

55,6% và 41,7%. Kích thước dọc trung bình của khối u trên siêu âm là  $34,7 \pm 13,4$  mm. 94,4% BN được cắt thận niệu quản toàn bộ, có 2 BN được cắt thận đơn thuần, 1 BN được cắt đoạn niệu quản đơn thuần. Thời gian trung bình của phẫu thuật là  $104,1 \pm 27,6$  phút, ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 180 phút. Chỉ có 1 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật chiếm 2,8%. Trong số 36 BN sau mổ còn 34 BN liên lạc được, số bệnh nhân đã chết là 3/36 trường hợp (chiếm 8,3%). Số bệnh nhân còn sống là 33 BN, chiếm 91,7%. Có 2/26 bệnh nhân có tái phát tại bàng quang. Đã được xử trí cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản trái ra da. Không phát hiện bệnh nhân nào có dấu hiệu di căn khối u.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Triều (2007). Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Chiche R, Boccon - Gibod L, Dalian D, et al (1982). Upper tract urothelial tumors: diagnostic efficiency of radiology and urinary cytology. J Urol, 8(3), 145.
3. Lê Ngọc Từ, Nguyễn Thế Trường, Nguyễn Hữu Triều (2001). Nhận xét đặc điểm lâm sàng và điều trị phẫu thuật ung thư bể thận, Tóm tắt báo cáo Hội nghị khoa học của nghiên cứu sinh, Trường đại học Y Hà Nội.
4. Mazeman E. (1972), "Les tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure: Calices, bassinet, uretère", Rapport de I'A.F.U., 66<sup>e</sup> session, Masson, Paris.
5. Nguyễn Phương Hồng, Nguyễn Quang, Nguyễn Phúc Cường và Nguyễn Sỹ Lành (2003). Chẩn đoán và xử trí UTBM đường tiết niệu trên (nhân 25 trường hợp), Ngoại khoa, 53, 4, 18-24.
6. Nguyễn Phương Hồng (2016). Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô nguyên phát đường tiết niệu trên tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Lê Văn Long (2018). Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
8. Nguyễn Duy Trí Dũng. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2020.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH BẰNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THEO PHÂN LOẠI CAD - RADS

Trần Minh Hoàng<sup>1</sup>, Trương Thị Phương Thảo<sup>1</sup>, Nguyễn Bá Ngọc<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm tổn thương động mạch vành trên bệnh nhân đái tháo đường bằng cắt lớp vi tính theo phân loại CAD-RADS. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 67 bệnh nhân đái tháo đường được chụp cắt lớp vi tính mạch vành tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh mạch vành là 71,6%. Trong đó bệnh nhân tổn thương hẹp nhiều nhánh động mạch vành chiếm ưu thế hơn so với tổn thương hẹp một nhánh động mạch vành; hẹp động mạch liên thất trước (LAD) phổ biến nhất; mức độ hẹp < 50% (CAD - RADS < 3) có tỷ lệ tương đương mức độ hẹp ≥ 50% (CAD - RADS ≥ 3). Màng xơ vữa vôi hoá chiếm đa số (58,3%). Nhóm mắc đái tháo đường ≥ 10 năm có mức độ hẹp theo phân loại CAD - RADS nặng hơn, cũng như tỷ lệ tổn thương

hiều nhánh và điểm vôi hoá mạch vành cao hơn so với nhóm mắc đái tháo đường < 10 năm. **Kết luận:** Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy vai trò quan trọng của thời gian mắc bệnh đái tháo đường đối với việc phát hiện mức độ hẹp và nguy cơ mắc bệnh mạch vành, đồng thời gợi ý tiềm năng của việc đánh giá bệnh mạch vành bằng chụp cắt lớp vi tính trên những bệnh nhân mắc đái tháo đường lâu năm.

