cm, nữ chưa sinh 2,90 cm và nữ đã sinh là 2,8 cm. Áp lực CTHM khi thít ngắn, thít dài và thời gian duy trì thít của CTHM đều cao hơn đáng kể ở nam giới so với nữ giới. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trước tại Việt Nam trên hệ thống máy tương tự của tác giả Đào Việt Hằng và cs (2020)[1], tác giả Bùi Thanh Tùng và cs (2020)[2] và trên hệ thống máy khác (ISOLAB) của tác giả Lê Mạnh Cường và cs (2021)[7]. Sự khác biệt về áp lực CTHM giữa hai giới có thể giải thích do sự khác nhau về khối lượng cơ, áp lực co bóp của CTHM, sự tổn thương của thần kinh thẹn khi sinh đẻ của nữ giới và BMI khác biệt giữa hai giới.

Theo phân loại Rao 2016, kết quả của chúng tôi ghi nhận RLĐVPXR type II và type I là chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó RLĐVPXR type II phổ biến hơn ở phụ nữ đã sinh đẻ, RLĐVPXR type I phổ biến hơn ở nam giới và nữ chưa sinh. Có 19,1% bệnh nhân có RLĐVPXR tuy nhiên không đủ đáp ứng các tiêu chuẩn Rao để phân type, các bệnh nhân này có lực đẩy trực tràng yếu nhưng ống hậu môn vẫn giãn đủ hoặc 3 nhịp rặn được phân ba type khác nhau. HRAM là phương pháp giúp định hướng điều trị liệu pháp biofeedback (phản hồi sinh học) để cải thiện chức năng đại tiện cho bệnh nhân. Tuy nhiên, phối hợp HRAM và biofeedback trong chẩn đoán và quản lý nhóm bệnh nhân có rối loạn chức năng hậu môn – trực tràng tại Việt Nam vẫn là hướng nghiên cứu còn thiếu nhiều dữ liệu và cần được triển khai nhiều hơn để chứng minh tính hiệu quả của nó.

V. KẾT LUẬN

RLĐVPXR type II gặp phổ biến nhất. Các ngưỡng cảm nhận trực tràng ở nhóm có rối loạn đồng vận cao hơn nhóm bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Việt Hằng, Lưu Thị Minh Huế, và Đào Văn Long**(2020), "Đánh giá áp lực cơ thắt hậu môn, ngưỡng cảm nhận trực tràng và phản xạ rặn ở những bệnh nhân có rối loạn về đại tiện", Tạp chí Khoa học và Công nghệ Vn. 62(9), pp. 20-25.
2. **Bùi Thanh Tùng, Nguyễn Thị Thanh Hương, và Đào Việt Hằng** (2020), "Đánh giá kết quả đo áp lực hậu môn trực tràng độ phân giải cao ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích thể tiêu chảy", Tạp chí Y học Việt Nam. 495, pp. 235-239.
3. **Cao Nhật Linh, Đào Việt Hằng, và Đào Văn Long** (2022), "Áp lực và tình trạng nhận cảm của cơ thắt hậu môn ở bệnh nhân rối loạn đồng vận phản xạ rặn trên đo áp lực hậu môn trực tràng độ phân giải cao", Tạp chí Nghiên cứu y học. 160 (12V1), pp. 205-211.
4. **Suares, N. C. and Ford, A. C.** (2011), "Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis", Am J Gastroenterol. 106(9), pp. 1582-91; quiz 1581, 1592.
5. **Rao, S. S. and Patcharatrakul, T.** (2016), "Diagnosis and Treatment of Dyssynergic Defecation", J Neurogastroenterol Motil. 22(3), pp. 423-35.
6. **Carrington, E. V., et al.** (2020), "The international anorectal physiology working group (IAPWG) recommendations: Standardized testing protocol and the London classification for disorders of anorectal function", Neurogastroenterol Motil. 32(1), p. e13679.
7. **Cuong, L. M., et al.** (2021), "Normal values for high-resolution anorectal manometry in healthy young adults: evidence from Vietnam", BMC Gastroenterol. 21(1), p. 295.

