. AME Med J. 2020;5. Doi:10.21037/amj.2020.03.03.
2. Chioncel O, Lainscak M, Harjola VP, et al. Epidemiology and one-year outcomes in patients with chronic heart failure and preserved, mid-range and reduced ejection fraction: an analysis of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. Eur J Heart Fail. 2017;19(12):1574–85.
3. Gheorghiade M, Abraham WT, O'Connor C M, et al. Relationship between admission serum sodium concentration and clinical outcomes in patients hospitalized for heart failure: an analysis from the OPTIMIZE-HF registry. European heart journal. 2007;28(8):980-8.
4. Nguyễn Phan Nguyên Dương, Trần Việt An, Bùi Thế Dũng. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng tử vong ngắn hạn của hạ natri máu ở bệnh nhân suy tim mạn phân suất tống máu giảm tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023(61):42-9
5. Hamaguchi S, Kinugawa S, Ishimori N, et al. Hyponatremia is an independent predictor of adverse clinical outcomes in hospitalized patients due to worsening heart failure. J Cardiol. 2014;63(3):182-8
6. McDonagh T A, Metra M, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726.
7. Spasovski G, Vanholder R, Bichet D, et al. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. Eur J Endocrinol. 2014;170(3):G1-47.
8. Nguyễn Quỳnh Dao. Khảo sát tình hình hạ natri máu và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân suy tim cấp lúc nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, ĐH Y Dược tp Hồ Chí Minh. 2023. p44-62.

TỈ LỆ SUY YẾU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI GÂY LÚN ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG

Nguyễn Thị Thùy Trang¹, Nguyễn Châu Tuấn²,
Đặng Ngọc Sơn², Trịnh Thị Bích Hà^{1,2}, Cao Thanh Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Tổng quan: Gãy lún đốt sống (GLĐS) là một trong những hậu quả nghiêm trọng của loãng xương thường gặp trên lâm sàng. Hậu quả GLĐS gây đau

mạn tính, suy giảm chức năng vận động và gia tăng tỉ lệ suy yếu ở người cao tuổi. Tại Việt Nam hiện nay, những dữ liệu về suy yếu trên bệnh nhân GLĐS, cũng như đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm gãy với tình trạng chức năng vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ suy yếu và phân tích các yếu tố liên quan đến suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 187 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán GLĐS do loãng xương tại phòng khám Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ 9/2024 đến 6/2025. Đối tượng nghiên cứu được đánh giá suy yếu bằng thang suy yếu lâm sàng CFS, ghi nhận đặc điểm trên X-

¹Trường Y – Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Châu Tuấn

Email: tuan.nc2@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

quang cột sống ngực – thắt lưng và các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 74 (68–80), tỉ lệ nữ/nam = 9/1. Tỉ lệ suy yếu (CFS ≥ 5) là 62%. Phân tích đa biến cho thấy các yếu tố liên quan với suy yếu gồm: gãy từ 3 đốt sống trở lên (OR=3,61; KTC 95% 1,06–12,26; $p=0,04$), gãy đốt sống mức độ 3 (OR=4,58; KTC 95% 1,67–12,54; $p<0,001$), tuổi ≥ 80 (OR=17,57; KTC 95% 4,06–75,85; $p<0,001$), tiền căn té ngã (OR=3,97; KTC 95% 1,58–9,96; $p=0,003$) và tình trạng đa thuốc (OR=3,57; KTC 95% 1,31–9,69; $p=0,013$). **Kết luận:** Suy yếu có tỉ lệ cao ở bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương. Gãy đốt sống mức độ nặng, gãy nhiều đốt sống cùng với các yếu tố: đại lão (≥ 80), tiền sử té ngã, sử dụng đa thuốc là những yếu tố liên quan đến suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương. Bác sĩ lâm sàng cần chú trọng đánh giá và quản lý hội chứng suy yếu ở nhóm bệnh nhân này nhằm cải thiện kết cục.

Từ khóa: Gãy lún đốt sống, loãng xương người cao tuổi, suy yếu.

SUMMARY

PREVALENCE OF FRAILTY AND ITS DETERMINANTS IN ELDERLY PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURES

Background: Vertebral compression fractures (VCFs) are among the most serious clinical consequences of osteoporosis. They are associated with chronic pain, reduced mobility and functional decline, and an increased prevalence of frailty in older adults. In Vietnam, however, contemporary data on frailty among patients with VCFs—as well as evaluations of the relationship between fracture characteristics and functional status—remain limited. Accordingly, this study was undertaken to determine the prevalence of frailty and to analyze factors associated with frailty among older patients with osteoporotic VCFs. **Methods:** This cross-sectional descriptive study enrolled 187 patients aged ≥ 60 years diagnosed with osteoporotic vertebral compression fractures (VCFs) at the musculoskeletal/rheumatology outpatient clinic of the University Medical Center Ho Chi Minh City, from September 2024 to June 2025. Frailty was assessed using the Clinical Frailty Scale (CFS), and thoracolumbar spine radiographic characteristics and related factors were recorded. **Results:** The median age was 74 years (IQR 68–80), with a female-to-male ratio of 9:1. The prevalence of frailty (CFS ≥ 5) was 62%. In multivariable analysis, factors associated with frailty included having fractures in ≥ 3 vertebrae (OR 3.61; 95% CI 1.06–12.26; $p=0.04$), Genant grade-3 (severe) vertebral fractures (OR 4.58; 95% CI 1.67–12.54; $p<0.001$), age ≥ 80 years (“oldest-old”) (OR 17.57; 95% CI 4.06–75.85; $p<0.001$), history of falls (OR 3.97; 95% CI 1.58–9.96; $p=0.003$), and polypharmacy (OR 3.57; 95% CI 1.31–9.69; $p=0.013$). **Conclusions:** Frailty is highly prevalent among older adults with osteoporotic VCFs. Severe vertebral fracture grade, multiple-level involvement, oldest-old age (≥ 80 years), a prior history of falls, and polypharmacy are independently associated with frailty in this population. Clinicians should prioritize

systematic evaluation and management of frailty in these patients to improve outcomes.

Keywords: Vertebral fractures, elderly osteoporosis, frailty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy lún đốt sống (GLĐS) là một trong những hậu quả thường gặp của loãng xương ở người cao tuổi, với tỉ lệ khoảng 20–25% ở người trên 65 tuổi và tăng đến 40% ở người trên 80 tuổi.¹ GLĐS không chỉ gây đau mạn tính, biến dạng cột sống, giảm khả năng vận động, tăng tỉ lệ tàn tật, giảm chất lượng cuộc sống mà còn làm tăng nguy cơ tử vong.²

Suy yếu là một hội chứng lão khoa thường gặp ở người cao tuổi với tỉ lệ hiện mắc dao động từ 4–17% ở người ≥ 65 tuổi và có xu hướng tăng dần theo tuổi.³ Người cao tuổi suy yếu có nguy cơ cao gặp các kết cục bất lợi.³ Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy có mối liên hệ mật thiết giữa hội chứng suy yếu và gãy xương do loãng xương.⁴

Tuy nhiên tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá suy yếu liên quan đến bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương vẫn còn rất hạn chế. Việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chức năng ở nhóm đối tượng này có ý nghĩa quan trọng trong việc phát hiện sớm tình trạng suy yếu, bổ sung khoảng trống dữ liệu trong y văn, qua đó giúp triển khai các biện pháp can thiệp phù hợp nhằm hạn chế biến chứng và cải thiện tiên lượng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, theo dõi dọc.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2024 đến hết tháng 06/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, đến khám tại phòng khám Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2.4. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ

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

Chọn $p = 0,56$, tỉ lệ suy yếu ở nhóm GLĐS theo nghiên cứu của tác giả Ong và cộng sự, với $\alpha = 0,05$, $d = 0,08$, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 163.⁵

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục
Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, được chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn của WHO năm 1994 có T score $\leq -2,5$ SD, đồng thời được chẩn đoán GLĐS theo phương pháp bán định lượng của Genant trên phim X-quang cột sống ngực - thắt lưng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân GLĐS do nguyên nhân chấn thương mạnh hoặc đang có tình trạng bệnh lý cấp tính, bệnh nội khoa nặng.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân sẽ được thu thập thông tin nhân trắc học, hỏi bệnh sử, ghi nhận bệnh đồng mắc, tình trạng đa thuốc, tiền căn té ngã, phụ thuộc hoạt động chức năng cơ bản (ADL), phụ thuộc hoạt động chức năng sinh hoạt (IADL), đánh giá suy yếu, ghi nhận kết quả X quang cột sống ngực – thắt lưng. Trong đó:

Suy yếu: Được đánh giá dựa vào thang điểm suy yếu lâm sàng Canada (Clinical Frailty Scale - CFS). CFS gồm 9 mức độ: 1 - rất khỏe, 2 - khỏe, 3 - sức khỏe ổn định, 4 - dễ tổn thương, 5 - suy yếu nhẹ, 6 - suy yếu trung bình, 7 - suy yếu nặng, 8 - suy yếu rất nặng, 9 - bệnh giai đoạn cuối. Sau đó phân thành biến nhị giá để phân tích, điểm số ≥ 5 được coi là suy yếu. Bệnh nhân được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau lần thăm khám đầu tiên.

Gãy lún đốt sống và đặc điểm trên X quang: Được xác định là có khi giảm 20% chiều cao thân sống trước, giữa hoặc sau so với phần không bị ảnh hưởng. Nếu có GLĐS sẽ ghi nhận thêm số lượng, vị trí, kiểu gãy, độ nặng theo Genant của các đốt sống gãy.

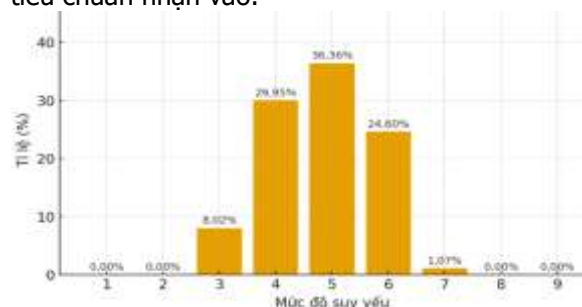
2.7. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 17.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị

(khoảng tứ phân vị) (phân phối không chuẩn). Phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. Kiểm định t để so sánh các biến định lượng phân phối bình thường. Hồi quy logistic để xác định mối liên quan giữa các đặc điểm GLĐS với suy yếu. Khác biệt có nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. 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 TP. Hồ Chí Minh, số 2048/HĐĐĐ ngày 20 tháng 08 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu nhận được 187 bệnh nhân ≥ 60 tuổi GLĐS thỏa tiêu chuẩn nhận vào.



Biểu đồ 1. Mức độ suy yếu theo thang điểm CFS

Về phân mức độ thang điểm CFS, nghiên cứu ghi nhận phần lớn bệnh nhân rơi vào nhóm tiền suy yếu – suy yếu trung bình (CFS 4–6). Trong đó CFS 5 (suy yếu nhẹ) chiếm tỉ lệ cao nhất (36,4%), tiếp theo là CFS 4 (30,0%) và CFS 6 (24,6%).

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (n=187)

Đặc điểm		Tổng (n=187)	Suy yếu		p
			Có (n=116)	Không (n=71)	
Tuổi*		74 (68 – 80)	76 (69 – 83)	68 (65 – 72)	<0,001 ^c
Nhóm tuổi	Từ 60 đến 69 tuổi	71 (38)	43 (37,1)	39 (54,9)	<0,001 ^a
	Từ 70 đến 79 tuổi	70 (37,4)	41 (35,3)	29 (40,8)	
	Từ 80 tuổi trở lên	46 (24,6)	32 (27,6)	3 (4,2)	
Giới tính	Nam	26 (14)	18 (15,5)	8 (11,3)	0,415 ^a
	Nữ	161 (86)	98 (84,5)	63 (88,7)	
Hút thuốc lá		15 (8)	8 (6,9)	7 (9,9)	0,469 ^a
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	4 (2,14)	2 (1,72)	2 (2,82)	0,635 ^b
	Có người chăm sóc	183 (97,86)	114 (98,28)	69 (97,18)	
BMI		22,73 $\pm$ 3,58	22,86 $\pm$ 3,67	22,51 $\pm$ 3,44	0,519 ^d
Phân nhóm BMI	Gầy	19 (10,2)	13 (11,2)	6 (8,5)	0,397 ^a
	Bình thường	88 (47,1)	52 (44,8)	36 (50,7)	
	Thừa cân	38 (20,3)	21 (18,1)	17 (23,9)	
	Béo phì	42 (22,5)	30 (25,9)	12 (17)	

^aKiểm định Chi bình phương; ^bKiểm định chính xác Fisher; ^cKiểm định Mann-Whitney;

^dKiểm định t không bắt cặp với phương sai bằng nhau; *Trung vị – Khoảng tứ phân vị

Tuổi trung vị trong nhóm suy yếu là 76 (69–83) cao hơn ở nhóm không suy yếu là 68 (65–72) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2. Đặc điểm lão khoa của dân số nghiên cứu (n = 187)

Đặc điểm mẫu NC	Tổng (N=187)	Suy yếu		p
		Có (n=116)	Không (n=71)	
Phụ thuộc ADL	56 (30)	56 (48,3)	0	<0,001 ^a
Phụ thuộc IADL	119 (63,6)	112 (96,6)	7 (9,9)	<0,001 ^a
Tiền căn té ngã	65 (34,8)	52 (44,8)	13 (18,3)	<0,001 ^a
Tăng huyết áp	122 (65,2)	85 (73,3)	37 (52,1)	0,003 ^a
Đái tháo đường	56 (30)	40 (34,5)	16 (22,5)	0,083 ^a
Bệnh thận mạn	24 (12,8)	22 (19,0)	2 (2,8)	0,001 ^a
Thoái hóa khớp gối	76 (40,6)	54 (46,6)	22 (31,0)	0,035 ^a
Thoái hóa cột sống	177 (94,7)	108 (93,1)	69 (97,2)	0,323 ^b
Suy dẫn tĩnh mạch chi dưới	63 (33,7)	40 (34,5)	23 (32,4)	0,769 ^a
Đa thuốc	148 (79,1)	101 (87,1)	47 (66,2)	0,001 ^a

