

của chúng tôi cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của Seo YJ và cộng sự. Hầu hết vôi hoá trong viêm xoang do nấm nằm ở vị trí trung tâm (85,7%), trong khi đó vôi hoá trong viêm xoang không do nấm thường nằm ở vị trí ngoại vi, gần thành xoang. Vị trí trung tâm của vôi hoá ở VXDN có thể được giải thích là do vôi hoá phát triển bên trong khối sợi nấm nằm ở trung tâm của xoang.

Nghiên cứu của Yoon J H và cộng sự¹³ về vôi hoá trong viêm xoang hàm mạn tính cho thấy có sự khác biệt về vị trí và hình dạng của vôi hoá giữa viêm xoang do nấm và không do nấm: tỷ lệ vôi hoá ở viêm xoang do nấm là 51%, trong viêm xoang không do nấm là 3%, vị trí vôi hoá ở trung tâm trong viêm xoang do nấm chiếm 95%, vị trí vôi hoá ngoại vi trong nhóm không do nấm chiếm tỷ lệ 81%, vôi hoá dạng nốt và đường gập cả ở viêm xoang do nấm và không do nấm nhưng vôi hoá dạng chấm vi vôi hoá chỉ gặp trong viêm xoang do nấm, vôi hoá dạng vỏ trứng chỉ gặp trong viêm xoang không do nấm. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 70 bệnh nhân cho thấy viêm xoang do nấm thường gặp ở nữ, tuổi từ 40-69. Trên CLVT, vị trí vôi hoá của nhóm VXDN thường gặp nhất là ở trung tâm của xoang, vị trí vôi hoá của nhóm VXKDN gặp chủ yếu ở ngoại vi sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Dấu hiệu vôi hoá trong xoang trên cắt lớp vi tính có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác chẩn đoán, giá trị dự báo dương tính và giá trị dự báo âm tính của dấu hiệu vôi hoá trong xoang đối với chẩn đoán viêm xoang do nấm tương đối cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bongomin F, Gago S, Oladele RO, Denning DW.** Global and Multi-National Prevalence of Fungal Diseases-Estimate Precision. *J Fungi Basel Switz.* 2017;3(4): E57.
2. **Hsiao CH, Li SY, Wang JL, Liu CM.** Clinicopathologic and immunohistochemical characteristics of fungal sinusitis. *J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi.* 2005;104(8):549-556.
3. **deShazo RD, O'Brien M, Chapin K, Soto-Aguilar M, Gardner L, Swain R.** A new classification and diagnostic criteria for invasive fungal sinusitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997;123(11):1181-1188.
4. **Dhong HJ, Jung JY, Park JH.** Diagnostic accuracy in sinus fungus balls: CT scan and operative findings. *Am J Rhinol.* 2000;14(4):227-231. doi:10.2500/105065800779954446
5. **Lê Trung Nguyên.** Nghiên Cứu Tình Hình Viêm Xoang Do Nấm Tại BV TMH TP. Hồ Chí Minh Từ Năm 2020-2021. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh; 2021.
6. **Mai Quang Hoàn.** Khảo Sát Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Điều Trị Viêm Xoang Do Nấm Tại Bệnh Viện Chợ Rẫy. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh; 2018.
7. **Trần Nam Khang.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Viêm Xoang Do Nấm Bằng Phương Pháp Phẫu Thuật Nội Soi Tại Bệnh Viện TMH TP. Hồ Chí Minh. Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh; 2018.
8. **Jiang RS, Huang WC, Liang KL.** Characteristics of Sinus Fungus Ball: A Unique Form of Rhinosinusitis. *Clin Med Insights Ear Nose Throat.* 2018;11:1179550618792254.
9. **Dufour X, Kauffmann-Lacroix C, Ferrie JC, Goujon JM, Rodier MH, Klossek JM.** Paranasal sinus fungus ball: epidemiology, clinical features and diagnosis. A retrospective analysis of 173 cases from a single medical center in France, 1989–2002. *Med Mycol.* 2006;44(1):61-67.
10. **Cha H, Song Y, Bae YJ, et al.** Clinical Characteristics Other Than Intralesional Hyperdensity May Increase the Preoperative Diagnostic Accuracy of Maxillary Sinus Fungal Ball. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2020;13(2):157-163. doi:10.21053/ceo.2019.00836.