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI BẰNG THANG ĐIỂM CRAF

Đỗ Minh Phương[1], Nguyễn Văn Hùng[1,2], Bùi Hải Bình[2], Trần Huyền Trang[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp bằng thang điểm CRAF.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn của New York cải tiến – 1984, điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 05 năm 2023. **Kết quả**: Tỷ lệ bệnh nhân có HCDBTT chiếm 69,1%, trong đó tỷ lệ HCDBTT mức độ nhẹ 33,6%, vừa là 27,3% và nặng 8,2%. Trong 10 tiêu chí của HCDBTT theo thang điểm CRAF: hạn chế hoạt động thể chất, triệu chứng đau và đa thuốc chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là: 97,4%, 86,3%, và 69,1%. Về mối liên quan giữa mức độ HCDBTT và mức độ hoạt động bệnh: Trong nhóm bệnh hoạt động rất mạnh tỷ lệ bệnh nhân chẩn đoán HCDBTT mức độ

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Phương
Email: bsdominhphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023
Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023
Ngày duyệt bài: 14.9.2023

vừa và nặng chiếm tỷ lệ cao nhất: 88,2% khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. **Kết luận:** Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp khá cao và có xu hướng tăng theo mức độ hoạt động bệnh.

Từ khóa: Hội chứng dễ bị tổn thương, viêm cột sống dính khớp

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF FRAILTY SYNDROME IN PATIENS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS AT BACH MAI HOSPITAL BY CRAF SCORE

Objectives: Describe the characteristics of frailty syndrome and some related factors in patients with ankylosing spondylitis using the CRAF scale**. Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 110 patients diagnosed with ankylosing spondylitis according to the 1984 modified New York criteria for ankylosing spondylitis, inpatient treatment at the Center for Rheumatology, Bach Mai Hospital since from October 2022 to May 2023. **Results:** The proportion of patients with the frailty syndrome accounted for 69.1%, of which the rate of mild, modrate, and severe frail was 33.6%, 27.3%, and 8.2%, respectively. In the ten major frailty domains of CRAF: physical activity restriction, pain symptoms, and polypharmacy account for a high proportion: 97.4%, 86.3%, and 69.1%, respectively. There was a relationship between the degree of frailty syndrome and the degree of severity: In the group of very active diseases, the proportion of patients diagnosed with moderate and severe ACS accounted for the highest rate: 88.2%, with p<0.001. **Conclusion:** The rate of the frailty syndrome in patients with ankylosing spondylitis is quite high and tends to increase with the level of disease activity. ***Keywords:*** frailty syndrome**,** ankylosing spondylitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty Syndrome) được định nghĩa là: Một hội chứng sinh học giảm khả năng dự trữ sinh lý và khả năng chống chọi với các tác nhân gây căng thẳng và dễ gây ra các kết quả bất lợi như té ngã, khuyết tật, tăng tỷ lệ mắc các bệnh cấp tính, tăng số lần nhập viện, phục hồi chậm và không hoàn toàn[1]. HCDBTT đã được nghiên cứu nhiều trên nhóm đối tượng cao tuổi, tuy nhiên các nghiên cứu gần đây cho thấy, HCDBTT còn gặp ở các nhóm đối tượng trẻ, mắc các bệnh mạn tính như: Vảy nến, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng hệ thống và viêm mạch[2]…

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là bệnh khớp viêm mạn tính chưa rõ nguyên nhân, được xếp vào nhóm bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính. Tổn thương cơ bản của bệnh ban đầu là xơ teo sau đó xuất hiện calci hóa dây chằng, bao khớp và có kèm theo viêm nội mạc các mao mạch. Đặc trưng bởi hiện tượng cốt hóa tạo cầu xương cột sống. Viêm cột sống dính khớp thường khởi phát ở bệnh nhân trẻ tuổi, khi không được điều trị tốt sẽ dẫn đến tàn tật, chất lượng cuộc sống, năng suất lao động giảm và nghỉ hưu sớm. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu đánh giá HCDBTT trên người bệnh VCSDK, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về HCDBTT ở bệnh nhân VCSDK. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Xác định đặc điểm và tỷ lệ HCDBTT trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp bằng thang điểm CRAF.

2. Xác định mối liên quan giữa HCDBTT với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 110 bệnh nhân được chẩn đoán: Viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn New York cải tiến – 1984, điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai từ 9/2022-5/2023.