^aKiểm định Chi bình phương ^bKiểm định chính xác Fisher

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu độc lập trong hoạt động chức năng ADL. Tỷ lệ bệnh nhân phụ thuộc IADL chiếm 63,6%. Nhóm suy yếu có tỷ lệ bệnh nhân phụ thuộc ADL, IADL cao hơn có ý nghĩa thống kê nhóm không suy yếu. Tăng huyết áp, bệnh thận mạn, thoái hóa khớp gối có tỷ lệ thấp hơn ở nhóm không suy yếu, các khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và X quang trên bệnh nhân cao tuổi gãy lún đốt sống (n=187)

Đặc điểm		Tổng (N=187)	Suy yếu		p
			Có (n=116)	Không (n=71)	
Mức độ đau (VAS)		4,52 ± 1,28	4,63 ± 1,28	4,35 ± 1,29	0,153 ^d
Thời gian đau	Cấp	21 (11,2)	14 (12,1)	7 (9,9)	0,819 ^a
	Bán cấp	26 (13,9)	15 (12,9)	11 (15,5)	
	Mạn	140 (74,9)	87 (75,0)	53 (74,6)	
Số lượng đốt sống gãy*		2 (1-3)	2 (1-3)	1 (1-2)	<0,001 ^c
Phân nhóm số đốt sống gãy	Một	99 (52,9)	50 (43,1)	49 (69)	0,001 ^a
	Hai	52 (27,8)	35 (30,2)	17 (23,9)	
	Từ ba trở lên	36 (19,3)	31 (26,7)	5 (7)	
Độ nặng đốt sống gãy	Độ 1	54 (29)	22 (19)	32 (45,1)	<0,001 ^a
	Độ 2	77 (41,2)	47 (40,5)	30 (42,3)	
	Độ 3	56 (30)	47 (40,5)	9 (12,7)	

^aKiểm định Chi bình phương; ^bKiểm định chính xác Fisher; ^cKiểm định Mann-Whitney;^dKiểm định t không bắt cặp với phương sai bằng nhau; *Trung vị - Khoảng tứ phân vị

Nhóm suy yếu có số lượng đốt sống gãy, độ nặng đốt sống gãy cao hơn có ý nghĩa thống kê nhóm không suy yếu ($p < 0,001$).

Bảng 4. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến xác định các yếu tố độc lập liên quan đến suy yếu

Đặc điểm		Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
		OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi	Từ 60 đến 69 tuổi	1	-	1	-
	Từ 70 đến 79 tuổi	1,72 (0,88 – 3,36)	0,110	1,65 (0,73 – 3,77)	0,23
	Từ 80 tuổi trở lên	17,47 (4,95 – 61,60)	<0,001	17,57 (4,06 – 75,85)	<0,001
Tiền căn té ngã		3,63 (1,79 – 7,33)	<0,001	3,97 (1,58 – 9,96)	0,003
Tăng huyết áp		2,52 (1,35 – 4,69)	0,004	1,45 (0,64 – 3,32)	0,376
Bệnh thận mạn		8,07 (1,84 – 35,49)	0,006	3,37 (0,58 – 19,57)	0,175
Thoái hóa khớp gối		1,94 (1,04 – 3,61)	0,037	1,85 (0,82 – 4,17)	0,139
Đa thuốc		3,44 (1,65 – 7,16)	0,001	3,57 (1,31 – 9,69)	0,013
Độ nặng đốt sống gãy	Độ 1	1	-	1	-
	Độ 2	2,28 (1,12 – 4,64)	0,023	2,4 (0,94 – 6,15)	0,069
	Độ 3	7,60 (3,10 – 18,61)	<0,001	4,58 (1,67 – 12,54)	<0,001
Số lượng đốt sống gãy	Một	1	-	1	-
	Hai	2,02 (1,00 – 4,07)	0,050	1,744 (0,71 – 4,26)	0,223
	Từ ba trở lên	6,08 (2,18 – 16,91)	0,001	3,61 (1,06 – 12,26)	0,040

Khi phân tích đơn biến cho thấy có mối liên quan giữa: nhóm tuổi, tiền căn té ngã, đa thuốc, bệnh đồng mắc tăng huyết áp, bệnh thận mạn, thoái hóa khớp gối, độ nặng đốt sống gầy và số lượng đốt sống gầy với tình trạng suy yếu và các biến này được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Phân tích đa biến, các yếu tố: tuổi trên 80, tiền căn té ngã, đa thuốc, độ nặng đốt sống gầy và số lượng đốt sống gầy là những yếu tố liên quan độc lập với tình trạng suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong 187 bệnh nhân GLĐS do loãng xương điều trị ngoại trú, có 116 (62%) bệnh nhân có tình trạng suy yếu theo thang điểm CFS, 56 (30%) bệnh nhân có tình trạng tiền suy yếu và 15 (8%) bệnh nhân không suy yếu.

4.1. Tỷ lệ suy yếu trên bệnh nhân cao tuổi gãy lún đốt sống do loãng xương. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm CFS để đánh giá suy yếu, CFS ≥ 5 được đánh giá là suy yếu, theo đó tỷ lệ suy yếu chúng tôi ghi nhận được là 62%.

Cùng nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi GLĐS và đánh giá suy yếu bằng thang điểm CFS, nhưng nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ suy yếu cao hơn của tác giả Ong và cộng sự tại Anh (2020).⁵ Cụ thể tác giả Ong báo cáo tỷ lệ suy yếu là 56%. Có thể lý giải do sự khác biệt về quần thể, nghiên cứu của chúng tôi đa phần là gãy mạn tính, thời gian bệnh nhân chịu gánh nặng bệnh dài hơn, đau mạn tính kéo dài làm nặng hơn tình trạng suy yếu. Thêm vào đó, về đặc điểm xã hội - y tế ở Việt Nam làm bệnh nhân khó khăn trong việc tiếp nhận phục hồi và chăm sóc tại trung tâm y tế, tăng phụ thuộc vào gia đình dẫn đến tỷ lệ suy yếu cao hơn. Hơn nữa, tỷ lệ suy yếu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ suy yếu trên dân số cao tuổi trong cộng đồng tại Việt Nam (11,2% - 21,7%).⁶ Từ đó gợi ý GLĐS có thể là yếu tố quan trọng làm gia tăng tình trạng suy yếu. Kết quả nghiên cứu này cho thấy suy yếu là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi gãy lún đốt sống do loãng xương. Do đó, cần đánh giá suy yếu cho mọi bệnh nhân cao tuổi sau biến cố GLĐS do loãng xương, nhằm can thiệp sớm và cải thiện tiên lượng bệnh.

4.2. Các yếu tố liên quan suy yếu trên bệnh nhân cao tuổi gãy lún đốt sống do loãng xương. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận ở bệnh nhân cao tuổi gãy lún đốt sống do loãng xương có mối liên quan giữa suy yếu và các yếu tố như tuổi ≥ 80 , tiền sử té ngã, tình trạng đa

thuốc, gãy đốt sống độ 3 và gãy từ 3 đốt sống trở lên. Trong đó, tuổi là yếu tố dự báo mạnh nhất cho tình trạng suy yếu (OR = 17). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy tiền sử té ngã làm tăng khả năng có suy yếu khoảng 4 lần (OR = 3,97; KTC 95%: 1,94–8,13). Tương tự tác giả Middleton và cộng sự, kết quả cho thấy té ngã làm tăng nguy cơ suy yếu khoảng 6 lần (OR = 5,94; KTC 95%: 5,52–6,40; $p < 0,001$).⁷ Kết quả này xác nhận mối liên hệ chặt chẽ giữa tiền sử té ngã và tình trạng suy yếu. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh: suy yếu làm giảm khả năng thăng bằng và sức cơ, gia tăng nguy cơ té ngã; đồng thời, té ngã cũng là yếu tố thúc đẩy suy yếu qua các hậu quả như gãy xương, sợ té và hạn chế vận động.⁷ Ngoài ra, nhóm suy yếu trong nghiên cứu chúng tôi còn có tỷ lệ đa thuốc rất cao (87,1% dùng ≥ 5 loại thuốc, so với 66,2% ở nhóm không suy yếu, $p = 0,001$). Đa thuốc vừa phản ánh tình trạng đa bệnh lý, vừa góp phần làm tăng nguy cơ suy yếu do tương tác thuốc và tác dụng phụ. Sau khi phân tích đa biến, kết quả cho thấy đa thuốc là một yếu tố độc lập làm tăng gấp 3,57 lần khả năng có suy yếu ($p = 0,013$).

Về đặc điểm gãy đốt sống, kết quả nghiên cứu này cho thấy những bệnh nhân gãy nhiều đốt sống và gãy đốt sống ở mức độ nặng có tỷ lệ suy yếu cao hơn. Cụ thể, gãy từ 3 đốt trở lên làm tăng khả năng suy yếu với OR = 3,6; KTC 95%: 1,06 – 12,26; $p = 0,04$. Kết quả này tương đồng với tác giả Kim và cộng sự, trong đó gãy từ ba đốt sống trở lên làm tăng khả năng có suy yếu (OR = 9,21; KTC 95%: 1,53–55,50; $p = 0,015$) ở bệnh nhân cao tuổi loãng xương.⁴ Tương tự, Sahiner và cộng sự cũng ghi nhận rằng bệnh nhân có từ hai đốt sống gãy trở lên có khả năng có suy yếu cao hơn (OR = 2,32; KTC 95%: 1,108–4,879; $p = 0,026$).⁸ Các kết quả này củng cố kết luận rằng gãy nhiều đốt sống có mối liên quan với suy yếu. Gãy đốt sống đa tầng thường gặp ở người loãng xương nặng, đồng nghĩa bệnh nhân đã mang nhiều yếu tố nguy cơ (tuổi cao, nhiều bệnh nền, mật độ xương rất thấp) – đây đều là những yếu tố góp phần vào hội chứng suy yếu. Bên cạnh đó, mức độ gãy lún càng nặng dẫn đến hậu quả đau mạn tính kéo dài, giảm khả năng vận động tăng nguy cơ suy yếu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng suy yếu tăng gấp 4,58 lần ở nhóm bệnh nhân có mức độ gãy đốt sống nặng (độ 3) so với nhóm mức độ gãy nhẹ (độ 1). Kết quả này tương đồng với tác giả Suzuki và cộng sự (2009), những bệnh nhân gãy đốt sống mức độ nặng có xu hướng giảm hoạt động thể chất kéo dài, gần

80% bệnh nhân vẫn còn đau mức trung bình – nặng và hạn chế sinh hoạt sau 1 năm theo dõi.⁹

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương là 62%. Phân tích đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến tình trạng suy yếu bao gồm: gãy đốt sống mức độ nặng (độ 3), số lượng đốt sống gãy từ ba vị trí trở lên, tuổi ≥ 80 , tiền sử té ngã, tình trạng đa thuốc. Các kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc suy yếu ở nhóm bệnh nhân này để can thiệp sớm, nhằm cải thiện chức năng, giảm nguy cơ biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fink HA, Milavetz DL, Palermo L, et al. What proportion of incident radiographic vertebral deformities is clinically diagnosed and vice versa? Journal of bone and mineral research. 2005; 20(7):1216-1222.
2. Cui L, Chen L, Xia W, et al. Vertebral fracture in postmenopausal Chinese women: a population-based study. Osteoporosis International. 2017;28: 2583-2590.
3. Aydeniz A, Borman P, Cakir T, et al. Frailty prevalence and related factors in the older adult-

4. Kim H-J, Park S, Park S-H, et al. Prevalence of frailty in patients with osteoporotic vertebral compression fracture and its association with numbers of fractures. Yonsei Medical Journal. 2018;59(2):317.
5. Ong T, Sahota O, Gladman J. The Nottingham Spinal Health (NoSH) Study: a cohort study of patients hospitalised with vertebral fragility fractures. Osteoporosis International. 2020;31: 363-370.
6. Nguyen T, Nguyen T, Nguyen T. Frailty and multimorbidity among community-dwelling older people in Vietnam. Aging Med Healthc. 2022;13(1):11-6.
7. Middleton R, Poveda JL, Orfila Pernas F, et al. Mortality, falls, and fracture risk are positively associated with frailty: a SIDIA cohort study of 890 000 patients. The Journals of Gerontology: Series A. 2022;77(1):148-154.
8. Şahiner Z, Güner M, Uysal ÖS. Frailty as a predictor of vertebral fractures in osteoporosis: A clinical perspective. Joint Diseases and Related Surgery. 2025;36(2):408.
9. Suzuki N, Ogikubo O, Hansson T. The prognosis for pain, disability, activities of daily living and quality of life after an acute osteoporotic vertebral body fracture: its relation to fracture level, type of fracture and grade of fracture deformation. European Spine Journal. 2009;18(1):77-88.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP BẰNG BỘ CÂU HỎI QOL-RA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thảo Nguyên¹, Đỗ Thị Huyền Trang¹, Phạm Hoài Thu^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng bộ câu hỏi QoL-RA và một số yếu tố liên quan của người bệnh viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 175 người bệnh viêm khớp dạng thấp chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 có thời gian điều trị > 6 tháng. **Kết quả:** Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh VKDT bằng bộ câu hỏi QoL-RA trung bình là $5,52 \pm 1,05$, ở mức trung bình. Thang điểm QoL-RA phản ánh người bệnh viêm khớp dạng thấp bị ảnh hưởng nặng nề về cả sức khỏe thể chất lẫn sức khỏe tinh thần, tuy nhiên sức khỏe tinh thần có xu hướng tốt hơn so với sức khỏe thể chất. Người bệnh có tuổi dưới 40, điểm đau theo thang VAS mức độ nhẹ, CRP bình thường, đạt lui bệnh theo thang điểm DAS28-CRP, sử dụng methylprednisolone có điểm chất lượng cuộc sống cao

hơn nhóm còn lại ($p < 0,05$). Chưa nhận thấy mối tương quan giữa giới tính, nghề nghiệp và thời gian mắc bệnh với chất lượng cuộc sống người bệnh viêm khớp dạng thấp. **Kết luận:** Người bệnh VKDT có điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm QoL-RA mức trung bình, ảnh hưởng cả về sức khỏe thể chất và tinh thần. Trong thực hành lâm sàng cần có chiến lược điều trị, tư vấn giúp người bệnh cải thiện triệu chứng đau và sớm đạt lui bệnh để nâng cao chất lượng cuộc sống. **Từ khóa:** Viêm khớp dạng thấp; chất lượng cuộc sống, bộ câu hỏi QoL-RA.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ASSESSED BY THE QoL-RA QUESTIONNAIRE AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the quality of life (QoL) using the QoL-RA questionnaire and identify related factors among patients with rheumatoid arthritis (RA) at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 175 RA patients according to the 2010 ACR/EULAR criteria, with treatment duration of more than 6 months. **Results:** The mean QoL-RA score was 5.52 ± 1.05 , indicating a moderate QoL. The questionnaire

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

revealed that RA substantially impaired both physical and mental health, with mental health being relatively better preserved. High QoL score were observed in patients younger than 40 years, those reporting with mild pain on the VAS scale, with normal CRP levels, in clinical remission according to DAS28-CRP, and receiving methylprednisolone (all $p < 0.05$). No significant associations were found with gender, occupation, or disease duration. **Conclusion:** RA patients had a moderate QoL according to the QoL-RA scale, with marked impairment in both physical and mental domains. In clinical practice, treatment strategies and counseling should prioritize pain control and early remission to enhance QoL.