ĐẶC ĐIỂM CỦA FERRITIN HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ

Trần Thị Mỹ Duyên¹, Nguyễn Thị Ngọc Yến^{1,2}, Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và các đặc điểm lâm sàng –

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023

cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ cứng bì. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ cứng bì theo tiêu chuẩn chẩn đoán của EULAR/ACR năm 2013, điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp - Bệnh viện Bạch Mai từ 9/2022 đến 7/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Nồng độ ferritin huyết thanh ở bệnh nhân Xơ cứng bì là $481,15 \pm 329,5$ ng/ml cao hơn rõ rệt so với người khỏe mạnh 173 ± 282 ng/ml¹. Tổn thương xơ cứng đa tính theo thang điểm Rodnan sửa đổi và tình trạng tổn thương viêm phổi kẽ cũng gặp nhiều hơn ở nhóm

bệnh nhân xơ cứng bì có nồng độ Ferritin trong huyết thanh tăng cao. **Kết luận:** Nồng độ trung bình của ferritin huyết thanh ở bệnh nhân xơ cứng bì tăng cao hơn so với người khỏe mạnh. Tổn thương xơ cứng da và tổn thương phổi kể có liên quan với nồng độ ferritin huyết thanh. **Từ khóa:** Xơ cứng bì, ferritin, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN IN SYSTEMIC SCLERODERMA

Objectives: 1. To survey the relationship between serum ferritin levels and clinical and paraclinical characteristics in patients with systemic sclerosis. **Subjects:** A total of 30 patients diagnosed with systemic sclerosis according to the American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) 2013 criteria, who were treated at Bach Mai hospital from September 2022 to July 2023. **Methods:** Prospective cohort study, cross-sectional description. **Results:** The level of serum ferritin in Systemic sclerosis patients (481.15 ± 329.5 ng/ml) was significantly higher than that in healthy people (173 ± 282 ng/ml). The modified Rodnan skin score and interstitial lung disease are also more common in the high ferritin Systemic sclerosis group than the normal ferritin systemic sclerosis group. **Conclusion:** The level of serum ferritin in Systemic sclerosis patients was significantly higher than that in healthy people. Skin damage and interstitial lung disease seem to be associated with serum ferritin levels. **Keywords:** Systemic sclerosis, serum ferritin, clinical characteristics, paraclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì (XCB) là một bệnh mô liên kết tự miễn phức tạp chưa rõ nguyên nhân. Bệnh có thể ảnh hưởng đến nhiều cơ quan trong cơ thể bởi sự thay đổi của vi mạch, rối loạn hệ thống miễn dịch và sự lắng đọng quá mức của collagen và các chất nền khác². Mặc dù xơ cứng bì là một bệnh không thường gặp, tỷ lệ hiện mắc ước tính trên toàn cầu 3-24/100000 dân số, nhưng đây là bệnh hệ thống có tỷ lệ tử vong cao nhất trong các bệnh tự miễn^{3,4}. Các biểu hiện lâm sàng của bệnh không đồng nhất, đặc trưng bởi tình trạng dày da, hiện tượng Raynaud, loét đầu chi, trào ngược dạ dày thực quản, bệnh phổi kẽ, tăng áp lực động mạch phổi, rối loạn chức năng của tim,... Hiện tại chưa có phương pháp điều trị triệt để xơ cứng bì⁵. Thuốc lựa chọn dựa vào tổn thương ở cơ quan đích và mức độ tổn thương⁴. Mục tiêu điều trị là kiểm soát đợt cấp tiến triển của bệnh và điều trị biến chứng, cũng như là hạn chế để lại di chứng tổn thương các cơ quan phủ tạng.

Ferritin huyết thanh là một protein dự trữ chính cho sắt trong cơ thể, chủ yếu hiện diện trong gan, lách, tủy xương. Sự thay đổi của nồng

độ ferritin trong huyết thanh liên quan đến việc cơ thể bị thiếu sắt hoặc quá tải sắt. Trong những trường hợp này, việc xác định nồng độ ferritin huyết thanh có thể cung cấp cơ sở quan trọng trong việc chẩn đoán và đánh giá tiên lượng bệnh. Một số nghiên cứu đã xác nhận rằng ferritin huyết thanh tăng trong viêm, nhiễm trùng mãn tính và có khối u ác tính do liên quan đến rối loạn chuyển hóa sắt trong các bệnh này⁶.