Tiêu chuẩn chọn:

- Bệnh nhân chẩn đoán VCSDK theo tiêu chuẩn của New York cải tiến – 1984
- Các bệnh nhân phải có tình trạng tỉnh thức, có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, có khả năng thực hiện các bài kiểm tra vận động.
- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Các bệnh nhân có tình trạng suy giảm nhận thức.
- Không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn.
- Mắc các bệnh nặng cấp tính (suy hô hấp, nhồi máu cơ tim...).
- Bệnh nhân VCSDK không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu. Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám và khai thác thông tin theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Khai thác thông tin về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, thời gian mắc bệnh
- Xét nghiệm CRP, tính mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm ASDAS CRP

Công thức tính ASDAS

ASDAS-CRP = 0,12 x mức độ đau tại cột sống cổ, lưng và khớp háng + 0,06 x thời gian cứng khớp buổi sáng + 0,11 x tình trạng bệnh

do bệnh nhân tự đánh giá + 0,07 x mức độ sưng đau khớp ngoại vi + 0,58 x ln (CRP + 1).

Đơn vị của CRPhs là mg/L.

Thang điểm ASDAS như sau:

- ASDAS < 1,3: bệnh không hoạt động.
- 1,3 ≤ ASDAS < 2,1: bệnh hoạt động thấp.
- 2,1 ≤ ASDAS ≤ 3,5: bệnh hoạt động mạnh.
- ASDAS > 3,5: bệnh hoạt động rất mạnh.

- Cơ lực tay được đo bằng áp lực kế cầm tay Jamar 5030J1, đơn vị đo tính bằng kg. Đối tượng nghiên cứu ngồi thẳng, vai khép, cẳng tay để thoải mái, khuỷu tay gập 90 độ so với cẳng tay, bệnh nhân bóp thật mạnh, hết sức vào tay nắm của máy đo. Thực hiện đo cơ lực mỗi tay 2 lần và lấy kết quả cao nhất.

- Hội chứng dễ bị tổn thương được đánh giá theo thang điểm CRAF. Thang điểm này đã được sử dụng trong các nghiên cứu trên thế giới, trong đó có nghiên cứu của F. Salaffi và cộng sự tại Ý (2020)[3]. Các tiêu chuẩn đánh giá bao gồm tình trạng dinh dưỡng, cơ lực, té ngã, bệnh đồng mắc, số lượng thuốc dùng, hoạt động xã hội, đau, mệt mỏi, hoạt động thể chất và rối loạn trầm cảm. Trong đó, tình trạng dinh dưỡng được đánh giá qua chỉ số BMI, cơ lực được đo bằng áp lực kế cầm tay Jamar. Té ngã, bệnh đồng mắc, số lượng thuốc dùng và hoạt động xã hội được đánh giá thông qua trả lời câu hỏi. Bốn tiêu trí còn lại bệnh nhân tự đánh giá mức độ theo thang điểm 10. Điểm CRAF là tổng điểm của 10 tiêu chí chia cho 10.

Điểm CRAF ≤ 0,12: Bình thường,

0,12 < Điểm CRAF ≤ 0,24: HCDBTT nhẹ

0,24 < Điểm CRAF ≤ 0,36: HCDBTT vừa

Điểm CRAF > 0,36: HCDBTT nặng

2.3. Phương pháp phân tích thống kê: Bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê thường dùng trong y học.

- Tính tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, Min, Max.

- Kiểm định tính chuẩn bằng test Kolmogorov- Smirnov

- So sánh trung bình của 2 biến bằng kiểm định T-test.

- So sánh các tỷ lệ sử dụng kiểm định Fisher's Exact, với p < 0,05 thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95%.

- Kiểm định mối tương quan tuyến tính giữa 2 biến định lượng và lập phương trình hồi quy tuyến tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (N = 110)

Đặc điểm		X ±SD	Min- max
Tuổi trung bình(năm)		32,09± 11,614 (min:18 - max: 66)	
Tuổi khởi phát(năm)		26,05±10,3 (min:10- max: 55)	
Thời gian mắc bệnh(năm)		6,15± 5,06(min:1 - max: 25)	
Giới		**Tần số (n)**	**Tỷ lệ (%)**
	Nam	87	79,1
	Nữ	23	20,9
BMI (kg/m2)		21,24± 3,23(min:15,2 - max: 28,2)	
BMI (kg/m2)	Thiếu cân (< 18,5)	27	24,5
	Bình thường (18,5 - 24,9)	66	60
	Thừa cân (25 – 29,9)	17	15,5
CRP (mg/L)	19,74 ± 18,38 (min: 0,05 - max: 224,6)		
ASDAS CRP	1,97 ±1,20(min 0,2- max 6.0)		

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu tuổi thấp nhất là 18 và cao nhất là 66 tuổi. Tuổi khởi phát bệnh trung bình của đối tượng nghiên cứu là: 26,05±10,3, Khởi phát sớm nhất từ 10 tuổi và muộn nhất là 55 tuổi. Nam giới chiếm đa số 79,1%. Thời gian mắc bệnh trung bình 6,15± 5,06 năm. Đa số bệnh nhân có thể trạng bình thường 60%, thiếu cân 24,5%, thừa cân 15,5%. Nồng độ CRP huyết thanh trung bình là 19,74 ± 18,38 mg/L. ASDAS CRP trung bình 1,97 ±1,20.