**Từ khóa:** CAD - RADS, Đái tháo đường, Cắt lớp vi tính động mạch vành.

### SUMMARY

#### IMAGING CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY LESIONS BY COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIABETES PATIENTS ACCORDING TO CAD - RADS CLASSIFICATION

**Objectives:** To study the characteristics of coronary artery lesions in diabetes patients by computerized tomography according to CAD-RADS classification. **Subjects and methods:** A retrospective, descriptive cross-sectional study performed on 67 diabetic patients undergoing coronary computed tomography angiography at the University Medicine Center in Ho Chi Minh City from January, 2017 to December, 2021. **Result:** The rate of coronary heart disease is 71.6%. In which, patients

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Hoàng

Email: drtranminhhoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023

with coronary artery stenosis are more dominant than those with single branch coronary artery stenosis; the most common left anterior descending artery (LAD) stenosis; stenosis < 50% (CAD - RADS < 3) has the same rate as stenosis  $\geq$  50% (CAD - RADS  $\geq$  3). Calcified atherosclerotic plaque accounted for the majority (58.3%). The group with diabetes for  $\geq$  10 years had more severe CAD-RADS stenosis, as well as a higher rate of multivessel lesions and coronary calcification scores than the group with diabetes < 10 years. **Conclusion:** The results of our study demonstrate the role of duration of diabetes for detecting the degree of stenosis and the risk of CAD, and suggest a potential of evaluation CAD by Coronary Computed Tomography Angiography in patients with longer diabetes duration.

**Keywords:** CAD – RADS, Diabetes, Coronary Computed Tomography Angiography.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh mạn tính, phổ biến trên thế giới (theo thống kê của Mỹ, năm 2018, tỷ lệ mắc ĐTĐ chiếm 13% ở người trên 18 tuổi)<sup>1</sup>. Riêng tại Việt Nam những năm gần đây, tỷ lệ này đã tăng lên và ước tính khoảng 4,1% ở người trong độ tuổi 18 – 69<sup>2</sup>. Bệnh ĐTĐ đã được xác định là yếu tố nguy cơ cao của bệnh tim mạch. Theo thống kê, tỷ lệ mắc bệnh mạch vành (BMV) ở bệnh nhân đái tháo đường cao gấp 2 – 4 lần so với người bình thường. Hơn nữa, tỷ lệ tử vong do nhồi máu cơ tim trên bệnh nhân mắc đái tháo đường cao gấp 6 lần so với bệnh nhân không mắc đái tháo đường<sup>3</sup>. Điều này chủ yếu do tổn thương hẹp hoặc/ và tắc gây ra bởi những mảng xơ vữa động mạch vành<sup>4</sup>. Trên lâm sàng, thiếu máu cơ tim cục bộ ở bệnh nhân ĐTĐ có thể không có triệu chứng điển hình của cơn đau thắt ngực, nên bệnh nhân cần được theo dõi, đánh giá thường xuyên nguy cơ mắc BMV cũng như được can thiệp sớm. Mặc dù, đã có những tiến bộ trong chẩn đoán, nhưng tỷ lệ tử vong vẫn không giảm. Phải chăng, liên quan đến tiến trình bệnh như: thành phần mảng xơ vữa ĐMV; BMV im lặng (không triệu chứng lâm sàng); sự hạn chế về phương tiện, trang thiết bị và cách tiếp cận khảo sát bệnh mạch vành. Vì vậy, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) để đánh giá mảng xơ vữa động mạch vành, động mạch thủ phạm là một công cụ hữu ích phân loại nguy cơ nhằm đưa ra các biện pháp can thiệp cần thiết, hợp lý<sup>5</sup>. Tại Việt Nam, mặc dù cũng đã có nhiều nghiên cứu về đánh giá tổn thương bệnh mạch vành bằng chụp CLVT. Tuy nhiên, các nghiên cứu này hoàn toàn không tập trung nghiên cứu chỉ trên nhóm bệnh nhân mắc đái tháo đường. Vì vậy, nghiên

cứu này được thực hiện với mục tiêu: Khảo sát đặc điểm tổn thương động mạch vành trên bệnh nhân đái tháo đường bằng cắt lớp vi tính theo phân loại CAD-RADS.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Dân số chọn mẫu: Người trưởng thành được chụp CLVT động mạch vành mạch vành tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Được chẩn đoán ĐTĐ; chụp CLVT mạch vành.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các nhân bệnh không có đầy đủ hồ sơ lưu trữ; các nhân viên bệnh có thể đặt stent, phẫu thuật bắc cầu (CABG) từ trước khi chụp CLVT mạch vành.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu: Tính ước lượng dựa trên tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh mạch vành trong "nghiên cứu của tác giả Jin Jin Kim" (2015). Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{\{Z_{2\alpha} \sqrt{2pq} + Z_{2\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2}\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Với: Tỷ lệ mắc BMV của nhóm ĐTĐ < 10 năm là 69% và nhóm ĐTĐ  $\geq$  10 năm là 82% nên  $p = 0,755$  và  $q = 0,245$

