

không có mối liên quan với mức độ bệnh mày đay mạn tính và kết quả tại bảng 3.5 cho thấy nồng độ đồng huyết thanh không có mối liên quan với mức độ bệnh mày đay mạn tính.

Như vậy, nồng độ kẽm huyết thanh của bệnh nhân mày đay mạn tính giảm so với nhóm người khỏe, nhưng sự giảm này không liên quan đến mức độ nặng nhẹ của bệnh.

**V. KẾT LUẬN**

- Nồng độ kẽm huyết thanh của bệnh nhân mày đay mạn tính ( $0,62 \pm 0,09$  mg/l) giảm so với nhóm đối chứng ( $0,70 \pm 0,11$  mg/l).

- Không có mối liên quan giữa giảm nồng độ kẽm huyết thanh với mức độ bệnh mày đay mạn tính.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Hon KL, Leung AKC, Ng WGG, Loo SK.** Chronic Urticaria: An Overview of Treatment and Recent Patents. *IAD.* 2019;13(1):27-37.

doi:10.2174/1872213X13666190328164931  
 2. **Chasapis CT, Loutsidou AC, Spiliopoulou CA, Stefanidou ME.** Zinc and human health: an update. *Arch Toxicol.* 2012;86(4):521-534. doi:10.1007/s00204-011-0775-1  
 3. **Matushevskaya EV, Vladimirova EV, Svirshchevskaya E.** Atopic dermatitis and the role of zinc in maintaining skin barrier properties. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya.* 2020; 19:297. doi:10.17116/klinderma202019031297  
 4. **Lella ED, Dell'Anna ML, Buttari B, Cristaudo A.** Ruolo dello zinco nella modulazione della risposta immune nella dermatite da contatto da nichel. *Annali Italiani di Dermatologia Allergologica Clinica e Sperimentale.* 2003;57(2-3):82-87.  
 5. **Bonaventura P, Benedetti G, Albarède F, Miossec P.** Zinc and its role in immunity and inflammation. *Autoimmun Rev.* 2015;14(4):277-285. doi:10.1016/j.autrev.2014.11.008  
 6. **Lapi F, Cassano N, Pegoraro V, et al.** Epidemiology of chronic spontaneous urticaria: results from a nationwide, population-based study in Italy. *Br J Dermatol.* 2016;174(5):996-1004. doi:10.1111/bjd.14470

**NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ AIP Ở BỆNH NHÂN BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH**

**Nguyễn Văn Sơn<sup>1</sup>, Trần Đức Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Diễm<sup>1</sup>, Phạm Vũ Thu Hà<sup>1</sup>, Phạm Đức Minh<sup>1</sup>, Phạm Thị Huế<sup>1</sup>**

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Khảo sát chỉ số AIP (Atherogenic Plasma Index) và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** 50 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính và 30 người được chụp động mạch vành bình thường, tham gia nghiên cứu từ 12/ 2021 đến 9/ 2022. Tính chỉ số tác nhân xơ vữa trong huyết tương (AIP) theo công thức dựa trên kết quả xét nghiệm. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm BTTMCBMT là  $67,30 \pm 10,48$ , nhóm không BTTMCBMT là  $64,7 \pm 10,08$ . Giá trị trung vị của AIP ở nhóm bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính lần lượt là  $0,34$  ( $0,11 - 0,51$ ) cao hơn so với nhóm chứng  $0,18$  ( $-0,43 - 0,37$ ) với  $p > 0,05$ . Giá trị trung vị của AIP của nam  $0,33$  ( $0,11 - 0,51$ ) thấp hơn so với nữ  $0,35$  ( $0,1 - 0,6$ ) không có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Trong nhóm BTTMCBMT mạn tính, giữa nhóm có và không có đái tháo đường, chỉ số AIP khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) nhưng không có sự khác biệt với hút thuốc lá, tăng huyết áp và RLLP máu. Chưa thấy sự khác biệt có ý

nghĩa chỉ số AIP giữa các mức độ đau ngực theo phân độ CCS, giữa 2 nhóm suy tim và không suy tim. **Kết luận:** Chỉ số AIP không có sự khác biệt giữa hai nhóm. AIP có mối liên quan với tình trạng có đái tháo đường hoặc không đái tháo đường. Tuy nhiên, không có sự liên quan tới tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác gồm hút thuốc lá, tăng huyết áp và RLLP máu. Mối liên hệ giữa AIP và tình trạng đau ngực hay suy tim cũng chưa được ghi nhận.