Keywords: Rheumatoid arthritis; quality of life; QoL-RA questionnaire.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh khớp mạn tính, gây tổn thương viêm tại các khớp với các biểu hiện lâm sàng như sưng, đau, hạn chế vận động khớp, dẫn đến cứng khớp, biến dạng khớp, mất chức năng của khớp¹. Mục tiêu điều trị VKDT là đạt mức hoạt động bệnh thấp, lui bệnh và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chất lượng cuộc sống là khái niệm rộng, chỉ mức độ hài lòng và cảm nhận của một người về cuộc sống của họ, xét trên nhiều khía cạnh². Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng chất lượng cuộc sống của người bệnh VKDT giảm ở một số lĩnh vực như sức khỏe thể chất, mức độ độc lập, môi trường và niềm tin vào bản thân so với người khỏe mạnh. Tổ chức y tế thế giới đã định nghĩa "chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe" là những ảnh hưởng do một bệnh, tật hoặc một rối loạn sức khỏe của một cá nhân đến sự thoải mái và khả năng hưởng thụ cuộc sống của cá nhân đó². Đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe đặc biệt quan trọng đối với những người bệnh (NB) VKDT, có nhiều công cụ bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống như SF36, EQ5D, SF12,... QoL-RA là bộ câu hỏi được xây dựng năm 2001 dành riêng đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm khớp dạng thấp với nhiều ưu điểm: ngắn gọn, dễ trả lời, tiết kiệm thời gian. Các nghiên cứu chỉ ra những người bệnh có mức hoạt động bệnh cao hơn thì chất lượng cuộc sống thấp hơn đáng kể³. Các nghiên cứu trên đã khá phổ biến trên thế giới còn ở Việt Nam còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành tìm các nghiên cứu với mục tiêu mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm khớp dạng thấp bằng bộ câu hỏi QoL-RA tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Gồm 175 người

bệnh được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 với thời gian mắc bệnh trên 6 tháng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 7 năm 2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh được chẩn đoán rối loạn tâm thần hoặc có rối loạn chức năng nhận thức, không có khả năng đọc và hiểu bảng câu hỏi, đang mắc các bệnh lý nghiêm trọng như đột quỵ, nhồi máu cơ tim cấp, ung thư giai đoạn muộn và bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu:

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

- n: là cỡ mẫu nhỏ nhất phải đạt được của người bệnh VKDT trong nghiên cứu

- Z: là hệ số tin cậy, ở mức xác suất 95%, $Z = 1,96$; p: là tỷ lệ CLCS thấp của người bệnh VKDT là 13,33%⁴; d: là sai số, $d = 0,05$

Áp dụng công thức trên, chúng tôi tính được cỡ mẫu lý thuyết tối thiểu là 174 người bệnh. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy 175 người bệnh

Quy trình nghiên cứu: Việc thu thập số liệu dựa trên bệnh án điện tử, hỏi bệnh và khám bệnh theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất gồm thông tin chung về người bệnh, tình trạng bệnh. Người bệnh được phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi QoL-RA, HQL.

Nội dung/các chỉ số nghiên cứu:

Đặc điểm nhân trắc học: tuổi, giới, khu vực sinh sống (nông thôn/thành thị), nghề nghiệp và tình trạng bảo hiểm (không có, BHYT, bảo hiểm bảo lãnh).

Đặc điểm về bệnh viêm khớp dạng thấp: thời gian mắc bệnh, yếu tố dạng thấp (RF), thuốc điều trị đang sử dụng, liều glucocorticoid quy đổi theo methylprednisolone, thói quen hút thuốc, mức độ hoạt động thể lực. Đau được đánh giá bằng thang VAS, hoạt động bệnh tính theo DAS28-CRP bằng phần mềm Calculator.

Bộ câu hỏi QoL-RA: bộ câu hỏi do Leda Layo Danao và cộng sự công bố năm 2001, gồm 8 mục, thang điểm 1–10 (1: rất tệ, 10: rất tốt), phản ánh các khía cạnh thể chất, đau, căng thẳng, sức khỏe chung, tình trạng bệnh, sự hỗ trợ và tương tác xã hội, tinh thần, trong đó điểm cao hơn cho thấy chất lượng cuộc sống tốt hơn.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Xác định tỷ lệ phần trăm, độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ T-test, Anova với mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 175 người bệnh VKDT đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 7 năm 2025, chúng tôi thu được các kết quả sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

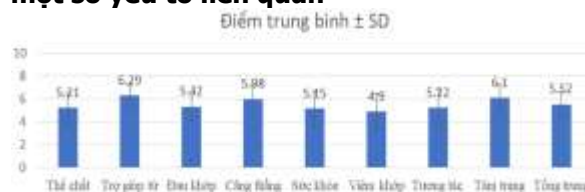
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=175)

Đặc điểm	Kết quả, X $\pm$ SD/n (%)
Đặc điểm nhân khẩu học	
Giới tính nữ	146 (83,6)
Tuổi, trung bình $\pm$ SD	60,91 $\pm$ 12,35
Trình độ học vấn	
Tiểu học	52 (29,7)
Trung học	71 (40,6)
THPT	52 (29,7)
Tình trạng công việc	
Lao động chân tay	135 (77,1)
Lao động trí óc	40 (22,9)
Đặc điểm bệnh lý	
Thời gian mắc bệnh	
< 5 năm	140 (80)
$\geq$ 5 năm	35 (20)
Trung bình	4,59 $\pm$ 5,11
Mức độ hoạt động bệnh (DAS28-CRP)	
Lui bệnh	59 (33,7)
Thấp	23 (12,1)
Trung bình	56 (32)
Cao	37 (21,1)
VAS	
Nhẹ (<4)	74 (42,3)
Trung bình - nặng ($\geq$ 4)	101 (57,7)
Trung bình	3,77 $\pm$ 1,63
Sử dụng methylprednisolone	
Có	123 (70,3)
Không	52 (29,7)
Sử dụng bDMARD	
Có	38 (21,7)
Không	137 (78,3)
Sử dụng csDMARD	
Có	115 (65,7)
Không	60 (34,3)

Nhận xét: Đa số người bệnh VKDT là nữ giới, chiếm 83,4 % với tỷ lệ nữ/nam là 5,02/1. Phần lớn người bệnh có độ tuổi từ 40- 65 tuổi (chiếm 61,1 %) với tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là 60,91 $\pm$ 12,35. Đa số có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm (chiếm 80%) và đang hoạt động bệnh theo thang điểm DAS28-CRP (chiếm 66,3%). Mức đau trung bình theo thang VAS là 3,77 $\pm$ 1,63, với

57,7% người bệnh có mức đau từ trung bình đến nặng. Về điều trị, 70,3% người bệnh đang sử dụng methylprednisolone, 65,7% sử dụng thuốc csDMARDs, và 21,7% đang được chỉ định bDMARDs.

3.2. Chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm khớp dạng thấp theo QoL-RA và một số yếu tố liên quan



Biểu đồ 1: Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh theo QoL-RA (n=175)

Nhận xét: Điểm QoL-RA của người bệnh VKDT trung bình là 5,52 $\pm$ 1,05, ở mức trung bình. Sự trợ giúp từ gia đình và bạn bè (6,29 $\pm$ 0,91) đạt mức điểm cao nhất, sau đó đến tâm trạng hiện tại (6,10 $\pm$ 1,16). Tình trạng viêm khớp và tình trạng sức khỏe tổng thể điểm thấp nhất với lần lượt điểm (4,90 $\pm$ 1,59) (5,15 $\pm$ 1,47).

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống người bệnh VKDT theo thang điểm QoL-RA (n=175)

Đặc điểm	X $\pm$ SD	p
Giới tính	Nữ	5,58 $\pm$ 1,01
	Nam	5,23 $\pm$ 1,21
Tuổi	<40	6,50 $\pm$ 0,73
	$\geq$ 40	5,47 $\pm$ 1,04
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	5,50 $\pm$ 1,05
	Lao động trí óc	5,61 $\pm$ 1,04
Thời gian mắc bệnh	<5 năm	5,53 $\pm$ 1,09
	$\geq$ 5 năm	5,48 $\pm$ 0,88
DAS28-CRP	Lui bệnh	5,94 $\pm$ 0,9
	Hoạt động bệnh	5,31 $\pm$ 1,02
CRP	Bình thường (<0.5 mg/dl)	5,82 $\pm$ 0,96
	Tăng ($\geq$ 0.5 mg/dl)	5,42 $\pm$ 1,06
VAS	Nhẹ (<4)	5,82 $\pm$ 1,10
	Trung bình - Nặng ($\geq$ 4)	5,30 $\pm$ 0,97
Sử dụng methylprednisolone	Có	5,83 $\pm$ 1,02
	Không	5,39 $\pm$ 1,03
Sử dụng bDMARD	Có	5,73 $\pm$ 1,09
	Không	5,46 $\pm$ 1,04
Sử dụng csDMARD	Có	5,50 $\pm$ 1,03
	không	5,55 $\pm$ 1,09

Nhận xét: Người bệnh dưới 40 tuổi, đạt lui bệnh theo thang điểm DAS28-CRP, CRP bình thường, mức độ đau nhẹ theo thang điểm VAS và có sử dụng methylprednisolone có điểm chất

lượng cuộc sống theo thang điểm QoL-RA cao hơn nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chưa thấy sự khác biệt về điểm chất lượng cuộc sống theo giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và sử dụng bDMARD và csDMARD ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh VKDT bằng bộ câu hỏi QoL-RA tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đánh giá CLCS là một yếu tố quan trọng giúp định hướng điều trị toàn diện, không chỉ kiểm soát hoạt động bệnh mà còn nâng cao sự hài lòng và cải thiện tình trạng chung của người bệnh. Bộ câu hỏi QoL-RA được xây dựng dành riêng cho người bệnh VKDT với ưu điểm ngắn gọn, dễ áp dụng, phản ánh được nhiều khía cạnh như thể chất, tâm lý, sự hỗ trợ xã hội và mức độ đau khớp, từ đó mang lại cái nhìn toàn diện về sự ảnh hưởng của bệnh đối với người bệnh. Nghiên cứu trên 175 người bệnh VKDT chúng tôi nhận thấy điểm trung bình CLCS theo thang QoL-RA là $5,52 \pm 1,05$ (Biểu đồ 1), mức trung bình. Các khía cạnh được đánh giá cho thấy hạn chế nhiều nhất ở khả năng thể chất và đau khớp, trong khi hỗ trợ từ gia đình và bạn bè có điểm số cao hơn. Nhìn chung điểm chất lượng cuộc sống ở tất cả các lĩnh vực theo thang điểm QoL-RA ở mức trung bình thấp từ 4,9- 6,2 điểm. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Yessenia Cruz-Castillo và cộng sự năm 2017, điểm trung bình của thang điểm QoL-RA là $6,84 \pm 1,5$ điểm. Các giá trị đo lường cao nhất đạt được ở các lĩnh vực tương tác ($8,04 \pm 1,9$) và hỗ trợ ($8,01 \pm 2$)⁵. Tại Việt Nam có nghiên cứu tác giả Phạm Hoài Thu và cộng sự năm 2017, điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh VKDT theo thang điểm SF36 trung bình là $33,29 \pm 2,37$, với 83,34% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống ở mức trung bình và 13,33% ở mức thấp. Điểm thấp nhất tập trung vào chức năng thể chất và tổng thể sức khỏe – tương tự như trong nghiên cứu SF-36, nơi hoạt động thể lực, chức năng vận động và sức khỏe tổng thể bị ảnh hưởng nhiều nhất (điểm PF $\sim 31,90$; SF $\sim 27,01$; GH $\sim 37,90$)⁴. Điều này nhận thấy VKDT ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh đặc biệt chất lượng thể chất ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, công việc của người bệnh. Vì vậy việc đánh giá CLCS bằng bộ câu hỏi QoL-RA là cần thiết nhằm tiếp cận người bệnh một cách toàn diện, từ đó xây dựng phác đồ điều trị cá thể hóa, giúp nâng cao hiệu quả kiểm soát bệnh và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh VKDT.

