

năng chịu đựng tập thể dục, nguyên nhân thường do khó thở, dẫn đến giảm mật độ xương. Tuy nhiên đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân giai đoạn ổn định, được quản lý và tuân thủ điều trị tốt nên đa số bệnh nhân vẫn hoạt động thể lực được, tập thể dục nên tình trạng loãng xương trong nghiên cứu chúng tôi không theo quy luật.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân BPTNMT: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: theo T-score CSTL tỷ lệ loãng xương chiếm 50%, thiếu xương chiếm 38%. Tại CXĐ, tỷ lệ loãng xương là 36%, thiếu xương là 50%. Tính chung cả 2 vị trí, tỷ lệ loãng xương chiếm 60%, thiếu xương là 32%.

- Một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở bệnh nhân BPTNMT: giới nữ, BMI thấp (< 18.5), sử dụng ICS, phân loại bệnh theo GOLD 2022. Ngược lại, tuổi, hút thuốc, thời gian mắc bệnh không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân COPD.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **2022 GOLD Reports - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD.** Accessed September 15, 2022. <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>

2. **BỘ Y TẾ** (2018). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
3. **Ngô Quý Châu** (2018). Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính, Bệnh Học Nội Khoa Tập I.
4. **Nguyễn Quang Đợi** (2019). Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng Và Một Số Yếu Tố Nguy Cơ Tắc Động Mạch Phổi Cấp Ở Bệnh Nhân Đợt Cấp Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính.
5. **Low bone mineral density in COPD patients related to worse lung function, low weight and decreased fat-free mass - PubMed.** Accessed September 14, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17347789/>
6. **Nguyễn Thị Thủy** (2015). Nghiên cứu đặc điểm loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính – Bệnh viện Bạch Mai..
7. **Nguyen Duc Manh** (2021). Study on rate and risk factor of osteoporosis among copd patients at the copd outpatients clinic Bach Mai hospital..
8. **Huijsmans RJ, de Haan A, ten Hacken NNHT, Straver RVM, van't Hul AJ.** The clinical utility of the GOLD classification of COPD disease severity in pulmonary rehabilitation. *Respir Med.* 2008;102(1): 162-171. doi: 10.1016/j.rmed.2007.07.008
9. **Trịnh Hồng Nhung** (2021). Nguy cơ loãng xương và dự báo xác suất gãy xương theo mô hình Garvan ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng.
10. **Development and first validation of the COPD Assessment Test | European Respiratory Society.** Accessed October 4, 2023. <https://erj.ersjournals.com/content/34/3/648.full>

# THỰC TRẠNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI DÂN TỪ 18 – 60 TUỔI KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI NĂM 2023

Phạm Văn Thành<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Trọng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Giao thông vận tải năm 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 500 người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Giao thông vận tải năm 2023, sử dụng cách chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng. Thông tin được thu thập bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn theo hình thức phát vấn và kết hợp tra hồ sơ bệnh án dữ liệu thứ cấp. Dữ liệu được nhập bằng

Epidata 3.1 và xử lý bằng SPSS 26.0. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu từ 18 – 60 tuổi tỷ lệ tăng huyết áp là 17,6%. Trong đó, tỷ lệ tăng huyết áp độ I nhẹ, độ II trung bình và độ III nặng lần lượt là 12,2%; 4,6%; 0,6%. Nam giới có tỷ lệ tăng huyết áp là 21,6% cao hơn nữ giới có tỷ lệ tăng huyết áp là 12,4%. Nhóm tuổi 51- 60 tuổi có tỷ lệ tăng huyết áp cao nhất 39,4%, tiếp theo đến nhóm tuổi từ 41- 50 tuổi có tỷ lệ tăng huyết áp là 29,2% và thấp nhất là nhóm tuổi từ 18 - 40 có tỷ lệ tăng huyết áp là 6,4%. **Kết luận:** Các đối tượng có tiền sử tăng huyết áp, biến chứng tim mạch, biến chứng tai biến mạch máu não, mắc bệnh kết hợp, thừa cân béo phì (BMI ≥ 25), hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, chế độ ăn mặn một số có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến tăng huyết áp sau khi đã loại bỏ các yếu tố còn lại. **Từ khóa:** tăng huyết áp, yếu tố liên quan, Bệnh viện Giao thông vận tải

## SUMMARY

### CURRENT SITUATION OF HYPERTENSION

<sup>1</sup>Thiết bị Y tế Bảo Thân An

<sup>2</sup>Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thành

Email: ytechinhhang.com@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023

## DISEASE AND SOME ACCOCIATED FACTORS OF PEOPLE FROM 18 - 60 YEARS OLD OUTPATIENT EXAMINATION AT TRANSPORTATION HOSPITAL IN 2023

**Objective:** Describe the current status of hypertension and some related factors of people aged 18 - 60 years old with outpatient examination at the transportation hospital in 2023. **Method:** Cross-sectional descriptive study design was conducted on 500 people aged 18 - 60 years old for outpatient examination at Transport Hospital in 2023, using stratified random sampling. Information was collected using a pre-designed questionnaire in the form of interviews and combining medical records with secondary data. Data were entered using Epidata 3.1 and processed using SPSS 26.0. **Result:** In research subjects from 18 to 60 years old, the rate of hypertension was 17.6%. Among them, the rates of mild grade I hypertension, moderate grade II hypertension, and severe grade III hypertension are 12.2%; 4.6%; 0.6%. Men have a higher blood pressure rate of 21.6% than women have a high blood pressure rate of 12.4%. The age group 51 - 60 years old has the highest rate of hypertension at 39.4%, followed by the age group from 41 - 50 years old with the rate of hypertension being 29.2% and the lowest rate is the age group from 18 - 40 years old. had a hypertension rate of 6.4%. **Conclusion:** Subjects with a history of hypertension, cardiovascular complications, stroke complications, comorbidities, overweight and obesity (BMI  $\geq 25$ ), smoking, alcohol use, diet Some salts have a statistically significant effect on hypertension after eliminating the remaining factors. **Keywords:** hypertension, associated factors, transportation hospital

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), đã ghi nhận trong báo cáo sức khỏe hàng năm và đã xác định bệnh tăng huyết áp là "kẻ giết người thầm lặng", bệnh tăng huyết áp có yếu tố nguy cơ biến chứng nặng như đột quỵ não, bệnh tim mạch, bệnh thận mãn tính và suy tim sung huyết... để lại di chứng sẽ là gánh nặng cho gia đình cũng như toàn xã hội, cần nhiều chi phí tiền bạc, sức người để chăm sóc và họ không thể tự lao động nuôi bản thân. Tăng huyết áp là yếu tố hàng đầu chiếm tỷ lệ 78% gây ra đột quỵ não, có thể gây tử vong hoặc tàn tật suốt đời.

Hiện nay thì có tới gần 60% đối tượng chưa được phát hiện và trên 80% chưa được điều trị tăng huyết áp, một con số rất đáng báo động. Đây là vấn đề y tế công cộng rất quan tâm ở đối tượng trẻ tuổi về bệnh tăng huyết áp nhằm phát hiện sớm, giảm các yếu tố nguy cơ, dự phòng tại cộng đồng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Thực trạng bệnh tăng huyết áp của người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh Viện Giao Thông Vận Tải năm 2023" với mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng bệnh tăng huyết áp của người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Giao Thông Vận Tải năm 2023.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người dân từ 18 - 60 tuổi, có khả năng đáp ứng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Phòng khám Ngoại trú Bệnh viện Giao thông vận tải từ tháng 2 - 10/2023.

**2.3 Thiết kế nghiên cứu.** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

**2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.** Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong nghiên cứu dịch tễ học mô tả:

$$n = Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần điều tra; p: ước đoán tỷ lệ trăm cảm của sinh viên, lấy p = 0,25 (Theo nghiên cứu của Trương Thị Thùy Dương năm 2016) [2]; Z: hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì  $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ ;  $\alpha$ : mức ý nghĩa thống kê, lấy  $\alpha=5\%$ ; d: sai số tuyệt đối cho phép, lấy d = 0,04. Số mẫu cần thiết là n=450 và tăng cỡ mẫu để dự trừ nên cỡ mẫu cho nghiên cứu là n=500.

**2.5. Phương pháp thu thập số liệu.** Sử dụng bộ công cụ phỏng vấn được thiết kế sẵn và phiếu ghi chỉ số cân, đo trực tiếp các chỉ số chiều cao, cân nặng, huyết áp trong quá trình nghiên cứu.

**2.6. Xử lý, phân tích số liệu.** Làm sạch và nhập liệu Epidata 3.1, thống kê dùng SPSS 26.0 để phân tích

**2.7. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được Hội đồng thẩm định đề cương luận văn thạc sĩ ngành Y tế công cộng theo Quyết định số 23031002/QĐ-ĐHTL ngày 10 tháng 3 năm 2023. Đề cương nghiên cứu được phê duyệt theo Quyết định số 23042104/QĐ-ĐHTL ngày 21 tháng 04 năm 2023 đáp ứng khoa học và đạo đức nghiên cứu

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.** Kết quả Bảng 3.1 cho thấy nam giới tỷ lệ là 56,6% và nữ giới tỷ lệ 43,4%. Nhóm từ 18-40 tuổi tỷ lệ cao nhất 59,8%, nhóm từ 41-50 tuổi tỷ lệ thấp nhất 19,2%, nhóm từ 51-60 tuổi tỷ lệ 21%. Có 99,2% đối tượng có trình độ học vấn từ THPT trở lên và chỉ 0,8% có trình độ học vấn dưới THPT. Vì ở thành phố nên nghề

ng nghiệp rất đa dạng: nghề tự do tỷ lệ cao nhất 40,2% thấp nhất là nông dân 0,4%. Các nghề nghiệp khác như công nhân, tư nhân, công chức viên chức và hưu trí có tỷ lệ lần lượt là: 3,8%; 20,2%; 30,0%; 5,4%. Đa phần mọi người đều đang đi làm tỷ lệ là 94,6%, hưu trí tỷ lệ là 5,4%.

**Bảng 3.10. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	283
	Nữ	217
Tuổi	Từ 18 – 40 tuổi	299
	Từ 41 - 50 tuổi	96
	Từ 51 - 60 tuổi	105
Trình độ học vấn	Dưới THPT	4
	≥ THPT	496
Trình trạng gia đình	Sống một mình	114
	Sống cùng gia đình	386
Nghề nghiệp	Nông dân	2
	Công nhân	19
	Tư nhân	101
	Công chức, viên chức	150
	Tự do	201
	Hưu trí	27

### 3.2. Thực trạng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.2. Phân loại mức độ tăng huyết áp của Việt Nam**

Phân loại tăng huyết áp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Huyết áp bình thường	412	82,4
Số người tăng huyết áp:	88	17,6

Tăng huyết áp độ I nhẹ	61	69,3
Tăng huyết áp độ II trung bình	24	15,9
Tăng huyết áp độ III nặng	3	3,4

Qua nghiên cứu này, ghi nhận thực trạng tăng huyết áp của người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh Viện Giao Thông Vận Tải năm 2023 tỷ lệ tăng huyết áp là 17,6%. Trong đó, tỷ lệ tăng huyết áp độ I nhẹ, độ II trung bình và độ III nặng lần lượt là 12,2%; 4,6%; 0,6%. Bảng 3.2.1

Trong đó, nam giới tỷ lệ tăng huyết áp là 21,6% cao hơn nữ giới tỷ lệ tăng huyết áp là 12,4%. Nhóm tuổi từ 51 - 60 tuổi tỷ lệ tăng huyết áp cao nhất 39,4%, tiếp theo đến nhóm tuổi từ 41 - 50 tuổi tỷ lệ tăng huyết áp là 29,2% và thấp nhất là nhóm tuổi từ 18 - 40 tỷ lệ tăng huyết áp là 6,4%. Tỷ lệ tăng huyết áp 18,4% đối tượng sống cùng gia đình cao hơn tỷ lệ tăng huyết áp 14,9% đối tượng sống một mình. Đối tượng có trình độ học vấn <THPT tỷ lệ tăng huyết áp là 25% cao hơn đối tượng có trình độ ≥ THPT tỷ lệ tăng huyết áp là 17,5%. Theo nghề nghiệp thì tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm đối tượng hưu trí 63,0%; làm nghề tự do tỷ lệ tăng huyết áp là 12,4%; làm nghề công chức viên chức tỷ lệ tăng huyết áp là 14%; làm nghề tư nhân tỷ lệ tăng huyết áp là 17,8%; làm nghề công nhân tỷ lệ tăng huyết áp là 36,8%; làm nghề nông dân tỷ lệ tăng huyết áp là 50%. Tăng huyết áp theo nghề nghiệp cho thấy tỷ lệ cao nhất ở nhóm đối tượng hưu trí là 63,0% và tỷ lệ thấp nhất ở nhóm đối tượng làm nghề tự do. Chi tiết thể hiện ở bảng 3.3

**Bảng 3.3. Tăng huyết áp theo nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

Chỉ số	HA	Biến số	Có THA		Không THA		OR (95%CI)	p
			SL	(%)	SL	(%)		
Giới		Nam	61	21,6	222	78,4	1,9	0,008
		Nữ	27	12,4	190	87,6	(1,1-3,1)	
Tuổi		Từ 18 - 40 tuổi	19	6,4	279	93,6	1	<0,001
		Từ 41 - 50 tuổi	28	29,2	68	70,8	6,0(3,1-11,4)	
		Từ 51 - 60 tuổi	41	39,4	63	60,6	9,5(5,1-17,5)	
Tình trạng gia đình		Sống một mình	17	14,9	97	85,1	0,7	0,39
		Sống cùng GD	71	18,4	315	81,6	(0,4-1,3)	
Trình độ học vấn		< THPT	1	25,0	3	75,0	1,5	0,69
		≥ THPT	87	17,5	409	82,5	(0,1-15,2)	
Nghề nghiệp		Nông dân	1	50,0	1	50,0	0,68(0,03-11,6)	0,79
		Tư nhân	25	12,4	176	87,6	1	
		Nhà nước	21	14,0	129	86,0	1,1(0,6-2,1)	
		Tư nhân	18	17,8	83	82,2	1,5(0,7-2,9)	
		Công nhân	7	36,8	12	63,2	4,1(1,4-11,4)	
		Hưu trí	17	63,0	10	37,0	11,9(4,9-29,0)	

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu. Kết quả

nghiên cứu theo bảng 3.3 chỉ ra rằng: Tình trạng tăng huyết áp có yếu tố liên quan có ý nghĩa

thống kê với một số yếu tố như: Tiền sử bản thân từng bị tăng huyết áp, biến chứng tim mạch, tai biến mạch máu não, bệnh tiểu đường, hút thuốc lá, thừa cân béo phì và chế độ ăn mặn.

Đối tượng có biến chứng bệnh tim mạch bị tăng huyết áp cao gấp 2,8 lần đối tượng không có biến chứng (OR=2,8; 95%CI: 1,1-7,0; p<0,01). Bên cạnh đó đối tượng bị tai biến mạch máu não có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 4,8 lần đối tượng không bị tai biến (OR=4,8; 95%CI: 1,0-24,2, p<0,05). Đối tượng mắc bệnh tiểu đường có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 3,1 lần đối tượng không bị tiểu đường (OR=3,1; 95%CI: 1,4-6,5; p<0,01).

Tỷ lệ tăng huyết áp là 23,7% ở nhóm đối tượng có hút thuốc cao hơn tỷ lệ tăng huyết áp là 15,7% ở đối tượng không hút thuốc. Về chế

độ ăn thì đối tượng có thói quen ăn mặn có khả năng tăng huyết áp cao gấp 2,0 lần so với đối tượng không ăn mặn (OR=2,0; 95%CI: 1,2-3,1; p<0,01).

Về chỉ số khối cơ thể BMI, đối tượng bị thừa cân/béo phì có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 8,6 lần đối tượng gầy (OR=8,6; 95%CI: 1,0-76,3; p<0,05).

Những đối tượng thường xuyên đo HA tại nhà có khả năng phát hiện sớm bị THA cao gấp 5,7 lần những đối tượng không đo HA (OR=5,7; 95%CI: 2,8-11,4; p<0,001). Đối tượng thường xuyên đi khám sức khỏe định kỳ có khả năng phát hiện sớm bị THA cao gấp 2,4 lần đối tượng không đi khám sức khỏe định kỳ (OR=2,4; 95%CI: 1,1-5,0; p<0,05).

**Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu**

Hành vi sức khỏe		Tăng huyết áp		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
		SL (%)	SL (%)		
<b>Tiền sử bản thân từng mắc THA</b>	Có	30 (53,6)	26 (46,4)	7,6 (4,2-13,8)	<0,001
	Không	58 (13,1)	386 (86,9)		
<b>Tim mạch</b>	Có	8 (36,4)	14 (63,6)	2,8 (1,1-7,0)	0,01
	Không	80 (16,7)	398 (83,3)		
<b>Tai biến mạch máu não</b>	Có	3 (50,0)	3 (50,0)	4,8 (1,0-24,2)	0,03
	Không	85 (17,2)	409 (82,8)		
<b>Tiểu đường</b>	Có	12 (37,5)	20 (62,5)	3,1 (1,4-6,5)	0,002
	Không	76 (16,2)	392 (83,8)		
<b>Hút thuốc</b>	Có	28 (23,7)	90 (76,3)	1,6 (1,0-2,7)	0,045
	Không	60 (15,7)	322 (84,3)		
<b>Ăn mặn</b>	Có	42 (24,6)	129 (75,4)	2,0 (1,2-3,1)	0,003
	Không	46 (14,0)	283 (86,0)		
<b>BMI</b>	Thừa cân béo phì	6 (20,7)	23 (79,3)	8,6(1,0-76,3)	0,025
	Bình thường	81 (18,5)	356 (81,5)	7,5(1,0-55,7)	0,02
	Gầy	1 (2,9)	33 (97,1)	1	-
<b>Đo huyết áp</b>	Thường xuyên	20 (47,6)	22 (52,4)	5,7(2,8-11,4)	<0,001
	Thỉnh thoảng	31 (16,4)	158 (83,6)	1,2(0,7-2,0)	0,43
	Không	37 (13,8)	232 (86,2)	1	-
<b>Khám sức khỏe định kỳ</b>	Thường xuyên	17 (25,4)	50 (74,6)	2,4(1,1-5,0)	0,01
	Thỉnh thoảng	51 (19,0)	218 (81,0)	1,6(0,9-2,9)	0,06
	Không	20 (12,2)	144 (87,8)	1	-

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, thực hiện trên 500 đối tượng người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Giao thông vận tải có tỷ lệ bệnh tăng huyết áp là 17,6%. Kết quả nam giới có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 1,9 lần nữ giới (OR=1,9; 95%CI: 1,1-3,1; p<0,01). Theo Mai Duy Tôn nghiên cứu đa trung tâm về đột quỵ tại 10 Trung tâm đột quỵ trên toàn quốc cho thấy: độ tuổi trung bình người dân Việt Nam hiện nay bị đột quỵ khoảng 65 tuổi; độ tuổi dưới 45 chiếm

7,2%. Điều đáng lưu ý là tăng huyết áp gây ra tỷ lệ nam gặp đột quỵ nhiều hơn nữ, gấp 1,5 lần so với nữ [4]. Điều này cũng có thể lý giải vì lối sống của nam giới cường độ làm việc cao hơn nữ giới, uống rượu bia, hút thuốc cũng hơn nữ giới. Hơn nữa còn có thể liên quan về gen, về sinh lý học của giới tính, giới tính nam khác giới tính nữ. Kết quả cho thấy tăng huyết áp tăng dần theo xu hướng nam giới nhiều hơn nữ giới.

Nhóm tuổi từ 51 - 60 tuổi tăng huyết áp cao gấp 10 lần nhóm 18 - 40 tuổi; nhóm 41-50 tuổi

cao gấp 6 lần nhóm 18 - 40 tuổi; có tiền sử bản thân từng bị tăng huyết áp cao gấp 5 lần đối tượng không tiền sử. Tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp càng nhiều, tuổi càng cao thì sức khỏe của con người sẽ ngày càng suy giảm do các chức năng của các cơ quan trong cơ thể không còn khỏe mạnh và sức đề kháng sẽ càng ngày càng yếu dần. Vì vậy có thể sự gia tăng của các bệnh trong đó có bệnh tăng huyết áp sẽ song hành cùng với độ tuổi ngày một lớn hơn. Di truyền có thể góp phần gây nên huyết áp cao, đột quỵ và các tình trạng liên quan khác.

Đối tượng biến chứng tim mạch, tai biến mạch máu não, bệnh tiểu đường lần lượt cao gấp 2,8 lần; 4,8 lần; 3,1 lần; đối tượng bình thường.

Bị thừa cân/béo phì có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 8,6 lần đối tượng gầy ( $OR=8,6$ ; 95%CI: 1,0-76,3;  $p<0,05$ ). Kết quả nghiên cứu tương đồng với Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt (2003) BMI  $\geq 23$  có nguy cơ tăng huyết áp 2,78 lần BMI bình thường [3]. Kết quả của chúng tôi cao hơn có thể do khác về địa lý, môi trường sống, chế độ ăn dinh dưỡng và yếu tố khác kết hợp.

Hút thuốc lá có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 1,6 lần không hút thuốc lá ( $OR=1,6$ ; 95%CI: 1,0-2,7;  $p<0,05$ ). Hút thuốc lá là một nguy cơ tiềm tàng dẫn đến phát triển bệnh xơ vữa động mạch, cũng là một yếu tố đe dọa quan trọng đến bệnh tăng huyết áp. Nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở người tăng huyết áp có hút thuốc lá cao hơn 50 - 60% so với những người tăng huyết áp không hút thuốc lá. [3]

Đối tượng có thói quen ăn mặn bị tăng huyết áp cao gấp 2,0 lần so với ăn bình thường ( $OR=2,0$ ; 95%CI: 1,2-3,1;  $p<0,01$ ). Tương đồng với Trương Thị Thủy Dương (2016) về hiệu quả của dinh dưỡng nhằm cải thiện tăng huyết áp cho thấy tỷ lệ ăn mặn chung hai xã là 22,8%, xã đối chứng là 23,6%, xã can thiệp là 22,1%. [2]

Thường xuyên đo huyết áp tại nhà có khả năng phát hiện sớm tăng huyết áp cao gấp 5,7 lần không đo huyết áp ( $OR=5,7$ ; 95%CI: 2,8-11,4;  $p<0,001$ ). Khám sức khỏe định kỳ có khả năng phát hiện sớm tăng huyết áp cao gấp 2,4 lần không đi khám sức khỏe định kỳ ( $OR=2,4$ ; 95%CI: 1,1-5,0;  $p<0,05$ ). Tại Đại Hội đồng Tổ chức Y tế Thế Giới đã ra Nghị quyết WHA66.10 thông qua [1]. Trong đó có mục tiêu giảm tỷ lệ tăng huyết áp hoặc kiểm soát số đo huyết áp, tùy theo hoàn cảnh quốc gia và nghiên cứu của chúng tôi có kết quả rằng thường xuyên kiểm tra

chỉ số, theo dõi huyết áp tại nhà và khám sức khỏe định kỳ sẽ giúp đánh giá, tiên lượng và phát hiện sớm tăng huyết áp.

Nghiên cứu tồn tại một số hạn chế, đây là nghiên cứu cắt ngang trên đối tượng từ 18 - 60 tuổi, nên chưa đánh giá được thực trạng tăng huyết áp trong suốt quá trình sống và không thể kết luận mối quan hệ nhân quả. Đối tượng nghiên cứu đa ngành nghề, trình độ, chất lượng sống, môi trường sống khác nhau do vậy chưa thể đánh giá được toàn diện về tăng huyết áp của người dân giữa các nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Thực trạng bệnh tăng huyết áp người dân từ 18 - 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh Viện Giao Thông Vận Tải năm 2023, tỷ lệ tăng huyết áp là 17,6%.

2. Các mối liên quan đến tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu: có tiền sử bản thân tăng huyết áp, biến chứng tim mạch, biến chứng tai biến mạch máu não, bệnh tiểu đường, thừa cân béo phì, hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, chế độ ăn mặn một số có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến tăng huyết áp sau khi đã loại bỏ các yếu tố còn lại.

3. Tăng huyết áp cần phát hiện sớm, tiên lượng dự phòng ngay từ lúc trẻ tuổi giúp kiểm soát huyết áp để có hiệu quả ngăn ngừa các biến chứng và kéo dài tuổi thọ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2016), "Điều tra quốc gia về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm năm 2015"
2. **Trương Thị Thủy Dương** (2016) "Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng", Luận án tiến sĩ học, Trường Đại học Y Hà Nội
3. **Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt và cộng sự** (2003), "Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam 2001 - 2002", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.
4. **Mai Duy Tôn và cộng sự** (2020) Sách "Đột quỵ não - Những nguyên tắc vàng trong dự phòng và chăm sóc đột quỵ" Nhà xuất bản Dân Trí.
5. **Nguyễn Đức Trọng và cộng sự** (2018) - "Tỷ lệ cơ cấu bệnh tật tim mạch huyết áp của Người bệnh tới Khám chữa bệnh các cơ sở y tế tuyến Quận, Huyện", Đề tài Khoa học Công nghệ cấp Ngành BHXHVN.
6. **China Stroke Statistics Writing Committee** (2022) "Chinese Center for Disease Control and Prevention and Institute for Global Neuroscience and Stroke Collaborations" 2022 Apr 20.