$\alpha = 0,05$  thì  $Z_{2\alpha} = 1,96$

$\beta = 0,20$  thì  $Z_{2\beta} = 1,04$

Thế các giá trị vào công thức ta có:

$$n = \frac{(1.96 \times 0.26 + 1.04 \times 0.6)^2}{(0.82 - 0.69)^2} = \frac{1.13}{0.13^2}$$

Vậy cỡ mẫu  $n = 66.8$  tương đương 67 bệnh nhân.

### 2.3. Thu thập số liệu

- Hình thức: Số liệu được thu thập ở hồ sơ và hình ảnh lưu trữ của bệnh viện qua mẫu thu thập số liệu soạn sẵn dựa trên mục tiêu và các biến số trong nghiên cứu.

- **Xử lý số liệu:** Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 15. Các biến số định lượng có phân phối bình thường và được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm.

**2.4. Y đức:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Bệnh viện Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 110/ HĐĐĐ – ĐHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**  
 Dữ liệu dạng trung bình ± SD hoặc n (%).

Đặc điểm	Số lượng (n = 67)	ĐTĐ < 10 năm (n1 = 38)	ĐTĐ ≥ 10 năm (n2 = 29)
Tuổi trung bình	62,1 ± 10,9	56,2 ± 1,5	69,7 ± 1,5
<b>Giới</b>			
Nam	34(50,7)	25(65,8)	9(31,0)
Nữ	33(49,3)	13(34,2)	20(69,0)
<b>Yếu tố nguy cơ</b>			
Tăng huyết áp	47(70,2)	23(60,5)	24(82,2)
Rối loạn mỡ máu	39(58,2)	17(44,7)	22(75,9)
Hút thuốc lá	22(32,8)	14(36,8)	10(34,5)
Thừa cân	29(43,2)	11(28,9)	18(62,1)
<b>Triệu chứng lâm sàng</b>			
Đau ngực	56(79,1)	31(89,5)	22(75,9)

- Tuổi: Tuổi trung bình của đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu là 62,1 ± 10,9.
- Giới: bệnh nhân nam giới trong nghiên cứu là 34 chiếm 50,7%; bệnh nhân nữ giới trong nghiên cứu là 33 chiếm 49,3%.
- Các yếu tố nguy cơ: Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất 70,2%; tiếp đến là rối loạn lipid máu 58,2%; tiếp theo là thừa cân 43,2%. Hút thuốc lá được ghi nhận với tỷ lệ thấp nhất 32,8%.
- Đau ngực trái: Đa số bệnh nhân có triệu chứng đau ngực với 53 chiếm 79,1%; không đau ngực là 14 chiếm 20,9%.