4.2 Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh VKDT. Tuổi là một yếu tố quan trọng liên quan đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT). Tuổi càng cao, người bệnh thường có nhiều bệnh lý đi kèm, khả năng vận động và hạn chế chức năng giảm, từ đó làm giảm CLCS. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân dưới 40 tuổi có điểm CLCS trung bình là $6,50 \pm 0,73$ cao hơn so với nhóm từ 40 tuổi trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$) (Bảng 2). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trước đó của Wataru Fukuda và cộng sự tại Nhật Bản ghi nhận sự suy giảm rõ rệt ở nhóm tuổi cao (70–79, ≥ 80 tuổi) so với nhóm tuổi trẻ hơn (< 60 tuổi). Nghiên cứu của Nao Oguro cũng chỉ ra nhóm ≥ 65 tuổi cải thiện ít hơn về thành phần thể chất của SF-36 so với nhóm < 65 tuổi ($p = 0,0018$)⁶. Kết quả này cho thấy tuổi tác ảnh hưởng đến CLCS bởi nhiều yếu tố như thể chất, tâm lý và cần có can thiệp cho từng cá nhân.

VAS, chỉ số CRP và DAS28-CRP là các chỉ số và thang điểm đánh giá mức độ hoạt động bệnh cũng như có giá trị trong chẩn đoán và theo dõi điều trị của người bệnh VKDT. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nhóm đạt lui bệnh theo DAS28-CRP có điểm CLCS trung bình cao hơn rõ rệt so với nhóm có hoạt động bệnh ($5,94 \pm 0,90$ so với $5,31 \pm 1,02$; $p < 0,001$). Nhóm người bệnh có CRP $< 0,5$ mg/dl có điểm CLCS cao hơn so với nhóm CRP $\geq 0,5$ ($5,82 \pm 0,96$ so với $5,42 \pm 1,06$; $p = 0,027$). Tương tự, nhóm có mức đau nhẹ (VAS < 4) đạt CLCS cao hơn so với nhóm mức độ đau trung bình, cao (VAS ≥ 4) ($5,82 \pm 1,10$ so với $5,30 \pm 0,97$; $p = 0,001$) (Bảng 2). Kết quả này khẳng định mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng viêm, mức độ đau và chất lượng cuộc sống ở người bệnh. So sánh với các nghiên cứu trước đó, nhiều tác giả cũng ghi nhận kết quả tương tự, như nghiên cứu của Phạm Hoài Thu cũng chỉ ra mối tương quan nghịch biến giữa mức độ hoạt động bệnh với chất lượng cuộc sống ($r = -0,87$, $p < 0,01$), người bệnh VKDT có mức độ hoạt động bệnh càng cao thì điểm CLCS càng thấp⁴. Các nghiên cứu của Soo-Kuyng Cho và cộng sự, nghiên cứu của Ratree Munchey và cộng sự dùng bộ câu hỏi EQ-5D đều chỉ ra điểm đau VAS (OR = 2,2, CI 1,2-4,1) là yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh VKDT^{7,8}. Nghiên cứu chúng tôi cũng chỉ ra người bệnh đang sử dụng methylprednisolone có CLCS cao hơn so với nhóm không dùng ($5,83 \pm 1,02$ so với $5,39 \pm 1,03$; $p = 0,01$). Trong khi đó, việc sử dụng bDMARDs hay csDMARDs không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về CLCS ($p >$

0,05). Nhưng trong nghiên cứu của Abdimutalib Mamasaidov cho thấy hiệu quả của sử dụng bDMARDs đối với CLCS với giảm đau, thể chất và tinh thần của người bệnh tuy nhiên chưa đánh giá các tác dụng phụ của thuốc đối với người bệnh⁹. Kết quả này gợi ý rằng ảnh hưởng của các thuốc điều trị ở người bệnh VKDT đến CLCS cần được đánh giá thêm trong các nghiên cứu dài hạn với số lượng mẫu lớn hơn.

Nhìn chung, người bệnh lớn tuổi, mức độ đau nhiều và hoạt động bệnh cao thường có chất lượng cuộc sống thấp hơn, ngược lại kiểm soát tốt tình trạng viêm và đau sẽ giúp nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Do đó, mục tiêu điều trị VKDT không chỉ là cải thiện chỉ số viêm và đạt lui bệnh mà còn hướng tới cải thiện chất lượng cuộc sống toàn diện cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm khớp dạng thấp theo thang điểm QoL-RA ở mức trung bình, và có liên quan đến tuổi, mức độ hoạt động bệnh, chỉ số viêm, mức độ đau, sử dụng thuốc glucocorticoid. Vì vậy trong thực hành lâm sàng cần có chiến lược điều trị, tư vấn giúp người bệnh cải thiện triệu chứng đau và sớm đạt lui bệnh để nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Scott D. L., Wolfe F., Huizinga T. W. Rheumatoid arthritis. Lancet. Sep 25 2010; 376 (9746): 1094-108. doi:10.1016/S0140-6736(10)60826-4
2. DoMhaPosaWH Organization. WHOQOL

Measuring Quality of Life Program on Mental Health. 1997;

3. Isnardi C. A., Schneeberger E. E., Capelusnik D., et al. A useful tool to assess quality of LIFE in rheumatoid arthritis patients that does not require a license: QOL-RA II. Clin Rheumatol. Nov 2020; 39 (11): 3309-3315. doi:10.1007/s10067-020-05139-8
4. Phạm Hoài Thu. Nghiên cứu áp dụng bộ câu hỏi SF-36 trong đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2017:146-154.
5. Cruz-Castillo Y., Montero N., Salazar-Ponce R., Villacis-Tamayo R. Quality of Life in Ecuadorian Patients With Rheumatoid Arthritis: A Cross-sectional Study. Reumatol Clin (Engl Ed). Sep-Oct 2019;15(5):296-300. Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal. doi:10.1016/j.reuma. 2017.08.012
6. Oguro N., Yajima N., Miwa Y. Age and quality of life in patients with rheumatoid arthritis treated with biologic agents. Mod Rheumatol. Jan 2020; 30(1): 44-49. doi:10.1080/14397595.2018. 1551274
7. Cho S. K., Kim D., Jun J. B., Bae S. C., Sung Y. K. Factors influencing quality of life (QOL) for Korean patients with rheumatoid arthritis (RA). Rheumatol Int. Jan 2013;33(1):93-102. doi:10.1007/s00296-011-2352-6
8. Munchey R., Pongmesa T. Health-Related Quality of Life and Functional Ability of Patients with Rheumatoid Arthritis: A Study from a Tertiary Care Hospital in Thailand. Value Health Reg Issues. May 2018;15: 76-81. doi:10.1016/j.vhri.2017.08.012
9. Mamasaidov A., Sakibaev K., Zhumabaeva S., et al. Impact of Biological Therapies on Quality of Life in Rheumatoid Arthritis: A Narrative Review. Open Access Rheumatol. 2025;17:73-86. doi:10.2147/oarr.S523778

DẤU HIỆU CROCHETAGE TRÊN ĐIỆN TÂM ĐỒ BỀ MẶT Ở NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU BÍT THÔNG LIÊN NHĨ BẰNG DỤNG CỤ QUA DA TẠI VIỆN TIM MẠCH BỆNH VIỆN BẠCH MAI VÀ BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Văn Đoàn¹, Phạm Trần Linh^{1,2}, Phan Đình Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tỷ lệ dấu hiệu Crochetage và nhận định sự thay đổi dấu hiệu này với một số yếu tố liên quan trên siêu âm Doppler tim và kích thước dụng cụ sử dụng bít thông liên nhĩ ở bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thứ phát được bít bằng dụng cụ qua da. **Phương pháp:** Hồi cứu hồ sơ bệnh án và tiền cứu. **Kết quả:**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Đoàn

Email: dr.tranvandoan.edu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

96 bệnh nhân, tuổi $43,39 \pm 15,54$, 80,2% nữ giới, dấu hiệu Crochetage xuất hiện ở 47 trường hợp chiếm 49%, sau bít thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da 6 tháng 48,94% trường hợp biến mất dấu hiệu này. Nhóm có dấu hiệu Crochetage có kích thước lỗ thông liên nhĩ, kích thước buồng thất phải, FAC, áp lực động mạch phổi lớn hơn so với nhóm không có dấu hiệu ($p < 0,05$). Dấu hiệu Crochetage liên quan đến sự gia tăng kích thước dụng cụ bít trung bình 5,78 mm ($\beta = 5,78$; KTC 95%: 3,65–7,91; $p < 0,001$). **Kết luận:** dấu hiệu Crochetage xuất hiện ở bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thứ phát dự báo tăng kích thước lỗ thông, kích thước dụng cụ bít, kích thước buồng thất phải, FAC, áp lực động mạch phổi. **Từ khóa:** dấu hiệu Crochetage, thông liên nhĩ lỗ thứ phát.

SUMMARY

**CROCHETAGE SIGN ON SURFACE
ELECTROCARDIOGRAM IN PATIENTS
BEFORE AND AFTER TRANSCATHETER
DEVICE CLOSURE OF ATRIAL SEPTAL
DEFECT AT VIETNAM NATIONAL HEART
INSTITUTE – BACH MAI HOSPITAL AND
HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

Objective: To determine the prevalence of the Crochetage sign on electrocardiography and to assess its association with Doppler echocardiographic parameters and occluder device size in patients with secundum atrial septal defect (ASD) undergoing percutaneous device closure. **Methods:** Mixed retrospective chart review and prospective observation. **Results:** Ninety-six patients were included (mean age $43,39 \pm 15,54$ years; 80,2% female). The Crochetage sign was present in 47 cases (48,9%), after 6 months of percutaneous atrial septal defect closure, this sign disappeared in 48,94% of cases. Compared with patients without the sign, those with Crochetage had larger ASD diameter, greater right-ventricular chamber dimensions, higher TAPSE, and higher pulmonary artery pressure (all $p < 0,05$). Presence of the Crochetage sign was associated with an average increase in occluder size of 5,78 mm ($\beta = 5,78$; 95% CI, 3,65–7,91; $p < 0,001$). **Conclusions:** In patients with secundum ASD, the Crochetage sign is associated with—and appears predictive of—larger defect size, larger occluder device size, increased right-ventricular dimensions, higher TAPSE, and elevated pulmonary artery pressure. **Keywords:** Crochetage sign; secundum atrial septal defect.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông liên nhĩ (TLN) là một nhóm bệnh gồm những tổn thương của vách liên nhĩ, chiếm khoảng 1/800-1/400 trẻ sơ sinh và khoảng 13% các trường hợp tim bẩm sinh, trong đó thông liên nhĩ lỗ thứ phát là dạng phổ biến nhất [1]. Thông liên nhĩ thường liên quan đến tình trạng quá tải thể tích tim phải mạn tính do luồng thông trái-phải. Quá tải thể tích này gây ra những thay đổi cấu trúc và điện sinh lý ở các buồng tim phải. Khi thất phải phải bơm một lượng máu lớn hơn bình thường, thành thất phải dày lên và giãn ra. Quá trình khử cực thất phải bị kéo dài và phân đoạn, nhất là tại vùng thành dưới, nơi các chuyển đạo DII, DIII và aVF ghi lại hoạt động điện học làm xuất hiện dấu hiệu Crochetage [2]. Dấu hiệu Crochetage được xác định là một vết khía ở đường đi lên hoặc ở đỉnh sóng R tại các chuyển đạo thành dưới, đôi khi là đoạn gần kết thúc của sóng R nếu kèm mẫu block nhánh phải [3]. Các nghiên cứu quốc tế, như Mehmet Celik và cộng sự, đã chứng minh sự xuất hiện dấu hiệu này và mối liên quan đến sự tăng kích thước lỗ thông liên nhĩ, buồng thất phải và áp

lực động mạch phổi [3]. Tại Việt Nam, dữ liệu về dấu hiệu này còn hạn chế do đó, nghiên cứu này nhằm đánh giá sự xuất hiện dấu hiệu Crochetage và nhận định sự thay đổi dấu hiệu này với một số yếu tố liên quan trên siêu âm Doppler tim và kích thước dụng cụ sử dụng bít thông liên nhĩ ở bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thứ phát tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 96 bệnh nhân được khám và điều trị nội trú tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với chẩn đoán thông liên nhĩ lỗ thứ phát được chỉ định bít lỗ thông bằng dụng cụ qua da từ tháng 07/2024 đến tháng 08/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán thông liên nhĩ lỗ thứ phát được bít lỗ thông bằng dụng cụ qua da.
- Được siêu âm doppler tim, ghi điện tâm đồ trước bít.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân có tim bẩm sinh phức tạp phổi hợp, các bệnh nhân mắc bệnh lý van tim kèm theo (hẹp hở van hai lá, hẹp hở van động mạch chủ).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu.

Dữ liệu được ghi nhận theo mẫu bệnh án thống nhất, bao gồm: Thông tin chung: tuổi, giới, tiền sử bệnh, chiều cao, cân nặng. Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng: điện tâm đồ, siêu âm tim. Can thiệp: kích thước dụng cụ bít thông liên nhĩ.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.
- So sánh tỷ lệ bằng kiểm định Fisher, so sánh trung bình bằng t-test hoặc kiểm định phi tham số.
- Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội. Thống kê nghiên cứu khoa học, chính xác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n/Mean $\pm$ SD	%/Min -Max
Tuổi (năm)		43,39 $\pm$ 15,54	5-74
Giới	Nam	19	19,2

	Nữ	77	80,2
Diện tích bề mặt cơ thể BSA (m ²)		1,49±0,22	
Huyết áp tâm thu (mmHg)		115,57±14,11	
Huyết áp tâm trương (mmHg)		71,93±9,58	
Tăng huyết áp		6	6,3
Tiếng thổi tâm thu ổ van động mạch phổi		19	19,8

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 43,39 ± 15,54 năm, nữ giới chiếm 80,2% (77/96). Chỉ số BSA trung bình là 1,49 ± 0,22 m² da. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 6% (6/96). Tỷ lệ tiếng thổi tâm thu ổ van động mạch phổi là 19,8% (19/96). Giá trị huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương trong giới hạn bình thường.