3.2. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp

Bảng 2. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp(N=110)

Chẩn đoán	N	Tỷ lệ
Bình thường	34	30.9
HCDBTT nhẹ	37	33.6
HCDBTT Vừa	30	27.3
HCDBTT Nặng	9	8.2

Nhận xét: Trong 110 bệnh nhân VCSDK 76 bệnh nhân mắc HCDBTT chiếm 69,1 %, trong đó HCDBTT mức độ nhẹ chiếm có 33,6%, mức độ vừa chiếm 27,3% và chỉ có 8,2% mức độ nặng.

Bảng 3. Đặc điểm các tiêu chí thành phần của HCDBTT theo thang CRAF (N=110)

Các tiêu chí thành phần		N	Tỷ lệ (%)	X±SD
Tình trạng dinh dưỡng (BMI)	Bình thường	66	60	0,24±0,43
	thừa cân	17	15,5	
	Nhẹ cân	27	24,5	
Cơ lực tay (kg)		33	30	0.20±0,34
Té ngã		0	0	0
Bệnh đồng mắc		0	0	0
Đa thuốc		76	69,1	0,4±0,54
Hoạt động xã hội		74	67,2	0,35±0,25
Đau		96	86,3	0,28±0,18
Mệt mỏi		74	67,2	0,17±0,15
Hoạt động thể chất		95	97,4	0,23±0,14
Trầm cảm		15	13,6	0,02±0,06

Nhận xét: Các tiêu chí thành phần của hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm CRAF: hạn chế hoạt động thể chất, triệu chứng đau và đa thuốc chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là: 97,4%, 86,3%, và 69,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có ảnh hưởng hoạt động xã hội và tình trạng mệt mỏi là 67,2%, tỷ lệ bệnh nhân có bệnh đồng mắc và tỷ lệ ngã là 0%.

Bảng 4. Liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và đặc điểm chung

		Mức độ chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương					p
		Bình thường	Nhẹ	Vừa	Nặng	Tổng	
Tuổi	≤ 50	33(33%)	32(32%)	28(28%)	7(7%)	100	0,165
	> 50 tuổi	1(10%)	5(50%)	2(20%)	2(20%)	10	
Giới	Nam	31(35.6%)	25(28,7%)	24(27,6%)	7(8.0%)	87	0,098
	Nữ	3(13.0%)	12(52,2%)	7(26,1%)	2(8,7)	23	
Phân loại BMI	Nhẹ cân	2(7,4%)	5(18,5%)	14(51,9%)	6(22,2%)	27	0,000
	Bình thường	25(37,9%)	25(37,9%)	14(21,2%)	2(3,0%)	66	
	Thừa cân	7(41,2%)	7(41,2%)	2(11,8%)	1(5,9%)	17	

Nhận xét: Giữa hai nhóm tuổi không có sự khác biệt về mức độ HCDBTT p = 0,165> 0,05, với 87 bệnh nhân nam có 64,4% bệnh nhân chẩn đoán HCDBTT, 23 bệnh nhân nữ 87 % bệnh nhân mắc HCDBTT. P= 0,098> 0,05 không có sự khác biệt giữa hai giới.

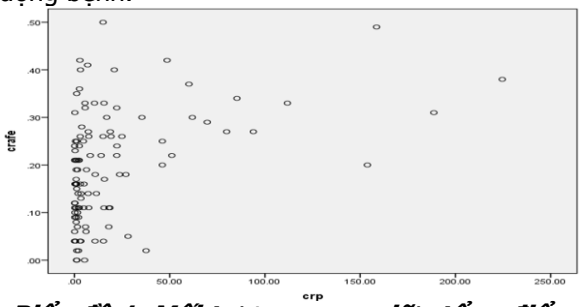
Có mối liên quan giữa mức độ chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương và tình trạng cân nặng của bệnh nhân với p< 0,001.