**Bảng 2. Đặc điểm tổn thương ĐMV**

Đặc điểm	Số lượng (n = 67)	ĐTĐ < 10 năm (n1 = 38)	ĐTĐ ≥ 10 năm (n2 = 29)
Tỷ lệ mắc BMV	48(71,6)	20(52,6)	28(96,6)
<b>Điểm vôi hoá ĐMV</b>			
Điểm vôi hoá trung bình ĐMV	215,5 ± 48,8	41,0 ± 25,6	444,0 ± 92,5
< 100	46(68,7)	35(92,1)	11(37,9)
100 – 400	7(10,4)	1(2,6)	6(20,7)
> 400	14(20,9)	2(5,3)	12(41,4)
<b>Số nhánh tổn thương ĐMV</b>			
0 nhánh	19(28,4)	18(47,4)	1(3,4)
1 nhánh	18(26,8)	14(36,8)	4(13,8)
2 nhánh	9(13,4)	3(7,9)	6(20,7)
3 nhánh	21(31,3)	3(7,9)	18(62,1)
<b>Vị trí tổn thương ĐMV</b>			
Thân chung ĐMV trái (LMCA)	56(22,4)	2(5,3)	13(44,8)
ĐM liên thất trước (LAD)	44(65,7)	17(44,7)	27(93,1)
ĐM mũ trái (LCX)	24(35,8)	4(10,5)	20(69,0)
ĐMV phải (RCA)	30(44,8)	8(21,1)	22(75,9)
<b>Mức độ hẹp theo phân loại CAD - RADS</b>			
CAD – RADS 0	19(28,4)	18(47,4)	1(3,4)
CAD – RADS < 3	24(35,8)	15(39,4)	10(31,0)
CAD – RADS ≥ 3	24(35,8)	5(13,2)	19(65,6)
Mảng xơ vữa (n = 48)			
Vôi hoá	28(58,3)	10(50)	18(64,3)
Hỗn hợp	14(29,2)	5(25)	9(32,1)
Không vôi hoá	6(12,5)	5(25)	1(3,6)

- Tỷ lệ mắc bệnh mạch vành: Trong nhóm dân số nghiên cứu, đa số các bệnh nhân mắc bệnh mạch vành với tỷ lệ mắc là 48 chiếm 71,6%.
- Điểm vôi hoá mạch vành (CACs): điểm vôi hoá mạch vành trung bình chung của dân số nghiên cứu là 215,5 ± 48,8.
- Số nhánh tổn thương ĐMV: Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận tổn thương hẹp

hiều nhánh (2 nhánh, 3 nhánh) ĐMV chiếm ưu thế hơn so với tổn thương hẹp 1 nhánh ĐMV.

- Vị trí tổn thương ĐMV: Vị trí hẹp nhánh động mạch xuống trước trái (LAD) chiếm ưu thế nhiều nhất 65,7% so với hai nhánh ĐMV còn lại là ĐMV phải (RCA) (44,8%); ĐM mũ trái (LCX) (35,8%). Vị trí hẹp tại thân chung ĐMV trái có tỷ lệ thấp nhất 22,4%.

- Mức độ hẹp theo phân loại CAD - RADS: Tỷ lệ bệnh nhân CAD-RADS  $\geq 3$  và CAD-RADS  $< 3$  tương đương nhau chiếm 35,8%, bệnh nhân CAD-RADS 0 chiếm tỷ lệ thấp hơn 28,4%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tình trạng khởi phát BMV ở nam sớm hơn so với nữ. Điều này tương đồng với kết quả của tác giả Sonia S. Anand lấy dữ liệu từ nghiên cứu toàn cầu INTERHEART. Nghiên cứu này chỉ ra rằng nam giới trải qua cơn nhồi máu cơ tim đầu tiên sớm hơn phụ nữ 9 năm<sup>6</sup>. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các yếu tố nguy cơ bao gồm tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, thừa cân làm tăng tỷ lệ mắc BMV ở bệnh nhân ĐTD. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Park và cộng sự (2015) cũng nhận thấy các yếu tố nguy cơ lâm sàng đối với BMV đáng kể ở bệnh nhân ĐTD được chụp CLVT mạch vành<sup>7</sup>. Nghiên cứu này lưu ý thêm rằng thời gian mắc bệnh ĐTD là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng nhất gây ra tiến triển tổn thương động mạch vành đáng kể.

Trong nghiên cứu hồi cứu này, chúng tôi đã ghi nhận sự gia tăng đáng kể về mức độ và mức độ hẹp của BMV ở bệnh nhân mắc ĐTD  $\geq 10$  năm so với bệnh nhân mắc ĐTD  $< 10$  năm. Thêm vào đó, chúng tôi cũng nhận thấy sự gia tăng đáng kể của điểm vôi hoá mạch vành, tổn thương nhiều nhánh ĐMV ở bệnh nhân ĐTD có thời gian  $\geq 10$  năm. Kết quả về mức độ hẹp theo phân loại CAD - RADS trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của nghiên cứu được thực hiện bởi tác giả Jin Jin Kim và cộng sự. Đây là một nghiên cứu gồm hai trung tâm, tác giả khảo sát 933 bệnh nhân ĐTD bằng chụp CLVT ghi nhận nhóm mắc ĐTD  $\geq 10$  năm bệnh nhân hẹp  $\geq 50\%$  (CAD-RADS  $\geq 3$ ) chiếm đa số 49,1%<sup>8</sup>. Nghiên cứu trước đây cho thấy thời gian mắc bệnh ĐTD có liên quan trực tiếp đến các biến cố tim mạch bất lợi. Nghiên cứu về tim Framingham đã báo cáo nguy cơ mắc BMV gấp 1,38 lần và nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch cao hơn 1,86 lần cho mỗi 10 năm mắc bệnh tiểu đường trong (Fox và cộng sự)<sup>9</sup>. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mảng xơ vữa