# THÁI ĐỘ VỀ HÚT THUỐC LÁ VÀ TIẾP CẬN THÔNG TIN VỀ TÁC HẠI CỦA THUỐC LÁ Ở HỌC SINH TỪ 13-15 TUỔI Ở 13 TỈNH CỦA VIỆT NAM NĂM 2021-2022

Nguyễn Thị Diễm Hương<sup>1</sup>, Kim Bảo Giang<sup>1</sup>, Phạm Bích Diệp,  
Phan Thị Hải<sup>2</sup>, Dương Tú Anh<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thanh Thảo<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả thái độ và tiếp cận thông tin về tác hại của thuốc lá của học sinh. Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, thực hiện khảo sát trên 3873 học sinh từ 13 tỉnh thành trên cả nước, với tỷ lệ học sinh nữ là 53,3%. Kết quả cho thấy học sinh có thái độ tiêu cực đối với việc hút thuốc lá: hơn 90% học sinh đồng ý rằng việc hút thuốc lá (bao gồm cả thuốc lá điện tử và shisha) là có hại cho sức khỏe. Học sinh tiếp cận thông tin về tác hại của thuốc lá thông qua nhiều nguồn thông tin. Trong đó các nguồn thông tin đại chúng như tivi, đài, internet, pano, áp phích, báo, tạp chí hay phim ảnh là có tỷ lệ tiếp cận cao nhất. Nguồn thông tin từ học tập và thảo luận trong nhà trường là thấp nhất. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, các hoạt động truyền thông về tác hại thuốc lá cần tiếp tục phát triển trên những nguồn thông tin phổ biến và quan tâm hơn đến việc triển khai các hoạt động học tập và thảo luận về tác hại thuốc lá trong nhà trường. **Từ khóa:** tác hại của hút thuốc lá, thái độ học sinh, thuốc lá điện tử

## SUMMARY

### ATTITUDE TOWARD SMOKING AND ACCESS TO INFORMATION RELATED TO SMOKING HARM OF VIETNAMESE STUDENTS AGE 13-15 IN 13 PROVINCES IN 2021-2022

The goal of the study is to describe students' attitudes and access to information about the harmful effects of tobacco. The research method is a cross-sectional description, conducting a survey on 3873 students from 13 provinces and cities across the country, with the proportion of female students being 53.3%. The results show that students have negative attitudes towards smoking: more than 90% of students agree that smoking (including e-cigarettes and shisha) is harmful to health. Students access information about the harmful effects of tobacco through many sources. Among them, mass media such as television, radio, internet, billboards, posters, newspapers, magazines or movies have the highest reach rate. The source of information from learning and discussion in school is the lowest. The results of this study show that communication activities about tobacco harms need to continue to develop on mass

media and promote learning activities and discussions about tobacco harms in school.

**Keywords:** harmful effects of smoking, student attitudes, electronic cigarettes

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hút thuốc lá và một vấn đề phổ biến trên thế giới, có khoảng 942 triệu nam giới và 175 triệu nữ giới từ 15 tuổi trở lên sử dụng thuốc lá [1]. Việt Nam là một trong 15 nước có tỉ lệ nam giới trưởng thành hút thuốc lá cao nhất trên thế giới. Theo Điều tra toàn cầu tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành (GATS, 2010), tỉ lệ người lớn nam giới hút thuốc lá là 47,4%. Hàng năm có 40.000 người tử vong do các bệnh liên quan đến thuốc lá [2]. Theo báo cáo GYTS 2014, tỷ lệ hút thuốc lá nói chung là 3,5%. Tỷ lệ hút thuốc ở trẻ em trai cao hơn đáng kể so với trẻ em gái (6,3% so với 0,9%). Tỷ lệ người hút thuốc lá thường xuyên thấp, chỉ 0,3% nói chung và 0,6% ở trẻ em trai. Thái độ là một trong những yếu tố dự đoán ý định thực hiện hành vi hoặc hành vi. Thái độ tích cực đối với việc hút thuốc có liên quan đến khả năng hút thuốc cao hơn [3]. Học sinh cho rằng hút thuốc sẽ mang lại lợi ích, chẳng hạn như tăng cường sự nổi tiếng và gắn kết xã hội, hoặc cải thiện tâm trạng làm tăng khả năng hút thuốc [4]. Tiếp cận với truyền thông phòng chống tác hại thuốc lá được xem là một trong những yếu tố bảo vệ, tăng thái độ tiêu cực với việc sử dụng thuốc lá [5]. Nghiên cứu về các nguồn thông tin và khả năng tiếp cận của học sinh với các nguồn thông tin này sẽ cung cấp bằng chứng cho các biện pháp can thiệp truyền thông. Vì vậy mục tiêu của nghiên cứu là mô tả thái độ của học sinh về hút thuốc lá và mô tả về tiếp cận thông tin của học sinh về phòng chống tác hại thuốc lá. Số liệu trong nghiên cứu này thuộc Dự án Điều tra tình hình sử dụng thuốc lá của thanh thiếu niên toàn cầu GYTS tại Việt Nam năm 2021.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Học sinh từ 13-15 tuổi đang học tại các trường học được lựa chọn.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả học sinh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diễm Hương

Email: diemhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.12.2023

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Học sinh nghỉ học tại thời điểm thu thập số liệu

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Nghiên cứu thực hiện năm 2021-2022 tại 53 trường cấp 2 và 3 thuộc 13 tỉnh ở Việt Nam bao gồm Thành phố Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, An Giang, Bến Tre, Hải Dương, Nghệ An, Ninh Bình, Phú Thọ, Quảng Ngãi, Quảng Trị, Yên Bái, Đắk Nông, Đồng Nai.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng nghiên cứu định lượng.

**2.4. Cỡ mẫu.** Số lượng học sinh từ 13-15 tuổi tham gia là 3873 người.

**2.5. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu.** Dựa trên danh sách 13 tỉnh lựa chọn 53 trường cấp 2 và 3 theo phương pháp chọn mẫu phân tầng. Số học sinh từ 13-15 tuổi tham gia là 3873 học sinh.

**2.6. Biến số nghiên cứu.** Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn để thu thập các thông tin về thực trạng HTL của học sinh. Bộ câu hỏi được sử dụng trong nghiên cứu này bao gồm các biến số tham khảo từ công cụ điều tra HTL toàn cầu ở người trưởng thành (GATS 2015). Bộ công cụ gồm 3 phần với các biến số sau:

Thông tin chung: Bao gồm các biến số nhân khẩu học: tuổi, giới, lớp. Thái độ về hút thuốc lá (hút thuốc lá khiến bạn có ít bạn bè hơn, trông ít hấp dẫn hơn và ít thoải mái hơn tại các sự kiện). Tiếp cận thông tin về thuốc lá (nguồn thông tin, nội dung thông tin). Bộ công cụ được thử nghiệm và chỉnh sửa trước khi tiến hành thu thập số liệu trên diện rộng.

**2.7. Phương pháp thu thập thông tin.** Phương pháp tự điền phiếu. Bộ câu hỏi được phát cho học sinh tại các lớp được chọn. Điều tra viên hướng dẫn và giám sát quá trình làm phiếu của học sinh

**2.8. Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu được làm sạch trước khi phân tích và được phân tích bằng phần mềm STATA 14.0. Thống kê mô tả sử dụng để mô tả tần số, và tỷ lệ. Dùng test  $\chi^2$  để so sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm.

**2.9. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu này được phê duyệt hội đồng đạo đức theo quyết định số 624/GCN-HĐĐĐ NCYSH-ĐHYHN ngày 12 tháng 5 năm 2022. Nghiên cứu được sự đồng ý cho sử dụng số liệu của chủ nhiệm đề tài.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=3873)**

**Bảng 5: Thông tin chung của học sinh**

Đặc điểm cá nhân	Tần số
------------------	--------

		n	Tỷ lệ %
Tỉnh	Tp Hà Nội	899	23,2
	Tp Hồ Chí Minh	456	11,8
	An Giang	294	7,6
	Bến Tre	164	4,2
	Hải Dương	283	7,3
	Nghệ An	677	17,5
	Ninh Bình	153	3,9
	Phú Thọ	305	7,9
	Quảng Ngãi	100	2,6
	Quảng Trị	108	2,8
	Yên Bái	156	4,0
	Đắk Nông	100	2,6
	Đồng Nai	178	4,6
Tuổi	13 tuổi	813	21,0
	14 tuổi	1574	40,6
	15 tuổi	1486	38,4
Giới	Nữ	2066	53,3
	Nam	1807	46,7

**Nhận xét:** Bảng 1 mô tả thông tin cá nhân của học sinh tham gia, trong đó học sinh 14 và 15 tuổi chiếm đa số (40,6% và 38,4%) học sinh 13 tuổi chiếm 21%. Các tỉnh có số lượng học sinh tham gia nhiều nhất là Hà Nội, Nghệ An và Hồ Chí Minh, tương ứng là (23,2%; 17,5% và 11,8%). Đắk Nông, Quảng Ngãi và Quảng Trị là 3 tỉnh có số lượng học sinh được chọn tham gia ít nhất (2,6%; 2,6%; và 2,8%). Học sinh nữ tham gia nhiều hơn so với nam (53,3% so với 46,7%)

**3.2. Tiếp cận thông tin về tác hại của hút thuốc lá ở học sinh từ 13 đến 15 tuổi**

**Bảng 2: Tiếp cận thông tin về tác hại của thuốc lá ở học sinh từ 13 đến 15 tuổi**

Nguồn thông tin	Tần số (n=..)	
	n	Tỷ lệ %
Trong 30 ngày qua, đã nhìn thấy/nghe thấy thông tin về tác hại của thuốc lá trên phương tiện thông tin đại chúng như tivi, đài, internet, pano, áp phích, báo, tạp chí hay phim ảnh	2770	71,5
Trong 30 ngày qua, đã nhìn thấy/nghe thấy thông tin về việc cấm người dưới 18 tuổi mua/bán/sử dụng các sản phẩm thuốc lá	2602	67,2
Trong 30 ngày qua, đã nhìn thấy/nghe thấy thông tin về tác hại của thuốc lá trên các sự kiện thể thao/hoà nhạc/sự kiện cộng đồng/sự kiện xã hội	975	25,2
Trong 30 ngày qua, đã nhìn thấy/nghe thấy cảnh báo về tác hại của thuốc lá được in trên bao bì thuốc lá	2082	53,8

Trong 12 tháng qua được học hoặc thảo luận về tác hại của thuốc lá ở trường học	2233	57,7
---	------	------

**Nhận xét:** Bảng 3 mô tả về tiếp cận thông tin về tác hại của thuốc lá trong 30 ngày và trong 12 tháng. Trong 30 ngày qua, các phương tiện truyền thông đại chúng như ti vi/đài, internet, pano, áp phích, báo, tạp chí hay phim ảnh là nguồn thông tin về tác hại của thuốc lá mà học sinh tiếp cận nhiều nhất (71,5%). Tiếp đến là các hình ảnh/chữ viết được in trên các bao bì thuốc lá (53,8%), trong số này có hơn một nửa học sinh suy nghĩ tiếp là sẽ không hút

thuốc lá khi nhìn thấy các hình ảnh/chữ viết này. Nguồn thông tin mà học sinh ít được tiếp cận nhất là các sự kiện thể thao/hoà nhạc/sự kiện cộng đồng/sự kiện xã hội (25,2%). Tỷ lệ học sinh nhìn thấy các thông tin về việc cấm người dưới 18 tuổi mua/bán/sử dụng các sản phẩm thuốc lá là 67,2%.

Trong 12 tháng qua thì cũng có hơn một nửa học sinh (57,7%) báo cáo là được học hoặc thảo luận về tác hại của thuốc lá trong trường học.

### 3.3. Thái độ của học sinh từ 13-15 tuổi về hút thuốc lá

**Bảng 3: Thái độ của học sinh về hút thuốc lá (n=3873)**

Thái độ	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Rất đồng ý	Không chắc chắn/không biết
Những người trẻ hút thuốc thì có ít bạn hơn		63(16,5)	1683(43,5)		1552(40,0)
Hút thuốc lá làm cho bạn trông ít hấp dẫn hơn		219(5,7)	2079(53,7)		1575(40,6)
Hút thuốc lá điện tử/nung nóng thì có ít bạn hơn		498(12,9)	1776(45,9)		1599(41,2)
Hút thuốc lá điện tử/nung nóng làm cho bạn trông ít hấp dẫn hơn		226 (5,8)	2047(52,9)		1600(41,3)
Hút thuốc lá có hại cho sức khỏe	149(3,9)	50(1,3)	154(4,0)	3515(90,8)	5(0,13)
Hút thuốc lá 1 hoặc 2 năm cũng có hại cho sức khỏe	145(3,7)	127(3,3)	724(18,7)	2852(73,6)	25(0,7)
Tại các lễ kỷ niệm, bữa tiệc hoặc sự kiện xã hội thì hút thuốc lá khiến bạn kém thoải mái hơn		878(22,7)	1777(45,9)		1218(31,4)
Hút shisha có hại cho sức khỏe của bạn	155(4,0)	62(1,6)	397(10,3)	3242(83,7)	17(0,4)
Hút thuốc lá điện tử có hại cho sức khỏe của bạn	149(3,9)	103(2,7)	399(10,3)	3207(82,8)	15(0,4)

**Nhận xét:** Bảng 2 mô tả thái độ của học sinh từ 13-15 tuổi đối với việc sử dụng thuốc lá. Nhìn chung học sinh có thái độ tiêu cực đối với việc hút thuốc lá. Hầu hết học sinh (>90%) đồng ý với tác hại của việc hút các loại thuốc lá (bao gồm cả thuốc lá điện tử/shisha). Khi được hỏi thì tỷ lệ cao hơn (từ 43,5 đến 52,9%) học sinh trả

lời là hút thuốc lá (bao gồm cả thuốc lá điện tử/nung nóng) sẽ làm cho bạn ít hấp dẫn hơn; có ít bạn hơn và ít thoải mái hơn tại các bữa tiệc, sự kiện xã hội. Quan điểm hút thuốc lá khiến bạn ít thoải mái hơn tại các bữa tiệc, sự kiện xã hội" có tỷ lệ trả lời không đồng ý cao nhất (22,7%).

**Bảng 4: Phân bố thái độ tiêu cực theo khả năng tiếp cận truyền thông trong 30 ngày qua**

Thái độ tiêu cực	Không tiếp cận truyền thông trong 30 ngày	Tiếp cận truyền thông trong 30 ngày	p
Những người trẻ hút thuốc thì có ít bạn hơn	36,2	44,5	0,001
Hút thuốc lá làm cho bạn trông ít hấp dẫn hơn	44,0	55,0	0,000
Hút thuốc lá điện tử/nung nóng thì có ít bạn hơn	36,6	45,2	0,000
Hút thuốc lá điện tử/nung nóng làm cho bạn trông ít hấp dẫn hơn	42,5	54,3	0,000
Hút thuốc lá có hại cho sức khỏe	92,6	95	0,03
Hút thuốc lá 1 hoặc 2 năm cũng có hại cho sức khỏe	87,8	93	0,000
Tại các lễ kỷ niệm, bữa tiệc hoặc sự kiện xã hội thì hút thuốc lá khiến bạn kém thoải mái hơn	36,8	47,2	0,000
Hút shisha có hại cho sức khỏe của bạn	92,8	94,1	0,2
Hút thuốc lá điện tử có hại cho sức khỏe của bạn	91,2	93,4	0,07

( $\chi^2$  test)



**Nhận xét:** Bảng trên mô tả sự phân bố tỷ lệ học sinh có thái độ tiêu cực theo sự tiếp cận truyền thông trong 30 ngày qua. Kết quả cho thấy học sinh được tiếp cận truyền thông về tác hại thuốc lá hoặc luật trong 30 ngày qua thì có thái độ tiêu cực hơn đối với việc hút thuốc lá ( $p < 0,05$ ). Riêng đối với shisha và thuốc lá điện tử thì chưa thấy sự khác biệt.

#### IV. BÀN LUẬN

Đây là nghiên cứu được triển khai diện rộng, với 3873 học sinh từ 13-15 tuổi ở 53 Trường THCS và THPT tại 13 tỉnh, thành tham gia. Với phương pháp chọn mẫu phân tầng và ngẫu nhiên các lớp học, số lượng cỡ mẫu đủ lớn, đại diện cho học sinh Việt Nam.

Các kết quả cho thấy học sinh thể hiện thái độ tiêu cực đối với việc hút thuốc lá, điều này thể hiện ở hầu hết học sinh đồng ý với các quan điểm liên quan đến tác hại của việc hút thuốc lá (bao gồm cả thuốc lá điện tử). Với các quan điểm khác như "Hút thuốc lá làm cho bạn ít hấp dẫn hơn, ít bạn bè, thiếu sự thoải mái trong các bữa tiệc hay tác hại" thì tỷ lệ đồng ý cũng cao hơn. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Wilkinson năm 2009 [6] và kết quả nghiên cứu điều tra tình hình sử dụng thuốc lá trong học sinh từ 13 đến 15 tuổi năm 2014 [5].

Tỷ lệ học sinh nhìn thấy các thông tin về tác hại của thuốc lá và thông tin về việc cấm người dưới 18 tuổi mua/bán/sử dụng các sản phẩm thuốc lá dao động từ 25,2% đến 71,5%. So sánh các nguồn thông tin cho thấy phương tiện thông tin đại chúng như tivi, đài, internet, pano, áp phích, báo, tạp chí hay phim ảnh là nguồn thông tin có tỷ lệ tiếp cận cao nhất, cũng có thể xem là nguồn thông tin chính phổ biến các kiến thức về tác hại thuốc lá cho học sinh. Các phương tiện này có đặc điểm là có thể phát lại và nội dung được trình bày dưới nhiều hình thức hấp dẫn cho học sinh. Bên cạnh đó, các nguồn thông tin này cũng sẵn có và dễ dàng tiếp cận. Vì vậy cần phát huy ưu điểm của phương pháp truyền thông này trong các chiến dịch truyền thông về tác hại thuốc lá [7].

Các hình ảnh và thông điệp về tác hại của thuốc lá được in trên bao bì thuốc lá cũng có nhiều ý nghĩa trong truyền thông đối với học sinh khi hơn một nửa số học sinh nhìn thấy đã báo cáo là sẽ không có ý định hút thuốc lá trong tương lai. Các hình ảnh và thông điệp ngắn gọn này gây ra sự chú ý mạnh mẽ đối với người nhìn, đặc biệt là học sinh và tạo ra những hiệu ứng

tâm lý tích cực, có ý nghĩa trong việc thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi, hướng đến giảm tỷ lệ hút thuốc lá ở học sinh [8].

Các nguồn thông tin khác như các sự kiện thể thao/hoà nhạc/sự kiện cộng đồng/sự kiện xã hội cũng được xem là nơi tiếp cận thông tin của học sinh. Thông thường các hoạt động này có sự tham gia của nhiều người nổi tiếng mà có thể ảnh hưởng đến quan điểm và lối sống của học sinh. Do đó việc triển khai các hoạt động truyền thông về tác hại của thuốc lá thông qua các sự kiện này tạo điều kiện thuận lợi cho học sinh, củng cố niềm tin về tác hại của thuốc lá và có thái độ tiêu cực đối với việc hút thuốc lá.

Việc đưa nội dung về thuốc lá vào chương trình học và thảo luận trong nhà trường có nhiều ý nghĩa tích cực. Là cơ hội để nhấn mạnh được nội quy không được hút thuốc lá trong trường học. Bên cạnh đó, thầy cô là người mà học sinh kính trọng do đó các thông tin từ thầy cô truyền đạt được xem là đáng tin cậy và giúp học sinh hiểu biết đầy đủ hơn về tác hại. Số lượng học sinh trả lời được tiếp cận với nguồn thông tin này khá nhiều. Do đó cần triển khai hoạt động này nhiều hơn trong trường học.

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu khảo sát trên 3873 học sinh tại 13 tỉnh trên cả nước cho thấy: học sinh có thái độ tiêu cực đối với việc hút thuốc lá, đa phần học sinh học sinh đồng ý với hút thuốc lá sẽ gây nguy hiểm cho sức khỏe; khiến bản thân trong ít hấp dẫn hơn; có ít bạn hơn và ít thoải mái hơn trong các gặp mặt đông người. Học sinh được tiếp cận với các thông tin về tác hại của thuốc lá từ nhiều nguồn khác nhau trong đó nguồn thông tin từ phương tiện thông tin đại chúng như tivi, đài, phát thanh, chương trình truyền hình là chiếm tỷ lệ cao nhất. Học sinh cũng đã được học và thảo luận về tác hại của thuốc lá trong nhà trường.

#### VI. KHUYẾN NGHỊ

Học sinh đã có những thái độ tiêu cực đối với việc hút thuốc lá. Học sinh tiếp xúc với các thông tin về tác hại của việc hút thuốc lá thông qua rất nhiều nguồn. Cần tiếp tục đẩy mạnh các chương trình truyền thông thông qua các phương tiện thông tin đại chúng như tivi, đài, phát thanh, chương trình truyền hình. Bên cạnh đó cũng phát triển và thúc đẩy các chương trình truyền thông trong nhà trường thông qua việc học và thảo luận. Các quy định liên quan đến hình ảnh và thông điệp chữ viết lên bao bì thuốc lá cũng nên tiếp tục duy trì và làm mạnh mẽ hơn nữa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mackay J., Eriksen M., và Eriksen M.P. (2002). The tobacco atlas, World Health Organization.
2. Levy D.T., Bales S., Lam N.T. và cộng sự. (2006). The role of public policies in reducing smoking and deaths caused by smoking in Vietnam: results from the Vietnam tobacco policy simulation model. Soc Sci Med, 62(7), 1819–1830.
3. Tang K.C., Rissel C., Bauman A. và cộng sự. (1998). A longitudinal study of smoking in year 7 and 8 students speaking English or a language other than English at home in Sydney, Australia. Tob Control, 7(1), 35–40.
4. Hrubá D. và Zaloudíková I. (2010). Why to smoke? Why not to smoke? Major reasons for children's decisions on whether or not to smoke. Cent Eur J Public Health, 18(4), 202–208.
5. Nguyen T.H., Nguyen T.K., Kim B.G. và cộng sự. (2016). Knowledge and Attitude Towards Tobacco Smoking among 13-15 Year-Old School Children in Viet Nam - Findings from GYTS 2014. Asian Pac J Cancer Prev, 17(sup1), 37–42.
6. Wilkinson A.V., Shete S., Vasudevan V. và cộng sự. (2009). Influence of subjective social status on the relationship between positive outcome expectations and experimentation with cigarettes. J Adolesc Health, 44(4), 342–348.
7. Mullin S., Prasad V., Kaur J. và cộng sự. (2011). Increasing Evidence for the Efficacy of Tobacco Control Mass Media Communication Programming in Low- and Middle-Income Countries. J Health Commun, 16(sup2), 49–58.
8. Health warning messages on tobacco products: a review | Tobacco Control. <<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/5/327.short>>, accessed: 05/10/2023.

## THỰC TRẠNG HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BV LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Bùi Thị Thùy Nhung<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Anh<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) ở người bệnh cao tuổi điều trị ngoại trú và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương, từ tháng 08 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023 trên 384 bệnh nhân tuổi từ 65 trở lên điều trị ngoại trú. Hội chứng dễ bị tổn thương được xác định bằng bộ công cụ Modified Short Emergency Geriatric Assessment (mSEGA). **Kết quả nghiên cứu:** Tổng số có 384 người bệnh với độ tuổi trung bình là  $74,89 \pm 7,26$  năm. Tỷ lệ bệnh nhân mắc HCDBTT là 19,5%, HCDBTT nặng là 9,9%, không bị HCDBTT là 70,6%. Sự suy giảm nhận thức, sự phụ thuộc hoạt động chức năng hàng ngày ADL, suy dinh dưỡng, sarcopenia có liên quan với hội chứng dễ bị tổn thương ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Hội chứng dễ bị tổn thương có liên quan đến sự phụ thuộc hoạt động chức năng hàng ngày ADL, suy dinh dưỡng, sarcopenia. **Từ khóa:** Hội chứng dễ bị tổn thương, Người bệnh cao tuổi, Bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

## SUMMARY

### CURRENT SITUATION OF FRAILTY SYNDROME IN ELDERLY PATIENTS RECEIVED OUTPATIENT TREATMENT AT

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thùy Nhung

Email: drthuynhung89@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023

## NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

**Objective:** Describe the current situation of Frailty syndrome (HCDBTT) in elderly outpatients and some related factors. **Research subjects and methods:** The study was conducted using a cross-sectional descriptive method at the National Geriatric Hospital, from August 2022 to July 2023 on 384 patients aged 65 and older undergoing surgical treatment stay. Frailty syndromes were identified using the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (mSEGA) toolkit. **Research results:** A total of 384 patients with an average age of  $74,89 \pm 7,26$  years. The proportion of patients with Frailty is 19.5%, Very Frailty is 9.9%, Not Frailty is 70.6%. Cognitive decline, ADL daily functional dependence, malnutrition, and sarcopenia were associated with Frailty syndrome ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Frailty syndrome is associated with ADL daily functional dependence, malnutrition, and sarcopenia.

**Keywords:** Frailty syndrome, Elderly patients, Central Geriatric Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT - Frailty) là một hội chứng lão khoa, xảy ra do sự tích tụ của quá trình suy giảm chức năng nhiều hệ thống cơ quan trong cơ thể, biểu hiện là trạng thái dễ bị tổn thương với các yếu tố về mặt thể chất, xã hội và môi trường<sup>1</sup>. Vì vậy, việc phát hiện, sàng lọc và can thiệp sớm các bệnh nhân cao tuổi có hội chứng dễ bị tổn thương là biện pháp hữu hiệu nhằm giảm thiểu gánh nặng bệnh tật và chi phí cho xã hội. Trong những năm gần đây có rất nhiều nghiên cứu về HCDBTT trong cộng đồng cũng như trên bệnh nhân lão khoa.

Nhiều thang đo đã xuất hiện với mục đích phát hiện, đo lường mức độ dễ bị tổn thương<sup>2</sup>. Trong đó, bộ công cụ Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA) do Schoevaerdts<sup>3</sup> tạo ra đã được chuẩn hóa ngày càng được sử dụng rộng rãi bởi các bác sĩ lão khoa ở các nước nói tiếng Pháp như Pháp, Bỉ<sup>4</sup>. Bộ công cụ này chủ yếu dùng bộ câu hỏi để sàng lọc, đánh giá HCDBTT, không cần sử dụng các thiết bị hỗ trợ khác, thời gian thực hiện nhanh ( $5 \pm 3,5$  phút)<sup>5</sup>, có thể được hoàn thành bởi bất kỳ bác sĩ đa khoa nào được đào tạo về cách sử dụng thang đo này<sup>3</sup>.

