

2. Angelopoulou E., Paudel Y. N., Papageorgiou S. G. and Piperi C. Environmental Impact on the Epigenetic Mechanisms Underlying Parkinson's Disease Pathogenesis: A Narrative Review. *Brain Sci.* (2022); 12(2):175.
3. Goetz C. G., Fahn S., Martinez-Martin P. and et al. Movement disorder society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): Process, format, and clinimetric testing plan. *Journal of Movement Disorders.* (2007); 22(1): 41-47.
4. Mehanna R., Jankovic J. Young-onset Parkinson's disease: Its unique features and their impact on quality of life. *Parkinsonism & Related Disorders.* (2019); 65: 39-48.
5. Posta B., Heuvela L., Prooije T. and et al. Young Onset Parkinson's Disease: A Modern and Tailored Approach. *Journal of Parkinson's Disease.* (2020); 10(s1): 29-36.
6. Postuma R. B., Berg D., Stern M. and et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord.* (2015); 30(12): 1591-1601.
7. Tai N. T., Uyen N. L. H., Tuan M. N. and et al. The effect of Non-Motor symptoms on Health-Related quality of life in patients with young onset Parkinson's Disease: A single center Vietnamese Cross-Sectional study. *Clinical Parkinsonism & Related Disorders.* (2021); 5: 1-6.
8. Wang C., Zhou C., Guo T. and et al. Association between cigarette smoking and Parkinson's disease: A neuroimaging study. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders.* (2022); 15: 1-12.

## ĐẶC ĐIỂM THAI TRỨNG BÁN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Hoàng Thị Ánh Tuyết<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Lam<sup>2</sup>, Cao Hữu Thịnh<sup>3</sup>,  
Bùi Lâm Thương<sup>1</sup>, Trần Minh Hùng<sup>2</sup>, Võ Minh Tuấn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Thai trứng bán phần (TTBP) được hiểu là ít nguy cơ trở thành ác tính bởi khả năng diễn tiến đến tân sinh nguyên bào nuôi (TSNBN) thấp. Đến nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu thực hiện về đối tượng TTBP và với cỡ mẫu chưa đủ lớn. Việc hiểu biết về tỷ suất diễn tiến thành TSNBN và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân TTBP sau hút nạo giúp ích cho việc tư vấn, điều trị dự phòng và theo dõi tốt hơn. **Mục tiêu:** Xác định tỷ suất diễn tiến thành TSNBN và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân TTBP. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 372 bệnh nhân TTBP sau hút nạo tại bệnh viện Từ Dũ từ 01/2020 đến 12/2021. **Kết quả:** Sau 1 năm theo dõi, có 21 bệnh nhân diễn tiến thành TSNBN, tỷ suất diễn tiến thành TSNBN là 5.7% (KTC 95%: 3.5-8.4). Thời gian diễn tiến thành TSNBN trung bình là 4,67±2,23 tuần, cao nhất ở thời điểm 3-6 tuần sau hút nạo và không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện sau 8 tuần hút nạo. Sau phân tích đa biến, tỷ suất TSNBN cao hơn ở bệnh nhân có tiền căn sảy thai/bỏ thai (HR=2,84 KTC 95%: 1.05-7.69). **Kết luận:** Tỷ suất diễn tiến thành TSNBN ở bệnh nhân sau hút nạo TTBP là 5.7%. Tiền sử sảy thai/bỏ thai là yếu tố liên quan đến TSNBN khi làm gia tăng nguy cơ diễn tiến thành TSNBN ở bệnh nhân TTBP lên 2.84 lần.