**Từ khóa:** Rối loạn lipid máu, chỉ số tác nhân xơ vữa trong huyết tương (AIP), bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính

**SUMMARY**

**EVALUATION OF ATHEROGENIC PLASMA INDEX IN RELATION TO CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH STABLE ISCHEMIC HEART DISEASE**

**Objectives:** To assessment of Atherogenic Plasma Index (AIP) in relation to clinical, subclinical features in stable ischemic heart disease (IHD). **Patients and methods:** 50 patients with stable IHD and 30 individuals underwent calculated according to the formula based on test results. **Results:** At baselines, the mean age of group stable IHD was  $67.30 \pm 10.48$  and the group non – IHD was  $64.7 \pm 10.08$ . The median value of AIP in group stable IHD was  $0,34$  ( $0,11 - 0,51$ ) higher than control group  $0,18$  ( $-0,43 - 0,37$ ) with  $p > 0,05$ , respectively. Median of

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sơn  
 Email: drson.hvqy103@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 28.9.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 15.11.2022  
 Ngày duyệt bài: 29.11.2022

VAI of males 0,33 (0,11 - 0,51) was lower than females 0,35 (0,1 - 0,6), non – significant  $p > 0,05$ . In participants with and without diabetes, there was statistically significant different in VAI between groups,  $p < 0.05$  but not in smoking, hypertension and dyslipidemia. No significant differences were observed among patients levels of chest pain by Canadian coronary score (CCS) and between two groups of heart failure (HF) and non – HF. **Conclusion:** In conclusion, AIP index showed no difference between the two groups. AIP is only observed associated with diabetes or non-diabetic status. There was no relation with age, sex and other cardiovascular risk factors including smoking, hypertension and dyslipidemia as well as chest pain or heart failure has not been established.

**Keywords:** Atherogenic plasma index, stable ischemic heart disease.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (BTTMCBMT) là bệnh thường gặp, nhất là ở các nước phát triển và có xu hướng gia tăng nhanh ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Béo phì và rối loạn lipid máu là những yếu tố nguy cơ đã biết của bệnh tim mạch, có thể dễ dàng phòng ngừa và thay đổi được [1] [4]. Rối loạn lipid máu là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với sự tiến triển của các biến cố tim mạch như đột quỵ, bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim và bệnh mạch máu ngoại vi [1]. Việc sử dụng LDL-C (Low Density Lipoprotein-Cholesterol) đơn lẻ hoặc HDL-C (High Density Lipoprotein-Cholesterol) đơn thuần là không đủ để dự đoán nguy cơ tim mạch, các nghiên cứu đã chứng minh rằng khi các thông số lipid thông thường (TG-Triglycerid, HDL-C, LDL-C và TC- Total Cholesterol) vẫn ở mức bình thường, thì các tỷ lệ lipid như chỉ số tác nhân xơ vữa trong huyết tương (AIP- Atherogenic Index of Plasma) là lựa chọn góp phần trong việc dự đoán nguy cơ phát triển các biến cố tim mạch và đánh giá hiệu quả điều trị. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về chỉ số AIP ở bệnh nhân BTTMCBMT cũng như sự liên quan của nó với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở BTTMCBMT. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu chỉ số AIP ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính" với hai mục tiêu sau:

- Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ số AIP ở bệnh nhân bệnh tim thiếu

máu cục bộ mạn tính.

- Tìm hiểu mối liên quan giữa chỉ số với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**2.1.1. Nhóm nghiên cứu:** gồm 50 BN người được chẩn đoán BTTMCBMT tại Trung tâm tim mạch – Bệnh viện quân y 103 từ 12/2021 – 9/2022.