Tại Việt Nam đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu nào công bố về sử dụng bộ công cụ mSEGA trong chẩn đoán HCCBTT ở người bệnh cao tuổi. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu áp dụng bộ công cụ mSEGA trong mô tả hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan ở người bệnh cao tuổi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa TW từ tháng 08 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Mặc các bệnh nặng cấp tính (suy hô hấp, nhồi máu cơ tim...).

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu

$\alpha$ : mức ý nghĩa thống kê, với  $\alpha = 0,05$  thì hệ số  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

d: sai số mong đợi, chọn  $d = 0,06$

$p = 0.684$  (tỷ lệ HCDBTT là 68,4% theo Nguyễn Trung Anh<sup>6</sup>)

Cỡ mẫu tối thiểu là 230 người bệnh.

Cỡ mẫu thực tế là 384 người bệnh.

**Tiêu chuẩn đánh giá.** Hội chứng dễ bị tổn thương)

- Xác định hội chứng dễ bị tổn thương theo bộ công cụ SEGA đã sửa đổi (mSEGA) được nhóm của tiến sĩ Drama từ Bệnh viện đại học Reims xác thực vào năm 2014. Đánh giá theo các tiêu chí: tuổi, nơi ở, thuốc, khí sắc, nhận thức về sức khỏe so với những người cùng tuổi, ngã trong 6 tháng qua, dinh dưỡng, bệnh liên

quan, khả năng độc lập, di chuyển, khả năng tự chủ đại tiểu tiện, dùng bữa, nhận thức.

- Tổng điểm 26

+ Không bị HCDBTT (Not frailty): 0 - 8 điểm

+ HCDBTT (Frailty): 9 - 11 điểm

+ HCDBTT nặng (Very Frailty): 12- 26 điểm

Các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương:

- Thiếu cân: chỉ số BMI ( $\text{kg/m}^2$ ) tính bằng tỷ số cân nặng/chiều cao<sup>2</sup> và được phân loại theo WHO:  $< 18.50$  ( $\text{kg/m}^2$ ).

- Bảng đánh giá chức năng hoạt động hàng ngày không sử dụng dụng cụ (Activities Daily Living- ADL) bao gồm 6 hoạt động: ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, chăm sóc bản thân, đi lại, tắm rửa. Mỗi hoạt động có điểm 0 hoặc 1 điểm.  $< 6$  điểm: suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày không dùng dụng cụ.

- Suy dinh dưỡng (Mini Nutritional Assessment short form – MNA-SF) bao gồm: bệnh nhân có chán ăn không, giảm cân, kĩ năng vận động, có bệnh cấp tính hay căng thẳng tâm lý, vấn đề tâm lý thần kinh, chỉ số BMI. Đánh giá: 0 – 7 điểm: suy dinh dưỡng.

- Sarcopenia: sử dụng bộ câu hỏi SARC – F gồm 5 câu hỏi về vấn đề: sức mạnh cơ, hỗ trợ khi đi lại, đứng dậy từ ghế, leo cầu thang, ngã. Đánh giá :  $\geq 4$  điểm: có bệnh sarcopenia.

**2.3. Phân tích số liệu.** Số liệu thu thập được xử lý bằng chương trình phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định lượng trình bày và phân tích sự khác biệt trung bình, trình bày chỉ số trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. Các biến trình bày theo tỷ lệ %, kiểm định  $\chi^2$ . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### **2.4. Đạo đức trong nghiên cứu**

- Nghiên cứu đảm bảo vấn đề đạo đức trong nghiên cứu và đã được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức Bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

- Người bệnh được giải thích rõ ràng mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### **3.1. Đặc điểm chung của người bệnh cao tuổi**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh cao tuổi**

	Biến số	Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi TB 74,89 $\pm$ 7,26 (65–100)	65 – 69 tuổi	104	27,1
	70 – 79 tuổi	181	47,1
	$\geq 80$ tuổi	99	25,8
Giới	Nam	96	25
	Nữ	288	75

BMI TB 22,12±3,4	Thiếu cân (< 18,5)	52	13.5
	Bình thường (18,5 – 24,9)	259	67.4
	Thừa cân, béo phì (≥ 25)	72	18.8

BMI, Body Mass Index

**Nhận xét:** Trong tổng số 384 người bệnh, nhóm từ 70 - 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 47,1%, nhóm ≥ 80 tuổi ít nhất, chiếm 25,8%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 74,89 ± 7,26. Tuổi thấp nhất là 65 tuổi và cao nhất là 100 tuổi.

Có 288 người bệnh nữ chiếm 75%, cao hơn so với 96 người bệnh nam chiếm 25%. Tỷ lệ nam/ nữ = 0,33.

Chỉ số BMI, nhóm người bệnh có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 67,4%, nhóm thiếu cân chiếm tỷ lệ thấp nhất 13,5%. Chỉ số BMI trung bình là 22,12 ± 3,4.

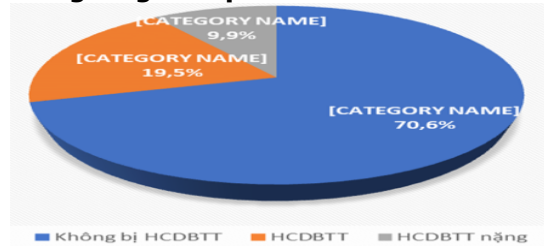
**Bảng 2: Mối liên quan giữa HCDBTT với các chỉ số nhân khẩu học**

Biến số		Không bị CDBTT	HCDBTT	HCDBTT nặng	p
Tuổi	65 - 69 tuổi	175 (84,1%)	24 (11,5%)	9 (4,3%)	<0,001
	70 – 79 tuổi	80 (62%)	37 (28,7%)	12 (9,3%)	
	≥ 80 tuổi	16 (34%)	14 (29,8%)	17 (36,2%)	
BMI	Thiếu cân (< 18,5)	13 (25%)	17 (32,7%)	52 (42,3%)	< 0,001
	Bình thường (18,5 – 24,9)	195 (75,3%)	49 (18,9%)	15 (5,8%)	
	Thừa cân, béo phì (≥ 25)	62 (86,1%)	9 (12,5%)	1 (1,4%)	
Giới	Nam	67 (69,8%)	18 (18,8%)	11 (11,5%)	0,845
	Nữ	204 (70,8%)	57 (19,8%)	27 (9,4%)	

Tỷ lệ mắc HCDBTT tăng dần theo tuổi. Nhóm người bệnh ≥ 80 tuổi trở lên mắc HCDBTT chiếm 29,8% và HCDBTT nặng chiếm 36,2% cao nhất trong các nhóm. Sự khác biệt rõ rệt về mức độ của HCDBTT giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê (với p < 0,001).

Nhóm người bệnh thiếu cân có xu hướng xuất hiện HCDBTT và HCDBTT nặng cao nhất chiếm 32,7% và 42,3%, cao hơn so với nhóm có

### 3.2. Tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi**

**Nhận xét:** Trong quần thể nghiên cứu có 75 người bệnh bị HCDBTT ở người bệnh cao tuổi chiếm tỷ lệ 19,5%; 38 người bệnh bị HCDBTT nặng chiếm 9,9%; có 271 người bệnh không bị HCDBTT chiếm 70,6%.

### 3.3. Hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan

**Bảng 3: Mối liên quan giữa HCDBTT với các đặc điểm lão khoa**

Biến số		Không bị CDBTT	HCDBTT	HCDBTT nặng	p
ADL	Suy giảm (<6)	5 (8,3%)	28 (46,7%)	27 (45%)	< 0,001
MNA	Suy dinh dưỡng (<7)	8 (15,2%)	37 (48,1%)	29 (36,7%)	< 0,001
SARC - F	Sarcopenia (≥4)	68 (40,5%)	63 (37,5%)	37 (22%)	0,000

MNA, Mini Nutritional Assessment, ADL: Activities Daily Living

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc HCDBTT với, hoạt động chức năng hàng ngày không sử dụng dụng cụ ADL, suy dinh dưỡng và tình trạng sarcopenia (với p < 0,05).

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên người bệnh cao tuổi ≥ 65 tuổi khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

Kết quả ghi nhận:

Tỷ lệ mắc HCDBTT là 19,5% và HCDBTT nặng là 9,9%; tỷ lệ không bị HCDBTT là 70,6%. Tỷ lệ này tương đồng nghiên cứu của N. Oubaya<sup>7</sup> và cộng sự trên 167 người bệnh mắc HCDBTT và HCDBTT nặng là 21% và 9%. Như vậy, hội chứng này là có khả năng phòng ngừa được và có thể hồi phục ở giai đoạn đầu. Do vậy, bác sĩ cần tầm soát các yếu tố liên quan để khắc phục phát triển

thành HCDBTT cho người bệnh.

Tỷ lệ HCDBTT tăng dần theo tuổi. Nhóm người bệnh từ 80 tuổi trở nên chiếm tỷ lệ HCDBTT (29,8%) và HCDBTT nặng (36,2%) cao nhất; tiếp theo là nhóm 70 -79 tuổi có tỉ lệ HCDBTT (28,9%) và HCDBTT nặng (9,3%). Nhóm không bị HCDBTT tỉ lệ nghịch so với nhóm tuổi. Có mối liên hệ mật thiết giữa mức độ HCDBTT với sự gia tăng của tuổi ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Sonia Hamami (2020)<sup>8</sup> trên 124 người bệnh cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc HCDBTT ở nhóm người bệnh lớn hơn 85 tuổi (chiếm 63%) cao hơn nhóm tuổi khác.

Trong tổng số 384 đối tượng có 288 người bệnh nữ chiếm 75% cao hơn với 96 người bệnh nam chiếm 25%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm người bệnh nam và nữ ( $p > 0,05$ ). Kết quả trên cũng tương đồng với nghiên cứu của Chang tại Đài Loan nữ chiếm 53,8% và nam chiếm 46,2%<sup>9</sup>. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thanh (2015) bệnh nhân nữ là 56,8%, nam là 43,2%<sup>10</sup>. Sự khác biệt của các nhà nghiên cứu cũng không có ý nghĩa thống kê.

BMI trung bình của người bệnh cao tuổi là  $22,12 \pm 3,14$ . Tỷ lệ người bệnh có BMI bình thường cao nhất (67,4%), thấp nhất là nhóm thiếu cân (13,5%). Trong đó nhóm thiếu cân có tỷ lệ có HCDBTT (32,7%) và HCDBTT nặng (42,3%) cao nhất. Sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Như vậy việc duy trì hoặc chuyển về BMI bình thường cũng có thể can thiệp bằng chế độ dinh dưỡng. Do đó, bác sĩ cần tư vấn cho người bệnh chế độ dinh dưỡng cho phù hợp.

Xét mối liên quan giữa HCDBTT với suy giảm chức năng theo ADL chúng tôi thấy rằng: Ở những người bệnh có suy giảm chức năng tỷ lệ bị HCDBTT (46%) và HCDBTT nặng (45%) trong khi ở người bệnh không bị HCDBTT là 8,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,001$ ). Năm 2001, một kết quả đa trung tâm ngẫu nhiên được Mc Cusker nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân cấp cứu thấy rằng: quá trình tiếp nhận bệnh nhân và được điều trị sớm, kết hợp chăm sóc tại nhà chu đáo giảm đáng kể tỷ lệ suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày cho người cao tuổi sau khi mắc một bệnh cấp tính.

Tình trạng suy dinh dưỡng cũng có mối liên quan mật thiết với HCDBTT. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Eyigor trên cộng đồng người cao tuổi tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy: sự nghèo nàn về dinh dưỡng gây gia tăng

HCDBTT.

Tỷ lệ mắc sarcopenia cao nhất ở nhóm HCDBTT (chiếm 48,1%), thấp nhất ở nhóm không bị HCDBTT (chiếm 15,2%). Có mối liên hệ giữa HCDBTT với tình trạng Sarcopenia. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.001$ . Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tâm (2020) trên 764 người bệnh cũng chỉ ra rằng HCDBTT có mối liên quan với sarcopenia.

## V. KẾT LUẬN

HCDBTT là vấn đề hay gặp ở người bệnh cao tuổi. Tuổi, chỉ số BMI, suy dinh dưỡng, suy giảm chức năng theo ADL, sarcopenia là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J.** Corative Cardio vascular Health Study Collaborative Research Group, (2001). Frailty in Older Adults; Evidence For a Phenotype. The Journals of Gerontology; Series A. Biological Sciences and Medical Sciences, 56(3), M146-156.
2. **Heuberger Roschelle A** (2011), "The Frailty Syndrome: A Comprehensive Review", Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics, 30(4), 315-368.
3. **Schoevaerdt D, Bietlot S, Malhomme B, Rezette C, Gillet JB, Vanpee D, et al.** Identification Précoce Du Profil Gériatrique En Salle d'urgences: Présentation de La Grille SEGA. La Revue de Gériatrie 2004; 29: 169-76.
4. **Martins Condé F, Sornay-Soares C, Mactoux V, Mathieu J, Bohatier J, Yennoune A, et al.** Rôle et Place Du Gériatre En Oncologie Du Sujet Âgé. Ann Med Psych 2007; 165: 216-9.
5. **Screening for frailty in elderly subjects living at home: validation of the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument.** - PDF Download Free. docksci.com. Accessed July 18, 2022. [https://docksci.com/screening-for-frailty-in-elderly-subjects-living-at-home-validation-of-the-modif\\_5a8b9d17d64ab2985480e310.html](https://docksci.com/screening-for-frailty-in-elderly-subjects-living-at-home-validation-of-the-modif_5a8b9d17d64ab2985480e310.html)
6. **Anh NT, Thanh NX, Huyền VTT, Thắng P.** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan với hội chứng dễ bị tổn thương trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. Published online March 3, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i3.751
7. **Oubaya N, Mahmoudi R, Jolly D, et al.** Screening for frailty in elderly subjects living at home: validation of the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument. J Nutr Health Aging. 2014;18(8):757-764. doi:10.1007/s12603-014-0541-1
8. **Hammami S, Zarrouk A, Piron C, Almas I, Sakly N, Latteur V.** Prevalence and factors associated with frailty in hospitalized older patients. BMC Geriatr. 2020;20:144.

- doi:10.1186/s12877-020-01545-4
9. **Chang CI, Chan DC, Kuo KN** (2011) Prevalence and correlates of geriatric frailty in a northern taiwan community. *Journal of the Formosan Medical Association* 110(4): 247–257.

10. **Nguyễn Xuân Thanh** (2015) Hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội

## KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Đinh Quốc Bảo<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Sĩ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Đái tháo đường type 2 là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến tại Việt Nam. Kiểm soát đường huyết là một trong những mục tiêu quan trọng và được chứng minh là giúp phòng ngừa các biến chứng mạch máu nhỏ nhưng lợi ích chưa rõ ràng ở những biến chứng mạch máu lớn. Các thuốc hạ đường huyết có lợi ích trên hệ tim mạch lại mang đến hiệu quả nổi trên. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỉ lệ kiểm soát đường huyết và thực hành sử dụng thuốc hạ đường huyết có lợi ích trên tim mạch ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện tại phòng khám nội tiết và phòng khám nội tim mạch của bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 3/2021 đến tháng 3/2022. **Kết quả:** 454 người bệnh đái tháo đường type 2 tham gia nghiên cứu với nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao. Tỉ lệ bệnh lý tim mạch do xơ vữa bao gồm hội chứng mạch vành mạn và bệnh động mạch ngoại biên lần lượt là 38,5% và 0,4%. Tỉ lệ suy tim là 2,4% và tỉ lệ bệnh thận mạn là 8,1%. Tỉ lệ kiểm soát đường huyết (HbA1C < 7%) là 54,8%. Thuốc hạ đường huyết được sử dụng nhiều nhất là metformin (76,9%) và sulfonylurea (49,3%). Thuốc ức chế SGLT2 được chỉ định trong 1,1% trường hợp trong khi thuốc đồng vận GLP1 không được sử dụng. **Kết luận:** Người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú ở bệnh viện Nhân dân Gia Định có nguy cơ tim mạch từ cao cho đến rất cao và tỉ lệ bệnh lý tim mạch chiếm tỉ lệ cao. Việc kiểm soát đường huyết còn chưa đạt tối ưu. Việc kê toa các thuốc hạ đường huyết có lợi ích trên tim mạch còn chưa được thực hiện. Vì vậy, cần có lưu ý kiểm soát đường huyết và chọn lựa thuốc hạ đường huyết phù hợp với nhóm tăng nguy cơ này.

**Từ khóa:** Đái tháo đường type 2, kiểm soát đường huyết, bệnh lý tim mạch, ức chế SGLT2, đồng vận GLP1

### SUMMARY

#### GLYCEMIC CONTROL IN OUTPATIENT

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.12.2023

### MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

**Introduction:** Type 2 diabetes mellitus is a common risk factor for cardiovascular disease in Vietnam. Glycemic control is a crucial goal and has been demonstrated to prevent microvascular complications, although its benefits in macrovascular complications remain unclear. Hypoglycemic agents have shown cardiovascular benefits. **Objectives:** This study aimed to determine the rate of glycemic control and the utilization of hypoglycemic agents with cardiovascular benefits in outpatient management of patients with type 2 diabetes. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at the endocrinology and cardiology clinics of Nhan dan Gia Dinh hospital from March 2021 to March 2022. **Results:** A total of 454 type 2 diabetic patients with a high to very high cardiovascular risk participated in the study. The prevalence of coronary artery disease, including stable angina and peripheral artery disease, was 38.5% and 0.4%, respectively. Heart failure prevalence was 2.4% and chronic kidney disease prevalence was 8.1%. The rate of glycemic control (HbA1C < 7%) was 54.8%. The most commonly prescribed hypoglycemic agents were metformin (76.9%) and sulfonylureas (49.3%). GLP-1 receptor agonists were not prescribed and SGLT2 inhibitors were indicated in only 1.1% of cases. **Conclusions:** Glycemic control remains suboptimal and the prescription of hypoglycemic agents with cardiovascular benefits is underutilized in type 2 diabetes. Therefore, there is a need for improved glycemic control and appropriate selection of hypoglycemic agents for this high-risk group.

**Keywords:** Type 2 diabetes mellitus, glycemic control, cardiovascular complications, SGLT2 inhibitors, GLP-1 receptor agonists.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là một bệnh lý chuyển hoá thường gặp và cũng là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng. Con số người mắc đái tháo đường type 2 dự đoán sẽ tiếp tục gia tăng trong tương lai.<sup>[1]</sup> Đái tháo đường type 2 đi kèm với các biến chứng về mạch máu nhỏ (a) và mạch máu lớn bao gồm các biến chứng tim mạch. Việc kiểm soát đường huyết được chứng

minh là có hiệu quả trong giảm thiểu các biến chứng mạch máu nhỏ nhưng chưa có vai trò rõ rệt trong phòng ngừa biến cố tim mạch.<sup>[2]</sup> Một số loại thuốc như đồng vận GLP1 và ức chế SGLT2 được chứng minh có lợi trên hệ tim mạch bên cạnh hiệu quả kiểm soát đường huyết.<sup>[3]</sup> Nghiên cứu này được thực hiện để khảo sát tỉ lệ kiểm soát đường huyết và tình hình sử dụng các thuốc hạ đường huyết có tác dụng có lợi trên tim mạch tại khu vực điều trị ngoại trú, bệnh viện Nhân dân Gia Định.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Dân số nghiên cứu

- **Dân số mục tiêu:** Người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại các bệnh viện tuyến cuối.

- **Dân số khảo sát:** Người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại khoa Nội tiết và khoa Nội tim mạch tại bệnh viện Nhân dân Gia Định.

### 2.2. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- **Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu:** Người bệnh đái tháo đường type 2 từ 18 tuổi trở lên đang theo dõi và điều trị từ 3 tháng trở lên tại phòng khám nội tiết và nội tim mạch tại bệnh viện Nhân dân Gia Định

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả

**2.4. Cỡ mẫu.** Cỡ mẫu được tính theo công thức  $N = 1,96.p.(1-p)/m^2$  với  $p = 0,49$  là tỉ lệ kiểm soát đường huyết theo nghiên cứu của tác giả Presley và cộng sự<sup>[4]</sup> và  $m$  được chọn là 0,05. Theo công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là  $N \geq 196$  và thực tế thực hiện nghiên cứu, số lượng người bệnh tham gia là 454 người.

**2.5. Phương pháp chọn mẫu.** Chọn mẫu liên tục thuận tiện. Nếu bệnh nhân thỏa tiêu chí đưa vào và không có tiêu chí loại ra sẽ được đưa vào nghiên cứu.

### 2.6. Định nghĩa biến số

- Đái tháo đường type 2 được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của phác đồ Bộ y tế 2020

**Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu**

	Chung (N=454)	Phòng khám tim mạch (N=228)	Phòng khám nội tiết (N=226)	p
<b>Đặc điểm nhân khẩu học</b>				
Tuổi (năm)	62 (56-68)	63 (57-69)	61 (56-67)	0.29
Nữ (n,%)	273 (60,1)	140 (30,8)	133 (29,3)	0.58
<b>Bệnh đồng mắc (n,%)</b>				
Tăng huyết áp	444 (97,8)	221 (48,7)	223 (49,1)	0.206
Hội chứng mạch vành mạn	175 (38,5)	120 (26,4)	55 (12,1)	0.001
Đột quỵ	8 (1,8)	3 (0,7)	5 (1,1)	0.5

Hoặc chẩn đoán hiện có của người bệnh trên hồ sơ bệnh án.<sup>[5]</sup>

- Phân tầng nguy cơ tim mạch được thực hiện dựa trên hướng dẫn của Hội tim châu Âu 2019.<sup>[6]</sup>

+ Nguy cơ trung bình: Người bệnh đái tháo đường type 2 dưới 50 tuổi với thời gian mắc đái tháo đường < 10 năm và không kèm yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

+ Nguy cơ cao: Người bệnh đái tháo đường type 2 có thời gian mắc đái tháo đường > 10 năm, không có các tổn thương cơ quan đích và không có từ 3 trở lên các yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

+ Nguy cơ rất cao: Người bệnh đái tháo đường type 2 có bệnh lý tim mạch hoặc tổn thương cơ quan đích khác hoặc 3 trở lên yếu tố nguy cơ tim mạch.

- Bệnh lý tim mạch được ghi nhận trên hồ sơ bệnh án, bao gồm: hội chứng mạch vành mạn, suy tim, đột quỵ, bệnh động mạch ngoại biên.

- Kiểm soát đường huyết được định nghĩa là  $HbA1C < 7\%$ .<sup>[7]</sup>

- Thuốc hạ đường huyết được ghi nhận trong sổ khám bệnh và toa thuốc điện tử của người bệnh.

**2.6. Xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 14. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ %. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn hoặc trung vị - tứ phân vị đối với biến định lượng không có phân phối chuẩn.

Dùng phép kiểm định chi-bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. Dùng phép kiểm t-student để so sánh các biến định lượng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.7. Y đức.** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học bệnh viện Nhân dân Gia Định, số 37/NDGD-HĐĐĐ ngày 30/3/2022.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bệnh động mạch ngoại biên	2 (0,4)	2 (0,4)	0	0.5
Suy tim	11 (2,4)	11 (2,4)	0	0.001
Rung nhĩ	12 (2,6)	11 (2,4)	1 (0,2)	0.004
Bệnh thận mạn	37 (8,1)	10 (2,2)	27 (5,9)	0.003
<b>Kết quả xét nghiệm</b>				
Hemoglobin (G/L)	135 (123-144)	135 (123-145)	134,5 (122-143)	0.947
Creatinine (umol/L)	86,1 (74,3-102,3)	86,2 (74,35-100,3)	85,2 (74,8-102,4)	0.886
Cholesterol (mmol/L)	4 (3,4-5,0)	4 (3,5-5,1)	3,9 (3,2-4,9)	0.476
Triglyceride (mmol/L)	1,8 (1,3-2,8)	1,9 (1,4-2,8)	1,7 (1,3-2,8)	0.436
HDL cholesterol (mmol/L)	1,1 (1,0-1,3)	1,1 (1,1-1,3)	1,1 (0,9-1,3)	0.207
LDL cholesterol (mmol/L)	2,37 (1,9-3,1)	2,35 (1,9-3,1)	2,4 (1,9-3,3)	0.682
AST (IU/L)	25,8 (21,5-32)	26,25 (21,9-32,1)	24,9 (21,2-31,3)	0.379
ALT (IU/L)	27,1 (16,4-38,9)	27,1 (17,8-44,3)	26,7 (15,1-37,2)	0.565
Uric acid (mmol/L)	379,6 (315,8-464,6)	380,5 (276,1-457,6)	364,5 (308,5-475,8)	0.617
<b>Nguy cơ tim mạch toàn thể (n,%)</b>				
Cao	249 (48,3)	118 (35,6)	131 (71,2)	0.000
Rất cao	266 (51,7)	213 (64,4)	53 (28,8)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh lý tim mạch cao hơn ở phòng khám tim mạch trong khi tỷ lệ bệnh thận mạn cao hơn ở phòng khám nội tiết. Tất cả người bệnh đều được phân loại từ mức cao trở lên về nguy cơ tim mạch toàn thể trong đó nhóm nguy cơ rất cao tập trung chủ yếu ở phòng khám tim mạch.