Bảng 4. Sự thay đổi dấu hiệu Crochetage

Nhóm bệnh nhân	Số lượng ban đầu (n)	Số lượng mất dấu hiệu Crochetage sau 6 tháng (n, %)	Số lượng xuất hiện mới dấu hiệu Crochetage sau 6 tháng (n, %)
Không có dấu hiệu Crochetage	49		0 (0%)
Có dấu hiệu Crochetage	47	23 (48,94%)	
Dấu hiệu Crochetage ở 1 chuyển đạo thành dưới	19	13 (68,42%)	
Dấu hiệu Crochetage ở 2 chuyển đạo thành dưới	23	8 (34,78%)	
Dấu hiệu Crochetage ở 3 chuyển đạo thành dưới	5	2 (40%)	

Nhận xét: Trong 6 tháng sau bít thông liên nhĩ lỗ thứ phát bằng dụng cụ qua da có 23 trường hợp mất dấu hiệu Crochetage chiếm 48,94% và không có bệnh nhân thông liên nhĩ nào không có dấu hiệu Crochetage xuất hiện mới dấu hiệu này.

Bảng 5. Mối liên quan giữa dấu hiệu Crochetage với một số yếu tố trên siêu âm Doppler tim

Chỉ số siêu âm Doppler tim	Tổng (N=96) X ± SD	Nhóm không có dấu hiệu Crochetage (n=47) X ± SD	Nhóm có dấu hiệu Crochetage (n=49) X ± SD	Giá trị p
Kích thước lỗ TLN (mm)	17,74 ± 5,48	16,09 ± 5,11	19,46 ± 5,38	0,002
RVD1(mm)	43,31 ± 6,24	40,86 ± 4,93	45,39 ± 6,54	0,01
RVD2 (mm)	38,84 ± 7,36	37,70 ± 7,36	39,88 ± 7,34	0,03
RVD3 (mm)	73,78 ± 10,26	71,13 ± 8,47	76,12 ± 11,23	0,048
Đường kính ĐRTP (mm)	28,82 ± 5,56	27,45 ± 4,81	30,26 ± 5,96	0,013
TAPSE (mm)	25,02 ± 4,44	24,21 ± 4,46	25,74 ± 4,36	0,15
FAC (%)	43,85 ± 6,96	40,08 ± 6,06	47,62 ± 5,77	0,003
ALĐMP tâm thu (mmHg)	37,29 ± 8,20	35,39 ± 6,84	39,28 ± 9,06	0,02

Nhận xét: Kết quả cho thấy nhóm có dấu hiệu Crochetage có kích thước lỗ TLN trung bình (19,46 ± 5,38 mm) lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có dấu hiệu Crochetage (16,09 ± 5,11 mm; p = 0,002). Các chỉ số đường kính đáy thất phải (RVD1), đường kính giữa (RVD2), đường kính dọc (RVD3), đường kính đường ra thất phải (ĐRTP) đoạn gần ở nhóm có dấu hiệu Crochetage cũng cao hơn đáng kể có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có dấu hiệu

Bảng 2. Đặc điểm tần số tim và khoảng PR

Đặc điểm	Mean ± SD	n
Tần số tim	77,07 ± 17,57 ck/p	96
Thời gian khoảng PR	166,22 ± 25,79 ms	96

Nhận xét: Điện tâm đồ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tần số tim và thời gian khoảng PR trong giới hạn bình thường.

Bảng 3. Đặc điểm điện tâm đồ

Đặc điểm	n	%
Dấu hiệu Crochetage	47	49%
Xuất hiện ở 1 chuyển đạo thành dưới	19	19,8%
Xuất hiện ở 2 chuyển đạo thành dưới	23	24%
Xuất hiện ở 3 chuyển đạo thành dưới	5	5,2%

Nhận xét: Dấu hiệu Crochetage: xuất hiện ở 47 trường hợp chiếm 49%.

(p lần lượt là 0,01; 0,03; 0,048, 0,013). TAPSE ở nhóm có dấu hiệu Crochetage cao hơn nhóm không có dấu hiệu tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (25,02 ± 4,44 so với 24,21 ± 4,46, p=0,15). Phân suất diện tích thất phải (FAC %) ở nhóm có dấu hiệu Crochetage (47,62 ± 5,77%) cao hơn rõ rệt so với nhóm không có dấu hiệu (40,08 ± 6,06%; p = 0,003). Áp lực động mạch phổi tâm thu ở nhóm có dấu hiệu Crochetage cao hơn (39,28 ± 9,06 mmHg

so với $35,39 \pm 6,84$ mmHg; $p = 0,02$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa dấu hiệu Crochetage và kích thước dụng cụ bút TLN

Đặc điểm	Tổng (N=96) X $\pm$ SD	Nhóm không có dấu hiệu Crochetage X $\pm$ SD	Nhóm có dấu hiệu Crochetage X $\pm$ SD	Giá trị p
Kích thước dụng cụ bút thông liên nhĩ (mm)*	27,80 $\pm$ 5,80	25,12 $\pm$ 5,07	30,6 $\pm$ 5,21	<0,001

Bảng 7. Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đa biến dự đoán kích thước dụng cụ bút thông liên nhĩ

Biến độc lập	β	Std	Giá trị p	KTC 95%
Dấu hiệu Crochetage	5,78	1,07	<0,001	3,65-7,91
Tuổi	0,01	0,04	0,794	-0,08-1,00
Giới	1,15	1,4	0,41	-1,63-3,93
BSA	3,83	3,17	0,23	-2,47-10,14
Bệnh lý kèm theo	-0,63	2,26	0,78	-5,11-3,85

Nhận xét: Kích thước dụng cụ bút thông liên nhĩ ở nhóm có dấu hiệu Crochetage cao hơn rõ rệt so với nhóm không có dấu hiệu: $30,6 \pm 5,21$ (mm) và $25,12 \pm 5,07$ (mm), $p < 0,001$. Dấu hiệu Crochetage liên quan đến sự gia tăng kích thước dụng cụ bút trung bình 5,78 mm ($B = 5,78$; KTC 95%: 3,65–7,91; $p < 0,001$). Các biến tuổi ($p = 0,794$), giới ($p = 0,414$), BSA ($p = 0,230$) và bệnh lý nội khoa kèm theo ($p = 0,781$) không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy về độ tuổi: 96 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $43,39 \pm 15,54$ tuổi, nhỏ nhất là 5 tuổi, lớn nhất là 74 tuổi, nhóm tuổi trên 16 chiếm đa số 92,71%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Humenberger với độ tuổi trung bình được can thiệp bút thông liên nhĩ là $49 \pm 17,4$ tuổi, cao hơn so với nghiên cứu của Lục Nguyễn Hữu là $41,80 \pm 17,60$ [4,5]. Nguyên nhân là do nhiều trường hợp thông liên nhĩ được chẩn đoán muộn, 25-30% thông liên nhĩ mới được chẩn đoán khi trưởng thành.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dấu hiệu crochetage xuất hiện ở 47 trường hợp, chiếm 49% tổng số đối tượng nghiên cứu kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Mehmet Celik trong đó 314 bệnh nhân thông liên nhĩ được bút bằng dụng cụ qua da, trong đó có 47,78% có dấu hiệu Crochetage [3]. Ở bệnh nhân TLN, dòng máu từ nhĩ trái (áp lực cao hơn) sang nhĩ phải (áp lực thấp hơn) làm tăng lượng máu đổ về thất phải. Quá tải thể tích thất phải: khi thất phải phải bơm một lượng máu lớn hơn bình thường, thành thất phải dày lên và giãn ra. Quá trình khử cực thất phải bị kéo dài và phân đoạn, nhất là tại vùng thành dưới, nơi các chuyển đạo DII, DIII và aVF ghi lại hoạt động

điện học hình thành vết khía gần đỉnh sóng R ở các chuyển đạo thành dưới [2].

Trong 6 tháng sau bút thông liên nhĩ lỗ thứ phát bằng dụng cụ qua da có 23 trường hợp mất dấu hiệu Crochetage chiếm 48,94% và không có bệnh nhân thông liên nhĩ nào không có dấu hiệu Crochetage xuất hiện mới dấu hiệu này. So sánh với nghiên cứu của tác giả Mehmet Celik sau 6 tháng, dấu hiệu Crochetage biến mất ở 37,3% bệnh nhân và không xuất hiện thêm dấu hiệu ở nhóm bệnh nhân không có dấu hiệu này trước can thiệp [3]. Ngay khi lỗ thông liên nhĩ được đóng, thất phải giảm khối lượng tuần hoàn, và trở về giá trị bình thường. Buồng TP không còn tình trạng quá tải thể tích, các sợi cơ tim không còn chịu sức căng quá mức, và dần trở về trạng thái bình thường. Kích thước thất phải dần trở về giá trị bình thường theo thời gian. Quá trình tái cấu trúc thất phải thường kéo dài 3-6 tháng sau bút thông liên nhĩ tùy kích thước lỗ thông liên nhĩ, sự giãn thất phải trước bút và chức năng thất phải trước can thiệp. Những biến đổi của buồng thất phải này là lí do sau khi bút thông liên nhĩ có thể làm mất dấu hiệu Crochetage [4].

Về mối liên quan tới các chỉ số trên siêu âm tim, trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm có dấu hiệu crochetage có các thông số lớn hơn so với nhóm không có dấu hiệu này về kích thước lỗ thông ($19,46 \pm 5,38$ so với $16,09 \pm 5,11$; $p = 0,002$), đường kính đáy thất phải, đường kính giữa thất phải, đường kính dọc thất phải, đường kính đường ra thất phải đoạn gần lần lượt là $45,39 \pm 6,54$; $39,88 \pm 7,34$; $76,12 \pm 11,23$; $30,26 \pm 5,96$ so với $40,86 \pm 4,93$; $37,70 \pm 7,36$; $71,13 \pm 8,47$; $27,45 \pm 4,81$ (p lần lượt = 0,01; 0,03; 0,048; 0,013), TAPSE $25,74 \pm 4,36$ so với $24,21 \pm 4,46$ ($p = 0,15$), áp lực động mạch phổi tâm thu $39,28 \pm 9,06$ mmHg so với $35,39 \pm 6,84$ mmHg ($p = 0,02$), điều này cho thấy Crochetage có thể được xem như một dấu hiệu điện tâm đồ gián tiếp phản ánh gánh nặng huyết động trong bệnh cảnh thông liên nhĩ phù hợp với nghiên cứu Mehmet Celik [4].

Đối với kích thước dụng cụ bút thông liên nhĩ giữa nhóm bệnh nhân có và không có dấu hiệu Crochetage, kích thước trung bình dụng cụ ở nhóm có dấu hiệu Crochetage là $30,6 \pm 5,21$ mm, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm

không có dấu hiệu này ($25,12 \pm 5,07$ mm, $p < 0,001$). Và khi có dấu hiệu Crochetage kích thước dụng cụ vít thông liên nhĩ tăng 5,78mm so với khi không có dấu hiệu này ($B = 5,78$; KTC 95%: 3,65–7,91; $p < 0,001$). Điều này gợi ý rằng sự hiện diện của dấu hiệu Crochetage trên điện tâm đồ phản ánh những trường hợp lỗ thông liên nhĩ có kích thước lớn hơn, do đó cần sử dụng dụng cụ vít có đường kính lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Dấu hiệu Crochetage có giá trị dự báo về huyết động buồng thất phải cũng như đặc điểm kích thước lỗ thông, hỗ trợ cho việc lựa chọn kích thước dụng cụ vít trong can thiệp và sự biến mất dấu hiệu này sau vít thông liên nhĩ phản ánh quá trình tái cấu trúc, phục hồi thất phải theo thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lâm Hiếu.** In: Lâm Sàng Tim Bẩm Sinh. Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia Hà Nội; 2021:315-335.
2. **Heller J, Hagège AA, Besse B, Desnos M, Marie FN, Guerot C.** "Crochetage" (notch) on R wave in inferior limb leads: a new independent electrocardiographic sign of atrial septal defect. J Am Coll Cardiol. 1996;27(4):877-882. doi:10.1016/0735-1097(95)00554-4.
3. **Celik M, Yilmaz Y, Kup A, et al.** Crochetage sign may predict late atrial arrhythmias in patients with secundum atrial septal defect undergoing transcatheter closure. J Electrocardiol. 2021;67:158-165.
4. **Humenberger M, et al.** Benefit of atrial septal defect closure in adults: impact of age. Eur Heart J. 2011; 32(5): 553-60.
5. **Lục Hữu Nguyễn.** Đánh giá sự biến đổi hình thái, chức năng thất phải bằng siêu âm Doppler tim ở bệnh nhân sau vít thông liên nhĩ. Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội. 2020.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ THEO THỂ TRẠNG THỪA CÂN BÉO PHÌ

Huỳnh Trung Cang*, Nguyễn Hồ Song Hào*,
Lê Minh Khôi*, Nguyễn Hữu Chương*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu cơ tim cấp là một bệnh cảnh phức tạp, có nhiều yếu tố nguy cơ. Trong đó, thể trạng thừa cân béo phì được xem là một yếu tố nguy cơ phổ biến cần được quan tâm. **Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ theo thể trạng thừa cân béo phì. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng 164 bệnh nhân (82 bệnh nhân có thừa cân béo phì và 82 bệnh nhân không thừa cân béo phì) được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm 70,1%; nhóm ≥ 60 tuổi chiếm ưu thế với 72,6%; 53,7% bệnh nhân có rối loạn lipid máu. Yếu tố nguy cơ tim mạch nhiều nhất là tăng huyết áp (86,6%), đái tháo đường (21,9%), ít nhất là ít vận động thể lực (3,7%). Có 55,5% bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, 44,5% nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. Phân độ Killip 1 (88,4%), phân độ Killip 4 chiếm tỉ lệ thấp nhất (4,3%). Có 40,2% nhóm phân tầng nguy cơ cao, 43,9% nguy cơ trung bình và 15,9% nguy cơ thấp.

Đặc điểm rối loạn lipid máu và phân độ Killip được ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì ($p < 0,05$). **Kết luận:** Ngoài đặc điểm rối loạn lipid và phân độ Killip các đặc điểm còn lại chưa ghi nhận sự khác biệt giữa 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, thừa cân béo phì, BMI, Phân độ Killip, bệnh tim mạch.