Trong những năm gần đây, kết quả các nghiên cứu đã cho thấy, nồng độ ferritin huyết thanh ở bệnh nhân mắc bệnh tự miễn tăng lên đáng kể. Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng, chỉ số ferritin huyết thanh tăng cao và có giá trị chẩn đoán bệnh trong bệnh Still đang hoạt động⁷. Một nghiên cứu khác khẳng định ferritin huyết thanh là một dấu ấn trong đánh giá hoạt động của bệnh lupus ban đỏ hệ thống và rối loạn chức năng thận trong bệnh⁸. Trong viêm khớp dạng thấp, cũng có nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên quan của ferritin huyết thanh và đợt cấp tiến triển của bệnh⁹. Một nghiên cứu Trung Quốc cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa nồng độ ferritin huyết thanh và mức độ tiến triển nặng của bệnh XCB cũng như mức độ tổn thương của các tạng¹⁰. Mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và tổn thương tăng áp lực động mạch phổi trong XCB cũng được Leticia Chikhounne và cộng sự đề cập đến trong nghiên cứu của mình¹¹. Những kết quả này cho thấy chỉ số ferritin huyết thanh tăng cao có thể liên quan chặt chẽ đến sự xuất hiện và tiến triển nặng của các bệnh tự miễn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và các đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ cứng bì*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định XCB theo tiêu chuẩn chẩn đoán của EULAR/ACR năm 2013, điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp - Bệnh viện Bạch Mai từ 9/2022 đến 7/2023. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán XCB kết hợp với các bệnh tự miễn khác, bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng, thiếu máu do thiếu sắt, bệnh nhân đã được điều trị bằng sắt, erythropoiein và truyền máu trong vòng 6 tháng gần đây, bệnh nhân đang trong tình trạng nhiễm trùng toàn thân cấp tính, bệnh nhân được chẩn đoán khối u ác tính trước đó, bệnh nhân mang thai

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Mẫu nghiên cứu: Mẫu thuận tiện

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu

- Tất cả các bệnh nhân XCB tham gia nghiên cứu đều được hỏi bệnh, khai thác tiền sử, thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết. Các chỉ tiêu nghiên cứu được tiến hành thu thập theo 1 mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn.

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, thể trạng, thời điểm và thời gian mắc bệnh XCB.

- Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh XCB: Chỉ số đánh giá mức độ dày da theo điểm Rodnan sửa đổi (mRSS), tim mạch (đau ngực, hồi hộp trống ngực, rối loạn nhịp tim), hô hấp (ho khan, khó thở, viêm phổi kẽ, tăng áp lực động mạch phổi), tiêu hoá (kém ăn, khó há miệng, khó nuốt, trào ngược dạ dày thực quản, ợ hơi, ợ nóng, đầy bụng, đầy hơi, buồn nôn, nôn), cơ xương khớp (đau cơ, đau khớp, biến dạng khớp, teo cơ, hạn chế vận động khớp).

- Tình trạng tuân thủ điều trị bệnh XCB.

- Bệnh lý đồng mắc: Đái tháo đường, loãng xương, tăng huyết áp, hội chứng chuyển hoá.

- Tiến hành làm xét nghiệm nồng độ ferritin và một số các xét nghiệm cơ bản: Tổng phân tích tế bào máu, chức năng gan, thận.

- Làm một số thăm dò chức năng : Đo chức năng hô hấp, siêu âm tim để đánh giá tổn thương màng tim, cơ tim và áp lực động mạch phổi, chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao đánh giá tổn thương viêm phổi kẽ, nội soi dạ dày khi bệnh nhân có triệu chứng rối loạn tiêu hóa trên lâm sàng.

2.3. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n= 30 bệnh nhân)

Bảng 3.4: Môi liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh với một số đặc điểm lâm sàng của bệnh xơ cứng bì

Đặc điểm	X±SD
Tuổi trung bình(năm)	57,63±7,75 (41÷70)
Tuổi khởi phát bệnh XCB trung bình (năm)	53,64±9,67 (34÷67)
Giới (nam/nữ)	1/4
BMI (kg/m ²)	19,17±1,23 (15,7÷21)
Thời gian mắc bệnh XCB (năm)	3,9±4,4 (0,3÷20)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 57,6 tuổi, phần lớn bệnh nhân là nữ giới (chiếm tỷ lệ 80 %), thời gian mắc bệnh XCB trung bình là 3,9 năm.