### 3.2 Tỷ lệ kiểm soát đường huyết

**Bảng 2. Tỷ lệ kiểm soát đường huyết**

	<b>Chung (N=454)</b>	<b>Phòng khám tim mạch (N=228)</b>	<b>Phòng khám nội tiết (N=226)</b>	<b>p</b>
Glucose (mmol/L)	7,4 (6,4-8,9)	7,4 (6,3-8,4)	7,5 (6,4-9,5)	0.019
HbA1C (%)	6,7 (6,0-7,8)	6,4 (6,0-7,5)	6,9 (6,2-8,2)	0.002
Đạt mục tiêu đường huyết	249 (54,8)	138 (60,5)	110 (48,7)	0.011

**Nhận xét:** Tỷ lệ kiểm soát đường huyết đạt 50% mẫu nghiên cứu trong đó phòng khám tim mạch có tỷ lệ đạt mục tiêu đường huyết cao hơn.

### 3.3. Thuốc hạ đường huyết

**Bảng 3. Thuốc hạ đường huyết**

	<b>Chung (N=454)</b>	<b>Phòng khám tim mạch (N=228)</b>	<b>Phòng khám nội tiết (N= 226)</b>	<b>p</b>
Metformin	349 (76,9)	161 (70,0)	188 (83,2)	0.001
Sulfonylurea	224 (49,3)	106 (46,5)	118 (52,2)	0.223
Ức chế SGLT2	5 (1,1)	2 (0,9)	3 (1,3)	0.68
Ức chế DPP4	5 (1,1)	0	5 (2,2)	0.03
Acarbose	81 (17,8)	14 (6,1)	67 (29,6)	0.001
Insulin	87 (19,2)	11 (4,8)	76 (33,6)	0.001

**Nhận xét:** Thuốc hạ đường huyết được chỉ định nhiều nhất là metformin (76,9%) và sulfonylurea (49,3%). Thuốc ức chế SGLT2 có tỷ lệ là 1,1% và chỉ được sử dụng ở phòng khám tim mạch. Không ghi nhận nhóm thuốc đồng vận GLP1 được kê đơn trong nghiên cứu.

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, một bệnh viện tuyến cuối tại thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả cho thấy những người bệnh tham gia nghiên cứu đều có mức nguy cơ tim mạch cao cho đến rất cao. Các nghiên cứu tương tự được thực hiện trên thế giới đều cho cùng nhận định.<sup>[8,9]</sup> Điều

này có thể giải thích bởi việc tuổi thọ của người bệnh đái tháo đường được kéo dài hơn nhờ những phát triển trong điều kiện kinh tế-xã hội và đặc biệt là về phương diện y tế. Tuy nhiên, với nguy cơ tim mạch cao đến rất cao, việc điều trị sẽ cần tối ưu về kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch và lựa chọn các thuốc hạ đường huyết có lợi trên tim mạch.

Tỷ lệ kiểm soát đường huyết của nghiên cứu chúng tôi là 54% người bệnh đạt HbA1C < 7%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới.<sup>[4]</sup> Mặc dù có sự ưu trội hơn về mức độ đạt mục tiêu HbA1C ở phòng khám tim mạch so với phòng khám nội tiết nhưng nhìn chung kết quả này vẫn chưa được



tối ưu. Sự khác biệt về tỉ lệ kiểm soát đường huyết ở hai khoa có thể giải thích theo 2 lý do sau: (1) đối với nhóm có bệnh lý tim mạch được chăm sóc tại phòng khám tim mạch, cả người bệnh và thầy thuốc đều ý thức việc kiểm soát tối ưu các yếu tố nguy cơ trong đó có đường huyết và (2) những người bệnh có mức đường huyết khó kiểm soát có khuynh hướng lựa chọn hoặc được chuyển đến phòng khám nội tiết để kỳ vọng được đạt mục tiêu đường huyết thuận lợi hơn.

Hiện nay, đã có tám nghiên cứu thử nghiệm lợi ích về tim mạch của của đồng vận GLP-1 được công bố. Bảy nghiên cứu sử dụng dạng đồng vận GLP-1 tiêm dưới da, trong đó có năm thử nghiệm sử dụng tiêm mỗi tuần, hai thử nghiệm sử dụng tiêm hàng ngày và một thử nghiệm sử dụng dạng uống mỗi ngày (semaglutide 14 mg mỗi ngày). Một phân tích tổng hợp tám nghiên cứu này cho thấy có giảm 14% về tổng hợp biến cố tim mạch bao gồm 3 thành phần (tử vong do tim mạch, nhồi máu cơ tim không gây tử vong và đột quỵ không gây tử vong).<sup>[10]</sup> Nhóm ức chế SGLT2 cũng có nhiều bằng chứng về tác dụng có lợi trên bệnh lý tim mạch và đặc biệt hiệu quả này cũng thể hiện trên nhóm người bệnh không có đái tháo đường. Với suy tim có phân suất tống máu giảm, các thử nghiệm lâm sàng lớn như DAPA-HF và EMPEROR-Reduced cho kết quả tích cực với giảm tử vong do tim mạch và nhập viện do suy tim. Nghiên cứu EMPEROR-Preserved cũng thành công chứng minh hiệu quả có lợi của empagliflozin trên nhóm suy tim có phân suất tống máu bảo tồn. Hơn nữa, nhóm ức chế SGLT2 còn có tác dụng có lợi trên đối tượng người bệnh đái tháo đường nguy cơ tim mạch cao có hay không kèm theo bệnh lý tim mạch do xơ vữa trong thử nghiệm EMPA-REG OUTCOME và DECLARE-TIMI 58. Từ những kết quả thuyết phục nói trên, có thể nhận thấy các thuốc ức chế SGLT2 có bằng chứng rất vững chắc về lợi ích tim mạch trong phòng ngừa tiên phát và thứ phát ở người bệnh đái tháo đường. Ngay theo sau các bằng chứng tích cực về lợi ích của hai nhóm đồng vận GLP1 và ức chế SGLT2, các hướng dẫn cùng thời với nghiên cứu đã đưa ra các khuyến cáo chi tiết về việc ưu tiên lựa chọn hai thuốc này cho những người đái tháo đường type 2 có các đặc điểm sau về kiểu hình tim mạch: (1) nguy cơ tim mạch cao, (2) bệnh lý tim mạch do xơ vữa và (3) suy tim.<sup>[6]</sup>

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi về thuốc hạ đường huyết cho thấy nhóm metformin và sulfonylurea được lựa chọn hàng đầu. Đáng

ghi nhận, chỉ có metformin có thể có lợi ích nhỏ trong khi sulfonylurea được cho là có tác dụng trung tính trên tim mạch. Ngược lại, tỉ lệ sử dụng nhóm ức chế SGLT2 rất thấp và không ghi nhận trường hợp nào được chỉ định nhóm đồng vận GLP1. Do vậy, chúng tôi nhận định việc kê đơn thuốc hạ đường huyết chủ yếu hướng về kiểm soát đường huyết hơn là tập trung vào cải thiện biến cố tim mạch. Kết quả này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác. Một số yếu tố được ghi nhận có thể liên quan đến hành vi kê toa nhóm ức chế SGLT2 và đồng vận GLP1 bao gồm: chuyên khoa tim mạch, bệnh mạch vành là yếu tố thuận lợi trong khi điều kiện kinh tế-xã hội ở các nước đang phát triển lại là yếu tố hạn chế kê đơn. Chúng tôi cũng ghi nhận trong nghiên cứu hiện tượng nhóm ức chế SGLT2 được chỉ định nhiều hơn ở phòng khám tim mạch. Ngoài ra, trong thời gian thực hiện nghiên cứu, tính có sẵn và việc chi trả bảo hiểm y tế của các nhóm thuốc này có thể ảnh hưởng đến tỉ lệ thấp sử dụng cho người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi mặc dù có tính đại diện đáng kể cho khu vực phòng khám chăm sóc người bệnh đái tháo đường type 2 ở các bệnh viện tuyến cuối nhưng vẫn có một số hạn chế. Thứ nhất, chưa khảo sát các khu vực phòng khám khác cũng tham gia điều trị đái tháo đường type 2 như phòng khám tổng quát, tim mạch can thiệp, lão khoa và nội thần kinh. Thứ hai, chỉ thực hiện tại một bệnh viện trong khi mỗi bệnh viện có những đặc thù chuyên biệt về người bệnh và yếu tố y khoa. Thứ ba, chúng tôi chưa khảo sát việc điều trị thay đổi lối sống từ người bệnh vốn dĩ có thể ảnh hưởng đáng kể đến việc kiểm soát đường huyết và thuốc chỉ định. Cuối cùng, những yếu tố khác ảnh hưởng đến chỉ định thuốc nhóm đồng vận GLP1 và ức chế SGLT2 chưa được khảo sát đầy đủ với một ví dụ điển hình là lựa chọn của người bệnh trước chi phí thuốc và sử dụng thuốc qua đường tiêm. Những hạn chế này của đề tài cần được cải thiện ở những nghiên cứu tương tự được thực hiện đa trung tâm với quy mô lớn hơn.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ kiểm soát đường huyết trên nhóm người bệnh đái tháo đường type 2 tại khu vực phòng khám, bệnh viện tuyến cuối còn chưa tối ưu. Mặc dù tất cả người bệnh đái tháo đường type 2 đều có nguy cơ tim mạch cao trở lên nhưng các thuốc hạ đường huyết có lợi cho tim mạch được khuyến cáo sử dụng lại có tỉ lệ kê đơn rất thấp.

Cần có những khảo sát chi tiết nhằm tìm ra các yếu tố liên quan để từ đó có những biện pháp cải thiện hiệu quả tương ứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Biswas T, Tran N, Thi My Hanh H, Van Hien P, Thi Thu Cuc N, Hong Van P, Anh Tuan K, Thi Mai Oanh T, Mamun A. Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020. *BMJ Open*. 2022 Aug 8;12(8):e052725.
2. Abdul-Ghani M, DeFronzo RA, Del Prato S, Chilton R, Singh R, Ryder REJ. Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes: Has the Dawn of a New Era Arrived? *Diabetes Care*. 2017 Jul; 40(7):813-820.
3. Nelson AJ, Pagidipati NJ, Aroda VR, Cavender MA, Green JB, Lopes RD, Al-Khalidi H, Gaynor T, Kaltenbach LA, Kirk JK, Lingvay I, Magwire ML, O'Brien EC, Pak J, Pop-Busui R, Richardson CR, Reed M, Senyucel C, Webb L, McGuire DK, Granger CB. Incorporating SGLT2i and GLP-1RA for Cardiovascular and Kidney Disease Risk Reduction: Call for Action to the Cardiology Community. *Circulation*. 2021 Jul 6;144(1):74-84.
4. Presley CA, Khodneva Y, Juarez LD, Howell CR, Agne AA, Riggs KR, et al. Trends and Predictors of Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes Covered by Alabama Medicaid, 2011–2019. *Prev Chronic Dis* 2023;20:220332.
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tip 2 (Ban hành kèm theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020). <https://daithaoduong.kcb.vn/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-dai-thao-duong-tip-2>
6. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, Federici M, Filippatos G, Grobbee DE, Hansen TB, Huikuri HV, Johansson I, Juni P, Lettino M, Marx N, Mellbin LG, Ostgren CJ, Rocca B, Roffi M, Sattar N, Seferović PM, Sousa-Uva M, Valensi P, Wheeler DC; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2020 Jan 7;41(2):255-323.
7. Buse JB, Wexler DJ, Tsapas A, Rossing P, Mingrone G, Mathieu C, D'Alessio DA, Davies MJ. 2019 Update to: Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2020 Feb;43(2):487-493.
8. Al Slail FY, Abid O, Assiri AM, Memish ZA, Ali MK. Cardiovascular risk profiles of adults with type-2 diabetes treated at urban hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. *J Epidemiol Glob Health*. 2016 Mar;6(1):29-36.
9. Regassa LD, Tola A, Ayele Y. Prevalence of Cardiovascular Disease and Associated Factors Among Type 2 Diabetes Patients in Selected Hospitals of Harari Region, Eastern Ethiopia. *Front Public Health*. 2021 Feb 5;8:532719.
10. Sattar N, Lee MMY, Kristensen SL, Branch KRH, Del Prato S, Khurmi NS, Lam CSP, Lopes RD, McMurray JJV, Pratley RE, Rosenstock J, Gerstein HC. Cardiovascular, mortality, and kidney outcomes with GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021 Oct; 9(10):653-662.

## CƠ CẤU BỆNH TẬT NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH GIAI ĐOẠN 2017-2021

Nguyễn Thị Thu Hậu<sup>1</sup>, Trần Kiến Vũ<sup>2</sup>,  
La Quốc Trung<sup>2</sup>, Bùi Quốc Thắng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả mô hình cơ cấu bệnh tật nội trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh giai đoạn từ 2017 đến 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu dữ liệu lưu trữ tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh từ năm 2017 đến 2021, dựa trên phân loại nhóm bệnh theo ICD-10. **Kết quả:** Trong giai đoạn 2017-

2021, BVĐK tỉnh Trà Vinh điều trị 243.865 lượt nội trú, độ tuổi trung bình là 51 tuổi và 85,27% bệnh nhân có bảo hiểm y tế. Trong đó nhóm bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất (62,25%). Năm chương bệnh có số lượt điều trị nội trú cao nhất lần lượt là Chương XIX-Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài (23,92%); Chương IX-Bệnh hệ tuần hoàn (14,86%), Chương XI-Bệnh hệ tiêu hóa (14,58%), Chương X-Bệnh hệ hô hấp (7,53%), Chương XIV-Bệnh hệ sinh dục – tiết niệu (6,03%). Bệnh lý chiếm tỉ lệ cao nhất là tăng huyết áp (I10) (6,29%), sau đó là Tổn thương khác và không đặc hiệu của đầu-S09 (5,82%), Đục thủy tinh thể người già-H25 (3,88%), Viêm dạ dày và tá tràng-K29 (3,13%), Viêm ruột thừa cấp-K35 (3,02%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan tới tỷ lệ tử vong: Tăng dần theo nhóm tuổi; tăng cao ở Nhóm có bệnh kèm theo và nhóm bệnh không lây; bệnh nhân

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh

<sup>3</sup>Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Quốc Thắng

Email: buiquocthang.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

có thời gian nhập viện điều trị giai đoạn tháng 10 đến tháng 12 có tỉ lệ tử vong cao hơn so với các khoảng thời gian khác. **Kết luận:** Bệnh nhân nội trú điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh phần lớn là nhóm người cao tuổi có sử dụng Bảo hiểm y tế. Bệnh điều trị chủ yếu là nhóm bệnh không lây với bệnh lý tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao. Chương bệnh về chấn thương ngộ độc chiếm tỷ lệ cao nhất tiếp đó là chương bệnh về tuần hoàn, tiêu hóa và hô hấp.

**Từ khóa:** Cơ cấu bệnh tật, ICD-10, nội trú, bệnh không lây.

## SUMMARY

### THE DISEASE PATTERN OF INPATIENTS AT THE TRA VINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 5 YEARS PERIOD 2017-2021

**Purpose:** This research aims to determine the incidence of inpatient diseases at Tra Vinh Provincial General Hospital from 2017 to 2021, based on a retrospective study of the classification of disease groups according to ICD-10. **Results:** In the period 2017-2021, 243.865 inpatients were treated, the average age was 51 years-old, and 85,27% had health insurance. The group of non-communicable diseases was the most (62,25%). The five disease chapters with the highest number of inpatient treatments respectively were Chapter XIX - Injury, poisoning and certain other consequences of external causes (23,92%), Chapter IX - Diseases of the circulatory system (14,86%), Chapter XI - Diseases of the digestive system (14,58%), Chapter X - Diseases of the respiratory system (7,53%), Chapter XIV - Diseases of the genitourinary system (6,03%). Essential (primary) hypertension (I10) was the most commonly encountered (6,29%), followed by Other and unspecified injuries of head - S09 (5,82%), Senile cataract - H25 (3,88%), Gastritis and duodenitis - K29 (3,13%), Acute appendicitis - K35 (3,02%). There was a statistically significant difference in mortality: gradually increasing with age group; increase in the group with comorbidities and the group with non-communicable; the mortality rate of patients who were hospitalized from October to December was higher than other seasons. **Conclusion:** Inpatients treated at the Tra Vinh Provincial General Hospital were mainly older people with health insurance. The diseases treated were mainly non-communicable diseases with the most was Essential (primary) hypertension. Injury, poisoning have the highest proportion, followed by circulatory, digestive and respiratory diseases.

**Keywords:** Disease pattern, ICD-10, Inpatients.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ cấu bệnh tật của mỗi quốc gia, khu vực cộng đồng luôn mang tính đặc thù, phụ thuộc vào nhiều yếu tố xu hướng xã hội cơ cấu dân số, biến đổi khí hậu. Nó là thông tin quan trọng để xác định các vấn đề sức khỏe ưu tiên của cộng đồng. Do vậy, nghiên cứu cơ cấu bệnh tật tại địa phương là hết sức cần thiết, nó cung cấp thông tin để lập kế hoạch phát triển lĩnh vực y tế tại cơ

sở phù hợp với đặc thù cơ sở nhằm chăm sóc tốt nhất cho bệnh nhân tại địa phương.

Việt Nam đang phải đối mặt với mô hình bệnh tật kép, đó là bệnh lây nhiễm và bệnh không lây nhiễm. Trong đó, bệnh không lây nhiễm chiếm khoảng 70% gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong (chiếm tới 77% tổng số tử vong toàn quốc) [1]. Bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh Trà Vinh là BVĐK tuyến tỉnh, là nơi tiếp nhận khám và điều trị nội trú cho người dân tỉnh Trà Vinh. Vấn đề được đặt ra là cơ cấu bệnh tật của người bệnh điều trị tại BVĐK tỉnh Trà Vinh trong vài năm gần đây như thế nào? Để trả lời những câu hỏi trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Khảo sát cơ cấu bệnh nội trú tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Trà Vinh giai đoạn 2017-2021*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Những lượt bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú tại BVĐK tỉnh Trà Vinh từ năm 2017 - 2021

**Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Trà Vinh

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu

**Cỡ mẫu:** Chọn tất cả hồ sơ bệnh án điều trị nội trú được quản lý bằng phần mềm FPT.eHospital tại BVĐK tỉnh Trà Vinh trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2017 đến 31/12/2021.

**Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu thu thập được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và được nhập bằng Excel 2010. Phân tích số liệu bằng phần mềm StataMP.

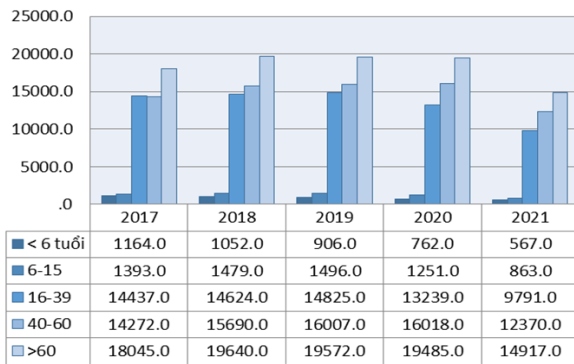
**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu trên hồ sơ lưu, thông tin của bệnh nhân được mã hóa. Đề tài đã được Hội đồng khoa học và đào tạo Trường Đại học Trà Vinh thông qua số 06/GCT-HĐĐĐ ngày 10/4/2023.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 5 năm từ 01/01/2017 đến 31/12/2021, tại BVĐK tỉnh Trà Vinh có 243.865 hồ sơ nội trú. Số lượng bệnh nhân tăng dần qua các năm từ 2017 đến 2019, năm 2020 và 2021 (giai đoạn bùng phát dịch COVID) số lượng có giảm. Trong đó bệnh nhân nam/nữ có tỷ lệ tương đương, độ tuổi trung bình là 51 tuổi. Bệnh nhân điều trị nội trú chủ yếu là người Trà Vinh (97,14%), dân tộc Kinh chiếm đa số (74,09%), dân tộc Khmer (25,3%), tỷ lệ bệnh nhân có bảo hiểm y tế là 85,27% (Bảng 1). Số lượng bệnh nhân điều trị nội trú có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi từ thấp đến cao (Biểu đồ 1).

**Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu**

Đặc điểm		2017	2018	2019	2020	2021	Tổng
Giới tính n (%)	Nam	24821 (50,34)	26205 (49,93)	26467 (50,12)	25578 (50,4)	20206 (52,47)	123277 (50,55)
	Nữ	24490 (49,66)	26280 (50,07)	26339 (49,88)	25177 (49,6)	18302 (47,53)	120588 (49,45)
Tuổi TB±SD (min-max)		50±21,9 (1-107)	51±21,5 (1-106)	51±21,2 (1-108)	51±20,8 (1-109)	52±20,3 (1-104)	51±21,2 (1-109)
Nơi cư trú n (%)	Trà Vinh	47954 (97,25)	51003 (97,18)	51157 (96,88)	49367 (97,27)	37408 (97,14)	236889 (97,14)
	Tỉnh khác	1357(2,75)	1482(2,82)	1649(3,12)	1388(2,73)	1100(2,86)	6976(2,86)
Bảo hiểm y tế n (%)	Có	40808 (82,76)	45135 (86)	45647 (86,44)	43722 (86,14)	32641 (84,76)	207953 (85,27)
	Không	8503 (17,24)	7350 (14)	7159 (13,56)	7033 (13,86)	5867 (15,24)	35912 (14,73)
Dân tộc n (%)	Kinh	37366 (75,78)	38967 (74,24)	38862 (73,59)	37312 (73,51)	28161 (73,13)	180668 (74,09)
	Khmer	11713 (23,75)	13196 (25,14)	13592 (25,74)	13112 (25,83)	10095 (26,22)	61708 (25,3)
	Hoa	201 (0,41)	295 (0,56)	329 (0,62)	304 (0,60)	237 (0,62)	1366 (0,56)
	Khác	31 (0,06)	27 (0,05)	23 (0,04)	27 (0,05)	15 (0,04)	123 (0,05)
<b>Tổng</b>		<b>49311</b>	<b>52485</b>	<b>52806</b>	<b>50755</b>	<b>38508</b>	<b>243865</b>

**Biểu đồ 1. So sánh số lượt điều trị nội trú của các nhóm tuổi qua các năm**

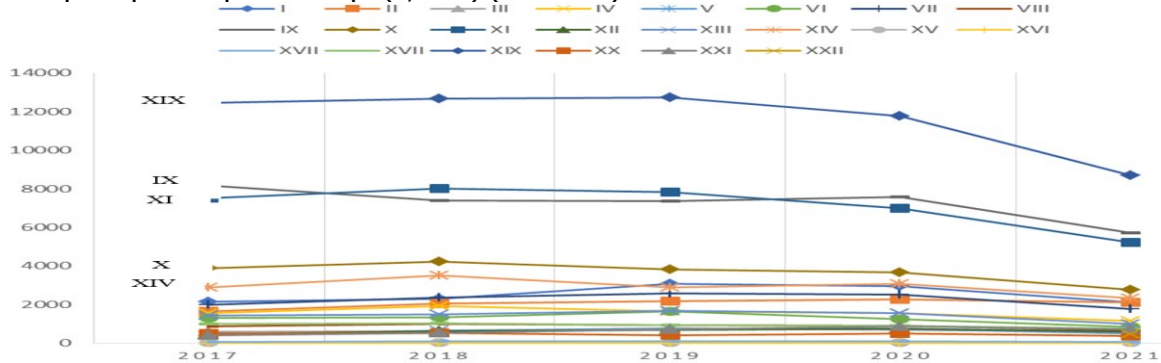
Phân tích số lượt nhập viện điều trị nội trú từ năm 2017 đến 2021, 44,54% bệnh nhân có bệnh kèm theo, số lượng bệnh nhân có bệnh kèm theo có xu hướng tăng dần qua các năm. Số ngày điều trị trung bình là 5,13 ngày. Nhóm bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất (62,25%) và có xu hướng tăng dần qua các năm. Nhóm tai nạn, ngộ độc, chấn thương chiếm 24,88% và nhóm bệnh lây nhiễm chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9,86% (Bảng 2).

**Bảng 2. Đặc điểm điều trị**

Đặc điểm		2017	2018	2019	2020	2021	Tổng
Ngày điều trị TB±SD (min-max)		5,05±4,96 (1-80)	5,1±4,88 (1-91)	5,03±5,21 (1-173)	5,26±5,6 (1-145)	5,21±5,42 (1-190)	5,13±5,21 (1-109)
Số lượng bệnh phụ kèm theo n (%)	Không	42725 (86,64)	34371 (65,49)	25221 (47,76)	19701 (38,82)	13237 (34,37)	135255 (55,46)
	1-2 bệnh	6586 (13,36)	15495 (29,52)	20972 (39,72)	20687 (40,76)	15241 (39,58)	78981 (32,39)
	3-5 bệnh	0	2583(4,92)	6460(12,23)	9863(19,43)	9341(24,26)	28247(11,58)
	>5 bệnh	0	36(0,069)	153 (0,289)	504(0,99)	689(1,79)	1382(0,57)
Mùa nhập viện n (%)	Mùa khô	11648 (23,62)	12718 (24,23)	12559 (23,78)	12164 (23,97)	12410 (32,23)	61499 (25,22)
	Mùa khô-mưa	12041 (24,42)	12742 (24,28)	13088 (24,79)	11722 (23,1)	11076 (28,76)	60669 (24,88)
	Mùa mưa	12947 (26,26)	13537 (25,79)	13831 (26,19)	13132 (25,87)	6365 (16,53)	59812 (24,53)
	Mùa mưa-khô	12675 (25,7)	13488 (25,7)	13328 (25,24)	13737 (27,07)	8657 (22,48)	61885 (25,38)
Nhóm	Bệnh lây	4801(9,74)	5009(9,54)	5431(10,28)	5149(10,14)	3660(9,5)	24050(9,86)

bệnh n (%)	Bệnh không lây	30447 (61,74)	33041 (62,95)	32434 (61,42)	31756 (62,57)	24124 (62,65)	151802 (62,25)
	Tai Nạn - Thương tích	12980 (26,32)	13190 (25,13)	13165 (24,93)	12257 (24,15)	9072 (23,56)	60664 (24,88)
	Khác	1083(2,2)	1245(2,37)	1776(3,36)	1593(3,14)	1652(4,29)	7349(3,01)
<b>Tổng</b>		<b>49311</b>	<b>52485</b>	<b>52806</b>	<b>50755</b>	<b>38508</b>	<b>243865</b>

Năm chương bệnh có số lượt điều trị nội trú cao nhất lần lượt là Chương XIX: Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài (23,92%); Chương IX: Bệnh hệ tuần hoàn (14,86%), Chương XI: Bệnh hệ tiêu hóa (14,58%), Chương X: Bệnh hệ hô hấp (7,53%), Chương XIV: Bệnh hệ sinh dục – tiết niệu (6,03%) (Biểu đồ 2).