SUMMARY

SURVEYING THE CORRELATION BETWEEN OBESITY AND CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2022 - 2024

Background: Acute myocardial infarction (AMI) is a complex cardiovascular condition influenced by multiple risk factors, among which overweight and obesity are significant and warrant attention. **Objective:** To investigate the characteristics of AMI patients at Can Tho Central General Hospital based on overweight and obesity status. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 164 AMI patients (82 with overweight/obesity and 82 without) diagnosed between January 2023 and June 2024. **Results:** Male patients accounted for 70.1%; the group ≥ 60 years old was dominant with 72.6%; 53.7% of patients had dyslipidemia. The most common cardiovascular risk factors were hypertension (86.6%), diabetes (21.9%), and the least was physical inactivity (3.7%). 55.5% of

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Chương

Email: nhchuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

patients had ST-elevation myocardial infarction, 44.5% had non-ST-elevation myocardial infarction. Killip class 1 (88.4%), Killip class 4 accounted for the lowest proportion (4.3%). 40.2% of the group were in the high-risk stratification, 43.9% were in the intermediate risk group, and 15.9% were in the low-risk group. The characteristics of dyslipidemia and Killip class were noted to have a statistically significant difference between the 2 groups with and without overweight and obesity ($p < 0.05$). **Conclusion:** Only lipid disorders and Killip classification were noted to differ between the 2 groups with and without overweight and obesity. **Keywords:** Acute myocardial infarction, overweight, obesity, BMI, Killip classification, cardiovascular disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, năm 2016, theo thống kê của WHO, bệnh tim mạch đã trở thành nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Trong số 77% nguyên nhân tử vong do bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam thì có tới khoảng 70% tử vong do bệnh tim mạch [1]. Thống kê tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đã tăng từ 2% (năm 2001) tới 7% (năm 2007). Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước chỉ ra nguy cơ một người mắc bệnh nhồi máu bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như: hút thuốc, béo phì, lối sống, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, stress, uống quá nhiều rượu và liên quan đến các yếu tố di truyền,... Trong bệnh cảnh này, béo phì không chỉ làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim mà còn ảnh hưởng đến quá trình phục hồi và tiên lượng của bệnh. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy người béo phì nhẹ lại có tiên lượng tốt hơn ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, được gọi là "nghịch lý béo phì" [2]. Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành khảo sát một số đặc điểm của bệnh nhồi máu cơ tim cấp trên 2 nhóm có và không có béo phì tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương thành phố Cần Thơ, năm 2023 – 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các đối tượng được chẩn đoán xác định nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp bao gồm NMCT không ST chênh lên và có ST chênh lên) theo hướng dẫn của của Bộ y tế năm 2019 [3] tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn: Tất cả các đối tượng được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo hướng dẫn của của Bộ y tế năm 2019 [1] tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 06/2024.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng n(%)	Thừa cân béo phì		p
		Không (n=82)	Có (n=82)	

Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm đối tượng để khảo sát

Nhóm thừa cân béo phì khi BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$.

Nhóm không thừa cân béo phì khi BMI $< 23 \text{ kg/m}^2$.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tuổi < 18 tuổi.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Có chống chỉ định dùng các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu như: Aspirin, Clopidogrel,...
- Mới bị tai biến mạch máu não, xuất huyết tiêu hóa trong vòng 3 tháng trước can thiệp, đã can thiệp đặt stent trước đó.
- Bệnh van tim nặng.
- Mang thai
- Có bệnh nặng đi kèm: suy thận nặng, suy gan nặng, ung thư giai đoạn cuối, hôn mê do nhiễm toan ceton hoặc tăng áp lực thẩm thấu ở bệnh nhân đái tháo đường, COPD nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Có tổng 164 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp và chia thành 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì (mỗi nhóm có 82 bệnh nhân NMCT cấp). Hai nhóm được chọn khá tương đồng về giới tính và độ tuổi.

- Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, nhóm tuổi, huyết áp, BMI, một số yếu tố nguy cơ tim mạch như: tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, sử dụng rượu và tình trạng vận động thể lực.

Một số đặc điểm của bệnh nhân ghi nhận theo 2 nhóm có và không có béo phì, cụ thể: các thể lâm sàng của hội chứng vành cấp, phân độ Killip, phân tầng nguy cơ nhóm bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp theo thang điểm GRACE, Troponin Ths và CK-MB.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng phiếu thu thập thông tin về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân NMCT cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Nhập liệu và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 29.0.2.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	Nam	115 (70,1)	58 (50,4)	57 (49,6)	0,865
	Nữ	49 (29,9)	24 (49,0)	25 (51,0)	
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	45 (27,4)	20 (44,4)	25 (55,6)	0,382
	≥ 60 tuổi	119 (72,6)	62 (52,1)	57 (47,9)	
Huyết áp	HATT	164 (100)	117,32 ± 18,794	121,71 ± 17,554	0,062**
	HATTr	164 (100)	67,8 ± 1,264	69,27 ± 9,785	0,190**
Rối loạn lipid máu	Có	88 (53,7)	30 (34,1)	58 (65,9)	<0,001
	Không	76 (46,3)	52 (68,4)	24 (31,6)	
Yếu tố nguy cơ tim mạch	Tăng huyết áp	142 (86,6)	73 (51,4)	69 (48,6)	0,359
	Đái tháo đường	36 (21,9)	20 (55,6)	16 (44,4)	0,450
	Hút thuốc lá	32 (19,5)	16 (50,0)	16 (50,0)	1,00
	Sử dụng rượu	22 (13,4)	9 (40,9)	13 (59,1)	0,359
	Ít vận động thể lực	6 (3,7)	1 (16,7)	5 (83,3)	0,96*

Kiểm định χ^2 ; * Kiểm định Fisher's Exact test; ** One-way ANOVA

Nhận xét: Tỷ lệ nam chiếm 70,1%; nhóm ≥ 60 tuổi chiếm ưu thế với 72,6%; 53,7% bệnh nhân có rối loạn lipid máu. Yếu tố nguy cơ tim mạch nhiều nhất là tăng huyết áp (86,6%), đái tháo đường (21,9%), ít nhất là ít vận động thể lực (3,7%). Đặc điểm rối loạn lipid máu ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì ($p < 0,001$).

3.2. Một số đặc điểm của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp

- Các thể lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm các thể lâm sàng của nhồi máu cơ tim cấp

Đặc điểm		Tổng n(%)	Thừa cân béo phì		p
			Không	Có	
Thể lâm sàng	ST chênh lên	91 (55,5)	43 (47,3)	48 (52,7)	0,432
	ST không chênh lên	73 (44,5)	39 (53,4)	34 (46,6)	

Kiểm định χ^2

Nhận xét: 55,5% bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, 44,5% bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thể lâm sàng giữa 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì ($p > 0,05$).

- Phân độ Killip

Bảng 3. Đặc điểm phân độ Killip

Đặc điểm	Tổng n(%)	Thừa cân béo phì		p
		Không	Có	
Killip I	145 (88,4)	66 (45,5)	79 (54,5)	0,011
Killip II	8 (4,9)	6 (75)	2 (25)	
Killip III	4 (2,4)	3 (75)	1 (25)	
Killip IV	7 (4,3)	7 (100)	0 (0)	

Kiểm định Fisher's Exact test

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhập viện với phân độ Killip 1 (88,4%). Bệnh nhân nhập viện với phân độ Killip 4 chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,3%).

Phân độ Killip có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì ($p = 0,011$).

- Đặc điểm phân tầng nguy cơ nhóm bệnh theo thang điểm GRACE

Bảng 4. Đặc điểm phân tầng nguy cơ nhóm bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp theo thang điểm GRACE

Đặc điểm	Tổng n(%)	Thừa cân béo phì		p
		Không	Có	
Cao (>140)	66 (40,2)	36 (54,5)	30 (45,5)	0,922
Trung bình (109 - 140)	72 (43,9)	34 (47,2)	38 (52,8)	
Thấp (<109)	26 (15,9)	12 (46,2)	14 (53,8)	

Kiểm định χ^2

Nhận xét: Có 40,2% bệnh nhân của nhóm nghiên cứu thuộc nhóm phân tầng nguy cơ cao; 43,9% có nguy cơ trung bình và 15,9% có nguy cơ thấp. Chưa ghi nhận sự khác biệt đặc điểm phân tầng nguy cơ nhóm bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp theo thang điểm GRACE ở 2 nhóm đối tượng nghiên cứu ($p = 0,922$).

- Đặc điểm men tim lúc nhập viện

Bảng 5. Đặc điểm men tim lúc nhập viện

Men tim	Thừa cân béo phì		p
	Không	Có	
Troponin T - hs 1h	1,90 ± 3,11	1,52 ± 2,83	0,210
CK-MB	206,91 ± 252,19	163,31 ± 231,14	0,125

One-way ANOVA

Nhận xét: Troponin T-hs trung bình ở bệnh nhân có tình trạng thừa cân béo phì là 1,52 ± 2,83, ở bệnh nhân không có tình trạng thừa cân béo phì là 1,90 ± 3,11. CK-MB ở bệnh nhân có tình trạng thừa cân béo phì là 163,31 ± 231,14, ở bệnh nhân không có tình trạng thừa cân béo phì là 206,91 ± 252,19. Sự khác biệt các chỉ số men tim chưa ghi nhận có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm đối tượng nghiên cứu ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Những số liệu thu thập được trong nghiên cứu của chúng tôi nêu bật lên xu hướng tương tự với các nghiên cứu dân số trước đây, trong đó phần lớn bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nam, thuộc nhóm tuổi lớn hơn (> 60 tuổi) [4], [5], nghiên cứu tương đồng với Nguyễn Duy Toàn, tuổi trung bình $64,6 \pm 12,6$, tỷ lệ nam giới 79,5% [6]. Trong phạm vi của nghiên cứu chưa ghi nhận có sự liên quan giữa giới tính và độ tuổi với tình trạng thừa cân béo phì, có thể do số lượng mẫu thu thập chưa đủ lớn. Mặt khác, tỷ lệ rối loạn lipid máu (53,7%) thấp hơn so với các báo cáo khác (66,4%; 73,8%) [7]. Trong nghiên cứu này, đặc điểm rối loạn lipid được ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì ($p < 0,001$). Điều này có thể là do sự khác biệt về dân số trong khu vực nghiên cứu.

Tăng huyết áp được ghi nhận là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến nhất (86,6%), phù hợp với kết quả của các nghiên cứu về mối quan hệ giữa tăng huyết áp và nhồi máu cơ tim cấp [4], [5], [7], [8]. Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường (21,9%) trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với những phát hiện trước đó [5], [7], [9]. Ít vận động thể lực được coi là yếu tố rủi ro ít phổ biến nhất (3,7%). Kết quả chúng tôi tương đương với Nguyễn Duy Toàn các yếu tố nguy cơ của NMCT như tăng huyết áp (36,4%) [6].

Về đặc điểm thể lâm sàng nhồi máu cơ tim, dữ liệu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhồi máu cơ tim ST chênh lên cao hơn so với nhồi máu cơ tim không ST chênh lên và các bệnh cảnh lâm sàng dường như không liên quan đến tình trạng thừa cân béo phì. Điều này trái ngược với nghiên cứu ngoài nước báo cáo ST không chênh lên chiếm ưu thế [10], tuy nhiên lại tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trong nước [5], [8]. Cần có những nghiên cứu sâu hơn xác định lý do của sự khác biệt này, có thể sự khác biệt nằm ở dân số bệnh nhân thuộc mẫu nghiên cứu hoặc do khác biệt trong việc chẩn đoán tại các bệnh viện khác nhau.

Phân tầng nguy cơ theo thang điểm GRACE cho thấy một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân được phân loại là có nguy cơ cao (40,2%), nhấn mạnh tầm quan trọng của các chiến lược quản lý tích cực đối với nhóm này [8]. Sự khác biệt về nồng độ troponin và CK-MB ở nhóm bệnh nhân thừa cân béo phì và không thừa cân béo phì dường như không có ý nghĩa thống kê trong phạm vi nghiên cứu này.

Hệ thống phân loại Killip được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn

bệnh nhân nhập viện với Killip loại I (88,4%). Mối liên quan giữa béo phì và kết quả tim mạch đã được ghi nhận rõ ràng trong nhiều nghiên cứu khác nhau. Nghiên cứu của Velazquez và các cộng sự (2020) chỉ ra rằng những bệnh nhân thừa cân và béo phì mắc bệnh động mạch vành thường có tỷ lệ sống sót ngắn hạn và dài hạn tốt hơn so với những người có cân nặng bình thường [10]. Nghịch lý này có thể giải thích mối quan hệ đáng kể được tìm thấy giữa béo phì và phân loại Killip trong nghiên cứu này, cho thấy rằng bệnh nhân thừa cân và béo phì có thể có biểu hiện lâm sàng khác biệt so với những người có cân nặng bình thường.

Tuy nhiên nghiên cứu vẫn còn tồn tại những hạn chế nhất định bao gồm thiết kế nghiên cứu tại một bệnh viện duy nhất và có khả năng thiếu sót trong liệt kê các yếu tố nguy cơ. Những nghiên cứu này góp phần làm tăng thêm bằng chứng về mối quan hệ phức tạp giữa béo phì và sức khỏe tim mạch, cho thấy sự cần thiết của các phương pháp tiếp cận lâm sàng có mục tiêu trong việc quản lý bệnh nhân thừa cân và béo phì trong bệnh cảnh nhồi máu cơ tim cấp. Các nghiên cứu trong tương lai nên được thực hiện nhằm mục đích làm sáng tỏ hơn nữa các cơ chế làm cơ sở cho các mối liên quan này và tìm ra các biện pháp can thiệp có thể cải thiện kết quả lâm sàng ở nhóm đối tượng có nguy cơ cao.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trong tổng 164 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương thành phố Cần Thơ từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam giới, nhóm tuổi ≥ 60 , STEMI chiếm tỷ lệ cao hơn nhưng không có sự khác biệt giữa hai nhóm thừa cân và không thừa cân. Rối loạn lipid máu cao hơn ở nhóm thừa cân béo phì ($p < 0,001$). Phân độ Killip có sự khác biệt, nhóm không thừa cân béo phì có tỷ lệ Killip IV cao hơn ($p = 0,011$). Các chỉ số men tim và nguy cơ GRACE chưa ghi nhận sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) ở 2 nhóm đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmed IAM, Khalid NHM, Abd-Elmagid AEM, Abdullah MAM, Musa AMI, Al-Qarni NO.** Common coronary artery occlusions in patients with myocardial infarction. *Pan Afr Med J.* 2022;42:254. doi: 10.11604/pamj.2022.42.254.34762.
2. **Quiñones-Ossa GA, Lobo C, Garcia-Ballesteras E, Florez WA, Moscote-Salazar LR, Agrawal A.** Obesity and Stroke: Does the Paradox Apply for Stroke? *Neurointervention.* 2021;16(1):9-19. doi: 10.5469/neuroint.2020.00108.