3.2. Nồng độ Ferritin huyết thanh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu khảo sát về nồng độ ferritin trên người khỏe mạnh. Tại Đà Loan, một nghiên cứu trên 2654 người khỏe mạnh từ 19 tuổi trở lên kết quả cho thấy nồng độ ferritin trung bình là 173 ± 282 ng/ml (nam 229 ± 349 ng/ml, nữ 119 ± 180 ng/ml)¹.

Bảng 3.2: Nồng độ ferritin huyết thanh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	Trung bình	Trung vị	Độ lệch	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Ferritin (ng/ml)	481,15	329,5	416,76	21,4	1962

Nhận xét: Nồng độ ferritin huyết thanh trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 481 ng/ml. Có 50% bệnh nhân có nồng độ ferritin dưới 329,5 ng/ml, và 50% bệnh nhân có nồng độ ferritin trên 329,5 ng/ml. Bệnh nhân có nồng độ ferritin thấp nhất là 21,4 và cao nhất là 1962 ng/ml.

Và nồng độ ferritin huyết thanh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu cũng cao hơn so với nồng độ ferritin huyết thanh trung bình của người khỏe mạnh (p < 0,01)

3.3. Khảo sát môi liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh xơ cứng bì

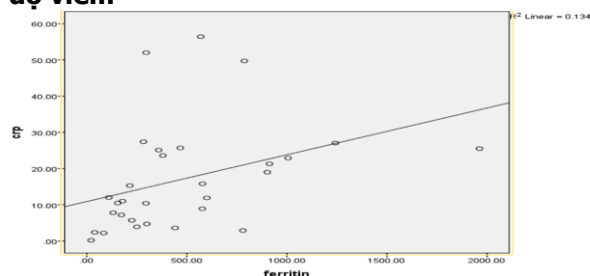
	Nhóm BN có nồng độ ferritin huyết thanh tăng (n=25)	Nhóm BN có nồng độ ferritin huyết thanh bình thường (n=5)	p
Tuổi trung bình(năm)	58,24 ± 7,37	54,6 ± 9,76	0,347
Giới	Nam	83,3%	1,0
	Nữ	83,3%	
Tuổi khởi phát bệnh XCB trung bình (năm)	54,26 ± 9,57	49,75 ± 10,9	0,396
Thời gian mắc bệnh XCB trung bình (năm)	3,97 ± 4,62	3,5 ± 3,1	0,847
Điểm dày da theo mRSS	27,4 ± 9,287	15,8±5,3	0,012
Hiện tượng Raynaud	23 (92%)	5 (100%)	1,0
Viêm phổi kẽ	22(88%)	2(40%)	0,042

Khó nuốt	6(24%)	2 (40%)	0,589
Trào ngược dạ dày thực quản	6(24%)	2 (40%)	0,589
Rối loạn chức năng hô hấp	19(76%)	4(80%)	0,67
Tăng áp lực động mạch phổi	21(84%)	2 (40%)	0,068

Nhận xét: - Không có sự khác biệt về tuổi khởi phát bệnh trung bình, tỷ lệ nam nữ và thời gian mắc bệnh trung bình ở nhóm bệnh nhân có nồng độ ferritin tăng và bình thường

- Mức độ tổn thương xơ cứng da và tỉ lệ viêm phổi kể ở nhóm bệnh nhân XCB có nồng độ ferritin trong huyết thanh tăng thì cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân có nồng độ ferritin huyết thanh trong giới hạn bình thường

3.4. Môi liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và một số chỉ số đánh giá mức độ viêm



Biểu đồ 3.1. Môi tương quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và CRPhs huyết thanh

Nhận xét: Phân tích tương quan tuyến tính giữa nồng độ ferritin và Nồng độ CRPhs trong huyết thanh ($r=0,614$; $p=0,001$) cho thấy có mối tương quan thuận giữa 2 nồng độ ferritin và CRPhs trong huyết thanh ở bệnh nhân XCB.