#### \*Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 18 tuổi
- Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (chẩn đoán xác định bằng chụp động mạch vành qua da).
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

**\*Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, suy gan, xơ gan mất bù, bệnh lý ác tính hoạt động.

- Hồ sơ bệnh án không đủ nghiên cứu.

**2.1.2. Nhóm đối chứng:** 30 đối tượng được lựa chọn tương xứng với nhóm nghiên cứu về tuổi, chiều cao, cân nặng và các yếu tố nguy cơ.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn.** Các BN có chỉ định chụp ĐMV và kết quả chụp ĐMV không có hẹp  $\geq 50\%$  đường kính lòng mạch tại thời điểm nghiên cứu.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ.** Có các tiêu chuẩn loại trừ tương tự nhóm bệnh

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, có đối chứng. Chọn cỡ mẫu thuận tiện

- Địa điểm: Khoa Can thiệp tim mạch – Bệnh viện quân y 103

#### 2.2.2. Các bước tiến hành:

- Tất cả BN của 2 nhóm đều được khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định (chụp động mạch vành qua da là tiêu chuẩn bắt buộc)

- Tính chỉ số AIP:

$AIP = \log_{10}(\text{triglyceride} / \text{HDL cholesterol})$

**2.2.3. Xử lý số liệu:** Các thông tin thu được từ nghiên cứu được nhập và xử lý số liệu theo thuật toán thống kê y sinh học dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Phân bố tuổi và giới đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm BTTMCBMT (n = 50)		Nhóm đối chứng (n = 30)		p
	n	(%)	n	(%)	
Nam	35	70	20	66,7	0,47

Nữ	15	30	10	33,3	
Tuổi trung bình (X ± SD)	67,30 ±10,48		64,7 ±10,08		0,63

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng là tương đương nhau (p > 0,05). Tỷ lệ nam giới ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn không có ý nghĩa so với nhóm đối chứng (p > 0,05).

**Bảng 3.2. Một số yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu**

Yếu tố nguy cơ	Nhóm BTTMCBMT (n = 50)		Nhóm đối chứng (n = 30)		p
	n	%	n	%	
Nghiện thuốc lá	18	36	8	20	0,096
THA	50	100	33	82,5	0,002
Đái tháo đường	9	18	7	17,5	0,951
RLLP máu	50	100	38	95	0,11

Trong các yếu tố nguy cơ, THA là yếu tố nguy cơ chiếm nhiều nhất của cả 2 nhóm. Các yếu tố nguy cơ giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa (p > 0,05).

**Bảng 3.3. Một số đặc điểm lâm sàng của 2 nhóm**

Đặc điểm	Nhóm BTTMCBMT (n = 50)		Nhóm không BTTMCBMT (n = 30)		p
	Trung vị (KTPV) hoặc n (%)		Trung vị (KTPV) hoặc n (%)		
Chiều cao (m)	163,5 (155 - 168)		160 (153,75 - 168,5)		0,77
Cân nặng (kg)	60 (55 - 67)		58 (53 - 65)		0,34
BMI (kg/m.m)	23,1 (22,1 - 24,4)		22,245 (21,44 - 23,59)		0,11
HA tâm thu (mmHg)	130 (120 - 145)		126,5 (120 - 140)		0,33
HA tâm trương (mmHg)	80 (70 - 90)		80 (75 - 80)		0,68
HA trung bình (mmHg)	97 (89,25 - 107,25)		94,16 (90,84 - 102,09)		0,7
Tần số tim (chu kì/ phút)	75 (67 - 88)		80 (74,75 - 93)		0,03
Đau ngực	48 (96%)		24 (80%)		0,02
Suy tim	12 (24%)		5 (16,7%)		0,44

Các đặc điểm lâm sàng giữa nhóm không BTTMCBMT và nhóm BTTMCBMT không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05), trừ tần số tim và tình trạng đau ngực lâm sàng của 2 nhóm có sự khác biệt (p < 0,05).

**Bảng 3.4. Đặc điểm AIP ở đối tượng nghiên cứu**

Chỉ số	Nhóm BTTMCBMT (n = 50)	Nhóm đối chứng (n = 30)	p
AIP	0,34 (0,11 - 0,51)	0,18 (-0,43 - 0,37)	0,1

Chỉ số AIP nhóm BTTMCBMT cao hơn không ý nghĩa so với nhóm chứng, (p < 0,05).