3. **Bộ Y Tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp. Quyết định 2187/QĐ-BYT ngày 03/6/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. **Nguyễn Hoàng Giáp, Đặng Đức Minh, Nguyễn Tiên Dũng, Lương Thị Hải Hà.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp điều trị tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2023; 528(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v528i1.5983>.
5. **Trần Thị Thu Lan, Phạm Thị Ngọc Nga, Đỗ Hoàng Long, Trịnh Thị Hồng Cúa, Huỳnh Võ Hoài Thanh, Dương Hồng Quân.** Đặc điểm đa hình rs1333040 gen ANRIL ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;529.1B. <https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1B.6339>
6. **Nguyễn Duy Toàn, Nguyễn Hồng Nguyên, Lương Công Thức.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có st chênh lên nhập viện muộn. Tạp chí Y Dược học Quân sự. 2024;49(3), 177-186. <https://doi.org/10.56535/jmpm.v49i3.750>.
7. **Nguyễn Văn Tuấn và Phạm Hồng Phương.** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chụp động mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Tạp chí Y Học Việt Nam.2021; 502.1. <https://doi.org/10.51298/vmj.v502i1.587>.
8. **Huỳnh Võ Hoài Thanh, Nguyễn Thị Diễm, Phạm Thị Ngọc Nga.** Khảo sát đặc điểm đa hình gen CYP2C19 ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long năm 2021-2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;48: 70-77. <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i48.112>
9. **Capodanno D, Angiolillo DJ, Lennon RJ, Goodman SG, Kim SW, O’Cochlain F, So DY, Sweeney J, Rihal CS, Farkouh M, Pereira NL.** ABCD-GENE Score and Clinical Outcomes Following Percutaneous Coronary Intervention: Insights from the TAILOR-PCI Trial. J Am Heart Assoc. 2022 Feb 15;11(4):e024156. doi: 10.1161/JAHA.121.024156.
10. **Gupta K, Kiran M, Chhabra S, Mehta M, Kumar N.** Prevalence, Determinants and Clinical Significance of Cardiac Troponin-I Elevation among Individuals with Hypertensive Emergency: A Prospective Observational Study. Indian J Crit Care Med. 2022 Jul;26(7):786-790. doi: 10.5005/jp-journals-10071-24240.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ TẠO PHÔI BẰNG PHÁC ĐỒ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG BẮT ĐẦU NGẪU NHIÊN SỬ DỤNG PROGESTIN Ở NGƯỜI BỆNH VÔ SINH NỮ CÓ DỰ TRỮ BUỒNG TRỨNG BÌNH THƯỜNG

Trịnh Thế Sơn¹, Nguyễn Ngọc Nhất¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, dự trữ buồng trứng của người bệnh vô sinh nữ tham gia nghiên cứu và đáp ứng với phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS) trong điều trị thu tinh ống nghiệm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội – Học viện Quân y và Bệnh viện nam học và hiếm muộn Việt Bỉ từ tháng 01/2024 - 6/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn: cặp vợ chồng vô sinh điều trị thu tinh trong ống nghiệm; trữ phôi toàn bộ; dự trữ buồng trứng bình thường. Định lượng nồng độ AMH huyết thanh, số nang trứng thứ cấp AFC, nồng độ nội tiết tố ngày bắt đầu kích thích buồng trứng (FSH, LH, estradiol, progesterone, B_hCG). Kích thích phác đồ kích thích buồng trứng Random start – PPOS: gonadotropin ngoại sinh và progestin được sử dụng vào thời điểm bất kỳ của chu kỳ kinh, gây trưởng

thành nang bầy GnRH đồng vận, tiêm tinh trùng vào bào tương nang, nuôi phôi giai đoạn phôi nang và đánh giá chất lượng phôi. **Kết quả:** tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 33,46 ± 5,76 năm với AMH huyết thanh trung bình là 3,89 ± 2,35 ng/mL và AFC trung bình 12,50 ± 4,33 nang. Phác đồ đã thu được trung bình 7,60 ± 5,73 nang trưởng thành (MII), 5,68 ± 4,59 nang thụ tinh và 3,64 ± 3,06 phôi nang. **Kết luận:** Phác đồ Random-start PPOS là cho thấy sự hiệu quả và an toàn cho phụ nữ vô sinh có dự trữ buồng trứng bình thường. Phác đồ này không chỉ mang lại kết quả thu nhận nang và phôi tương đương với các phác đồ phổ biến hiện nay. **Từ khóa:** Kích thích buồng trứng, random start, PPOS.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND EMBRYO OUTCOMES USING THE RANDOM-START PROGESTIN-PRIMED OVARIAN STIMULATION PROTOCOL IN INFERTILE WOMEN WITH NORMAL OVARIAN RESERVE

Objective: To describe the clinical and ovarian reserve characteristics of infertile women participating in the study and their response to the Random-start Progestin-Primed Ovarian Stimulation (PPOS) protocol

¹Học viên Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thế Sơn
Email: trinhtheson@vmmu.edu.vn SĐT: 0902.150.873
Ngày nhận bài: 23.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025

in vitro fertilization (IVF) treatment. **Subjects and Methods:** This was a retrospective descriptive study conducted at the Military Institute of Clinical Embryology and Histology - Vietnam Military Medical University and Viet Bi Fertility and Andrology Hospital from January 2024 to June 2025. Inclusion criteria included infertile couples undergoing IVF treatment, a freeze-all strategy, and normal ovarian reserve. Serum AMH, antral follicle count (AFC), and hormone levels on the day of stimulation initiation (FSH, LH, estradiol, progesterone, β hCG) were measured. The Random-start PPOS protocol involved using exogenous gonadotropin and progestin at any point in the menstrual cycle, followed by GnRH agonist for oocyte maturation. Intracytoplasmic sperm injection (ICSI) was performed, and embryos were cultured to the blastocyst stage for quality assessment. **Results:** The mean age of the study group was 33.46 ± 5.76 years, with a mean serum AMH of 3.89 ± 2.35 ng/mL and a mean AFC of 12.50 ± 4.33 follicles. The protocol yielded a mean of 7.60 ± 5.73 mature oocytes (MII), 5.68 ± 4.59 cleavage-stage embryos, and 3.64 ± 3.06 blastocysts. **Conclusion:** The Random-start PPOS protocol was found to be effective and safe for infertile women with normal ovarian reserve. This protocol not only yielded comparable oocyte and embryo outcomes to current common protocols. **Keywords:** ovarian stimulation, random start, PPOS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kích thích buồng trứng (KTBT) là bước đầu tiên và quan trọng trong điều trị thụ tinh ống nghiệm, thông qua việc bổ sung gonadotropin ngoại sinh nhằm kích thích sự phát triển nhiều nang trứng, thu nhiều noãn trưởng thành có khả năng thụ tinh và tạo nhiều nhiều phôi. Phác đồ kích thích buồng trứng hiện nay được định hình bởi ba đặc điểm chính: loại gonadotropin, thời điểm bắt đầu đầu kích thích và chất ức chế đỉnh LH sớm. Trên cơ sở đó, nhiều phác đồ kích thích buồng trứng ra đời nhằm tăng hiệu quả và giảm nguy cơ quá kích thích buồng trứng [1]. Phác đồ kích thích buồng trứng truyền thống được sử dụng phổ biến, phác đồ này bắt đầu sử dụng gonadotropin từ ngày 2 chu kỳ kinh; tiếp theo, sử dụng các chất GnRH đối vận thường được bắt đầu vào ngày thứ 6 bổ sung gonadotropin [2]. Dù có nhiều ưu điểm nhưng một số phác đồ kích thích buồng trứng mới vẫn đang được nghiên cứu, tập trung vào thời điểm bắt đầu kích thích buồng trứng và các chất ức chế đỉnh LH.

Các nghiên cứu về thời điểm bắt đầu kích thích: kích thích buồng trứng pha hoàng thể bắt đầu bằng việc sử dụng gonadotropin từ ngày 17 đến ngày 21 của chu kỳ kinh, được đề xuất cho những bệnh nhân bị giảm dự trữ buồng trứng hoặc hủy chu kỳ trước đó do không đáp ứng. Kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên ở bất kỳ giai đoạn nào của chu kỳ, ban đầu được

áp dụng cho mục đích bảo tồn khẩn cấp khả năng sinh sản trước khi bắt đầu điều trị ung thư. Nghiên cứu trên nhóm phụ nữ không ung thư, kích thích buồng trứng khởi đầu ngẫu nhiên (giai đoạn nang noãn sớm, giai đoạn nang noãn muộn hoặc giai đoạn hoàng thể) cho thấy tổng số noãn, số noãn MII thu được trong bất kỳ giai đoạn nào của chu kỳ kinh nguyệt đều tương tự như phác đồ bắt đầu kích thích buồng trứng thông thường [3].

Các nghiên cứu về chất ức chế đỉnh LH, sự phát triển nhanh chóng của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, đặc biệt là xu hướng trữ phôi toàn bộ là cơ sở đề xuất phác đồ kích thích buồng trứng sử dụng progestin (Progestin primed ovarian stimulation/PPOS). Progestin được sử dụng thay thế cho GnRH đối vận để ngăn đỉnh LH sớm trong quá trình kích thích buồng trứng [4]. Nghiên cứu trên phụ nữ vô sinh có dự trữ buồng trứng bình thường, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng năm 2023 báo cáo phác đồ PPOS có tỷ lệ sinh sống tương tự như phác đồ GnRH đối vận, ngoài ra cũng ghi nhận số lượng noãn và phôi thu được tương đương nhau. Hơn nữa, khả năng ngăn ngừa rụng trứng sớm của progestin đường uống cũng được phát hiện là tương tự như GnRH đối vận [5].

Nghiên cứu về phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS): trong trường hợp bảo tồn khả năng sinh sản khẩn cấp, kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên thường được khuyến nghị, do đó Huang và CS lần đầu tiên nghiên cứu phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS) các trường hợp bảo tồn khả năng sinh sản. Sau khi hồi cứu 86 chu kỳ thu noãn, trong đó 56 chu kỳ là GnRH đối vận bắt đầu ngẫu nhiên và 30 chu kỳ là PPOS bắt đầu ngẫu nhiên, kết quả không có sự khác biệt đáng kể về số ngày kích thích, tổng liều gonadotropin và số lượng noãn trưởng thành và số phôi nang đông lạnh. Bệnh cạnh đó ghi nhận số lần nhập viện để theo dõi thấp hơn đáng kể ở nhóm PPOS [6].

Hiện nay, có rất ít nghiên cứu về phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS) trên nhóm đối tượng phụ nữ vô sinh. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này trên nhóm phụ nữ vô sinh có dự trữ buồng trứng bình thường, từ đó cung cấp bằng chứng về hiệu quả của phác đồ Random-start PPOS trong điều trị vô sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Thu tuyển các

cặp vợ chồng vô sinh trong độ tuổi sinh sản được điều trị thụ tinh trong ống nghiệm tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội - Học viện Quân y và Bệnh viện nam học và hiếm muộn Việt Bỉ từ tháng 01/2024 - 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Sử dụng phác đồ Random-start PPOS;
- + Dự trữ buồng trứng bình thường;
- + Trữ phôi toàn bộ;
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Vô sinh do yếu tố nam;
- + Có dự định chuyển phôi tươi;
- + Lạc nội mạc tử cung/u ở buồng trứng;
- + β hCG > 5mIU/mL.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

2.3. Các bước tiến hành

Tiêu chuẩn xác định dự trữ buồng trứng bình thường: độ dài chu kỳ kinh nguyệt đều đặn (từ 21 – 35 ngày) [7], AMH huyết thanh > 1,1 ng/ml, 5 – 20 AFC [5], [8]. Những bệnh nhân mắc buồng trứng đã nang được chẩn đoán theo đồng thuận Rotterdam. Giảm dự trữ buồng trứng được xác định khi số lượng nang thứ cấp (AFC) < 5 và/hoặc AMH < 1,1 ng/ml [7].

Kích thích buồng trứng: tiêm FSH tái tổ hợp hàng ngày với liều cố định, bắt đầu vào bất cứ thời điểm nào của chu kỳ kinh nguyệt: pha nang trứng sớm: bắt đầu từ ngày 4 - 7 chu kỳ kinh, đường kính nang trứng lớn nhất <12 mm và estradiol ≥ 75 pg/ml; pha nang trứng muộn: bắt đầu từ ngày 8 chu kỳ kinh, đường kính nang trứng lớn nhất ≥ 13 mm và có nồng độ progesterone huyết thanh < 2 ng/ml; pha hoàng thể: bắt đầu bằng nang hoàng thể có thể nhìn thấy trên siêu âm ngã âm đạo hoặc progesterone huyết thanh ≥ 3 ng/ml. Liều gonadotropin cá thể hóa phụ thuộc vào tuổi, dự trữ buồng trứng, tiền sử điều trị của từng người bệnh. Progestin uống (Utrogestan 200mg, Besins) từ ngày đầu tiên kích thích buồng trứng [3].

Siêu âm: theo dõi sự phát triển của nang trứng, bắt đầu từ ngày 6 tiêm gonadotropin.