IV. BÀN LUẬN

XCB là một bệnh tự miễn có đặc điểm nổi bật là viêm, xơ hóa và dày da. Độ tuổi khởi phát bệnh là từ 30 đến 50 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam nhưng bệnh nhân nam có biểu hiện bệnh nặng hơn và tỷ lệ sống sót thấp hơn¹². Nồng độ ferritin huyết thanh tăng cao trong các bệnh viêm nhiễm nên chỉ số này được coi là một protein phản ứng ở giai đoạn pha cấp. Gần đây, nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra ý nghĩa của nồng độ ferritin huyết thanh trong các bệnh tự miễn và mối liên quan đến mức độ hoạt động của bệnh. Điều này cho thấy nồng độ ferritin có thể được ứng dụng như một dấu ấn sinh học để theo dõi sự tiến triển của bệnh và đánh giá tiên lượng bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi với tổng số 30 bệnh nhân XCB tham gia, về đặc điểm chung của của nhóm bệnh nhân nghiên cứu không có sự khác biệt nhiều với các nghiên cứu trước đó về xơ cứng bì của Helene Chiffot và cộng sự,

nghiên cứu của Coi A, Barsotti S, Santoro M¹². Nữ giới gặp nhiều hơn nam giới, tỷ lệ nữ/ nam là 4/1. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $57,63 \pm 7,75$ tuổi, trong đó, thấp nhất là 41 tuổi và cao nhất là 70 tuổi. Tuổi mắc bệnh của nhóm nghiên cứu chủ yếu là tuổi trung niên. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là $3,9 \pm 4,4$ năm. Những bệnh nhân xơ cứng bì thường có thể trạng trung bình với chỉ số BMI trung bình $19,17 \pm 1,23$ kg/m².

Bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu có nồng độ ferritin huyết thanh trung bình là $481,15 \pm 329,5$ ng/ml cao hơn rõ rệt so với người khỏe mạnh là 173 ± 282 ng/ml theo nghiên cứu của Chang JS, Lin SM, Huang TC năm 2013¹. Trong số 30 bệnh nhân nghiên cứu, 25 bệnh nhân có nồng độ ferritin cao hơn trung bình và 5 bệnh nhân có nồng độ ferritin trong giới hạn bình thường. Chúng tôi đã tiến hành phân tích sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, một số cận lâm sàng giữa nhóm bệnh nhân có nồng độ ferritin cao và nhóm có nồng độ ferritin thấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm bệnh nhân XCB có nồng độ ferritin huyết thanh tăng có tỷ lệ tổn thương viêm phổi kể nhiều hơn, tổn thương xơ cứng da của bệnh tính theo thang điểm mRSS cũng cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân có nồng độ ferritin huyết thanh bình thường.

Protein C phản ứng trong huyết thanh (CRP) là cũng là một protein phản ứng ở giai đoạn cấp tính và được sử dụng như một dấu ấn sinh học để đánh giá sự tiến triển của các bệnh tự miễn. Trong XCB, CRP cùng với tốc độ máu lắng cũng được sử dụng để dự đoán tỷ lệ tiến triển bệnh và nguy cơ tử vong của các bệnh nhân¹⁴. Các nghiên cứu đã chỉ ra nồng độ CRP tăng có liên quan đến tổn thương xơ vữa mạch máu và tình trạng xơ hóa tại các phủ tạng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thấy có mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh và nồng độ CRPhs. Trong một nghiên cứu khác của Trường Đại học Y khoa Quảng Tây, Trung Quốc cũng cho thấy 2 chỉ số này có mối tương quan thuận với nhau với. Do vậy, qua kết quả nghiên cứu có thể thấy chỉ số ferritin huyết thanh có thể được sử dụng để đánh giá mức độ hoạt động và mức độ tiến triển nặng của bệnh XCB.

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ ferritin huyết thanh của bệnh

nhân XCB cao hơn rõ rệt so với người khỏe mạnh.
- Nồng độ ferritin huyết thanh tăng có liên quan với tổn thương viêm phổi kẽ, tổn thương xơ cứng da và tình trạng viêm hệ thống trong bệnh XCB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chang JS, Lin SM, Huang TC, et al.** Serum ferritin and risk of the metabolic syndrome: a population-based study. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2013;22(3): 400-407. doi:10.6133/ apjcn.2013.22.3.07
2. **Hughes M, Herrick AL.** Systemic sclerosis. *Br J Hosp Med (Lond).* 2019;80(9): 530-536. doi:10.12968/hmed.2019.80.9.530
3. **Allanore Y.** Physiopathologie de la sclérodémie systémique. *Med Sci (Paris).* 2016;32(2):183-191. doi:10.1051/medsci/20163202012
4. **Ngô Quý C.** Bệnh học Nội khoa. Nhà xuất bản Y học; 2018.
5. **Hunzelmann N.** [Current treatment of systemic scleroderma]. *Hautarzt.* 2018;69(11):901-907. doi:10.1007/s00105-018-4258-7