**Biểu đồ 2. So sánh số lượt điều trị nội trú theo chương bệnh ICD 10**

Chương XIX tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ ngược lại Chương IX và Chương XI tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam. Chương X tỷ lệ cao nhất vào thời gian chuyển từ mùa mưa qua mùa khô (8,67%) (từ tháng 10 đến tháng 12) (Bảng 4).

**Bảng 4. Phân bố số lượt điều trị nội trú theo chương bệnh và đặc điểm mẫu**

Chương bệnh	Giới n (%)		Mùa nhập viện n (%)				Tổng
	Nữ	Nam	Mùa khô	Mùa khô-mưa	Mùa mưa	Mùa mưa-khô	
<b>I</b>	6803 (5,64)	5831 (4,73)	2806 (4,56)	3239 (5,34)	3295 (5,51)	3294 (5,32)	12634 (5,18)
<b>II</b>	4662 (3,87)	5559 (4,51)	2368 (3,85)	2494 (4,11)	2655 (4,44)	2704 (4,37)	10221 (4,19)
<b>III</b>	1862 (1,54)	1434 (1,16)	842 (1,37)	765 (1,26)	811 (1,36)	878 (1,42)	3296 (1,35)
<b>IV</b>	5518 (4,58)	2326 (1,89)	1932 (3,14)	1943 (3,2)	1927 (3,22)	2042 (3,3)	7844 (3,22)
<b>V</b>	1284 (1,06)	1832 (1,49)	813 (1,32)	714 (1,18)	835 (1,4)	754 (1,22)	3116 (1,28)
<b>VI</b>	3367 (2,79)	3031 (2,46)	1566 (2,55)	1582 (2,61)	1578 (2,64)	1672 (2,7)	6398 (2,62)
<b>VII</b>	6695 (5,55)	4531 (3,68)	2257 (3,67)	3000 (4,94)	2967 (4,96)	3002 (4,85)	11226 (4,6)
<b>VIII</b>	3214 (2,67)	1153 (0,94)	1056 (1,72)	1107 (1,82)	1033 (1,73)	1171 (1,89)	4367 (1,79)
<b>IX</b>	21054 (17,46)	15175 (12,31)	9263 (15,06)	8858 (14,6)	9067 (15,16)	9041 (14,61)	36229 (14,86)
<b>X</b>	9125 (7,57)	9243 (7,5)	4347 (7,07)	4006 (6,6)	4652 (7,78)	5363 (8,67)	18368 (7,53)
<b>XI</b>	18380 (15,24)	17176 (13,93)	9265 (15,07)	9103 (15)	8572 (14,33)	8616 (13,92)	35556 (14,58)
<b>XII</b>	1447 (1,2)	1664 (1,35)	742 (1,21)	764 (1,26)	834 (1,39)	771 (1,25)	3111 (1,28)
<b>XIII</b>	4045 (3,35)	3087 (2,5)	1778 (2,89)	1797 (2,96)	1814 (3,03)	1743 (2,82)	7132 (2,92)
<b>XIV</b>	6996 (5,8)	7720 (6,26)	3552 (5,78)	3852 (6,35)	3696 (6,18)	3616 (5,84)	14716 (6,03)
<b>XV</b>	183 (0,15)	10 (0,01)	54 (0,09)	41 (0,07)	48 (0,08)	50 (0,08)	193 (0,08)
<b>XVI</b>	18 (0,01)	7 (0,01)	4 (0,01)	3 (0)	12 (0,02)	6 (0,01)	25 (0,01)
<b>XVII</b>	279 (0,23)	161 (0,13)	110 (0,18)	116 (0,19)	118 (0,2)	96 (0,16)	440 (0,18)
<b>XVIII</b>	2356 (1,95)	2268 (1,84)	1194 (1,94)	1164 (1,92)	1057 (1,77)	1209 (1,95)	4624 (1,9)
<b>XIX</b>	20899 (17,33)	37445 (30,37)	16305 (26,51)	14525 (23,94)	13446 (22,48)	14068 (22,73)	58344 (23,92)
<b>XX</b>	907 (0,75)	1415 (1,15)	562 (0,91)	607 (1)	540 (0,9)	613 (0,99)	2322 (0,95)

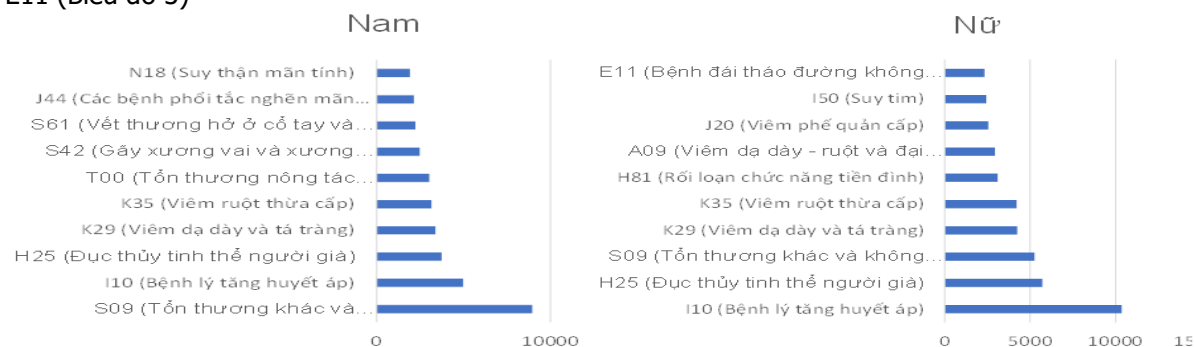
<b>XXI</b>	1226 (1,02)	2012 (1,63)	683 (1,11)	989 (1,63)	855 (1,43)	711 (1,15)	3238 (1,33)
<b>XXII</b>	268 (0,22)	197 (0,16)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	465 (0,75)	465 (0,19)
<b>Tổng</b>	120588	123277	123277	61708	180668	123277	243865

Lượt bệnh nội trú thường gặp điều trị tại BVĐK tỉnh Trà Vinh từ năm 2017-2021 là: Bệnh lý tăng huyết áp - I10 chiếm 6,29%, Tổn thương khác và không đặc hiệu của đầu - S09 (5,82%), Đục thủy tinh thể người già- H25 (3,88%), Viêm dạ dày và tá tràng - K29 (3,13%), Viêm ruột thừa cấp - K35 (3,02%) (Bảng 5).

**Bảng 5. Thống kê 10 bệnh có số lượt điều trị nội trú cao nhất qua các năm**

STT	Mã bệnh	2017 n (%)	2018 n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	2021 n (%)	Tổng n (%)
1	I10 (Bệnh lý tăng huyết áp)	3654 (7,41)	3352 (6,39)	3331 (6,31)	3247 (6,4)	1756 (4,56)	15340 (6,29)
2	S09 (Tổn thương khác và không đặc hiệu của đầu)	3772 (7,65)	3176 (6,05)	3125 (5,92)	2505 (4,94)	1613 (4,19)	14191 (5,82)
3	H25 (Đục thủy tinh thể người già)	1582 (3,21)	1978 (3,77)	2225 (4,21)	2152 (4,24)	1529 (3,97)	9466 (3,88)
4	K29 (Viêm dạ dày và tá tràng)	2394 (4,85)	2174 (4,14)	1326 (2,51)	972 (1,92)	757 (1,97)	7623 (3,13)
5	K35 (Viêm ruột thừa cấp)	1485 (3,01)	1623 (3,09)	1667 (3,16)	1539 (3,03)	1040 (2,7)	7354 (3,02)
6	T00 (Tổn thương nông tác động nhiều vùng cơ thể)	1245 (2,52)	1043 (1,99)	1002 (1,9)	968 (1,91)	717 (1,86)	4975 (2,04)
7	A09 (Viêm dạ dày - ruột và đại tràng do nguyên nhân nhiễm trùng và chưa xác định được nguồn gốc nhiễm trùng)	836 (1,7)	1003 (1,91)	1164 (2,2)	1025 (2,02)	643 (1,67)	4671 (1,92)
8	J20 (Viêm phế quản cấp)	1054 (2,14)	1176 (2,24)	863 (1,63)	782 (1,54)	393 (1,02)	4268 (1,75)
9	I50 (Suy tim)	1007 (2,04)	850 (1,62)	705 (1,34)	751 (1,48)	834 (2,17)	4147 (1,7)
10	H81 (Rối loạn chức năng tiền đình)	809 (1,64)	926 (1,76)	873 (1,65)	867 (1,71)	641 (1,66)	4116 (1,69)
	Khác	31473 (63,82)	35184 (67,03)	36525 (69,16)	35947 (70,82)	28585 (74,23)	167714 (68,77)
	<b>Tổng</b>	<b>49311</b>	<b>52485</b>	<b>52806</b>	<b>50755</b>	<b>38508</b>	<b>243865</b>

Có sự khác biệt giữa các bệnh thường gặp ở nam và nữ: Bệnh phổ biến nhất của nam giới là S09 (Tổn thương khác và không đặc hiệu của đầu), nữ giới là I10 (Bệnh lý tăng huyết áp). Nam giới có các bệnh phổ biến khác so với nữ (T00, S42, S61, J44, N18) và ở nữ khác nam (H81, A09, J20, I50, E11 (Biểu đồ 3))



**Biểu đồ 3. Thống kê 10 bệnh có số lượt điều trị nội trú cao nhất theo giới tính**

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tử vong như sau: Tỷ lệ tử vong có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi. Nam có tỷ lệ tử vong lớn hơn 1,55 lần so với nữ, những bệnh nhân có

bệnh phụ kèm theo có nguy cơ tử vong cao gấp 1,95 lần so với bệnh nhân không có bệnh phụ kèm theo. Nhóm bệnh không lây có tỷ lệ tử vong cao gấp 2,1 lần so với nhóm bệnh lây. Tỷ lệ

bệnh nhân nhập viện điều trị vào thời gian đến tháng 12) cao hơn so với các thời gian khác chuyển từ mùa mưa sang mùa khô (tháng 10 (Bảng 6).

**Bảng 6. Mối liên quan giữa đặc điểm mẫu với tử vong**

		Tử vong n (%)		Tổng	P-value	OR (CI)
		Có	Không			
Nhóm tuổi	<6 tuổi	1 (0,23)	4450 (1,83)	4451 (1,83)	0,003	0,09(0,01-0,65)
	6-15 tuổi	1 (0,23)	6481 (2,66)	6482 (2,66)	<0,001	0,06(0,01-0,44)
	16-39 tuổi	77 (17,74)	66839 (27,46)	66916 (27,44)	<0,001	0,47(0,36-0,6)
	40-60 tuổi	131 (30,18)	74226 (30,49)	74357 (30,49)	0,002	0,72(0,58-0,89)
	>60 tuổi	224 (51,61)	91435 (37,56)	91659 (37,59)		1
Giới	Nam	266 (61,29)	123011 (50,53)	123277 (50,55)	<0,001	1,55 (1,27-1,89)
	Nữ	168 (38,71)	120420 (49,47)	120588 (49,45)		
Bệnh phụ kèm theo	Có	265 (61,06)	169 (38,94)	108610 (44,54)	<0,001	1,95 (1,6-2,38)
	Không	108345 (44,51)	135086 (55,49)	135255 (55,46)		
Nhóm bệnh	Bệnh lây	25 (5,76)	24025 (9,87)	24050 (9,86)		1
	Bệnh không lây	331 (76,27)	151471 (62,22)	151802 (62,25)	<0,001	2,1(1,39-5,15)
	Tai Nạn - Thương tích	49 (11,29)	60615 (24,9)	60664 (24,88)	0,3	0,77 (0,48-1,26)
	Khác	29 (6,68)	7320 (3,01)	7349 (3,01)	<0,001	3,8(2,23-6,5)
Mùa nhập viện	Mùa khô	88 (20,28)	61411 (25,23)	61499 (25,22)	<0,001	0,5(0,39-0,65)
	Mùa khô-mưa	83 (19,12)	60586 (24,89)	60669 (24,88)	<0,001	0,48(0,37-0,63)
	Mùa mưa	88 (20,28)	59724 (24,53)	59812 (24,53)	<0,001	0,52(0,4-0,67)
	Mùa mưa-khô	175 (40,32)	61710 (25,35)	61885 (25,38)		1
<b>Tổng</b>		<b>434</b>	<b>243431</b>	<b>243865</b>		

#### IV. BÀN LUẬN

BVĐK tỉnh Trà Vinh là tuyến y tế cơ sở cao nhất tại tỉnh Trà Vinh với vai trò quan trọng trong việc chăm sóc và điều trị nội trú ban đầu kịp thời cho người dân trên chính người dân (97,19%). Đối tượng chính theo dõi và điều trị tại bệnh viện là người lớn tuổi, những người dễ gặp phải nhiều vấn đề sức khỏe nhất, và là cơ sở cho người dân được hưởng quyền lợi của bảo hiểm y tế (85,27%).

Cơ cấu bệnh tật nội trú tại BVĐK tỉnh Trà Vinh giai đoạn 2017 – 2021 cho thấy nhóm bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất (62,25%) và có xu hướng tăng dần qua các năm, điều này phù hợp với xu hướng bệnh tật tại Việt Nam. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Quang Tú ở trung tâm y tế tuyến Huyện ở Bến Tre giai đoạn 2018-2020 (95,1%<sup>[5]</sup>). Các chương bệnh có lượt điều trị nội trú chiếm tỷ lệ cao là XIX (Chấn thương, ngộ độc), Chương IX (Bệnh hệ tuần hoàn), Chương XI (Bệnh hệ tiêu hóa), Chương X (Bệnh hệ hô hấp) tương ứng với nghiên cứu của Hoàng Hoa Mân ở bệnh viện Đa Khoa huyện Đồng Văn năm 2014-2016<sup>[4]</sup> và Nguyễn Thị Tuyết Loan tại bệnh viện huyện An Biên năm 2018-2020<sup>[3]</sup>.

Bệnh lý tăng huyết áp - I10 chiếm tỷ lệ cao nhất 6,29% tương ứng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hải tại bệnh viện đa khoa Sơn

Tây năm 2020-2021<sup>[2]</sup>. Tiếp theo là Tổn thương khác và không đặc hiệu của đầu - S09, Đục thủy tinh thể người già- H25, Viêm dạ dày và tá tràng - K29, Viêm ruột thừa cấp - K35 là những bệnh thường gặp của người già.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ tử vong như sau: Tỷ lệ tử vong có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi. Nam có tỷ lệ tử vong lớn hơn 1,55 lần so với nữ, những bệnh nhân có bệnh phụ kèm theo có nguy cơ tử vong cao gấp 1,95 lần so với bệnh nhân không có bệnh phụ kèm theo. Nhóm bệnh không lây có tỷ lệ tử vong cao nhất và cao gấp 2,1 lần so với nhóm bệnh lây. Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện điều trị vào thời gian chuyển từ mùa mưa sang mùa khô (tháng 10 đến tháng 12) cao hơn so với các thời gian khác.

#### V. KẾT LUẬN

Cơ cấu bệnh tật nội trú đặc trưng của một bệnh viện đa khoa tuyến phụ trách điều trị bệnh cho người dân tỉnh Trà Vinh, phần lớn bệnh nhân nội trú theo dõi và điều trị tại bệnh viện là người lớn tuổi những người dễ gặp phải nhiều vấn đề sức khỏe và có sử dụng BHYT. Tương ứng với đặc điểm bệnh nhân nội trú tại đây thì nhóm bệnh điều trị chủ yếu là bệnh không lây với bệnh lý tăng huyết áp, đục thủy tinh thể người già chiếm tỷ lệ cao. Chương bệnh về chấn thương ngộ độc chiếm tỷ lệ cao nhất tiếp đó là chương bệnh về tuần hoàn, tiêu hóa và hô hấp.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bảo Chính Phú** (2019), Chương trình sinh hoạt y khoa Pháp-Việt lần thứ 23
2. **Hải Nguyễn Thị Minh** (2023), "Cơ cấu bệnh tật tại bệnh viện Đa Khoa Sơn Tây 2020 và 2021", Tạp chí Y học Việt Nam, 527(1)
3. **Loan Nguyễn Thị Tuyết** (2023), "Tình hình khám chữa bệnh tại bệnh viện Huyện An Biên và tác động của đại dịch covid-19 năm 2018, 2019 và 2020", Tạp chí Y học Việt Nam, 524(1A)
4. **Màn Hoàng Hoa** (2017), "Mô hình bệnh tật chung của bệnh nhân nội trú tại BV Đồng Văn trong 03 năm (2014 – 2016)", Luận văn chuyên khoa II chuyên ngành Y Tế Công Cộng, Đại học Y Dược Thái Nguyên.
5. **Tú Trần Quang** (2023), "Mô hình bệnh tật nội trú tại một trung tâm y tế tuyến huyện giai đoạn 2018 – 2020". Tạp Chí Y học Việt Nam, 526(1B).

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM NÃO TỰ MIỄN KHÁNG THỂ KHÁNG THỤ THỂ NMDA

Nguyễn Thảo Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Công Tấn<sup>2</sup>,  
Lê Thị Diễm Tuyết<sup>1,3</sup>, Vương Xuân Toàn<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân viêm não tự miễn do kháng thể kháng N-methyl-D-Aspartate. **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả hồi cứu và tiền cứu trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán viêm não NMDA và điều trị tại trung tâm hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 01/ 2021 – 6/2023. **Kết quả:** Trong 41 bệnh nhân viêm não NMDA đã được nghiên cứu, tuổi trung bình là  $29,2 \pm 11,48$  tuổi; bệnh nhân nữ chiếm ưu thế với 70,7%. Bệnh nhân nhập viện chủ yếu vì rối loạn tâm thần (56%) và các rối loạn thần kinh chiếm 44%. Trong nhóm các triệu chứng về tâm thần, triệu chứng thường gặp nhất là kích động chiếm 49,8% thứ 2 là hoang tưởng chiếm 31,7%, ít gặp nhất là các triệu chứng thờ ơ, tư duy không phù hợp và hành vi kỳ quặc. Trong nhóm thần kinh, triệu chứng hay gặp là co giật chiếm tỷ lệ 34,1%, ít gặp hơn là các triệu chứng rối loạn ý thức (29,3%), loạn động (7,3%), rối loạn ngôn ngữ (17,1%). 41 bệnh nhân được thay huyết tương có 40 bệnh nhân thành công, ghi nhận 1 trường hợp thất bại, trung bình cải thiện triệu chứng sau 6 lần pex. **Kết luận:** viêm não tự miễn NMDA hay gặp ở nữ trẻ tuổi, với triệu chứng khởi phát nổi trội là các rối loạn tâm thần và hay gặp là triệu chứng kích động, nhóm các rối loạn thần kinh ít gặp hơn và hay gặp các triệu chứng co giật, rối loạn ý thức. Tuy nhiên triệu chứng thần kinh nặng hay gặp khi phải điều trị tại hồi sức tích cực là triệu chứng thần kinh với rối loạn ý thức và co giật khó kiểm soát.

**Từ khóa:** Viêm não tự miễn, kháng thể kháng thụ thể N-methyl-D-aspartate, NMDA

## SUMMARY

### CLINICAL FEATURES IN ANTI-N-METHYL-D-ASPARTATE RECEPTOR ENCEPHALITIS PATIENTS

**Objective:** Describe some clinical features in NMDA (N-methyl-D-aspartate) encephalitis. **Method:** a Retrospective description of case series, data was collected on all patients diagnosed with NMDA encephalitis who treated by plasma exchange during the period from January 2021 to June 2023 at the Intensive Care Center of Bach Mai Hospital. **Results:** 41 patients studied were involved in this study in which male/female ratio was 1:2, mean age:  $29.2 \pm 11.48$ ; The most common symptom of NMDA encephalitis was mental disorders (55%), followed by neurological disorders with 44%. In the patients has mental disorders, the most common symptom is agitation with 49.8% followed by paranoias (31.7%) and less common symptoms were lethargy, inappropriate thinking and odd behavior. In the patients has neurological symptoms, convulsion is most symptoms with 34.1%, some common symptoms were consciousness (29.3%), dyskinesia (7.3%), problem of language (17.1%). Severe patients need to be transferred to intensive care for treatment, often due to neurological disorders that are difficult to control. All 41 patients was treated by PEX which success in 40 patients and the symptoms improved after 6 times. **Conclusion:** NMDA encephalitis is common in young women, with the predominant onset symptoms being mental disorders and the most common symptoms was agitation, in the group neurological disorders, convulsion is common symptom. However, the most common severe neurological symptoms that require treatment in intensive care are neurological symptoms with consciousness disorders and difficult-to-control seizures.

**Keywords:** Autoimmune encephalitis, NMDA antibody

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não tự miễn (Autoimmune encephalitis) là thuật ngữ chỉ nhóm các bệnh viêm não do

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thảo Trang

Email: thaotrangpt93@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023



phản ứng kháng nguyên – kháng thể của hệ thống miễn dịch đối với thần kinh trung ương với đặc điểm lâm sàng chính là các cơn động kinh cấp tính hoặc bán cấp tính, suy giảm nhận thức và các triệu chứng tâm thần. Năm 2007, trường hợp viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể NMDA (N – methyl – D – aspartate) đầu tiên liên quan tới u quái được Dalmau ghi nhận.<sup>1</sup>

Viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể NMDA là một thể viêm não tự miễn liên quan đến kháng thể kháng lại tiểu phần NR1 và NR2 của thụ thể NMDA. Bệnh có thể gây ra những hậu quả và di chứng nặng nề ở cả trẻ em và người lớn, để lại nhiều gánh nặng lớn cho gia đình và xã hội.<sup>2</sup>

Tại Việt Nam, Viêm não tự miễn NMDA ngày càng được phát hiện nhiều, tuy nhiên kinh nghiệm về chẩn đoán và sàng lọc sớm bệnh lý này chưa nhiều gây ảnh hưởng đến quá trình điều trị. Đồng thời, chưa có nhiều nghiên cứu mô tả các đặc điểm lâm sàng ở các bệnh nhân viêm não NMDA nặng cần hồi sức tích cực. Vì vậy, để góp phần tìm hiểu đặc điểm lâm sàng bệnh lý viêm não NMDA, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể N-methyl-D-aspartate.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

#### • Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên
- Được chẩn đoán viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể NMDA theo tiêu chuẩn chẩn đoán tác giả Graus về viêm não kháng thụ thể NMDA

- Điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực và thực hiện thay huyết tương theo quy trình thay huyết tương Bộ Y Tế tại Trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai

#### • Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân không được miêu tả đầy đủ thông tin về triệu chứng của viêm não tự miễn NMDA

- Gia đình bệnh nhân, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang loạt ca bệnh, cỡ mẫu : chọn toàn bộ.

- **Thời gian nghiên cứu:** tháng 01/2021 đến tháng 06/2023

- **Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm hồi sức tích cực -Bệnh viện Bạch Mai.

#### • Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lấy vào nghiên cứu

- Sử dụng bệnh án nghiên cứu lấy các thông tin về các triệu chứng lâm sàng, điều trị về viêm não NMDA

- Đánh giá các triệu chứng qua mỗi lần thay huyết tương cho đến khi kết thúc

- Sử dụng phần mềm thống kê y học thực hiện các phép thống kê

### 2.2. Phân tích số liệu

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học SPSS 20.00.

- Các thuật toán: Tính tỉ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỉ lệ %, các kiểm định T- test, Mann- Whitney test. Khoảng tin cậy là 95%, các kết quả có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### 2.3. Đạo đức nghiên cứu.

Nghiên cứu được hội đồng đề cương trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học Bệnh viện Bạch Mai thông qua. Tất cả các đối tượng tham gia đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2021 đến 6/2023 có 41 bệnh nhân được chẩn đoán Viêm não tự miễn NMDA được tiến hành thay huyết tương tại Trung tâm Hồi sức tích cực- Bệnh viện Bạch Mai, trong đó có 40 bệnh nhân ghi nhận cải thiện các triệu chứng lâm sàng và 1 trường hợp thất bại với số lần thay huyết tương trung bình 6 lần.

**Bảng 1: Một số đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu**

	Đặc điểm	Giá trị n (%)
	Tuổi trung bình ( $X \pm SD$ )	29,2 $\pm$ 11,48
<b>Phân bố nhóm tuổi</b>	16 tuổi-20 tuổi	12 (29,3%)
	21 tuổi-30 tuổi	12 (29,3%)
	31 tuổi-40 tuổi	11 (26,8%)
	41 tuổi -50 tuổi	3 (7,3%)
	Trên 50	3 (7,3%)
<b>Giới tính</b>	Nam	12 (29,3%)
	Nữ	29 (70,7%)
	$p=0,012$	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 29,2 $\pm$ 11,48 trong đó nhóm tuổi phổ biến từ 16 tuổi đến 30 tuổi. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nam với 70,7%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,012$  khi so sánh với tỷ lệ 50%.