đa số ở bệnh nhân ĐTD là vôi hoá. Điều này không nằm ngoài dự đoán của chúng tôi bởi sự vôi hóa mảng xơ vữa từ vi mô đến vĩ mô được là một dấu hiệu nổi tiếng của gánh nặng xơ vữa động mạch, đặc biệt ở những bệnh nhân mắc bệnh ĐTD<sup>10</sup>.

Để xác định mức độ hẹp của động mạch vành, nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng CLVT mạch vành, một kỹ thuật không xâm lấn cung cấp khả năng chẩn đoán để hình dung trực tiếp tình trạng hẹp động mạch vành. Về vấn đề này, nghiên cứu của chúng tôi giúp nâng cao hiểu biết và gợi ý tầm quan trọng về chẩn đoán động mạch thủ phạm, mức độ hẹp của BMV bằng chụp CLVT mạch vành để xác định những bệnh nhân ĐTD có triệu chứng có nguy cơ tim mạch cao hơn. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh tầm quan trọng của thời gian mắc bệnh tiểu đường đối với việc phát hiện mức độ hẹp và nguy cơ mắc BMV, đồng thời gợi ý lợi ích tiềm năng của việc đánh giá BMV bằng chụp CLVT ở một nhóm được chọn gồm những bệnh nhân mắc ĐTD lâu năm.

Mặc dù có một số phát hiện quan trọng và ý nghĩa lâm sàng đối với việc quản lý CAD ở bệnh nhân đái tháo đường, nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số hạn chế nhất định. Đầu tiên, bệnh nhân tự báo cáo chẩn đoán và thời gian mắc bệnh ĐTD trong khi phỏng vấn bệnh nhân vì hồ sơ lâm sàng vẫn đang được phát triển trong hệ thống y tế Việt Nam, do đó, thời gian mắc bệnh tiểu đường thiếu độ tin cậy có thể bị đánh giá thấp hoặc ước tính quá mức. Thứ hai, kích thước mẫu của nghiên cứu tương đối nhỏ. Thứ ba, có một số khác biệt về các đặc điểm cơ bản giữa hai nhóm theo số năm mắc ĐTD, điều này có thể góp phần làm tăng gánh nặng BMV cao hơn được quan sát ở những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh lâu năm. Thứ tư, thông tin về thuốc của bệnh nhân và kiểm soát đường huyết được phản ánh bởi HbA1C trong giai đoạn trước CCTA không có sẵn. Do đó, không có thông tin hợp lệ về việc kiểm soát bệnh tiểu đường theo chiều dọc hoặc thay đổi thuốc sau khi điều tra.

#### V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh tầm quan trọng của thời gian mắc bệnh ĐTD đối với việc phát hiện mức độ hẹp và nguy cơ mắc BMV, đồng thời gợi ý lợi ích tiềm năng của việc đánh giá BMV bằng chụp CLVT ở một những bệnh nhân mắc ĐTD lâu năm.