3.3. Liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và mức độ hoạt động bệnh

Bảng 5. Liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và mức độ hoạt động bệnh

Hoạt động bệnh (ASDAS CRP)		Mức độ chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương				p
		Bình thường	Nhẹ	Vừa	Nặng	
	Không hoạt động (ASDAS<1,3)	20(51,3%)	15(38,5%)	4(10,3%)	0(0,0)	0,000
	Hoạt động bệnh thấp (1,3≤ASDAS<2,1)	11(34,4%)	12(37,5%)	8(25%)	1(3.1%)	
	Hoạt động bệnh mạnh (2,1≤ASDAS≤3,5)	3(13.6%)	8(36,4%)	8(36,4%)	3(13.6%)	
	Hoạt động bệnh rất mạnh (ASDAS>3,5)	0	2(11,8%)	10(58,8)	5(29,4%)	

Nhận xét: Trong nhóm bệnh hoạt động rất mạnh tỷ lệ bệnh nhân chẩn đoán HCDBTT: 100%, với p<0,001 có mối liên quan giữa mức độ hội chứng dễ bị tổn thương với mức độ hoạt động bệnh.



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa tổng điểm hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm CRAF với nồng độ CRP huyết thanh

Nhận xét: Tổng điểm HCDBTT theo thang điểm CRAF và nồng độ CRP huyết thanh có mối tương quan tuyến tính đồng biến mức độ trung bình với chỉ số Spearman r = 0,419 > 0.4 với p = 0,000< 0,001.

Phương trình hồi quy tuyến tính: Điểm CRAF = 0,01*nồng độ CRP + 0,172

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 110 đối tượng nghiên cứu, nam giới chiếm tỉ lệ 79.1%, cao hơn so với nữ giới. Rất nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng nam giới mắc bệnh VCSDK cao hơn nữ giới[4,5]. Giải thích tỷ lệ này, nghiên cứu mới nghiên cứu về gen của Wang M và cộng sự kết luận rằng số lượng bản sao (≤1) của gen TLR7 tạo ra yếu tố

tính nhạy cảm với VCSDK ở nam giới nhưng là yếu tố bảo vệ ở nữ giới[6].

Tuổi trung bình của bệnh nhân VCSDK trong nghiên cứu của chúng tôi là 32,09± 11,614 năm, tuổi khởi phát bệnh trung bình 26,05±10,3 năm, khởi phát bệnh sớm nhất từ khi 10 tuổi, muộn nhất là 55 tuổi. thời gian mắc bệnh trung bình là: 6,15± 5,06 năm. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Nghiên cứu của Hoàng Thị Quỳnh Thơ (2016) nghiên cứu trên 40 bệnh nhân của khoa Cơ xương khớp – Bệnh viện Bạch Mai tuổi trung bình 28,8± 9,0 năm, tuổi khởi phát trung bình 22,5 ± 7,41 năm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các tiêu chí thành phần của hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm CRAF: hạn chế hoạt động thể chất, triệu chứng đau và đa thuốc chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là: 97,4%, 86,3%, và 69,1%. Tỷ lệ này cho thấy bệnh nhân hạn chế hoạt động thể chất cao cũng như tình trạng đau khớp và cột sống của bệnh nhân, như vậy nó cũng nói lên rằng nguy cơ tàn phế, ảnh hưởng đến khả năng lao động của bệnh nhân là rất lớn vì đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu đang trong lứa tuổi lao động.

Trong 110 bệnh nhân nghiên cứu, có 69,1 % mắc HCDBTT, có 33,6% mức độ nhẹ, 27,3% mức độ vừa và chỉ có 8,2% nặng. Với tỷ lệ mắc cao như vậy có thể do các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh muộn, kiểm soát bệnh còn chưa tốt. Theo nghiên cứu cắt ngang của Sarah B. Lieber và cộng sự công bố 2022[7], nghiên cứu hội chứng dễ bị tổn thương ở những bệnh nhân VCSDK, Kết quả tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân trên 65 tuổi: 45,2%. Tỷ lệ HCDBTT ở bệnh nhân dưới 65 tuổi: 4,4%. Có sự khác biệt giữa các nghiên cứu là do hội chứng dễ bị tổn thương được đánh giá theo các tiêu chuẩn khác nhau. Chúng tôi sử dụng thang điểm CRAF thay vì sử dụng tiêu chuẩn Fried hay CSF. Thang điểm CRAF đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương tỉ mỉ hơn, ở nhiều khía cạnh hơn, từ đó có thể đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương ở giai đoạn sớm hơn với các mức độ khác nhau. Thêm nữa, nhóm đối tượng nghiên cứu thực hiện chủ yếu trên nhóm đối tượng bệnh nhân nội trú, là những bệnh nhân hoạt động và bệnh nhân phải điều trị thuốc sinh học nên tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương có thể cao hơn các nghiên cứu của Sarah B. Lieber và cộng sự.