**Bảng 3.5. Liên quan giữa AIP với tuổi, giới tính**

Chỉ tiêu	AIP		p
	≤ 60 (n = 12)	> 60 (n = 38)	
Tuổi	0,97	0,35 (0,12-0,52)	0,97
Giới	Nam (n = 35)	0,33 (0,11 - 0,51)	0,25
	Nữ (n = 15)	0,35 (0,1 - 0,6)	

Chỉ số AIP giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa (p > 0,05). Chỉ số AIP của nữ cao hơn so với nam không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**Bảng 3.6. Liên quan giữa AIP với các yếu tố nguy cơ tim mạch**

Chỉ tiêu	AIP		p
	Không (n = 0)	Có (n = 50)	
Tăng huyết áp	Không (n = 41)	0,34 (0,11-0,51)	0,03
	Có (n = 9)	0,06 (-0,03-0,24)	
Rối loạn lipid	Không (n = 0)	0,34 (0,11-0,51)	0,37
	Có (n = 50)	0,32 (0,08 - 0,5)	
Hút thuốc lá	Không (n = 18)	0,38 (0,14 - 0,6)	0,37
	Có (n = 32)	0,38 (0,14 - 0,6)	

Trong nhóm BTTMCB mạn tính, giữa nhóm có và không có đái tháo đường, chỉ số AIP khác biệt có ý nghĩa (p < 0,05), 3 yếu tố nguy cơ còn lại không thấy sự khác biệt có ý nghĩa (p > 0,05).

**Bảng 3.7. Mối liên quan giữa AIP với mức độ đau ngực theo CCS**

Chỉ số	CCS	Không đau ngực (n = 2)	Độ I (n = 0)	Độ II (n = 27)	Độ III (n = 21)	Độ IV (n = 0)	p
AIP		0,285 (0,0-0,52)		0,41 (0,2-0,5)	0,22 (0,09-0,51)		0,47

Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa của các chỉ số AIP giữa các mức độ đau ngực theo phân độ CCS ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.8. Liên quan giữa AIP với tình trạng suy tim, chỉ số Dd và rối loạn vận động vùng**

Chỉ tiêu		AIP	p
Suy tim	Không suy tim (n=38)	0,35 (0,11 - 0,51)	0,67
	Suy tim (n = 12)	0,24 (0,1 - 0,51)	
Dd	Dd ≤ 50 mm (n = 33)	0,31 (0,1 - 0,5)	0,81
	Dd > 50 mm (n = 17)	0,35 (0,12 - 0,54)	
Rối loạn vận động vùng	Không rối loạn vận động vùng (n=27)	0,31 (0,05 - 0,51)	0,76
	Giảm và mất vận động (n=23)	0,35 (0,12 - 0,52)	

Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa của các chỉ số AIP giữa 2 nhóm suy tim và không suy tim, giữa BN có Dd ≤ 50 mm và BN Dd > 50 mm ( $p > 0,05$ ), giữa có rối loạn vận động vùng hay không ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi gồm 50 BN BTTMCB mạn tính và 30 BN ở nhóm đối chứng có kết quả chụp ĐMV bình thường. Đặc điểm chung về tuổi, giới của 2 nhóm tương đương nhau (bảng 3.1). Tác giả Namita Mahalle và cs, tuổi trung bình của nhóm BTTMCB mạn tính là  $60,9 \pm 12,4$  tuổi, không có sự khác biệt ở nam và nữ [6]. Trong nghiên cứu của Namita Mahalle và cs, ở 300 BN BTTMCBMT, không có sự khác biệt về tuổi và giới tính theo mức độ nặng của bệnh mạch vành [7]. Các yếu tố nguy cơ đóng vai trò rất quan trọng đối với bệnh ĐMV nói riêng và bệnh lý tim mạch nói chung. Bảng 3.2 cho thấy ở cả 2 nhóm, trong các yếu tố nguy cơ tim mạch, THA và RLLP máu là yếu tố nguy cơ chiếm nhiều nhất (đều trên 85%), còn ĐTD typ 2 chiếm tỷ lệ thấp nhất (18% ở nhóm BTTMCBMT và 13.3% ở nhóm chứng). Tỷ lệ yếu tố THA ở nhóm BTTMCBMT cao hơn nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ các yếu tố nghiện thuốc lá, rối loạn lipid máu và ĐTD typ 2 ở nhóm BTTMCBMT tương đương so với nhóm không BTTMCBMT ( $p > 0,05$ ). Trong nghiên cứu của Phạm Vũ Thu Hà, THA cũng là yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất 82,9% ở BN bệnh ĐMV mạn tính [3]. Một số đặc điểm về lâm sàng của nhóm BTTMCB mạn tính và nhóm không BTTMCBMT như chiều cao, cân nặng, BMI, HA tâm thu, HA tâm trương, HA trung bình và tình trạng suy tim của 2 nhóm là tương đương nhau ( $p > 0,05$ ), riêng tần số tim và tình trạng đau ngực có sự khác nhau ( $p < 0,05$ ). Theo Phạm Vũ Thu Hà và cộng sự, HA tâm thu, tâm trương và tần số tim của nhóm chứng (130 mmHg; 80 mmHg; 79,5 chu kỳ/phút) và nhóm bệnh (125mmHg; 75

mmHg; 81 chu kỳ/phút) tương tự nhau ( $p > 0,05$ ) [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm Cholesterol, HDL, LDL giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Xét nghiệm Triglyceride ở nhóm BTTMCBMT cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Xuân, nhóm BN bệnh ĐMV mạn tính tỷ lệ rối loạn lipid máu cao hơn so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ) [2]. Chỉ số AIP không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Điều này có thể là do kích thước của mẫu nghiên cứu là tương đối nhỏ. Theo tác giả Yitian Zheng và cs, nghiên cứu trên 5538 BN, nhóm có chỉ số AIP cao có tỷ lệ tổn thương CTO cao hơn và điểm Syntax cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có chỉ số AIP thấp. Tuy nhiên, số BN bị tổn thương cả 3 mạch chính, số lượng stent được sử dụng và đường kính stent thì không có khác biệt giữa nhóm có chỉ số AIP cao và nhóm có chỉ số AIP thấp. Siêu âm tim ở BN có chỉ số AIP thấp có chỉ số EF cao hơn có ý nghĩa so với BN có chỉ số AIP cao ( $p = 0,003$ ), số lượng biến cố tim mạch lớn cũng hay gặp hơn ở nhóm chỉ số AIP cao so với nhóm chỉ số AIP thấp sau 2 năm theo dõi [8]. Ở BN BTTMCB mạn tính, giữa nhóm có và không có đái tháo đường, chỉ số AIP thấy sự khác biệt có ý nghĩa. Trong nghiên cứu của Behrooz Hamzeh và cs, những người có chỉ số AIP cao hơn bị THA, RLLP máu, hội chứng chuyển hóa và bệnh tim mạch nhiều hơn đáng kể so với những người có chỉ số AIP thấp [5]. Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa của các chỉ số VAI giữa các mức độ đau ngực theo phân độ CCS. Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa của các chỉ số VAI giữa 2 nhóm suy tim và không suy tim.