**Từ khóa:** thai trứng bán phần, tân sinh nguyên bào nuôi.

### SUMMARY

#### FEATURES OF PARTIAL HYDATIDIFORM MOLE PATIENTS AT TU DU HOSPITAL

**Background:** Partial hydatidiform mole (PHM) are undertood to be at low risk of becoming malignancy because of the low likelihood of progression to gestational trophoblastic neoplasia (GTN). In Viet Nam, there has been few studies of PHM with small sample size. Acknowledging rate of postmolar GTN in PHM patients improves consultation, prophylactic treatment and follow-up. **Objectives:** The study aimed to determine the gestational trophoblastic neoplasia (GTN) rate and associated factors associated of partial hydatidiform mole (PHM). **Methods:** This is a retrospective cohort study with 370 patients who were diagnosed PHM based on histology by uterine evacuation at Tu Du hospital from 01/2020 to 12/2021. **Results:** Followed-up by 1 year, 21 patients developed GTN, the incidence of GTN was 5.7% (95%CI: 3.5-8.4). The median time progressed GTN was 4,67±2,23 weeks. The highest rate of GTN was recognized at the third a sixth week after evacuation. Applying multivariate model, the rate of GTN was significantly higher in group of patients who had history of miscarriage/abortion (HR=2.84 95%CI:1.05-7.69). **Conclusions:** The rate of postmolar GTN in PHM patients was 5.7%. Patients who had history of miscarriage/abortion were 2.84 times more likely to develop GTN than patients who did not.

**Keywords:** partial hydatidiform mole, gestational trophoblastic neoplasia.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai trứng bán phần (TTBP) được hiểu là ít nguy cơ trở thành ác tính bởi khả năng diễn tiến đến tân sinh nguyên bào nuôi (TSNBN) thấp. Tỷ suất diễn tiến thành TSNBN ở bệnh nhân sau TTBP theo y văn thế giới khoảng 4-6% và rất

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Từ Dũ

<sup>3</sup>Bệnh viện An Sinh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhantuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

hiếm di căn<sup>1,2</sup>. Tuy tỷ suất này nhỏ hơn nhiều so với thai trứng toàn phần nhưng đối với kết cục diễn tiến tới nhóm bệnh lý ác tính thì khả năng này là không thể bỏ qua. Hóa trị dự phòng và cắt tử cung dự phòng có thể giảm nguy cơ diễn tiến thành TSNBN tuy nhiên hiệu quả còn gây tranh cãi và không thể thay thế quá trình theo dõi hậu thai trứng một cách chặt chẽ. Việc hiểu biết về tỷ suất diễn tiến thành TSNBN và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân TTBP sau hút nạo giúp ích cho việc tư vấn, điều trị dự phòng và theo dõi tốt hơn.

Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ mắc thai trứng cao. Hàng năm, bệnh viện Từ Dũ tiếp nhận 800-1000 trường hợp thai trứng. Tính riêng TTBP, trong vòng 3 năm từ 01/2019 đến 12/2022 bệnh viện đã tiếp nhận 815 trường hợp. Đến nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu thực hiện về TTBP và với cỡ mẫu chưa đủ lớn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này.

**Mục tiêu nghiên cứu:** *Xác định tỷ suất diễn tiến thành TSNBN và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân TTBP.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là TTBP dựa trên kết quả giải phẫu bệnh được theo dõi và điều trị tại khoa Ung Bướu Phụ Khoa bệnh viện Từ Dũ từ 01/2020 đến 12/2021.

**Tiêu chuẩn nhận vào:** giải phẫu bệnh sau hút nạo là TTBP, không có bằng chứng của xâm lấn tại chỗ hoặc di căn, được theo dõi theo phác đồ bệnh viện Từ Dũ trong 1 năm hoặc đến khi hết bệnh (tối thiểu 6 tháng cho sau khi  $\beta$ hCG về âm tính đối với TTBP nguy cơ thấp và 12 tháng đối với TTBP nguy cơ cao).

**Tiêu chuẩn loại trừ:** có thai trong quá trình theo dõi, cắt tử cung vì nguyên nhân khác không phải bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ trong quá trình theo dõi, bệnh nhân bỏ theo dõi, hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Đoàn hệ hồi cứu

**Cỡ mẫu:** Công thức ước lượng tỷ lệ trong quần thể với độ chính xác tuyệt đối

$$n \geq \frac{Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}^2 \cdot P \cdot (1-P)}{d^2}$$

**Trong đó:** n là cỡ mẫu tối thiểu để đảm bảo năng lực mẫu cho mục tiêu.

Chọn  $\alpha=0.05 \rightarrow Z=1.96$  (với khoảng tin cậy 95%). d là độ chính xác tuyệt đối 5%.