Đánh giá mối tương quan giữa HCDBTT với mức độ hoạt động bệnh VCSDK được thể hiện ở bảng 5. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương tăng dần theo mức độ hoạt động bệnh. Nhóm bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh rất mạnh có tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương mức độ vừa và nặng chiếm tỷ lệ cao nhất: 88,2%. Trong đó nhóm lui bệnh tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương múc độ vừa và nặng chiếm: 10,3%, có liên quan chặt chẽ giữa mức độ của hội chứng dễ bị tổn thương với mức độ hoạt động bệnh với $p < 0,001$. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Salaffi F và cộng sự , nghiên cứu 219 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp cho kết quả tình trạng hoạt động bệnh cao có liên quan đến tỷ lệ mắc HCDBTT với $p < 0,001$[8]. Quá trình viêm đóng một vai trò quan trọng trong HCDBTT. Trong nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên ít nhất ba quần thể khác nhau đã xác định mối quan hệ mật thiết giữa HCDBTT và sự tăng cao của cytokine interleukin-6, Protein phản ứng C, các tế bào bạch cầu, đặc biệt là bạch cầu đơn nhân và bạch cầu trung tính. Có mối liên quan tuyến tính giữa sự tăng nồng độ CRP huyết thanh và mức độ nặng của HCDBTT.

Nghiên cứu của chúng tôi với thiết kế mô tả cắt ngang, được thực hiện trong thời gian ngắn trên số lượng bệnh nhân nhỏ, vì thế kết quả có thể chưa thực sự khách quan. Trong tương lai cần phát triển nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong thời gian dài hơn để đưa ra kết quả khách quan về đặc điểm và các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng dễ bị tổn thương gặp ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp với tỷ lệ khá cao

Tình trạng mắc hội chứng dễ bị tổn thương tăng lên theo mức độ hoạt động bệnh, nên cần điều trị tốt bệnh viêm cột sống dính khớp đạt về lui bệnh hoặc bệnh hoạt động thấp để giảm tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G.** Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59(3):255-263. doi:10.1093/gerona/59.3.m255
2. **Motta F, Sica A, Selmi C.** Frailty in Rheumatic Diseases. Front Immunol. 2020;11:576134. doi:10.3389/fimmu.2020.576134
3. **Salaffi F, Di Carlo M, Farah S, Carotti M.** The Comprehensive Rheumatologic Assessment of Frailty (CRAF): development and validation of a multidimensional frailty screening tool in patients with rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2020; 38(3):488-499.

4. **Gran JT, Husby G, Hordvik M.** Prevalence of ankylosing spondylitis in males and females in a young middle-aged population of Tromsø, northern Norway. Ann Rheum Dis. 1985;44(6):359-367. doi:10.1136/ard.44.6.359
5. **Will R, Edmunds L, Elswood J, Calin A.** Is there sexual inequality in ankylosing spondylitis? A study of 498 women and 1202 men. J Rheumatol. 1990;17(12):1649-1652.
6. **Wang M, Xu S, Zhang X, et al.** Association of TLR7 gene copy number variations with ankylosing spondylitis in a Chinese population: a case control study. Clin Exp Rheumatol. 2018;36(5):814-819.
7. **Lieber SB, Navarro-Millán I, Rajan M, et al.** Prevalence of Frailty in Ankylosing Spondylitis, Psoriatic Arthritis, and Rheumatoid Arthritis: Data from a National Claims Dataset. ACR Open Rheumatol. 2022;4(4):300-305. doi:10.1002/acr2.11388
8. **Salaffi F, Farah S, Di Carlo M.** Frailty syndrome in rheumatoid arthritis and symptomatic osteoarthritis: an emerging concept in rheumatology. Acta Bio-Medica Atenei Parm. 2020;91(2):274-296. doi:10.23750/abm.v91i2.9094