**Bảng 2: Đặc điểm các triệu chứng khởi phát**

Triệu chứng khởi phát		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
<b>Triệu chứng tâm</b>	Tư duy không phù hợp và hành vi kỳ quặc	5	12,2%
	Hoang tưởng	13	31,7%

<b>thần (n=23)</b>	Lo âu	11	26,8%
	Thờ ơ	2	4,9%
	Kích động	20	49,8%
	Ao giác	12	29,3%
<b>Triệu chứng thần kinh (n=18)</b>	Rối loạn giấc ngủ	7	17,1%
	Co giật	14	34,1%
	Suy giảm trí nhớ	8	19,5%
	Rối loạn ý thức	12	29,3%
	Rối loạn ngôn ngữ	7	17,1%
	Loạn động và các rối loạn vận động	3	7,3%
	Rối loạn chức năng thần kinh tự chủ	0	0

(bệnh nhân có thể nhiều hơn 1 triệu chứng về tâm thần và hoặc thần kinh)

**Nhận xét:** Triệu chứng hay gặp là triệu chứng về rối loạn tâm thần gặp ở 23 bệnh nhân chiếm 56,1% trong đó triệu chứng khởi phát hay gặp nhất là kích động (49,8%), triệu chứng hay gặp trong nhóm thần kinh là co giật gặp ở 14 bệnh nhân với 34,1%. Không ghi nhận các rối loạn chức năng thần kinh tự chủ là triệu chứng phối phát.

**Bảng 3: Đặc điểm triệu chứng tâm thần tại trung tâm Hồi sức tích cực**

Triệu chứng tâm thần	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tư duy không phù hợp và hành vi kỳ quặc	2	4,9%
Hoang tưởng	8	19,5%
Lo âu	7	17,1%
Thờ ơ	10	24,4%
Kích động	23	56,1%
Ao giác	3	7,3%
n	35	85%

(bệnh nhân có thể nhiều hơn 1 triệu chứng về tâm thần)

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, 35 bệnh nhân sau khi nhập viện ghi nhận các rối loạn triệu chứng tâm thần chiếm 85% tổng số bệnh nhân. Triệu chứng tâm thần hay gặp nhất là kích động với 56,1%. Các triệu chứng thờ ơ, lo âu, hoang tưởng cũng gặp thường xuyên với tỷ lệ theo thứ tự 24,4%, 17,1%, 19,5%.

**Bảng 4: Đặc điểm triệu chứng thần kinh tại trung tâm Hồi sức tích cực**

Triệu chứng thần kinh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rối loạn giấc ngủ	1	4,9%
Rối loạn ngôn ngữ	19	46,3%
Loạn động	33	80,5%
Co giật	36	87,8%
Suy giảm trí nhớ	8	19,5%
Rối loạn ý thức	37	90,2%

Rối loạn chức năng thần kinh tự chủ	2	4,9%
n	41	100%

(bệnh nhân có thể nhiều hơn 1 triệu chứng thần kinh)

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, 41 bệnh nhân đều ghi nhận các triệu chứng thần kinh ghi nhập viện, trong đó rối loạn ý thức gặp nhiều nhất với tỷ lệ 90,2%. Co giật, loạn động phổ biến hơn so với các triệu chứng về ngôn ngữ (87,8%, 80,5% so với 46,3%). Các triệu chứng rối loạn giấc ngủ, rối loạn chức năng thần kinh tự chủ ít gặp với chỉ 2 bệnh nhân với 4,9%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 41 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi quan sát thấy tỷ lệ mắc bệnh chủ yếu ở nữ giới (chiếm tỷ lệ 70,7%) với tỷ lệ nữ/nam: 2,42 và trẻ tuổi (tuổi từ 16 đến 40 chiếm 85,4%). Kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Titulaer<sup>3</sup> với tỷ lệ nữ chiếm 81% trong tổng số 577 bệnh nhân và độ tuổi phổ biến từ 18 – 35 tuổi (chiếm 58%). Có sự khác biệt về độ tuổi trung bình của chúng tôi (29,2 tuổi) so với Titulaer và cộng sự (21 tuổi), sự khác biệt này chủ yếu là do khác biệt về số lượng mẫu. Lý do vào viện là rối loạn tâm thần (56%) điều này khiến bệnh nhân thường nhập cơ sở y tế chăm sóc sức khỏe tâm thần thay vì các đơn vị thần kinh do đó làm chẩn đoán bệnh bị chậm trễ.

Đặc điểm triệu chứng khởi phát theo nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng: bệnh khởi phát chủ yếu là triệu chứng tâm thần chiếm 56,1%, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Rani A.Sarkis và cộng sự trên 515 bệnh nhân tỷ lệ rối loạn tâm thần là 76,7%<sup>4</sup>. Trong các triệu chứng tâm thần khởi phát, kích động là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 49,8%. Trong các triệu chứng thần kinh khởi phát, co giật hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 34,1%.

Đặc điểm lâm sàng tại trung tâm Hồi sức tích cực trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi quan sát thấy: triệu chứng tâm thần chính trong bệnh nhân viêm não tự miễn do kháng thể kháng NMDAR đa dạng, phổ biến nhất là kích động (56,1%); tiếp theo là thờ ơ (24,4%), hoang tưởng (19,5%), lo âu (17,1%), ít gặp triệu chứng ảo giác (7,3%) và hành vi kỳ quặc (4,9%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Rani A.Sarkis và cộng sự: kích động là triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 59%<sup>4</sup>.

Trong tổng số 41 bệnh nhân nghiên cứu, triệu chứng rối loạn ý thức co giật chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 90,2%, co giật, loạn động cũng

chiếm ưu thế với tỷ lệ 87,8%, 80,5%, các triệu chứng rối loạn ngôn ngữ, suy giảm trí nhớ, rối loạn giấc ngủ, rối loạn chức năng thần kinh tự chủ ít gặp hơn với tỷ lệ tương ứng 46,3%, 19,5%, 4,9%, 4,9%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Ying Wang và cộng sự năm 2017: loạn động và rối loạn vận động (78%), rối loạn giấc ngủ (77%),<sup>5</sup> tuy nhiên khác với khác với Ying Wang chúng ta thấy rằng rối loạn ý thức (90,2%) và co giật (87,8%) là triệu chứng hay gặp nhất nhưng trong nghiên cứu của Ying Wang thì rối loạn ý thức có tỷ lệ 59%, co giật có tỷ lệ 67% thấp hơn so với các triệu chứng thần kinh khác. Sự khác biệt này có lẽ là do khác biệt độ tuổi nghiên cứu, trong nghiên cứu của chúng tôi khảo sát bệnh nhân ở lứa tuổi từ 16 trở lên, còn Ying Wang và cộng sự nghiên cứu ở lứa tuổi 0-14 tuổi. Ngoài ra sự khác biệt này cũng chính là lý do bệnh nhân cần điều trị Hồi sức tích cực do tình trạng rối loạn ý thức và co giật khó kiểm soát.

## V. KẾT LUẬN

Viêm não tự miễn NMDA hay gặp ở nữ, trong độ tuổi từ 16 đến 40 tuổi, bệnh cảnh lâm sàng đa dạng với hai nhóm triệu chứng chính là triệu chứng tâm thần và thần kinh, trong đó triệu chứng khởi phát phổ biến là triệu chứng tâm thần, nhưng triệu chứng lâm sàng hay gặp

khi phải điều trị tại hồi sức tích cực là triệu chứng thần kinh với rối loạn ý thức và co giật hay gặp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dalmau J, Gleichman AJ, Hughes EG, et al. eptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *The Lancet Neurology*. 2008;7(12): 1091-1098. doi: 10.1016/s1474-4422(08)70224-2
2. Dalmau J, Graus F. Antibody-Mediated Encephalitis. *N Engl J Med*. Mar 1 2018; 378(9):840-851. doi:10.1056/NEJMra1708712
3. Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I, et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: an observational cohort study. *The Lancet Neurology*. 2013;12(2):157-165. doi:10.1016/s1474-4422(12)70310-1
4. Sarkis RA, Coffey MJ, Cooper JJ, Hassan I, Lennox B. Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis: A Review of Psychiatric Phenotypes and Management Considerations: A Report of the American Neuropsychiatric Association Committee on Research. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. Spring 2019;31(2): 137-142. doi:10.1176/appi.neuropsych.18010005
5. Wang Y, Zhang W, Yin J, et al. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis in children of Central South China: Clinical features, treatment, influencing factors, and outcomes. *J Neuroimmunol*. Nov 15 2017;312:59-65. doi:10.1016/j.jneuroim.2017.09.005

## ĐỐI CHIẾU MỘT SỐ TỔN THƯƠNG TUYẾN GIÁP TRÊN TẾ BÀO HỌC CHỌC HÚT KIM NHỎ VỚI MÔ BỆNH HỌC TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Giang<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Huyền<sup>1</sup>, Phạm Minh Tuệ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đối chiếu một số tổn thương tuyến giáp trên tế bào học chọc hút kim nhỏ với mô bệnh học tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tuổi trung bình ở đối tượng nghiên cứu là  $47,06 \pm 12,33$  tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 11,6/1. Chẩn đoán tế bào học ác tính, theo dõi kết quả mô bệnh học không có chẩn đoán dương tính giả. Mô bệnh học đều là ung thư biểu mô nhú trong đó: 63,95% (39/63) là vi ung thư biểu mô nhú, 19/63 (31,14%) (19/63) ung thư biểu mô nhú thông thường còn lại 1 trường hợp biến thể nang và 2 trường hợp biến thể có vỏ với tỷ lệ là 1,64% và 3,27%. Phương pháp tế bào học có

độ nhạy cao (98,98%), độ đặc hiệu cao (81,81%) và độ chính xác lên đến 97,25%, giá trị chẩn đoán lành tính hay ác tính đều cao lần lượt là 90% và 97,98%. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tuyến giáp hay gặp ở nữ giới, tuổi hay gặp là 31-50 tuổi. Tế bào học là phương pháp chẩn đoán tốt ung thư biểu mô nhú với độ nhạy 98,98% và độ đặc hiệu 81,81% và độ chính xác 97,25%.

**Từ khóa:** tổn thương tuyến giáp trên tế bào học

### SUMMARY

#### COMPARISON OF SOME THYROID LESIONS ON FINE NEEDLE ASPECT CYTOLOGY WITH HISTOLOGY AT K - HOSPITAL

**Objective:** Compare some thyroid lesions on fine needle aspiration cytology with histopathology at K hospital. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive study, convenience sampling. **Results:** The average age of the study subjects was  $47.06 \pm 12.33$  years old. The female/male ratio is 11.6/1. Diagnosis of malignant cytology and follow-up of histopathology results did not result in false positive

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Giang  
Email: bsgianghd@gmail.com  
Ngày nhận bài: 12.10.2023  
Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023  
Ngày duyệt bài: 22.12.2023

diagnoses. Histopathology is all papillary carcinoma, of which: 63.95% (39/63) are micropapillary carcinoma, 19/63 (31.14%) (19/63) are common papillary carcinoma. Usually, there remains 1 case of cystic variant and 2 cases of capsular variant with rates of 1.64% and 3.27%. Cytology method has high sensitivity (98.98%), high specificity (81.81%) and accuracy up to 97.25%, the diagnostic value of benign or malignant is high respectively. are 90% and 97.98%. **Conclude:** Thyroid carcinoma is common in women, the most common age is 31-50 years old. Cytology is a good method of diagnosing papillary carcinoma with a sensitivity of 98.98% and a specificity of 81.81% and an accuracy of 97.25%.

**Keywords:** thyroid damage on cytology

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) có xu hướng tăng trên toàn thế giới. Ở Việt Nam theo số liệu thống kê của chương trình phòng chống ung thư giai đoạn 2008-2010, tỷ lệ mắc mới của ung thư tuyến giáp ở nữ giới năm 2010 là 8,4/100.000 cao hơn nhiều so với năm 2000 là 2,3/100.000 [1].

Chẩn đoán tế bào học (TBH) chọc hút kim nhỏ (CHKN) tuyến giáp được thực hiện trên toàn thế giới và được chứng minh là phương pháp chẩn đoán nhanh, không xâm lấn và đáng tin cậy nhất để xác định một tổn thương tuyến giáp là ác tính hay lành tính [2].

Trước đây phân loại TBH tuyến giáp dựa vào phân loại của tác giả DeMay, tuy nhiên hiện nay với sự ra đời của hệ thống phân loại Bethesda chẩn đoán TBH tuyến giáp của Viện Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (NCI) đưa ra năm 2007 đã được sử dụng rộng rãi và thay thế cho các phân loại khác vì nó giúp cho việc chẩn đoán bệnh trên TBH chính xác lên đến 95-97% [3]. Vì vậy nhằm đánh giá sự tương đồng của các tổn thương TBH tuyến giáp được đánh giá theo hệ thống Bethesda với các tổn thương trên mô bệnh học của tuyến giáp cũng như giá trị của phương pháp TBH, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Đổi chiếu một số tổn thương tuyến giáp trên tế bào học chọc hút kim nhỏ với mô bệnh học tại bệnh viện K"*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân đến khám và làm xét nghiệm tế bào học chọc hút kim nhỏ tuyến giáp tại Bệnh viện K (Cơ sở 1: 43 Quán sứ, cơ sở 3: Tân Triều-Hà Đông) từ tháng 10/2018 đến 05/2019.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các bệnh nhân có tổn thương ở tuyến giáp được chẩn đoán trên siêu âm là TIRADS 4 hoặc TIRADS 5 (theo phân loại K-TIRADS) và được chỉ

định chọc hút kim nhỏ tuyến giáp tại Bệnh viện K.

- Có đầy đủ thông tin nghiên cứu trong hồ sơ.

- Những bệnh nhân được phẫu thuật tại bệnh viện K có đủ tiêu bản và khối nền bệnh phẩm.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những trường hợp không đáp ứng được những tiêu chuẩn ở trên.

- Những trường hợp bị mất, vỡ không còn tiêu bản tế bào học chọc hút từ tuyến giáp.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn để tham gia nghiên cứu. Số lượng bệnh nhân được nghiên cứu tế bào học là 413 bệnh nhân, trong đó có 123 bệnh nhân được phẫu thuật tuyến giáp và xét nghiệm mô bệnh học.

**2.3. Xử lý số liệu.** Nhập số liệu, quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phân tích mô tả được sử dụng phù hợp với các thông tin được phân tích.

## 2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Y đức của trường Đại học Y Hà Nội trước khi tiến hành nghiên cứu.

- Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng khoa học và Ban Giám đốc Bệnh viện K trước khi tiến hành thực hiện.

- Tất cả các biến số, chỉ số nghiên cứu sẽ được thu thập một cách trung thực và khoa học. Mọi thông tin thông tin các nhân của bệnh nhân sẽ được giữ bí mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới**

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
11-20	0	0,0	4	1,1	4	0,9
21-30	7	16,3	31	8,4	38	9,2
31-40	11	25,6	73	19,7	84	20,4
41-50	10	23,3	125	33,8	135	32,7
51-60	6	13,9	84	22,7	90	21,8
61-70	8	18,6	45	12,2	53	12,8
>70	1	2,3	8	2,1	9	2,2
Tổng số	43	100,0	370	100,0	413	100,0

$X \pm SD: 47,06 \pm 12,33$ ; Min-Max: 13 - 81

**Nhận xét:** Có 413 bệnh nhân nghiên cứu, các tổn thương tuyến giáp đa số gặp ở nữ giới chiếm 89,59%, nam giới ít gặp hơn chiếm 10,41% ( $p = 0,000$ ). Tỷ lệ nữ/nam là 11,6/1. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là

47,06 ± 12,33 tuổi. Bệnh nhân nhỏ nhất là 13 tuổi và lớn nhất là 81 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 31-50 tuổi chiếm tỷ lệ 53,1 %. Không gặp bệnh nhân nào dưới 11 tuổi.

### 3.2. Đối chiếu một số tổn thương tuyến giáp trên tế bào học chọc hút kim nhỏ với mô bệnh học

#### 3.2.1. Phân bố typ MBH theo chẩn đoán TBH

**Bảng 3.2. Phân bố typ MBH theo chẩn đoán TBH**

Chẩn đoán tế bào học	Chẩn đoán mô bệnh học	n	Tỷ lệ ác tính
I. Không thỏa đáng (n=4)	UTBM nhú	2	50% (2/4)
	Viêm giáp bán cấp	2	
II. Lành tính (n=10)	UTBM nhú	1	10% (1/10)
	Bướu giáp keo	4	
	Nang giáp chảy máu	2	
	Viêm giáp Hashimoto	2	
	U tuyến thể nang	1	
III. Không điển hình ý nghĩa không xác định (n=6)	UTBM nhú	1	16,7% (1/6)
	Viêm giáp bán cấp	1	
	U tuyến thể nang	3	
	U tuyến TB Hurthle	1	
IV. Tân sản nang/nghi ngờ tân sản nang (n=6)	UTBM nhú	2	33,3% (2/6)
	Nốt dạng u tuyến	1	
	U tuyến thể nang	2	
	NIFTP	1	
V. Nghi ngờ ác tính (n=38)	UTBM nhú	36	94,7% (36/38)
	Viêm giáp bán cấp	1	
	Nốt dạng u tuyến	1	
VI. Ác tính (n=61)	UTBM nhú	61	100% (61/61)
<b>N=438</b>		<b>125</b>	<b>82,4%</b> (103/125)

#### Nhận xét:

- TBH không thỏa đáng theo dõi phẫu thuật, có 2 trường hợp MBH là vi UTBM nhú, 2 trường hợp còn lại là viêm giáp bán cấp. Nguyên nhân do tiêu bản chủ yếu toàn hồng cầu, ít tế bào không đánh giá.

- Chẩn đoán TBH là lành tính, có 1 trường hợp chẩn đoán âm tính giả, MBH là vi UTBM nhú (10%).

- Chẩn đoán TBH không điển hình ý nghĩa không xác định có 6 trường hợp, đa số MBH là lành tính chiếm 83,3 % gồm viêm tuyến giáp bán cấp, u tuyến tuyến giáp. Có 1 trường hợp là vi UTBM nhú.

- Chẩn đoán TBH tân sản nang/nghi ngờ tân sản nang 6 trường hợp, MBH trong đó có 2 trường hợp là UTBM nhú biến thể nang (33,3%), 1 trường hợp là NIFTP (16,7%).

- Chẩn đoán TBH là nghi ngờ ác tính, theo

dõi phẫu thuật có 36/38 (94,7%) là ác tính gồm: vi UTBM nhú chiếm nhiều nhất 22/36 (61,1%), UTBM nhú thông thường 13/36 (36,1%) và UTBM nhú biến thể nang 1/36 (2,8%). MBH lành tính chiếm 5,3%.

- Chẩn đoán TBH ác tính, theo dõi kết quả MBH không có chẩn đoán dương tính giả. MBH đều là UTBM nhú trong đó: 63,95% (39/63) là vi UTBM nhú, 19/63 (31,14%) (19/63) UTBM nhú thông thường còn lại 1 trường hợp biến thể nang và 2 trường hợp biến thể có vỏ với tỷ lệ là 1,64% và 3,27%.

### 3.2.2. Giá trị của phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ.

**Bảng 3.3. Sự phù hợp giữa chẩn đoán TBH và MBH**

MBH \ TBH	Lành tính		Ác tính		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Lành tính	9	90,0	2	2,02	11	10,1
Ác tính	1	10,0	97	97,98	98	89,9
Tổng	10	100,0	99	100,0	109	100,0

**Nhận xét:** Khi coi các trường hợp chẩn đoán TBH nghi ngờ ác tính và ác tính là những chẩn đoán dương tính, những chẩn đoán lành tính là những chẩn đoán âm tính. Chẩn đoán dương tính giả chiếm 2,02 %, âm tính giả chiếm 10 %. Giá trị của phương pháp tế bào học được thể hiện trong bảng 3.15.

**Bảng 3.5. Giá trị của phương pháp tế bào học**

Các chỉ số	Tỷ lệ %
Độ nhạy (Se)	98,98%
Độ đặc hiệu (Sp)	81,81%
Độ chính xác	97,25%
Giá trị dự báo dương tính	97,98%
Giá trị dự báo âm tính	90,00%

**Nhận xét:** Như vậy phương pháp TBH có độ nhạy cao (98,98%), độ đặc hiệu cao (81,81%) và độ chính xác lên đến 97,25%, giá trị chẩn đoán lành tính hay ác tính đều cao lần lượt là 90% và 97,98%.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Theo nhiều báo cáo của các tác giả trong và ngoài nước, tỷ lệ tổn thương tuyến giáp nói chung và UTBM nói riêng bao giờ cũng gặp ở nữ cao hơn nam. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 43 bệnh nhân là nam chiếm tỷ lệ 10,41% và 370 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 89,59%. Tỷ lệ nữ/nam là 11,6/1. Tỷ lệ mắc bệnh chủ yếu ở nữ giới. Kết quả này tương đồng với Vũ Bích Nga (2012) nghiên cứu trên 339 bệnh nhân được chẩn đoán bướu giáp nhân tỷ lệ này

là 9/1 [4]. Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $47,06 \pm 12,33$  tuổi. Tuổi thấp nhất là 13, tuổi cao nhất là 81. Bệnh nhân gặp nhiều nhất là nhóm tuổi 41-60 ở cả 2 giới. Kết quả này tuy không hoàn toàn đồng nhất nhưng có nhiều điểm phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả. Tác giả Vũ Bích Nga (2012), tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là  $45,8 \pm 8,7$  thấp nhất là 18 nhiều nhất là 82 tuổi [4]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khoa Diệu Vân (2015), bệnh nhân ở lứa tuổi trên 35 chiếm tỷ lệ 81,3%, cao nhất là ở lứa tuổi 46 - 55 tuổi chiếm tỷ lệ 32%.

**4.2. Đối chiếu một số tổn thương tuyến giáp trên tế bào học chọc hút kim nhỏ với mô bệnh học.** Tỷ lệ ác tính trong nhóm TBH chẩn đoán lành tính là 10% cao hơn các nghiên cứu Những trường hợp âm tính giả chủ yếu là do u quá nhỏ, lấy mẫu không có tế bào u. Một đặc điểm là trong vi UTBM nhú thường được phát hiện tình cờ trên nền tổn thương phổi hợp ví dụ bướu giáp keo. Vì vậy, việc nhận định đánh giá tỷ mỉ các tổn thương trên siêu âm, đặc biệt kỹ thuật CHKN dưới HDSA ở những u nhỏ và khó cần phải được thực hiện bởi bác sĩ có kinh nghiệm, đã được đào tạo về CHKN và có thời gian thực hành lâu năm là điều cần thiết.

Không điển hình ý nghĩa không xác định/ tổn thương nang ý nghĩa không xác định của là loại chẩn đoán gây tranh cãi nhất vì tính không đồng nhất và không thống nhất của nó. Nguy cơ ác tính ở Bethesda III là 5-15% theo Bethesda 2007 [5]. Bản sửa đổi năm 2017, nguy cơ ác tính không điển hình là 6-18% (NIFTP loại khối ung thư biểu mô) [6]. Nguy cơ ác tính đối với một nhân giáp không xác định, đặc biệt là Bethesda III là rất khó xác định vì chỉ có một số ít trường hợp trong chẩn đoán này được phẫu thuật. Những người được phẫu thuật khi lặp lại CHKN vẫn chẩn đoán là không điển hình hoặc bệnh nhân có lâm sàng và hoặc siêu âm nghi ngờ.

Tỷ lệ ác tính của các TBH không điển hình được theo dõi sau phẫu thuật, theo nghiên cứu của phương Tây, dao động từ 20%, 25% đến 28%. Allen S Ho và cs đã đưa ra tỷ lệ ác tính 26,3% ở các nốt chẩn đoán Bethesda III. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ác tính ở nhóm này là 16,7%, tỷ lệ này nằm trong khoảng 10-30% mà ATA đưa ra từ nhiều nghiên cứu ở các trung tâm trên khắp thế giới, thấp hơn với tỷ lệ 20-28% trong các nghiên cứu được đề cập ở trên. 1 trong 6 trường hợp là vi UTBM nhú và không có trường hợp nào là NIFTP. Trên TBH trường hợp ác tính này có mật độ tế bào ít

nhưng biểu hiện đám tế bào không điển hình với nhân hơi lớn, một vài nhân khía, viền nhân không đều trên nền nhiều tế bào tuyến giáp lành tính xếp dạng mảnh nang lớn và cách đều nhau, có lượng keo loãng vừa phải. Các biến đổi không đủ để nghi ngờ ác tính trên TBH nhưng trên siêu âm là một nốt đặc giảm âm mạnh, ranh giới không đều, có vi vôi hóa với kích thước nhỏ 7x8 mm và được đánh giá là TIRADS 5. Bệnh nhân đã được CHKN lần 1 tại tuyến cơ sở và kiểm tra tại Bệnh viện K là lần thứ 2, cả 2 lần đều không xác định rõ chắc chắn tổn thương. Quyết định phẫu thuật đã được đưa ra bởi bác sĩ lâm sàng với sự đồng thuận của bệnh nhân. Trong phân tích meta, tác giả Straccia chỉ ra rằng có khoảng 1 trong số 3 - 4 nhân không điển hình là ác tính thật sự [7]. Tỷ lệ ác tính của các nhân giáp không điển hình thường khó xác định do việc diễn giải kết quả giữa các labo thường không thống nhất, tùy thuộc vào kinh nghiệm của nhà tế bào học.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 6 trường hợp chẩn đoán TBH là nghi ngờ tân sản nang theo dõi sau phẫu thuật, mô bệnh học lành tính chiếm 50% (gồm có u tuyến thể nang 2 trường hợp, nốt dạng u tuyến 1 trường hợp), trong khi bệnh ác tính chiếm 33,3% ứng với 2 trường hợp đều là UTBM nhú biến thể nang. Có 1 trường hợp MBH được chẩn đoán là NIFTP chiếm 16,7%. Nếu tính NIFTP là một UTBM ác tính thì tỷ lệ ác tính trong danh mục này là 50%, đây là một tỷ lệ cao hơn đáng kể so với tỷ lệ 25-40% mà Bethesda 2017 đưa ra với cùng cách tính và 15-30% theo Bethesda 2007. Nhưng nếu không coi NIFTP là ung thư, với cách tính như vậy thì tỷ lệ ác tính của chúng tôi đưa ra trong nhóm này phù hợp với tỷ lệ mà Bethesda 2017 đưa ra (33,3% với 10-40%). Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trong thời gian ngắn, lượng bệnh nhân nghiên cứu và được theo dõi phẫu thuật là chưa đủ để xác định tỷ lệ NIFTP đại diện cho quần thể bệnh. Nhưng về một khía cạnh nào đó, theo tính toán trong nghiên cứu thì NIFTP chỉ chiếm 0,97% trong tổng số 103 các ca UTBMTG. Việc này có thể làm tỷ lệ ác tính trong Bethesda IV tăng lên đáng kể. Chẩn đoán TBH có thể tùy chọn là nghi ngờ tân sản nang hay nghi ngờ ác tính tùy thuộc các biến đổi có đủ nhiều hay không, theo kinh nghiệm của các bác sĩ tế bào học và cả tần suất các u tuyến giáp.