Gây trưởng thành và phóng noãn: GnRH đồng vận tiêm dưới da bụng.

Chọc hút trứng: tiến hành dưới hướng dẫn của đầu dò âm đạo.

Đánh giá số lượng và chất lượng noãn: tiến hành dưới kính hiển vi soi nổi theo đồng thuận Alpha.

Nuôi phôi và đánh giá số lượng phôi nang: theo tiêu chuẩn Gardner.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu thu thập vào bệnh án nghiên cứu và được nhập vào phần mềm Excel và phân tích bằng STATA 16.0. Kết quả được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và tỉ lệ phần trăm.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức Học viện Quân y thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Điểm lâm sàng và dự trữ buồng trứng của đối tượng nghiên cứu (n=50)

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Tuổi (năm)	33,46 $\pm$ 5,76	21	44
Chiều cao (cm)	157,24 $\pm$ 4,06	150	168
Cân nặng (kg)	54,53 $\pm$ 6,32	44	72
BMI (kg/m ²)	22,09 $\pm$ 2,78	17,85	29,58
AMH (ng/mL)	3,89 $\pm$ 2,35	1,11	8,89
AFC (follicle)	12,50 $\pm$ 4,33	5	19

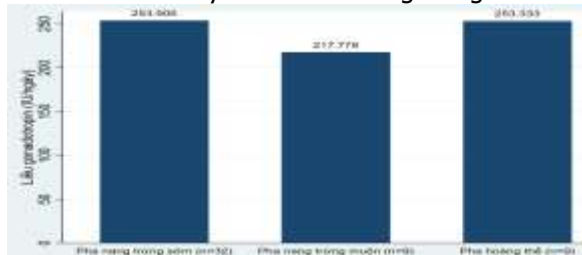
Bảng 1 trình bày đặc điểm lâm sàng và dự trữ buồng trứng của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=50). Tuổi trung bình của người bệnh là 33,46 $\pm$ 5,76 năm, cho thấy nhóm nghiên cứu nằm trong độ tuổi sinh sản. Chỉ số BMI trung bình là 22,09 $\pm$ 2,78 kg/m², nằm trong giới hạn bình thường. Về dự trữ buồng trứng, nồng độ AMH trung bình là 3,89 $\pm$ 2,35 ng/mL và số lượng nang thứ cấp (AFC) trung bình là 12,50 $\pm$ 4,33 nang, xác nhận nhóm đối tượng có dự trữ buồng trứng bình thường, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu.

Bảng 2. Thay đổi nội tiết tố ở người bệnh vô sinh nữ tham gia nghiên cứu (n=50)

Đặc điểm	Ngày bắt đầu KTBT	Ngày trigger
Progesterone (ng/ml)	0,89 $\pm$ 1,65	4,14 $\pm$ 2,31
Estradiol (pg/ml)	44,88 $\pm$ 18,52	5596,18 $\pm$ 3549,53
FSH (mIU/ml)	6,61 $\pm$ 2,02	20,07 $\pm$ 7,28
LH (mIU/ml)	6,31 $\pm$ 4,77	11,55 $\pm$ 6,83

Bảng 2 cho thấy sự thay đổi nồng độ nội tiết huyết thanh người bệnh vô sinh nữ từ thời điểm bắt đầu kích thích buồng trứng đến ngày gây trưởng thành noãn. Nồng độ estradiol tăng từ 44,88 $\pm$ 18,52 pg/mL lên 5596,18 $\pm$ 3549,53 pg/mL, phản ánh sự phát triển của nang trứng dưới tác dụng của gonadotropin. Đồng thời, nồng độ progesterone tăng từ 0,89 $\pm$ 1,65 ng/mL lên 4,14 $\pm$ 2,31 ng/mL, mức tăng này xác nhận hiệu quả của progestin trong việc ức chế đỉnh LH sớm,

từ đó kiểm soát quá trình phóng noãn và đảm bảo an toàn cho chu kỳ kích thích buồng trứng.



Biểu đồ 1. Liên quan giữa thời điểm kích thích buồng trứng và liều gonadotropin

Liều gonadotropin được cá thể hóa dựa trên từng người bệnh và không thay đổi trong quá trình kích thích buồng trứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều gonadotropin trung bình được sử dụng để kích thích buồng trứng trong pha nang trứng sớm, pha nang trứng muộn và pha hoàng thể tương đối cao, lần lượt là 253,906, 217,778 và 253,333 IU/ngày.

3.2. Kết quả tạo phôi nang của phác đồ

Bảng 4. Liên quan giữa thời điểm kích thích buồng trứng và số lượng noãn, phôi thu được

Kết quả	Nang trứng sớm	Nang trứng muộn	Hoàng thể
Nang trứng $\geq 14\text{mm}$	$12,03 \pm 6,48$	$16,78 \pm 8,81$	$13,78 \pm 7,96$
Estradiol ngày trigger (pg/ml)	$4660,17 \pm 2925,57$	$8006,67 \pm 4308,81$	$6513,70 \pm 3801,28$
Tổng số noãn	$10,28 \pm 7,17$	$12,44 \pm 6,35$	$10,22 \pm 9,65$
Noãn MII	$7,19 \pm 5,49$	$8,89 \pm 5,60$	$7,78 \pm 7,12$
Số noãn thụ tinh	$5,28 \pm 4,03$	$6,89 \pm 5,55$	$5,89 \pm 5,78$
Số phôi nang	$3,25 \pm 2,78$	$4,33 \pm 3,24$	$4,33 \pm 3,91$

Bảng 4 so sánh các kết quả chính của phác đồ theo thời điểm bắt đầu kích thích buồng trứng (pha nang trứng sớm, pha nang trứng muộn, và pha hoàng thể). Cung cấp bằng chứng rằng việc bắt đầu kích thích buồng trứng ngẫu nhiên ở bất kỳ thời điểm nào trong chu kỳ kinh nguyệt đều có thu được noãn trưởng thành noãn thụ tinh và phôi nang. Tuy nhiên, cần có phân tích thống kê sâu hơn để xác nhận liệu các khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê hay không.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và dự trữ buồng trứng của nhóm đối tượng nghiên cứu phản ánh quần thể bệnh nhân vô sinh phù hợp để đánh giá hiệu quả của phác đồ kích thích buồng trứng mới. Với độ tuổi trung bình $33,46 \pm 5,76$ năm và BMI trung bình $22,09 \pm 2,78 \text{ kg/m}^2$, nhóm nghiên cứu có tình trạng sức khỏe chung thuận lợi. Quan trọng hơn, giá trị AMH trung bình là $3,89 \pm 2,35 \text{ ng/mL}$ và AFC trung bình $12,50 \pm 4,33$ nang, đây là nhóm đối tượng có dự trữ buồng trứng bình thường theo tiêu chuẩn chặt chẽ dựa trên những đồng thuận trước đó. Tiêu chuẩn xác định dự trữ buồng trứng bình thường trong

KTBT bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin

Bảng 3. Kết quả kích thích buồng trứng phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin

Kết quả	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn
Liều gonadotropin (IU/ngày)	$247,30 \pm 52,35$
Tổng liều Gonadotropin (IU)	$2403,80 \pm 622,58$
Nang trứng $\geq 14\text{mm}$	$13,20 \pm 7,28$
Estradiol ngày trigger (pg/ml)	$5596,18 \pm 3549,53$
Tổng số noãn	$10,66 \pm 7,42$
Noãn MII	$7,60 \pm 5,73$
Số noãn thụ tinh	$5,68 \pm 4,59$
Số phôi nang	$3,64 \pm 3,06$

Kết quả kích thích buồng trứng được tóm tắt trong Bảng 3. Phác đồ này cho thấy hiệu quả tốt với việc thu được trung bình $10,66 \pm 7,42$ tổng số noãn, trong đó có $7,60 \pm 5,73$ noãn trưởng thành (MII). Về kết quả phôi, nghiên cứu ghi nhận trung bình $5,68 \pm 4,59$ noãn thụ tinh và $3,64 \pm 3,06$ phôi nang.

nghiên cứu của chúng tôi là: độ dài chu kỳ kinh nguyệt đều đặn (từ 21 – 35 ngày) [7], AMH huyết thanh $> 1,1 \text{ ng/mL}$, 5 – 20 AFC [5], [8]. Sự đồng nhất này cho phép đánh giá một cách khách quan hiệu quả của phác đồ Random-start PPOS, giảm thiểu các yếu tố nhiễu từ tình trạng dự trữ buồng trứng bất thường, qua đó củng cố tính chính xác và giá trị khoa học của kết quả nghiên cứu.

Trên thế giới, nghiên cứu đầu tiên của Huang và CS (2022) hồi cứu 86 chu kỳ kích thích buồng trứng, trong đó 56 chu kỳ là GnRHanta bắt đầu ngẫu nhiên và 30 chu kỳ là PPOS bắt đầu ngẫu nhiên để bảo tồn khả năng sinh sản. Tuy nhiên, chỉ có 37 người bệnh nhóm GnRHanta và 16 người bệnh nhóm PPOS tiếp tục tạo phôi nang, kết quả số phôi nang trung bình 2 nhóm lần lượt là 2,8 và 2,3 phôi ($p=0,551$). Kết quả này thấp hơn so với số phôi nang tạo được trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $3,64 \pm 3,06$ phôi. Thêm vào đó, ghi nhận sự khác biệt về liều gonadotropin trong nghiên cứu của chúng tôi là $247,30 \pm 52,35$ và tổng liều $2403,80 \pm 622,58$ thấp hơn so với nghiên cứu của Huang là $2512,9 \pm 100,2$ [6].

Để đồng nhất đối tượng nghiên cứu, chúng tôi trước tiên đánh giá hiệu quả phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS) trên nhóm đối tượng phụ nữ vô sinh có dự trữ buồng trứng bình thường. Kết quả số noãn trưởng thành (MII) trung bình là $7,60 \pm 5,73$, số noãn thụ tinh trung bình là $5,68 \pm 4,59$ và số phôi nang trung bình là $3,64 \pm 3,06$. So sánh với các phác đồ KTBTV truyền thống bắt đầu vào ngày 2 hoặc 3 của chu kỳ kinh, kết quả này tương đồng với các báo cáo trên thế giới. Năm 2023, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên nhóm phụ nữ có dự trữ buồng trứng bình thường đã số lượng noãn thu được của phác đồ PPOS tương tự như phác đồ GnRH đối vận tương đương nhau lần lượt là $8,13 \pm 4,66$ và $7,49 \pm 4,23$; số lượng phôi phân cắt thu được của phác đồ PPOS tương tự như phác đồ GnRH đối vận tương đương nhau lần lượt là $4,60 \pm 2,58$ và $4,44 \pm 2,03$ phôi [5].

Một trong những phát hiện quan trọng nhất của nghiên cứu là không có sự khác biệt đáng kể về hiệu quả (số lượng noãn, phôi) khi bắt đầu kích thích buồng trứng ở các pha chu kỳ khác nhau (pha nang trứng sớm, pha nang trứng muộn, và pha hoàng thể). Điều này cho phép bác sĩ lâm sàng bắt đầu điều trị ngay khi người bệnh sẵn sàng, không cần phải chờ đợi đến ngày thứ 2-3 của chu kỳ kinh nguyệt như các phác đồ truyền thống. Sự linh hoạt này đặc biệt hữu ích cho các trường hợp cần điều trị khẩn cấp hoặc các bệnh nhân có lịch trình bận rộn, giúp rút ngắn thời gian chờ đợi và giảm gánh nặng tâm lý cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ Random-start PPOS là cho thấy sự hiệu quả và an toàn cho phụ nữ vô sinh có dự trữ buồng trứng bình thường. Phác đồ này không chỉ mang lại kết quả thu nhận noãn và phôi tương đương với các phác đồ phổ biến hiện nay, mà còn cho phép bắt đầu kích thích buồng

trứng linh hoạt ở bất kỳ thời điểm nào của chu kỳ kinh nguyệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Venetis C.A., Storr A., Chua S.J. và cộng sự.** (2023). What is the optimal GnRH antagonist protocol for ovarian stimulation during ART treatment? A systematic review and network meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 29(3), 307–326.
2. **Kadoura S., Alhalabi M., và Nattouf A.H.** (2022). Conventional GnRH antagonist protocols versus long GnRH agonist protocol in IVF/ICSI cycles of polycystic ovary syndrome women: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*, 12(1), 4456.
3. **Pereira N., Voskuilen-Gonzalez A., Hancock K. và cộng sự.** (2017). Random-start ovarian stimulation in women desiring elective cryopreservation of oocytes. *Reprod Biomed Online*, 35(4), 400–406.
4. **Wang Y., Chen Q., Wang N. và cộng sự.** (2016). Controlled Ovarian Stimulation Using Medroxyprogesterone Acetate and hMG in Patients With Polycystic Ovary Syndrome Treated for IVF: A Double-Blind Randomized Crossover Clinical Trial. *Medicine (Baltimore)*, 95(9), e2939.
5. **Ye H., Shi L., Quan X. và cộng sự.** (2024). Cumulative live birth rate of in vitro fertilization cycle via progestin-primed ovarian stimulation versus gonadotropin-releasing hormone antagonist protocol in infertile women with normal ovarian reserve: an open-label, randomized controlled trial. *Hum Fertil Camb Engl*, 27(1), 2316005.
6. **Huang H., Itaya Y., Samejima K. và cộng sự.** (2022). Usefulness of random-start progestin-primed ovarian stimulation for fertility preservation. *J Ovarian Res*, 15.
7. **Zhou R., Dong M., Huang L. và cộng sự.** (2023). Comparison of cumulative live birth rates between progestin-primed ovarian stimulation protocol and gonadotropin-releasing hormone antagonist protocol in different populations. *Front Endocrinol*, 14, 1117513.
8. **Xu S., Wang X., Zhang Y. và cộng sự.** (2023). Comparison the effects of progestin-primed ovarian stimulation (PPOS) protocol and GnRH-a long protocol in patients with normal ovarian reserve function. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol*, 39(1), 2217263.