Theo nghiên cứu của Lavie (2005), tỷ lệ diễn tiến thành TSNBN ở các trường hợp TTBP là 4%<sup>1</sup>. Vì vậy, chúng tôi chọn  $P=0,04$  và cỡ mẫu

tối thiểu cho nghiên cứu này là  $n \geq 369$  trường hợp thai trứng bán phần.

**Biên số nghiên cứu:** TSNBN được chẩn đoán theo tiêu chuẩn FIGO 2000 bao gồm:  $\beta$ hCG tăng >10% qua 3 lần xét nghiệm liên tiếp trong 2 tuần (ngày 1,7,14),  $\beta$ hCG bình nguyên qua 4 lần xét nghiệm liên tiếp trong 3 tuần (ngày 1,7,14,21), chẩn đoán giải phẫu bệnh là ung thư nguyên bào nuôi.

Thời gian TSNBN (tuần) được tính từ thời điểm hút nạo đến lúc chẩn đoán TSNBN.

### Phương pháp thực hiện

**Chọn mẫu toàn bộ:** Dựa vào danh sách bệnh nhân TTBP từ sổ ghi chép kết quả giải phẫu bệnh của khoa từ 01/2020 đến 12/2021, thu thập thông tin bệnh nhân và số hồ sơ. Từ đó lọc tìm hồ sơ bệnh án bao gồm bệnh án nội trú và bệnh án ngoại trú tại kho lưu trữ hồ sơ của bệnh viện Từ Dũ dựa theo tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

Dữ liệu thu thập theo bảng thu thập số liệu, bao gồm: thông tin dịch tễ học, đặc điểm TTBP, biện pháp điều trị sau hút nạo, quá trình theo dõi, thời điểm chẩn đoán TSNBN.

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng phương pháp bảng sống để ước tính tỷ suất TSNBN tích lũy. So sánh thời gian sống còn giữa hai nhóm bằng hàm Logrank. Xác định mối liên quan giữa các yếu tố với TSNBN bằng mô hình hồi quy Cox đơn biến và đa biến. Các biến số trong mô hình hồi quy Cox đa biến có giá trị  $p < 0.25$  trong phân tích đơn biến. Ý nghĩa thống kê được xác định khi  $p < 0.05$ .

**Giấy phép y đức:** Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Từ Dũ thông qua theo biên bản chấp nhận cho phép nghiên cứu khoa học số 2042/BVTD-HĐĐĐ

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 370 bệnh nhân TTBP được chẩn đoán trong khoảng 01/2020 đến 12/2021 tại bệnh viện Từ Dũ, có 21 bệnh nhân diễn tiến thành TSNBN. Các đặc điểm dịch tễ học được trình bày trong Bảng 1. Các bệnh nhân có độ tuổi từ 17-56 tuổi, trung bình độ tuổi là  $32.9 \pm 7.7$ , trung vị là 31 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân chưa từng sinh con chiếm tỷ lệ cao (39.9%). Gần một nửa số bệnh nhân có tiền căn sảy thai/bỏ thai (44.6%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ra huyết âm đạo (33.0%) và đau bụng (18.6%). Nồng độ  $\beta$ hCG trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 316.000 mUI/mL, đa số bệnh nhân có nồng độ  $\beta$ hCG trong máu ở mức >100.000

mUI/mL (57.8%). Hầu hết bệnh nhân TTBP được phân loại nguy cơ thấp theo WHO 1983 (85.4%). Trong phân tích ban đầu giữa các nhóm, TSNBN khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các nhóm: bệnh

nhân >40 tuổi, có tiền căn sẩy thai/bỏ thai, βhCG tại thời điểm chẩn đoán >100.000 mUI/mL và nguy cơ theo phân loại thấp theo WHO 1983.

**Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng bệnh nhân TTBP**

Đặc điểm		Tổng N(%)	Lui bệnh N=249(%)	TSNBN N=2 (%)	p*
Tuổi	<30	133(35.9)	130(97,7)	3(2,3)	0.21
	30-40	171(46.3)	160(93,6)	11(6,4)	
	>40	66(17.8)	59(89,4)	7(10,6)	
Số lần sinh	Chưa sinh	145(39.2)	140(96.6)	5(3.4)	0.49
	1 lần	127(34.3)	119(93.7)	8(6.3)	
	≥2 lần	98(26.5)	90(91.8)	8(8.2)	
Tiền căn sẩy thai/bỏ thai	Không	205(55.4)	199(97.1)	6(2.9)	0.04
	Có	165(44.6)	150(90.9)	15(9.1)	
Ra huyết	Không	248(67.0)	237(95.6)	11(4.4)	0.44
	Có	122(33.0)	112(91.8)	10(8.2)	
βhCG thời điểm chẩn đoán	<100.000 mUI/mL	156(42.2)	152(97.4)	4(2.6)	0.11
	≥100.000 mUI/mL	214(57.8)	197(92.1)	17(7.9)	
Phân loại nguy cơ	Thấp	316(85.4)	303(95.9)	13(4.1)	0.12
	Cao	54(14.6)	46(85.2)	8(14.8)	

p\*: phép kiểm Logrank

Các bệnh nhân được theo dõi trong vòng 1 năm, tỷ suất TSNBN tích lũy sau 4 tuần và 8 tuần là 3.0% và 5.7%. Thời gian chẩn đoán trung bình là 4,67±2,23 tuần, sớm nhất là 1 tuần và trễ nhất là 8 tuần sau hút nạo. Tỷ lệ phát hiện TSNBN cao nhất ở thời điểm 3-6 tuần sau hút nạo, đỉnh điểm là tuần thứ 4 và không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện sau 8 tuần hút nạo (Bảng 2).

**Bảng 2. Tỷ suất TSNBN theo thời gian**

Thời gian (tuần)	Không TSNBN	TSNBN	Ước tính tỷ suất tích lũy TSNBN (KTC 95%)
1	370	1	0.3(0-0.60)
2	369	0	0.3(0-0.60)
3	369	2	0.8(0.10-1.50)
4	367	8	3.0(1.5-4.5)
5	359	3	3.8(1.8-5.8)

6	356	6	5.4(2.7-8.1)
7	350	0	5.4(2.7-8.1)
8	349	1	5.7(2.7-8.7)

Trong mô hình hồi quy Cox đa biến, chúng tôi ghi nhận duy nhất 1 yếu tố liên quan đến TSNBN đó là tiền sử sẩy thai/bỏ thai (Bảng 3). Bệnh nhân TTBP có tiền sử này gia tăng nguy cơ diễn tiến thành TSNBN cao gấp 2.84 lần so với bệnh nhân không có tiền sử này (HR=2,84 KTC 95%: 1.05-7.69). Năm yếu tố còn lại bao gồm: bệnh nhân >40 tuổi, tiền sử sinh con, triệu chứng ra huyết âm đạo, βhCG tại thời điểm chẩn đoán >100.000 mUI/mL và nguy cơ theo phân loại thấp theo WHO 1983 khi thực hiện phân tích trong mô hình Cox đa biến thì không còn có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nguy cơ diễn tiến TSNBN.

**Bảng 3. Mối liên quan giữa các yếu tố và TSNBN**

Yếu tố		Mô hình hồi quy Cox: Hazard Ratio (KTC 95%)			
		Đơn biến	p**	Đa biến	p***
Tuổi	<30	1		1	
	30-40	2.9(0.81-10.4)	0.10	3.04(0.71-13.1)	0.14
	>40	4.87(1.26-18.8)	0.02	2.91(0.55-15.5)	0.21
Số lần sinh	Chưa sinh	1		1	
	1 lần	1.83(0.60-5.60)	0.29	1.57(0.40-6.17)	0.52
	≥2 lần	2.38(0.78-7.28)	0.13	1.47(0.50-4.37)	0.49
Tiền căn sẩy thai/bỏ thai	Không	1		1	
	Có	3.20(1.24-8.23)	0.016	2.84(1.05-7.69)	0.04
Ra huyết	Không	1		1	
	Có	1.88(0.80-4.44)	0.15	1.43(0.58-3.56)	0.44