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH KÍNH NỘI NHÃN VÀO CỦNG MẠC SỬ DỤNG CHỈ POLYPROPYLENE 6/0

Tôn Việt Dũng[1], Thẩm Trương Khánh Vân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cố định kính nội nhãn vào củng mạc sử dụng chỉ polypropylene 6/0. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu không có nhóm chứng trên 38 bệnh nhân được phẫu thuật treo kính nội nhãn vào củng mạc theo phương pháp sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để tạo nút đốt cố định tại khoa chấn thương Mắt - Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 01/2022 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Trong số 38 bệnh nhân, có 24 nam giới chiếm tỉ lệ 63,16% và 14 nữ giới chiếm tỉ lệ 36,8%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 51,55 ± 22,75 (nhỏ tuổi nhất là 5 tuổi và lớn tuổi nhất là 85 tuổi). Trong đó, 2 nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là nhóm 18-50 tuổi (34,2%) và nhóm ≥ 50 (52,6%). Phần lớn bệnh nhân có nghề nghiệp là lao động chân tay (52,64%), còn lại là tri thức (28,95%), học sinh (13,16%), nghề nghiệp khác (5,26%). Nguyên nhân chủ yếu là chấn thương (63,15%), trong đó chấn thương đụng giập chiếm 55,26% và chấn thương xuyên là 7,89%. Nguyên nhân thường gặp tiếp theo là biến chứng của phẫu thuật phaco chiếm 31,58%. Những bệnh lý đục lệch thể thủy tinh bẩm sinh, chiếm 5,26%. Các trường hợp nghiên cứu có thị lực chỉnh kính trước phẫu thuật rất thấp, trung bình 1,31 ± 0,23. Sau khi can thiệp theo phương pháp sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để tạo nút đốt cố định vào củng mạc, thị lực sau phẫu thuật được chỉnh kính tối đa đã được cải thiện nhiều,trung bình 0,80 ± 0,40. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% (p<0,01). Về kính nội nhãn phần lớn đều cân có 34 mắt (chiếm 89,5%), có 3 mắt bị lệch hoặc nghiêng ít (chiếm 7,9%), có 1 trường hợp bị lệch nhiều phải can thiệp lại (chiếm 2,6%). Về càng của thấu kính nội nhãn chỉ có duy nhất 1 mắt bị tụt 1 bên càng phải can thiệp lại (chiếm 2,6%), còn lại các mắt có càng đều tốt không bị tụt càng hay đứt càng (97,4%). Về nút đốt cố định kính nội nhãn đều tốt, tỉ lệ 100%. **Kết luận:** Phẫu thuật treo kính nội nhãn vào củng mạc theo phương pháp sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để tạo nút đốt cố định là phương pháp hiệu quả để cố định kính nội nhãn vào củng mạc. Phương pháp có tính ứng dụng cao và có thể sử dụng được nhiều loại kính nội nhãn khác nhau, giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân khi nhiều trường hợp có thể sử dụng lại chính kính nội nhãn cũ của bệnh nhân để treo lại vào củng mạc theo phương pháp này.

[1]Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Mắt Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Tôn Việt Dũng
Email: vietdung3003@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.7.2023
Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023
Ngày duyệt bài: 15.9.2023

SUMMARY

RESULTS OF POLYPROPYLENE 6-0 FLANGED INTRASCLERAL FIXATION TECHNIQUE FOR INTRAOCULAR LENSES

Objective: To evaluate the efficiency of polypropylene 6-0 flanged intrascleral fixation technique for intraocular lenses. **Subjects and research methods:** Descriptive study without a control group on 38 patients who has surgeried by polypropylene 6-0 flanged intrascleral fixation technique for intraocular lenses at the Eye Trauma department of Vietnam National Eye Hospital from 1/2022 to 7/2023. **Results:** Among 38 patients, there are 24 men (63.16%) and 14 women (36.8%) The mean age of the patients in the study was 51.55 ± 22.75 years old (the youngest age was 5 years old and the oldest age was 85 years old). In which, the two age groups have the highest rate are 18-50 years old (34.2%) and ≥ 50 years old (52.6%). The majority of patients have occupations as manual labor (52.64%), the rest are knowledge (28.95%), students (13.16%) and other occupations (5.26%). The main cause is trauma (63.15%), in which concussion trauma accounted for 55.26% and transocular injury was 7.89%. The next most common cause is complications of phaco surgery, accounting for 31.58%. Congenital Ectopia lentis accounted for 5.26%. The study cases