## V. KẾT LUẬN

Chỉ số AIP không có sự khác biệt giữa hai nhóm. AIP có mối liên quan với tình trạng có đái tháo đường hoặc không đái tháo đường. Tuy nhiên, không có sự liên quan tới tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác gồm hút thuốc lá, tăng huyết áp và RLLP máu. Mối liên hệ giữa AIP và tình trạng đau ngực hay suy tim cũng chưa được ghi nhận.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế**, Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành 2020: p. tr. 54
- Nguyễn Thanh Xuân**, Nghiên cứu mối liên quan giữa mức độ tổn thương động mạch vành với một số yếu tố nguy cơ tim mạch. Tạp chí y - dược học quân sự, 2014. **Số 1-2014**.
- Phạm Vũ Thu Hà**, "Nghiên cứu sự biến đổi chỉ số tương hợp thất trái – động mạch ở người mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính trước và sau can thiệp động mạch vành qua da" Luận án tiến sĩ y học, 2021.
- Calabrò, P., et al.**, Epidemiology and Management of Patients With Acute Coronary Syndromes in Contemporary Real-World Practice: Evolving Trends From the EYESHOT Study to the START-ANTIPLATELET Registry. *Angiology*, 2018. **69**(9): p. 795-802.
- Hamzeh, B., et al.**, Visceral adiposity index and atherogenic index of plasma as useful predictors of risk of cardiovascular diseases: evidence from a cohort study in Iran. *Lipids Health Dis*, 2021. **20**(1): p. 82.
- Mahalle, N., et al.**, Study of pattern of dyslipidemia and its correlation with cardiovascular risk factors in patients with proven coronary artery disease. *Indian J Endocrinol Metab*, 2014. **18**(1): p. 48-55.
- Mahalle, N., et al.**, Association of metabolic syndrome with severity of coronary artery disease. *Indian J Endocrinol Metab*, 2014. **18**(5): p. 708-14.
- Zheng, Y., et al.**, Atherogenic index of plasma for non-diabetic, coronary artery disease patients after percutaneous coronary intervention: a prospective study of the long-term outcomes in China. *Cardiovasc Diabetol*, 2022. **21**(1): p. 29.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ NHÓM U XƠ - VỎ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thanh Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Lý Linh<sup>2</sup>

**Từ khoá:** u đệm dây sinh dục buồng trứng, u xơ-vỏ buồng trứng, u tế bào vỏ buồng trứng, u xơ buồng trứng.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị nhóm u xơ-vỏ buồng trứng tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả bệnh nhân u xơ, u tế bào vỏ, hoặc u xơ-vỏ buồng trứng đã được phẫu thuật và xét nghiệm mô bệnh học tại bệnh viện K từ tháng 2016 đến 2020. **Kết quả:** Có 43 bệnh nhân, trong đó nhóm u tế bào vỏ chiếm 81,4%. Độ tuổi trung bình là 52,6 ± 13,7 (từ 16 - 81 tuổi), gặp nhiều nhất ở tuổi mãn kinh (62%). Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng hạ vị (74,4%). Kích thước u trung bình là 11,8 cm (từ 3,5 - 25 cm). Đặc điểm u trên siêu âm phần lớn là khối đặc và giảm âm. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, bao gồm: phẫu thuật bóc u (27,9%), cắt phần phụ 1 bên (20,9%), cắt phần phụ 2 bên (25,6%), hoặc cắt tử cung toàn bộ và 2 phần phụ (25,6%). **Kết luận:** U xơ-vỏ buồng trứng là tít mô bệnh học hiếm gặp, thuộc nhóm u đệm dây sinh dục lành tính. Bệnh thường gặp ở độ tuổi mãn kinh. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính cho loại mô học này.

### SUMMARY

#### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF OVARIAN FIBROMA-THECOMA GROUPS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Purpose:** We aimed to assess the clinical, paraclinical features, and treatment strategy of ovarian thecoma-fibroma groups. **Materials and Methods:** Medical records of 43 cases diagnosed ovarian fibromas, thecomas, or fibro-thecomomas from 2016 through 2020 in Vietnam National Cancer Hospital were reviewed retrospectively. **Results:** Patients with mean age of 52.6±13.7 (range :16-81 years old) were reviewed, 62% of cases were postmenopausal. The mean diameter of tumor was 11.8 cm (range: 3.5-25cm). On ultrasonography, the majority of masses were solid and hypoechoic. Surgery was the main treatment, including: tumorectomy (27.9%), unilateral salpingo-oophorectomy (20.9%), bilateral salpingo-oophorectomy (25.6%), or a total hysterectomy and bilateral salpingo - oophorectomy (25.6%). **Conclusion:** Ovarian fibro-thecomomas are uncommon, belong to benign sex cord-stromal tumors. These lesions often occur in postmenopausal patients. Surgery is the main treatment of this tumors.

**Keywords:** ovarian sex cord-stromal tumors,

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022