TỶ LỆ VIÊM ÂM ĐẠO Ở PHỤ NỮ ĐỘ TUỔI SINH SẢN TẠI ĐƠN VỊ SẢN PHỤ KHOA PHÒNG KHÁM ĐA KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

Việt Thị Minh Trang¹, Đỗ Thị Thùy Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ viêm âm đạo (VÂĐ) và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ độ tuổi sinh sản tại Đơn vị sản phụ khoa Phòng khám đa khoa (Trường Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 396 phụ nữ độ tuổi sinh sản qua phỏng vấn với bộ câu hỏi thiết kế sẵn, khám lâm sàng và xét nghiệm dịch âm đạo. **Kết quả:** Tỷ lệ VÂĐ là 44,7%; tác nhân gây bệnh chủ yếu là vi trùng (68,4%). Có mối liên quan giữa VÂĐ và việc điều trị bệnh trong 6 tháng gần đây (OR = 1,89; p = 0,006), cách dùng dung dịch vệ sinh phụ nữ (OR = 2,99; p = 0,007), lần VÂĐ gần nhất (p = 0,006), VÂĐ ≥ 4 lần/năm (OR = 4,51; p = 0,001) và không sử dụng bao cao su (BCS) khi quan hệ tình dục (QHTD) (OR = 2,68; p = 0,000). **Kết luận và kiến nghị:** Tỷ lệ VÂĐ là 44,7%. Bác sĩ phụ khoa nên tư vấn và hướng dẫn phụ nữ phòng tránh một số yếu tố nguy cơ của VÂĐ và có khuyến nghị về chăm sóc sức khỏe sinh sản trên trang Web của Phòng khám. **Từ khóa:** Viêm âm đạo, phụ nữ trong độ tuổi sinh sản

SUMMARY

PREVALENCE OF VAGINITIS OF REPRODUCTIVE WOMEN VISITING THE POLYCLINIC OF PHAM NGOC THACH UNIVERSITY OF MEDICINE FROM 10/2022 TO 3/2023

Objectives: To assess the prevalence and some related factors of vaginitis in female clients visiting The polyclinic of Pham Ngoc Thach University of

medicine. **Methods:** A cross-sectional study, conducted on 396 reproductive women through interviews with structured questionnaires, clinical examination and vaginal fluid test. **Results:** The rate of vaginitis was 44.7% and bacterial vaginosis was detected in 68.4%. This survey showed that there were some risk factors such as medical disease in the last 6 months (OR = 1.89; p = 0.006), using feminine wash (OR = 2.99; p = 0.007), the latest vaginitis (p = 0.006), vaginitis ≥ 4 times per year (OR = 4.51; p = 0.001), using condoms when having sex (OR = 2.68, p = 0.000). **Conclusions and recommendations:** The rate of vaginitis was 44.7%. Gynecologists should advise women to avoid some risk factors and give good recommendations to them on The polyclinic website.

Keywords: Vaginitis, reproductive women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiết dịch âm đạo và cảm giác khó chịu là than phiền thường gặp ở phụ nữ qua các giai đoạn cuộc đời, nhất là trong độ tuổi sinh sản, trong đó, VÂĐ là bệnh cảnh phổ biến nhất tại các phòng khám phụ khoa^[7]. VÂĐ được định nghĩa là tình trạng tiết dịch âm đạo bất thường; dịch âm đạo có mùi; kích ứng da; cảm giác ngứa, bỏng rát âm hộ – âm đạo nhưng vẫn có nhiều phụ nữ không có bất kỳ biểu hiện gì. Tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là vi khuẩn (40 – 50%); vi nấm (20 – 25%); trùng roi (15 – 20%) và không tìm được tác nhân nhiễm trùng (5 – 10%)^[6]. Tuy lành tính nhưng VÂĐ có thể ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày của phụ nữ vì cảm giác khó chịu ở đường sinh dục dưới hoặc ảnh hưởng lâu dài đặc biệt là hiếm muộn, vô sinh nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Dựa trên các nghiên cứu trước, tùy đối tượng nghiên cứu, vùng miền mà yếu tố nguy cơ

¹Bệnh Viện Hùng Vương

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Việt Thị Minh Trang

Email: lavender@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 12.12.2023