βhCG thời điểm chẩn đoán	<100.000 mUI/mL ≥100.000 mUI/mL	1 3.17(1.07-9.42)	0.04	1 2.64(0.82-8.51)	0.11
Phân loại nguy cơ	Thấp Cao	1 3.79(1.57-9.14)	0.003	1 2.57(0.78-8.54)	0.12

*p\*\**: mô hình hồi quy Cox đơn biến; *p\*\*\**: mô hình hồi quy Cox đa biến

**IV. BÀN LUẬN**

Tỷ suất diễn tiến thành TSNBN trong nghiên cứu này là 21/370 tương ứng với 5.7%, tương đương với các nghiên cứu nước ngoài trên đối tượng TTBP, cụ thể tỷ suất TSNBN trong nghiên cứu của Lavie<sup>1</sup> là 4.0% và Feltrate<sup>2</sup> là 5.6%. Tỷ suất này thấp hơn nhiều lần khi so với các nghiên cứu cả trong nước và ngoài nước trên nhóm bệnh nhân thai trứng nói chung. Cụ thể, tỷ suất diễn tiến thành TSNBN trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Mai<sup>3</sup> thực hiện tại bệnh viện Từ Dũ là 17.3%, gấp khoảng 3 lần nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ Quốc Huy<sup>4</sup> là 19.5%, cao gấp 3.4 lần. Nghiên cứu đa trung tâm của Bakhtiyari<sup>5</sup> là 18,6% ở nhóm thai trứng nguy cơ cao và 13.3% ở nhóm thai trứng nguy cơ thấp, lần lượt hơn gấp 3.3 lần và 2.3 lần. Như vậy, tỷ suất thành TSNBN ở bệnh nhân TTBP dao động trong khoảng 4-6%, thấp hơn khoảng 3 lần so với bệnh nhân thai trứng nói chung.

Sau khi phân tích đa biến, chúng tôi thu được duy nhất một yếu tố liên quan đến TSNBN ở bệnh nhân sau hút nạo TTBP, đó là tiền sử sảy thai/bỏ thai. Cụ thể, tiền sử sảy thai/bỏ thai là yếu tố làm gia tăng nguy cơ diễn tiến thành TSNBN gấp 2.84 lần so với bệnh nhân không có tiền sử này. Yếu tố này đã được đề cập trong nhiều y văn nghiên cứu về TSNBN ở bệnh nhân TTBP. Nghiên cứu bệnh chứng đa trung tâm của Messerli trên 190 trường hợp TSNBN và 189 trường hợp trong nhóm chứng<sup>6</sup>, kết quả chỉ ra tiền căn sảy thai có OR=2.32 với p=0.02. Một nghiên cứu thực hiện tại Đại học Lausanne, Ý của Parazzini (1991) trên 49 bệnh nhân TTBP và trên 139 bệnh nhân TTTP chỉ ra rằng các bệnh nhân TTBP nếu có tiền căn sảy thai thì có nguy cơ diễn tiến thành TSNBN tăng gấp 2 lần<sup>7</sup>. Tương tự TTBP, các nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân thai trứng nói chung cũng chỉ ra tiền sử sảy thai/bỏ thai là yếu tố liên quan TSNBN với khả năng gia tăng nguy cơ gấp 2.53 lần theo Bakhtiyari<sup>5</sup> và 1.6 lần theo Nguyễn Thị Kim Mai<sup>3</sup>. Như vậy, có thể thấy rằng tiền căn sảy thai/bỏ thai là một yếu tố nguy cơ diễn tiến thành TSNBN ở các bệnh nhân không chỉ TTBP mà còn thai trứng nói chung. Điều này được Messerli lý giải trong nghiên cứu của mình rằng những bệnh nhân TSNBN hậu thai trứng có những đặc điểm

di truyền nhất định tương tự với những bệnh nhân có tiền căn sảy thai. Baltazar cũng nêu ra giả thuyết rằng ung thư nguyên bào nuôi có nguồn gốc từ một gen khiếm khuyết, tạo ra những noãn bào bệnh lý<sup>8</sup>.