Trong nghiên cứu chúng tôi theo dõi 38 trường hợp TBH nghi ngờ ác tính, MBH sau phẫu thuật chiếm đến 94,7% là ác tính thật sự (vi UTBM nhú gặp nhiều nhất 57,9%, UTBM nhú

thông thường 34,2% và 1 trường hợp biến thể nang UTBM nhú chiếm 2,6%). 5,3% còn lại là lành tính MBH ứng với 1 u tuyến thể nang và 1 viêm tuyến giáp bán cấp. Tỷ lệ ác tính này tương đối cao so với con số mà Bethesda 2017 đưa ra là 45-60% (NIFTP không tính trong tỷ lệ này). Tỷ lệ cao hơn được rút ra trong nghiên cứu này một phần do các tiêu chuẩn hướng dẫn chẩn đoán được bổ xung chi tiết rõ ràng cùng với các ghi chú lưu ý được áp dụng trong Bethesda 2017, một phần không thể thiếu đó là kinh nghiệm chẩn đoán của các bác sĩ tại Bệnh viện K. Mặc dù các khối u gặp nhiều nhất lại là những vi UTBMTG thể nhú kích thước bé và chiếm tỷ lệ gần gấp đôi các UTBM nhú thông thường nhưng có thể thấy một khả năng dự báo ác tính của chẩn đoán này là rất đáng tin cậy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo dõi 61 chẩn đoán TBH ác tính thì 100% MBH ác tính, kết quả cao hơn so với tỷ lệ Bethesda 2017 đưa ra là 94%-96%.

**\*Giá trị của phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ.** Phương pháp tế bào học được coi là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán các nhân tuyến giáp trước phẫu thuật. Đặc biệt chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm giúp làm tăng giá trị chẩn đoán chính xác, giảm tỷ lệ âm tính giả. Theo nhiều nghiên cứu, trước kia khi chưa có chọc hút kim nhỏ thì những bệnh nhân mổ u tuyến giáp chỉ có 10-20% là ác tính, có tới 75-90% các trường hợp là âm tính giả. Phẫu thuật tuyến giáp là một phẫu thuật khó có thể gây nhiều biến chứng nghiêm trọng cho bệnh nhân. Chọc hút kim nhỏ đã làm giảm 50% các trường hợp phẫu thuật và tăng gấp đôi tỷ lệ ung thư tuyến giáp được cắt bỏ [8].

Chẩn đoán TBH có 61 trường hợp chẩn đoán TBH ác tính, kết quả MBH đều là ác tính. 38 trường hợp TBH chẩn đoán nghi ngờ ác tính chúng tôi coi như là kết quả dương tính. Như vậy trong chẩn đoán tế bào học có 1 trường hợp là âm tính giả, có 2 trường hợp là dương tính giả. Độ nhạy của phương pháp TBH là 98,98%, độ đặc hiệu là 81,81%, độ chính xác là 97,25% và giá trị dự báo dương tính là 97,98%, giá trị dự báo âm tính 90,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn so với các nghiên cứu trước đó. Theo Nguyễn Thị Hoa Hồng (2012) cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu là 88,9% và 96,9% [9]. Một số báo cáo của các tác giả trên thế giới cũng cho thấy đây là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao. Theo nghiên cứu của Mc Henry (1996) độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 88% và 89%. Một nghiên cứu khác của Abboud

B (2003) cho thấy độ nhạy của phương pháp tế bào là 73%, độ đặc hiệu là 93,5%. Mandell DL và cộng sự (2001) cũng đã kết luận phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ rất có giá trị trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp và có thể chính xác như trong chẩn đoán sinh thiết tức thì tuyến giáp với độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 89%, 97%, 94%.

Kết quả của chúng tôi khá cao bởi vì phương pháp CHKN đã được áp dụng nhiều năm nay tại khoa Trung tâm Giải phẫu bệnh - Sinh học phân tử, Trung tâm chẩn đoán hình ảnh, nơi có đội ngũ bác sĩ chuyên môn cao cùng, kinh nghiệm thực hành lâu năm, nên chẩn đoán và tầm soát các khối u là có độ chính xác rất cao. Hơn nữa, hầu hết những nhân nhỏ, lâm sàng không sờ thấy chúng tôi đều chọc hút dưới siêu âm. Cùng với việc áp dụng phân loại chẩn đoán tế bào học theo Bethesda từ nhiều năm một cách nghiêm túc cũng là một nguyên nhân đưa đến kết quả tốt. Trong nghiên cứu này, chẩn đoán tế bào học CHKN các bướu nhân đã được chọn lựa từ các nhân giáp TIRADS 4-5, đây thật sự là một kết hợp quan trọng làm tăng khả năng chẩn đoán chính xác bệnh lý ác tính cũng như lành tính. Có thể nói giúp cho việc đưa ra các chỉ định phẫu thuật là thích hợp nhất cho mỗi trường hợp, giảm thiểu tối đa điều trị quá mức vì những chẩn đoán TBH là dương tính giả. Phẫu thuật viên có thể hoàn toàn tin tưởng và đưa ra các phương pháp xử trí đúng đắn cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Các tổn thương tuyến giáp đa số gặp ở nữ giới chiếm 89,59%, nam giới ít gặp hơn chiếm 10,41% ( $p = 0,000$ ). Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 31-50 tuổi chiếm tỷ lệ 53,1 %.

Tỷ lệ ác tính (UTBM nhú) của từng nhóm chẩn đoán TBH theo phân loại Bethesda 2017 khi được đối chiếu lần lượt là: Không thỏa mãn (50%), lành tính (10%), tổn thương không điển hình ý nghĩa không xác định (16,7%), tân sản nang/nghi ngờ tân sản nang (33,3%), nghi ngờ ác tính (94,7%), ác tính (100%).

TBH là phương pháp chẩn đoán tốt UTBM nhú tuyến giáp với độ nhạy 98,98%, độ đặc hiệu 81,81% và độ chính xác là 97,25%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức và cộng sự.** (2010). Dịch tế học và chương trình phòng chống ung thư. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 1, 21-26.
2. **Khanh Nguyen-Gia et al.** (2005). Fine-needle aspiration of the thyroid: an overview. CytoJournal 2005, 2:12.
3. **Nguyễn Quang Bảy.** (2008). Chẩn đoán và điều

- trị bướu nhân tuyến giáp. Y học lâm sàng, Nhà xuất bản trẻ, 23, 13 – 15.
4. **Vũ Bích Nga** (2012). Đặc điểm bướu nhân tuyến giáp qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm. Tạp chí Y học thực hành (874)-Số 6/2013.
  5. **Cibas ES và Ali SZ** (2009). The Bethesda System for reporting thyroid cytopathology. *Thyroid*, 19, 1159 - 1165.
  6. **Cibas E, Ali S.** (2017). The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Journal of the American Society of Cytopathology*. 6:217-222.
  7. **Straccia P, Rossi ED và Bizzarro T et al.** (2015). A meta-analytic review of the Bethesda System for reporting thyroid cytopathology: has the rate of malignancy in indeterminate lesions been underestimated? *Cancer Cytopathol*, 123, 713 - 722.
  8. **DeMay RM** (1999). *Thyroid. The Art and Science of Cytopathology*. 2th edition. American Society of Clinical Pathology, 1234-1342
  9. **Nguyễn Thị Hoa Hồng** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm, tế bào học, kết quả mô bệnh học của bướu nhân tuyến giáp. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

## NGHIÊN CỨU NGUY CƠ BƠM HƠI DẠ DÀY DƯỚI SIÊU ÂM LIÊN QUAN ĐẾN THÔNG KHÍ KIỂM SOÁT ÁP LỰC QUA MẶT NẠ TRONG QUÁ TRÌNH KHỞI MÊ

Phạm Thị Tuyết Mai<sup>1</sup>, Phan Tôn Ngọc Vũ<sup>1</sup>,  
Huỳnh Trung Thảo Nguyên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bơm hơi dạ dày trong quá trình khởi mê trên người bệnh ngưng thở với đường thở không được bảo vệ là một trong những nguyên nhân của hít sặc dịch dạ dày vào phổi. Chúng tôi tìm cách xác định mức cài đặt áp lực hít vào nhằm hạn chế tối đa nguy cơ bơm hơi dạ dày trong khi vẫn cung cấp thông khí phổi phù hợp. **Phương pháp nghiên cứu:** Trong thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên này, người bệnh được phân chia vào hai nhóm (P10 và P20) quy định bởi áp lực hít vào sử dụng trong thông khí kiểm soát áp lực: 10 và 20 cm H<sub>2</sub>O. Gây mê được tiến hành với sử dụng fentanyl, propofol và rocuronium. Khi xảy ra mất phản xạ mi mắt, bắt đầu thông khí bằng mặt nạ trong 90 giây, đồng thời sử dụng hình ảnh siêu âm vùng tâm vị trong thời gian thực để phát hiện bơm hơi dạ dày. Mặt phẳng cắt ngang vùng tâm vị được đo lường trên hình ảnh siêu âm trước và sau thông khí. Các thông số hô hấp cũng được thu thập. **Kết quả:** 50 người bệnh được phân tích. Chúng tôi nhận thấy có sự tăng đáng kể có ý nghĩa thống kê trên tỉ lệ bơm hơi dạ dày theo áp lực hít vào, từ 0% (nhóm P10) đến 28% (nhóm P20). Trong nhóm P20, việc xác định bơm hơi dạ dày đi kèm với sự tăng đáng kể có ý nghĩa thống kê diện tích vùng tâm vị. Thông khí phổi vẫn được đầy đủ trong nhóm P10. **Kết luận:** Mức cài đặt áp lực hít vào 10 cm H<sub>2</sub>O cho phép giảm tần suất bơm hơi dạ dày đồng thời đảm bảo thông khí phổi phù hợp trong quá trình khởi mê.

**Từ khóa:** bơm hơi dạ dày, áp lực hít vào, khởi mê, siêu âm.

### SUMMARY

#### RISK OF GASTRIC INSUFFLATION RELATED TO FACEMASK PRESSURE-CONTROLLED VENTILATION USING ULTRASOUND

**Background:** Insufflation of air into the stomach during induction of anesthesia in patients with apnea with an unprotected airway may be one of the causes of pulmonary aspiration of gastric contents. We sought to determine the level of inspiratory pressure minimizing the risk of gastric insufflation while providing adequate pulmonary ventilation. **Methods:** In this randomized controlled trial, patients were allocated to two groups (P10 and P20) defined by the inspiratory pressure applied during controlled-pressure ventilation: 10 and 20 cm H<sub>2</sub>O. Anesthesia was induced using fentanyl, propofol and rocuronium. Once loss of eyelash reflex occurred, facemask ventilation was started for a 90-second period while gastric insufflation was detected by real-time ultrasonography of the antrum. The cross-sectional antral area was measured using ultrasonography before and after ventilation. Respiratory parameters were recorded. **Results:** Fifty patients were analyzed. We registered statistically significant increases in incidences of gastric insufflation with inspiratory pressure, from 0% (group P10) to 28% (group P20). In group P20, detection of gastric insufflation was associated with a statistically significant increase in the antral area. Lung ventilation was still sufficient for group P10. **Conclusion:** Inspiratory pressure of 10 cm H<sub>2</sub>O allowed for reduced occurrence of gastric insufflation with proper lung ventilation during induction of anesthesia.

**Keywords:** Gastric insufflation, inspiratory pressure, induction of anesthesia, ultrasound.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hít sặc dịch dạ dày luôn là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh  
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tuyết Mai  
Email: mai.ptt2@umc.edu.vn  
Ngày nhận bài: 12.10.2023  
Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023  
Ngày duyệt bài: 22.12.2023



tai biến biến chứng liên quan đến gây mê toàn thân. Tiên đoán các yếu tố nguy cơ của hít sặc trong gây mê và tiến hành chuỗi khởi mê nhanh là nội dung được khuyến cáo trong các hiệp hội gây mê quốc gia và quốc tế. Tuy nhiên, trên thực tế, hít sặc trong gây mê được ghi nhận trên cả những người bệnh không có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào của hít sặc [4]. Một trong những nguyên nhân có thể giải thích cho các trường hợp này là sự bơm hơi vào dạ dày khi thông khí cho người bệnh đã ngưng thở và đường thở không được bảo vệ. Khí được bơm vào dạ dày gây tăng áp lực dạ dày, dẫn đến trào ngược dịch dạ dày lên thực quản và hậu quả là hít sặc.

Việc kiểm soát áp lực thông khí qua mặt nạ trong quá trình khởi mê sẽ giúp giảm nguy cơ bơm hơi vào dạ dày [7]. Ở người lớn, áp lực trong thông khí kiểm soát được khuyến cáo thấp hơn 20 cm H<sub>2</sub>O sẽ không gây bơm hơi vào dạ dày [7]. Trước đây, việc bơm hơi vào dạ dày được xác định thông qua ống nghe đặt tại vùng thượng vị. Tuy nhiên, ngày nay cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, máy siêu âm ra đời và được sử dụng chủ yếu trong lĩnh vực chẩn đoán hình ảnh, nhưng sau đó đã nhanh chóng được ứng dụng rộng rãi trong y khoa, đặc biệt là trong gây mê hồi sức. Chúng ta có thể dễ dàng quan sát được hình ảnh tâm vị dạ dày trên siêu âm cũng như đo đặc được kích thước của tâm vị, từ đó xác định chính xác việc bơm hơi vào dạ dày [2, 5, 6].

Cho đến nay, trên thế giới đã có một số báo cáo về sử dụng siêu âm trong hướng dẫn thông khí kiểm soát áp lực qua mặt nạ trong quá trình khởi mê và 15 cm H<sub>2</sub>O là trị số áp lực được khuyến cáo nhằm đảm bảo thông khí phổi đồng thời giảm tối đa bơm hơi dạ dày [1]. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu chính thức nào cũng như phác đồ thống nhất về chủ đề này và đây chính là lý do chúng tôi muốn thực hiện nghiên cứu này.

Câu hỏi nghiên cứu của chúng tôi là: "Việc thông khí kiểm soát áp lực qua mặt nạ với áp lực 10 cm H<sub>2</sub>O có làm giảm bơm hơi vào dạ dày trong khi vẫn đảm bảo thông khí phổi hay không?" Với mong muốn phương pháp này sẽ đạt hiệu quả và tính an toàn cao, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu nghiên cứu như sau:

1. *Xác định mức áp lực trong thông khí kiểm soát áp lực qua mặt nạ nhằm giảm nguy cơ bơm hơi dạ dày đồng thời vẫn đảm bảo thông khí phổi phù hợp.*

2. *Đánh giá việc sử dụng siêu âm trong thời gian thực để xác định bơm hơi dạ dày.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các người bệnh được chỉ định gây mê toàn thân kiểm soát đường thở bằng nội khí quản trong phẫu thuật chương trình tại Bệnh viện Đại học Y được TP.HCM từ 10/2022 đến 05/2023.

### **Tiêu chuẩn chọn người bệnh**

- Tuổi từ đủ 18 tuổi đến 65 tuổi
- Người bệnh được phân loại ASA I, ASA II
- BMI  $\leq 30$  kg/m<sup>2</sup>
- Ít hơn 3 trong 5 tiêu chuẩn dự đoán thông khí khó qua mặt nạ của Langeron: tuổi > 55, BMI > 26 kg/m<sup>2</sup>, nhiều râu, mất răng, tiền căn ngủ ngáy

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Phụ nữ có thai
- Tiền căn bệnh lý hô hấp, hầu họng, mặt cổ
- Có yếu tố nguy cơ hít sặc

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên không mù

**Phân nhóm ngẫu nhiên.** Tất cả các trường hợp trong mẫu nghiên cứu được phân phối ngẫu nhiên thành 2 nhóm bao gồm nhóm P10 (thông khí kiểm soát qua mặt nạ với áp lực 10 cm H<sub>2</sub>O) và nhóm P20 (thông khí kiểm soát qua mặt nạ với áp lực 20 cm H<sub>2</sub>O) bằng cách tạo các số ngẫu nhiên trong Excel.

Dùng hàm RAND và lệnh Sort A→Z ta sẽ có các số ngẫu nhiên tương ứng với số thứ tự của đối tượng trong mẫu nghiên cứu. Chọn số lẻ cho nhóm P10 và số chẵn cho nhóm P20.

**Cỡ mẫu nghiên cứu.** Do mục tiêu chính của nghiên cứu là so sánh tỉ lệ bơm hơi dạ dày được xác định dưới siêu âm giữa nhóm P10 và nhóm P20 nên chúng tôi sử dụng mục tiêu này để tính cỡ mẫu cho nghiên cứu theo công thức:

$$n = \frac{P1(100 - P1) + P2(100 - P2)}{(P2 - P1)^2} C(\alpha, \beta)$$

Dựa theo kết quả nghiên cứu của Lionel Bouvet 2014 [1], tỉ lệ bơm hơi dạ dày được xác định dưới siêu âm của nhóm thông khí kiểm soát qua mặt nạ với áp lực 10 cm H<sub>2</sub>O và 20 cm H<sub>2</sub>O lần lượt là 19% và 53%.

Với sai lầm loại I là 0,05, sai lầm loại II là 0,9 thì theo công thức trên thì cỡ mẫu tối thiểu bằng 36,64. Như vậy cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 20 cho mỗi nhóm.

**2.3. Phương pháp tiến hành.** Khám người bệnh trước mổ, đánh giá tổng trạng, xếp loại người bệnh theo tiêu chuẩn ASA và thực hiện các xét nghiệm cơ bản.

Bác sĩ gây mê cung cấp phiếu thông tin cho

người tham gia nghiên cứu, động viên người bệnh an tâm về cuộc mổ, giải thích rõ ràng về nghiên cứu. Sau khi được giải thích, người bệnh (hoặc người đại diện) ký tên vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu và sẽ được đưa vào nhóm nghiên cứu.

Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ và thuốc: Máy siêu âm hiệu SONOSITE, đầu dò cong, tần số 2-5,5MHz, máy gây mê và dụng cụ đặt nội khí quản, monitor theo dõi người bệnh (điện tim, mạch, huyết áp, tần số thở, SpO<sub>2</sub>), thuốc hồi sức cấp cứu tim mạch, dịch truyền.

Người bệnh được đặt ở tư thế nằm ngửa, hai cánh tay dạng vuông góc với thân mình. Bác sĩ đứng bên phải người bệnh, màn hình siêu âm được đặt bên trái người bệnh. Đặt đầu dò siêu âm tại vùng thượng vị, theo mặt phẳng thẳng đứng, cắt dọc động mạch chủ. Động mạch chủ bụng và thùy trái của gan là mốc giải phẫu chuẩn để xác định cửa sổ siêu âm. Bôi một lớp gel vừa đủ trên bề mặt và đặt đầu dò siêu âm ở vị trí như đã mô tả ở trên và xác định mặt phẳng cắt ngang của tâm vị dạ dày, đo đường kính dài (D1) và đường kính trước sau (D2) của tâm vị. Diện tích tâm vị được ước tính theo công thức:  $S = \pi \times D1 \times D2 / 4$ . Tâm vị dạ dày được đo trong khoảng thời gian giữa 2 lần co thắt để ghi nhận số đo của tâm vị khi thư giãn hoàn toàn.

Người bệnh được thở oxy 100% qua mặt nạ trong 3 phút trước khi khởi mê. Thuốc dùng trong khởi mê bao gồm fentanyl 2-3mcg/kg tiêm tĩnh mạch trong 30 giây, 1 phút sau đó tiếp tục bằng propofol 2,5mg/kg tiêm tĩnh mạch. Khi mất phản xạ mi mắt, airway Guedel hầu họng được sử dụng cho mọi người bệnh để đảm bảo đường thở thông thoáng. Lựa chọn mặt nạ trong suốt với kích cỡ phù hợp và nâng hàm bằng hai tay. Thông khí kiểm soát áp lực với oxy 100%, tần số 14 lần/ phút, tỉ lệ hít vào/ thở ra 1:2, áp lực 10 cm H<sub>2</sub>O ở nhóm P10 và 20 cm H<sub>2</sub>O ở nhóm P20, không áp dụng áp lực dương cuối kỳ thở ra. Khi xác định thông khí được bằng sự hiện diện của sóng EtCO<sub>2</sub> trên màn hình theo dõi, tiêm tĩnh mạch rocuronium 0,6mg/kg. 90 giây sau khi tiêm thuốc giãn cơ, tiến hành đặt nội khí quản.

Bác sĩ gây mê đo diện tích tâm vị lần 1 khi người bệnh còn tỉnh trước khi khởi mê và lần 2 sau khi người bệnh đã được đặt nội khí quản. Bơm hơi vào dạ dày được xác định dưới siêu âm bằng hình ảnh bóng lưng hoặc ảnh giả đuôi sao chổi. Các chỉ số sinh tồn được ghi nhận tại các thời điểm 30, 60, 90 giây khi thông khí kiểm soát áp lực và sau khi đặt nội khí quản bao gồm: SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, Ppeak, Vt.

#### 2.4. Biến số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu chính: tỉ lệ bơm hơi dạ dày của mỗi nhóm

Biến số nghiên cứu phụ: Vt, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, Ppeak, diện tích tâm vị trước khởi mê và sau khi đặt nội khí quản

Biến số thu thập khác: tuổi, giới, BMI, ASA, số tiêu chuẩn dự đoán nguy cơ thông khí khó

**2.5. Xử lý và phân tích số liệu.** Các số liệu được thu thập vào bảng thu thập đã soạn sẵn và được xử lý bằng phần mềm Stata 13.0.

Các biến số định lượng được trình bày bằng số trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn đối với phân phối chuẩn hoặc bằng trung vị và khoảng tứ phân vị đối với phân phối không theo phân phối chuẩn.

Các biến số định tính được biểu thị bằng tỉ lệ phần trăm.

So sánh tỉ lệ giữa hai nhóm dùng kiểm định chi bình phương

So sánh diện tích tâm vị trước khởi mê và sau khi đặt nội khí quản dùng kiểm định Wilcoxon cặp trùng lặp.

Các biến số thay đổi theo thời gian được phân tích bằng kiểm định ANOVA lặp lại.

Tất cả các kiểm định được thực hiện với mức ý nghĩa 0,05 ( $p < 0,05$ ).

**2.6. Ý đức.** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Đại học Y dược TPHCM, số 19/GCN-HĐĐĐ.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 10/2022 đến 05/2023, chọn ngẫu nhiên 50 người bệnh thỏa tiêu chí chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, BMI, phân độ ASA và số tiêu chuẩn dự đoán thông khí khó giữa 2 nhóm và được trình bày trong bảng 1.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

	Nhóm P10 (n=25)	Nhóm P20 (n=25)	p
Tuổi (năm)*	46,56 $\pm$ 8,57	46,56 $\pm$ 10,59	1,00 <sup>a</sup>
Nam/Nữ <sup>#</sup>	11/14	13/12	0,57 <sup>b</sup>
BMI (kg/m <sup>2</sup> )*	22,14 $\pm$ 1,86	23,24 $\pm$ 2,22	0,06 <sup>a</sup>
ASA I/II <sup>#</sup>	10/15	14/11	0,78 <sup>c</sup>
Số tiêu chuẩn dự đoán thông khí khó <sup>#</sup>			0,18 <sup>c</sup>
0	18	13	
1	4	10	
2	3	2	

ASA: American Society of Anesthesiologists,

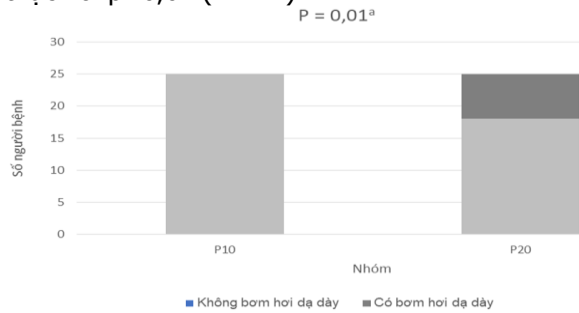
BMI: body mass index (chỉ số khối cơ thể)

\*trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, # số trường hợp

<sup>a</sup> kiểm định t, <sup>b</sup> kiểm định chi bình phương,

<sup>c</sup> kiểm định Fisher Exact

Tỉ lệ bơm hơi dạ dày khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, 0% trong nhóm P10 so với 28% trong nhóm P20 (7 trong 25 người bệnh) dựa trên hình ảnh siêu âm trong thời gian thực với  $p=0,01$  (hình 1).



**Hình 1. Số trường hợp bơm hơi dạ dày trong nhóm P10 và P20**

<sup>a</sup> kiểm định Fisher Exact

Diện tích tâm vị trước và sau thông khí thay đổi có ý nghĩa thống kê trong nhóm P20 và phân nhóm P20+, tức là nhóm 7 người bệnh ghi nhận có tình trạng bơm hơi dạ dày trong nhóm P20 ( $p=0,02$ ); và không thay đổi có ý nghĩa thống kê trong phân nhóm P20-, tức là nhóm 18 người bệnh không có tình trạng bơm hơi dạ dày ( $p=0,53$ ). Giá trị này cũng không thay đổi có ý nghĩa thống kê trong nhóm P10 (bảng 2).