#### VI. KIẾN NGHỊ

Cần thiết có những nghiên cứu tiến cứu thực hiện trên những bệnh nhân ĐTĐ để theo dõi cũng như đánh giá nguy cơ mắc bệnh mạch vành, cũng như tìm mối tương quan với số năm mắc ĐTĐ. Đồng thời so sánh đối chiếu với kết quả chụp ĐMV xâm lấn và phân tích kết quả theo bệnh nhân, giúp xác định giá trị của chụp CLVT mạch vành trong chẩn đoán BMV một cách đầy đủ và toàn diện, nhất là trên nhóm bệnh nhân mắc ĐTĐ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH.** Global status report on noncommunicable diseases 2010. 2011.
2. **Tran Quoc Bao, Hoang Van Minh, Vu Hoang Lan, et al. e.** Risk factors for Non-Communicable Diseases among adults in Vietnam: Findings from the Vietnam STEPS Survey 2015. J Glob Health Sci 2020 Jun 2020.
3. **Joshua A. Beckman MAC,** Peter Libby Diabetes Atherosclerosis Epidemiology, Paphythosiology and Management. JAMA May 15, 2002 2002; Vol 287, No 19.
4. **Fuster V MP, Fayad ZA.** Atherothrombosis and high-risk plaque. Part I: Evolving concepts. J Am Coll Cardiol 2005; 46: pp. 937-54.
5. **Schuetz GM ZN, Schlattmann P, et al.** Meta - analysis: Non - invasive Coronary Angiography using Computed Tomography versus Magnetic Resonance Imaging. Ann Intern Med 2010 2010: pp.167-77.
6. **Anand SS, Islam S, Rosengren A, et al.** Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. European heart journal 2008; 29(7): 932-40.
7. **Park G-M, An H, Lee S-W, et al.** Risk score model for the assessment of coronary artery disease in asymptomatic patients with type 2 diabetes. Medicine 2015; 94(4).
8. **Kim J-J, Hwang B-H, Choi IJ, et al.** Impact of diabetes duration on the extent and severity of coronary atheroma burden and long-term clinical outcome in asymptomatic type 2 diabetic patients: evaluation by coronary CT angiography. European Heart Journal-Cardiovascular Imaging 2015; 16(10): 1065-73.
9. **Fox CS, Sullivan L, D'Agostino Sr RB, Wilson PW.** The significant effect of diabetes duration on coronary heart disease mortality: the Framingham Heart Study. Diabetes care 2004; 27(3): 704-8.
10. **Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K, Laakso M.** Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. New England journal of medicine 1998; 339(4): 229-34.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU LỖ XÊ MI KINH DÒNG LYMPHO BẰNG PHÁC ĐỒ FCR TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Vũ Quang Hưng<sup>1</sup>, Dương Quốc Chính<sup>1</sup>, Nguyễn Hà Thanh<sup>1</sup>,  
Bạch Quốc Khánh<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Nhật<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và kết quả điều trị bệnh Lơ xê mi kinh dòng lympho bằng phác đồ FCR tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương. Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị lần đầu bệnh Lơ xê mi kinh dòng lympho tại Viện Huyết Học - Truyền Máu Trung ương, thời gian từ 9/2016 – 6/2019 với phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiến cứu. Kết quả cho thấy tỷ lệ đáp ứng lui bệnh chung là 86,7%. Trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 66,7%; đáp ứng một phần chiếm 20%; không đáp ứng chiếm 13,3%. Tác dụng phụ huyết học như giảm số lượng Bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 70%; giảm tiểu cầu chiếm 46,7%. Các tác dụng phụ khác như buồn nôn chiếm 43,3%; nhiễm trùng chiếm 13,3%. **Từ khóa:** Lơ xê mi kinh dòng lympho, FCR.

#### SUMMARY

#### EARLY RESULTS OF THE REGIMEN FCR FOR TREATING CLL PATIENTS IN THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

The objective of this study is to evaluate the clinical characteristics, laboratory tests, and treatment results of patients with Chronic lymphocytic Leukemia (CLL) who were treated with the FCR regimen at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion (NIHBT). The study was conducted on 30 patients who were diagnosed with CLL and treated initially at NIHBT, from 9/2016 to 6/2019 and this is an intervention and prospective study. The study result showed the overall response rate was 86.7%, in which the complete response rate was 66.7%, the partial response rate was 20%, and 13.3% of patients with no response. Hematological side effects were neutropenia accounting for 70% and thrombocytopenia accounting for 46.7%. Other side effects were nausea accounting for 43.3% and infection accounting for 13.3%. **Keywords:** Chronic lymphocytic Leukemia (CLL), FCR.

<sup>1</sup>Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Hưng

Email: hungnihbt@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023