**Hạn chế của nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu đoàn hệ cứu hồi cứu do vậy mà không tránh khỏi những sai sót liên quan đến truy lục hồ sơ chẳng hạn như thiếu thông tin cần thiết, thất lạc hồ sơ, sai lầm trong diễn giải các ghi chép. Bên cạnh đó một số biến mang tính chủ quan ở bệnh nhân như ngày kinh chót, các triệu chứng đau bụng, buồn nôn, mệt mỏi hay mang tính chủ quan ở người thực hành lâm sàng như kích thước tử cung. Tất cả những hạn chế trên đều có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

**Tính ứng dụng của nghiên cứu:** Một số quan điểm trước đây cho rằng TTBP là dạng bệnh lý nguyên bào nuôi có tính chất lành tính khi mà đại thể giải phẫu bệnh, diễn tiến thai kỳ, nồng độ beta-HCG có nhiều điểm khác biệt so với TTTP. Nghiên cứu của chúng tôi là một trong số không nhiều nghiên cứu chỉ đơn thuần trên nhóm bệnh nhân TTBP đã chỉ ra rằng đây hoàn toàn là bệnh lý có tiềm năng ác tính cao với tỷ lệ diễn tiến thành TSNBN là 5,7%, tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới. Do vậy góp phần bác bỏ quan điểm nêu trên cũng như cung cấp thêm thông tin cho các nhà thực hành lâm sàng trong tư vấn, quản lý bệnh nhân TTBP.

**V. KẾT LUẬN**

Tỷ suất diễn tiến thành TSNBN ở bệnh nhân TTBP là 5.7%. Tiền sử sảy thai/bỏ thai là yếu tố liên quan đến TSNBN khi làm gia tăng nguy cơ diễn tiến thành TSNBN ở bệnh nhân TTBP lên 2.84 lần. Do đó trong thực hành lâm sàng cần tư vấn về tỷ lệ cao diễn tiến thành tân sinh nguyên bào nuôi sau hút nạo thai trứng bán phần đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao, trong đó bao gồm các bệnh nhân có tiền căn sảy thai/bỏ thai. Không được hiểu nhầm TTBP là hoàn toàn lành tính. Đồng thời cần đảm bảo quy trình quản lý các trường hợp hậu thai trứng bán phần một cách chặt chẽ từ chẩn đoán bệnh lý TSNBN đến điều trị và theo dõi sát.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Lavie I., Rao G.G., Castrillon D.H., Miller DS,

- Schorge JO.** Duration of human chorionic gonadotropin surveillance for partial hydatidiform moles. American journal of obstetrics and gynecology. May 2005;192(5):1362-4. doi:10.1016/j.ajog.2004.12.080
- Feltmate C.M., Growdon W.B., Wolfberg A.J., et al.** Clinical characteristics of persistent gestational trophoblastic neoplasia after partial hydatidiform molar pregnancy. The Journal of reproductive medicine. 2006;51(11):902-906.
  - Nguyễn Thị Kim Mai, Trần Lê Thuý (2020),** Diễn tiến nồng độ  $\beta$ HCG sau hút nạo thai trứng theo các hình thái lâm sàng của bệnh lý nguyên bào nuôi. Luận án Thạc sĩ y học, Đại học Y Dược TP.HCM.
  - Nguyễn Vũ Quốc Huy.** Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của bệnh thai trứng và giá trị của  $\beta$ HCG trong tiên lượng bệnh thai trứng. Tạp chí Phụ Sản. 2013;11(4):45-49.
  - Bakhtiyari M., Mirzamoradi M., Kimyaiee P., et al.** Postmolar gestational trophoblastic neoplasia: beyond the traditional risk factors. Fertility and sterility. 2015;104(3):649-654.
  - Messerli M.L., A.M. L, Parmley T, Woodruff J.D., Rosenshein N.B.** Risk factors for gestational trophoblastic neoplasia. American journal of obstetrics and gynecology. 1985;153(3):294-300.
  - Parazzini F, Mangili G, La Vecchia C, et al.** Risk factors for gestational trophoblastic disease: a separate analysis of complete and partial hydatidiform moles. Obstetrics & Gynecology. 1991;78(6):1039-1045.
  - Baltazar J.C.** Epidemiological features of choriocarcinoma. Bull World Health Organ. 1976; 54(5):523.

## ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI ĐƠN VỊ HÔ HẤP - BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Võ Phạm Minh Thư<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Kiên<sup>1</sup>, Trát Quốc Trung<sup>2</sup>,  
Trần Trọng Anh Tuấn<sup>2</sup>, Nguyễn Ngọc Thành Long<sup>2</sup>,  
Phan Việt Hưng<sup>1</sup>, Lâm Văn Phú<sup>3</sup>, Nguyễn Thế Bảo<sup>1</sup>,  
Nguyễn Hoàng Phúc<sup>4</sup>, Trần Xuân Quỳnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ngưng thở tắc nghẽn là tình trạng ngưng hô hấp lặp đi lặp lại xảy ra trong khi ngủ, biểu hiện thường gặp là ngủ ngáy, buồn ngủ ban ngày, được xác định bằng đa kí giấc ngủ hoặc đa kí hô hấp khi chỉ số ngưng thở - giảm thở AHI > 5/ giờ. Tại Việt Nam, ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ vẫn chưa được quan tâm và chẩn đoán đúng mức. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Khảo sát đặc điểm nhân trắc, bệnh đồng mắc ở bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ khám ngoại trú tại Đơn vị Hô hấp – Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ có và không có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) đồng mắc; (2) Khảo sát mức độ nặng của triệu chứng hô hấp, mức độ tắc nghẽn đường dẫn khí, đặc điểm điều trị thuốc đường phun hít ở bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ đồng mắc BPTNMT; (3) Xác định mối tương quan giữa mức độ nặng của ngưng thở tắc nghẽn và một số đặc điểm của bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đối tượng

tham gia là người có nguy cơ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (ngáy hoặc buồn ngủ ban ngày), khám ngoại trú tại Đơn vị hô hấp – Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** 48 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nguy cơ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ kèm BPTNMT (gọi là nhóm COSA, n = 30), nguy cơ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ đơn thuần (gọi là nhóm ROSA, n = 18). Bệnh nhân ở nhóm COSA có nhiều bệnh đồng mắc hơn nhóm ROSA (điểm Charlson lần lượt là 2,33 và 1,17). Ở nhóm COSA, 100% bệnh nhân khó thở mạn tính với mMRC trung bình là  $2,83 \pm 0,75$ , FEV<sub>1</sub> trung bình là  $60,07 \pm 23,09\%$ , tỉ lệ bệnh nhân có điều trị thuốc hô hấp dạng hít là 86%. Tỉ lệ OSA ở nhóm COSA là 90%, nhóm ROSA là 88,9%. AHI tương quan có ý nghĩa thống kê với chỉ số BMI, vòng cổ, điểm STOP-BANG, điểm ngáy SSS, spO<sub>2</sub> thấp nhất (r = 0,45, 0,43, 0,46, 0,44, -0,69). Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là yếu tố nguy cơ của OSA (OR = 1,125). **Kết luận:** Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là tình trạng cần được tầm soát ở bệnh nhân BPTNMT và có thể dự đoán bằng một số yếu tố gồm BMI, vòng cổ, điểm STOP-BANG, điểm ngáy SSS. **Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA), Đa kí hô hấp, AHI.

### SUMMARY

#### OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA IN OUTPATIENTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL – AN OBSERVATIONAL STUDY

**Background:** Obstructive sleep apnea (OSA) is a

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Trung tâm Y tế huyện Châu Thành, tỉnh Sóc Trăng

<sup>4</sup>Đại học VinUni

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Quỳnh

Email: txquynh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023