**Bảng 2. Diện tích tâm vị trước và sau thông khí trong nhóm P10 và P20**

	Diện tích tâm vị dạ dày trước thông khí (mm <sup>2</sup> )	Diện tích tâm vị dạ dày sau thông khí (mm <sup>2</sup> )	P
Nhóm P10 (n=25) *	323,84 $\pm$ 116,21	322,56 $\pm$ 102,00	0,86 <sup>a</sup>
Nhóm P20 (n=25) *	335,81 $\pm$ 149,93	386,30 $\pm$ 175,61	0,02 <sup>a</sup>
P20 – (n=18) *	353,87 $\pm$ 148,98	357,66 $\pm$ 138,57	0,53 <sup>a</sup>
P20 + (n=7) *	289,38 $\pm$ 153,41	459,96 $\pm$ 245,27	0,02 <sup>a</sup>

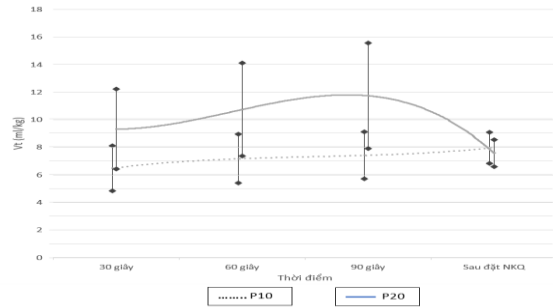
\*trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn

<sup>a</sup> kiểm định Wilcoxon cặp trùng lặp

Các chỉ số thông khí phổi bao gồm SpO<sub>2</sub> (độ bão hòa oxy), EtCO<sub>2</sub> và áp lực đỉnh đường thở tại các thời điểm khác nhau không thay đổi có ý nghĩa thống kê trong mỗi nhóm.

Thể tích lưu thông trung bình khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ) giữa nhóm P10 và nhóm P20 tại các thời điểm khảo sát: 30 giây, 60

giây và 90 giây. Với nhóm P10, thể tích lưu thông trung bình tại các thời điểm lần lượt là 6,44  $\pm$  1,63; 7,13  $\pm$  1,75; 7,37  $\pm$  1,68. Với nhóm P20, thể tích lưu thông trung bình tại các thời điểm lần lượt là 9,32  $\pm$  2,89; 10,74  $\pm$  3,36; 11,74  $\pm$  3,84. Thể tích lưu thông trung bình tại các thời điểm quan sát của hai nhóm được trình bày trong hình 2.



**Hình 2. Thể tích lưu thông trung bình trên cân nặng theo từng thời điểm của mỗi nhóm**

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, BMI, ASA và số tiêu chuẩn dự đoán nguy cơ thông khí khó. Điều này cho thấy mẫu nghiên cứu của chúng tôi đồng nhất giữa hai nhóm, đảm bảo tiêu chuẩn chọn mẫu ngẫu nhiên.

Chúng tôi không nhận vào những người bệnh béo phì (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) vì cần áp dụng áp lực dương cuối kỳ thở ra trên đối tượng này. Những yếu tố khác cũng có thể ảnh hưởng đến áp lực đường thở tối ưu như là bệnh lý làm ảnh hưởng chức năng hô hấp hoặc có từ 3 yếu tố trở lên trong 5 tiêu chuẩn dự đoán thông khí khó qua mặt nạ của Langeron. Ngoài ra, chúng tôi cũng chỉ chọn vào các người bệnh được phẫu thuật chương trình có thời gian làm trống dạ dày đầy đủ để giảm tối đa nguy cơ hít sặc.

Bằng phương pháp sử dụng siêu âm để xác định bơm hơi dạ dày trong quá trình thông khí, tỉ lệ bơm hơi dạ dày giữa hai nhóm là 0% trong nhóm P10 và 28% trong nhóm P20 và khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,01$ . Tỉ lệ này khác biệt so với tác giả Bouvet là 19% nhóm sử dụng áp lực 10 cm H<sub>2</sub>O và 53% ở nhóm sử dụng áp lực 20 cm H<sub>2</sub>O [1]. Sự khác biệt này có thể là do khác nhau về phương pháp tiến hành nghiên cứu. Trong nghiên cứu của tác giả Bouvet, người bệnh được thông khí sau khi khởi mê mà không sử dụng thuốc giãn cơ [1]. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thuốc giãn cơ không khử cực là rocuronium do tính chất của cuộc phẫu thuật cần giãn cơ sâu. Rocuronium có tác dụng làm yếu

chức năng cơ vùng hầu họng cũng như giảm trương lực lúc nghỉ của cơ vòng thực quản trên, vì vậy giúp thuận lợi cho quá trình thông khí qua mặt nạ. Điều này có thể làm giảm áp lực đường thở đỉnh trên người bệnh, dẫn đến giảm tỉ lệ bơm hơi dạ dày trong quá trình thông khí. Do đó, tỉ lệ bơm hơi vào dạ dày trong nghiên cứu của chúng tôi, có sử dụng giãn cơ trong quá trình khởi mê, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Bouvet là hợp lý.

Nghiên cứu của tác giả Bouvet [1] cũng đồng thời so sánh tỉ lệ bơm hơi dạ dày giữa phương pháp sử dụng máy siêu âm và phương pháp sử dụng ống nghe vùng thượng vị cùng lúc. Kết quả cho thấy tỉ lệ bơm hơi dạ dày bằng cách sử dụng ống nghe vùng thượng vị thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với việc sử dụng máy siêu âm. Việc sử dụng ống nghe không quan sát trực tiếp được dạ dày, do đó không cho phép phát hiện tình trạng bơm hơi khi quan sát bằng máy siêu âm. Điều này khẳng định vai trò của siêu âm để quan sát trực tiếp hình ảnh dạ dày và sự thay đổi tính chất theo thời gian thực trong quá trình thông khí. Khí được xem là vấn đề cản trở khi sử dụng siêu âm bởi vì khí ngăn cản dẫn truyền sóng âm, dẫn đến hình thành bóng lưng. Tuy nhiên, trong một số tình huống nhất định, siêu âm được sử dụng để phát hiện sự hiện diện của khí như trong chẩn đoán tràn khí màng phổi, cũng như bơm khí để khẳng định vị trí của ống thông mũi dạ dày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phát hiện sự bơm hơi vào dạ dày bằng siêu âm theo thời gian thực tại vị trí tâm vị thường dễ nhìn thấy và ít bị ảnh hưởng bởi sự hiện diện của khí vì khí thường ở vùng đáy vị. Sự đo lường diện tích tâm vị dưới siêu âm cũng cung cấp dữ liệu bán định lượng liên quan đến bơm hơi dạ dày trong quá trình thông khí qua mặt nạ.

Nghiên cứu của tác giả Brimacombe [3] cho thấy phương pháp sử dụng ống nghe vùng thượng vị để phát hiện bơm hơi dạ dày thông qua ống thông mũi dạ dày có độ nhạy là 91% và độ đặc hiệu chỉ có 79%, trong khi ở nhóm sử dụng siêu âm cả độ nhạy và độ đặc hiệu đều đạt 100%. Dương tính giả liên quan đến nghe vùng thượng vị có thể do nhu động bình thường của dạ dày, trong khi nhu động này có thể dễ dàng quan sát được khi siêu âm. Mặc dù nghiên cứu của tác giả có cỡ mẫu nhỏ, kết quả của nghiên cứu này vẫn củng cố thêm vai trò của siêu âm trong thời gian thực để xác định bơm hơi dạ dày trong thông khí qua mặt nạ.

Diện tích tâm vị trước và sau thông khí thay đổi có ý nghĩa thống kê trong nhóm P20, đặc

biệt là trong phân nhóm P20+, tức nhóm những người bệnh có tình trạng bơm hơi dạ dày. Giá trị này cũng không thay đổi có ý nghĩa thống kê trong nhóm P10 và trong phân nhóm P20-, tức là nhóm những người bệnh không có tình trạng bơm hơi dạ dày. Điều này là hợp lý bởi tình trạng bơm hơi dạ dày làm thay đổi thể tích dạ dày, dẫn đến tăng diện tích mặt phẳng cắt ngang vùng tâm vị.

Các chỉ số thông khí phổi bao gồm  $SpO_2$ ,  $EtCO_2$  và áp lực đỉnh đường thở tại các thời điểm khác nhau không thay đổi có ý nghĩa thống kê trong mỗi nhóm. Với thể tích lưu thông trung bình có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm P10 và P20 tại các thời điểm khảo sát, tăng có ý nghĩa thống kê khi tăng áp lực hít vào trong thông khí kiểm soát áp lực. Trong nhóm P10, thể tích lưu thông trung bình tại các thời điểm đều trong khoảng 6-10ml/kg, cho phép thông khí phổi phù hợp cho người bệnh, bởi các nghiên cứu trước đây đã cho thấy thể tích lưu thông từ 6-10ml/kg là đầy đủ [8]. Trong nhóm P20, thể tích lưu thông trung bình có khuynh hướng cao hơn so với giá trị thông thường. Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy áp lực 10 cm  $H_2O$  là tối ưu trong thông khí kiểm soát áp lực, vì giảm tối đa nguy cơ bơm hơi dạ dày mà vẫn đảm bảo thông khí phổi phù hợp cho người bệnh.

**Hạn chế.** Nghiên cứu của chúng tôi là thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên không mù do đó mức độ chứng cứ chưa cao. Bên cạnh đó, mặc dù người thực hiện siêu âm là đồng nhất nhưng người thực hiện thông khí qua mặt nạ, tuy đảm bảo về kỹ thuật và kinh nghiệm, không đồng nhất trong toàn bộ nghiên cứu cũng là một mặt hạn chế của nghiên cứu này. Vì vậy, nghiên cứu nên được thực hiện với thiết kế thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên có mù và đồng nhất cả người thực hiện siêu âm và người thực hiện thông khí khi điều kiện cho phép.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng mức cài đặt áp lực hít vào 10 cm  $H_2O$  trong thông khí kiểm soát áp lực qua thông khí mặt nạ làm giảm tối đa nguy cơ bơm hơi dạ dày, đồng thời vẫn đảm bảo thông khí phổi phù hợp trong quá trình khởi mê. Áp lực này có thể được áp dụng trên người bệnh không béo phì và có sử dụng thuốc giãn cơ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bouvet, L., et al., Real-time detection of gastric insufflation related to facemask pressure-controlled ventilation using ultrasonography of the

- antrum and epigastric auscultation in nonparalyzed patients: a prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology*, 2014. 120(2): p. 326-34.
2. **Bouvet, L., et al.**, Clinical assessment of the ultrasonographic measurement of antral area for estimating preoperative gastric content and volume. *Anesthesiology*, 2011. 114(5): p. 1086-92.
  3. **Brimacombe, J., et al.**, Reliability of epigastric auscultation to detect gastric insufflation. *British Journal of Anaesthesia*, 2002. 88(1): p. 127-129.
  4. **Neelakanta, G. and A. Chikyarappa**, A review of patients with pulmonary aspiration of gastric contents during anesthesia reported to the Departmental Quality Assurance Committee. *J Clin Anesth*, 2006. 18(2): p. 102-7.
  5. **Perlas, A., et al.**, Ultrasound assessment of gastric content and volume. *Anesthesiology*, 2009. 111(1): p. 82-9.
  6. **Perlas, A., et al.**, Gastric sonography in the fasted surgical patient: a prospective descriptive study. *Anesth Analg*, 2011. 113(1): p. 93-7.
  7. **Seet, M.M., K.M. Soliman, and Z.F. Sbeih**, Comparison of three modes of positive pressure mask ventilation during induction of anaesthesia: a prospective, randomized, crossover study. *Eur J Anaesthesiol*, 2009. 26(11): p. 913-6.
  8. **Severgnini, P., et al.**, Protective mechanical ventilation during general anesthesia for open abdominal surgery improves postoperative pulmonary function. *Anesthesiology*, 2013. 118(6): p. 1307-21.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GẦY VÙNG MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG ĐINH NỘI TUYẾT ĐÓNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Nguyễn Trọng Nguyên<sup>1</sup>,

Đào Xuân Thành<sup>1,2</sup>, Đặng Hoàng Giang<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng đinh nội tủy đóng kín tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu, đánh giá kết quả kết hợp xương bằng đinh nội tủy đóng kín 39 bệnh nhân được chẩn đoán gãy vùng mẫu chuyển xương đùi trong thời gian từ tháng 1/2021 – 4/2023 tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $67,6 \pm 19,1$ . Thời gian phẫu thuật trung bình là  $100,8 \pm 10,4$  phút. Sự khác biệt về thời gian mổ giữa 2 nhóm sử dụng đinh nội tủy ngắn ( $n_1 = 17$ ) và dài ( $n_2 = 22$ ) có ý nghĩa thống kê với  $p=0,01$  lần lượt là  $95 \pm 4,7$  phút và  $105,2 \pm 11,5$  phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình  $181,4 \pm 142,7$  ml, lượng máu mất giữa 2 nhóm đinh ngắn và dài có sự khác biệt với  $p=0,001$  ( $98,8 \pm 23,3$  ml và  $245,2 \pm 163,3$  ml). Thời gian nằm viện trung bình là  $14,3 \pm 6,7$  ngày, loại đinh ngắn  $9,0 \pm 4,4$  ngày, loại đinh dài  $10,6 \pm 6,1$  ngày ( $p > 0,05$ ). Biến chứng trong phẫu thuật ghi nhận 2 trường hợp (5,1%), trong đó 1 trường hợp gãy rạn thân xương đùi và một trường hợp nắn kín thất bại. Điểm Harris ở thời điểm 03 và 06 tháng lần lượt là  $79,7 \pm 13,5$  và  $85,5 \pm 13,3$  ( $p < 0,05$ ), kết quả tốt và rất tốt chiếm 70,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tủy đóng kín là phương pháp mổ xâm nhập tối thiểu và cho kết quả tốt trong điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi.

**Từ khóa:** Đinh nội tủy, vùng mẫu chuyển xương đùi, kết hợp xương ít xâm lấn.

### SUMMARY

#### THE OUTCOME OF INTERTROCHANTERIC FEMUR FRACTURE BY CLOSED CEPHALOMEDULLARY NAILS REDUCTION IN BACH MAI HOSPITAL

**Objectives:** Evaluating the initial outcome of closed cephalomedullary nail surgery in treatment of intertrochanteric femur fracture in Bach Mai hospital. **Methods:** We conducted a retrospective cross sectional descriptive study, evaluating the outcome of closed cephalomedullary nail surgery in 39 patients diagnosed with intertrochanteric femur fracture in the period of 2 years, from 1/2021 to 4/2023 at Bach Mai Orthopaedic and Spine Department. **Results:** The mean age was  $67,6 \pm 19,1$  years. Average operative time  $100,8 \pm 10,4$  minutes. The difference in operation time between 2 groups, short cephalomedullary nail group ( $n_1 = 17$ ) and long cephalomedullary nail group ( $n_2 = 22$ ) were  $95 \pm 4,7$  and  $105,2 \pm 11,5$  minutes, respectively ( $p = 0,01$ ). Average blood loss was  $181,4 \pm 142,7$  ml, discrimination of blood loss between 2 groups was statistically ( $98,8 \pm 23,3$  ml and  $245,2 \pm 163,3$  ml) ( $p = 0,001$ ). Average length of stay in hospital was  $14,3 \pm 6,7$  days, the figure for short nails group was  $9,0 \pm 4,4$  days, long nails group was  $10,6 \pm 6,1$  days ( $p > 0,05$ ). Intraoperative complications confirmed in 2 cases (5,1%), 1 case of femoral shaft fracture and 1 case of failure of closed reduction. Harris score at 03 and 06-month follow-up were  $79,7 \pm 13,5$  and  $85,5 \pm 13,3$  ( $p < 0,05$ ), patients classified to good and very good postoperative functional group accounted for 70,8%. **Conclusion:** Closed cephalomedullary nails reduction is minimally invasive osteosynthesis technique in treatment of intertrochanteric femur fracture showed good outcome and short-term follow up.

**Keywords:** Cephalomedullary nail,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hoàng Giang

Email: hoanggiang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023

intertrochanteric femur, minimally invasive osteosynthesis technique.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy vùng mẫu chuyển xương đùi thường gặp ở người cao tuổi, bệnh nhân mắc bệnh loãng xương, thừa xương dễ bị gãy dù lực chấn thương nhẹ. Gãy vùng mẫu chuyển tỷ lệ tăng lên trong tổng số gãy xương vùng khớp háng do tuổi thọ ngày càng tăng. Tỷ lệ tử vong trung bình khoảng 15 - 20% theo dõi sau gãy xương. Gãy vùng mẫu chuyển xương đùi là vấn đề đang được quan tâm rất nhiều trên toàn cầu. Ngày nay phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ vẫn là phương pháp điều trị phổ biến nhất, tại Hoa Kỳ và Châu Âu phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ trong gãy vùng mẫu chuyển xương đùi đã tăng đáng kể từ thập niên 90 đến nay (3% lên 67%).<sup>1</sup> Tại Việt Nam, phương pháp mổ này cũng ngày càng được sử dụng rộng rãi nhờ những ưu điểm vượt trội (kỹ thuật xâm nhập tối thiểu, đường mổ nhỏ, giảm mất máu, phục hồi nhanh chóng). Với sự ra đời của các thể hệ đinh mới, đinh nội tuỷ chống xoay đầu trên xương đùi (Proximal Femoral Nail Antirotation) giúp chống xoay ổ gãy, vít chốt vào cổ theo cơ chế đóng nén ép nên làm giảm khuyết xương. Đối với các đinh dài còn được chỉ định cho các trường hợp gãy chéo ngược, gãy lan rộng xuống vùng dưới mẫu chuyển, hay gãy vùng mẫu chuyển kèm gãy thân xương đùi.<sup>2,3</sup>

Tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống bệnh viện Bạch Mai phương pháp điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng kỹ thuật ít xâm lấn sử dụng đinh nội tuỷ dưới màn hình tăng sáng được áp dụng từ nhiều năm trở lại đây. Để góp phần đánh giá hiệu quả và qua đó đưa ra lựa chọn phương pháp điều trị hợp lý cho gãy vùng mẫu chuyển xương đùi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Kết quả điều trị gãy vùng mẫu chuyển xương đùi bằng đinh nội tuỷ đóng kín tại Bệnh viện Bạch Mai*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 39 bệnh nhân gãy VMCXD được phẫu thuật kết hợp bằng đinh nội tuỷ đóng kín tại khoa Chấn thương Chỉnh hình & Cột sống, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 – 4/2023.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện với tất cả các bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

### 2.3. Nội dung nghiên cứu

**- Đặc điểm chung:** Tuổi, giới, cơ chế chấn thương, vị trí gãy VMCXD, chấn thương phối hợp, bệnh lý nội khoa kèm theo và phương pháp vô cảm

### - Đánh giá kết quả điều trị:

+ Trong phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật, loại đinh sử dụng và biến chứng.

+ Sau phẫu thuật: Thời gian nằm viện, truyền máu sau phẫu thuật, kết quả kết hợp xương, kết quả nắn chỉnh ổ gãy, góc cổ thân, khoảng cách đỉnh chỏm (Tip-Apex Distance - TAD) và biến chứng

+ Kết quả xa sau 3 tháng và 6 tháng: đánh giá kết quả chung theo thang điểm Harris Hip Score và góc cổ thân

**- Các biến số chẩn đoán hình ảnh.** Sử dụng Xquang thẳng và Xquang nghiêng đo chỉ số góc cổ thân và chỉ số TAD bằng phần mềm CJOrtho. Dựa vào Xquang để phân loại gãy theo AO và mức độ loãng xương theo Singh.

**2.3. Xử lý số liệu.** Bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính tỷ lệ % cho các biến định tính, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị tối đa, giá trị tối thiểu cho các biến định lượng. Sử dụng  $\chi^2$  để so sánh các tỷ lệ. T test, Anova test để so sánh hai hay nhiều giá trị trung bình, Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu (n=39)**

Tuổi	Giá trị		
	Trung bình	67,6±19,1	
	Min – Max	18–91	
Phân độ loãng xương (Singh)	Độ 1-2	4	10,30%
	Độ 3-4	29	74,30%
	Độ 5-6	6	15,40%
Bệnh lý nội khoa kèm theo	Đái tháo đường	9	22,50%
	Tim mạch	16	40%
	Tiết niệu	2	5%
	Hô hấp	5	12,50%
	Bệnh lý khác	8	20%
Phân độ gãy xương	A1	11	28,30%
	A2	24	61,50%
	A3	4	10,20%

Tuổi trung bình là  $67,6 \pm 19,1$ , phân độ loãng xương theo Singh chủ yếu ở độ 3, 4 chiếm tỷ lệ 74,3%.

39 bệnh nhân có 18 bệnh nhân (45%) có ít



nhất một bệnh lý nội khoa kèm theo, trong đó bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất 40% tiếp đến là các bệnh đái tháo đường.

Phân độ gãy xương theo AO, A1 có 11 trường hợp (28,3%), A2 có 24 trường hợp (61,5%) và A3 có 4 trường hợp (10,2%)

**Bảng 2. Đặc điểm trong phẫu thuật và thời kì hậu phẫu của 2 loại đinh sử dụng (n=39)**

	Thời gian mổ (phút)	Lượng máu mất (ml)	Lượng máu truyền (ml)	Tổng thời gian nằm viện (ngày)	Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)
<b>Loại đinh ngắn (n<sub>1</sub>=17)</b>	95 ± 4,7	98,8 ± 23,3	73,53 ± 146,9	14,9 ± 6,8	9,0 ± 4,4
<b>Loại đinh dài (n<sub>2</sub>=22)</b>	105,2 ± 11,5	245,2 ± 163,3	193,2 ± 230,6	13,8 ± 6,7	10,6 ± 6,1
<b>X ± SD</b>	100,8 ± 10,4	181,4 ± 142,7	141,0 ± 205,2	14,3 ± 6,7	9,9 ± 5,4
<b>p</b>	0,01	0,001	0,057	0,608	0,37

Có sự khác biệt về thời gian mổ và lượng máu mất của phẫu thuật loại đinh ngắn so với đinh dài ( $p < 0,05$ ). Lượng máu mất truyền sau phẫu thuật trung bình là  $141,0 \pm 205,2$ , và không có sự khác biệt giữa loại đinh ngắn và đinh dài ( $p = 0,057$ ).

Tổng thời gian nằm viện là  $14,3 \pm 6,7$  ngày, thời gian nằm viện sau phẫu thuật  $9,9 \pm 5,4$  ngày. Kết quả cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian nằm viện sau phẫu thuật giữa nhóm sử dụng loại đinh ngắn và đinh dài với  $p > 0,05$

**Bảng 3. Xquang sau mổ (n=39)**

	Giá trị	Tỷ lệ
<b>X ± SD (Góc cổ thân)</b>	$131,2 \pm 4,2$ độ	
<b>X ± SD (TAD)</b>	$24,5 \pm 3,9$ mm	
<b>Nắn chỉnh ổ gãy</b>		
Dương tính	14	35,9%
Âm tính	5	12,8%
Đúng giải phẫu	20	51,3%

Góc cổ thân  $131,2 \pm 4,2$  độ và TAD  $24,5 \pm 3,9$  mm. Nắn chỉnh ổ gãy dương tính 35,9%, âm tính 12,8% và đúng giải phẫu 51,3%.

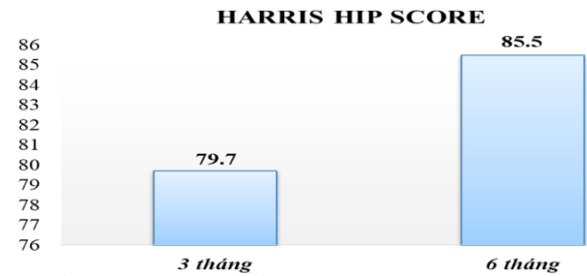
**Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật (n=39)**

	Số lượng	Tỷ lệ%
<b>Tổng</b>	7	17,9
Viêm phổi	2	5,1
Nhiễm trùng	2	5,1
Thuyên tắc tĩnh mạch	1	2,6
Loét cùn cụt	1	2,6
Tử vong	1	2,6

Ghi nhận 7 trường hợp xảy ra biến chứng sau phẫu thuật chiếm 17,9% và có 1 trường hợp tử vong. Một trường hợp tử vong do nguyên nhân huyết khối tĩnh mạch phổi.

### 3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

**3.2. Kết quả điều trị.** Có 2 trường hợp xảy ra biến chứng trong phẫu thuật. Một trường hợp nắn kín thất bại phải mở rộng đường mổ để nắn chỉnh, một trường hợp gãy rạn thân xương đùi. Chưa ghi nhận trường hợp nào tử vong ngay trong phẫu thuật



**Biểu đồ 1. Đặc điểm cải thiện HHS 3 tháng, 6 tháng**

HHS tăng từ  $79,7 \pm 13,5$  sau mổ 3 tháng đến  $85,5 \pm 13,3$  sau mổ 6 tháng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $P < 0,05$ . Có sự cải thiện về lâm sàng thời điểm 06 tháng.

**Bảng 5. Liên quan giữa góc cổ thân sau mổ và kết quả điều trị ở thời điểm 6 tháng (n=24)**

Góc cổ thân	Số lượng	Trung bình điểm HHS sau 6 tháng	P
$120^{\circ} - 130^{\circ}$	7	$73,57 \pm 13,24$	<0,05
Trên $130^{\circ}$	17	$90,35 \pm 9,98$	

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt kết quả điều trị liên quan đến góc cổ thân ở thời điểm 6 tháng  $P < 0,05$ . Kết quả tốt hơn ở nhóm bệnh nhân có góc cổ thân xương đùi trên  $130$  độ.

## IV. BÀN LUẬN

Lựa chọn phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ đóng kín trong gãy vùng mấu chuyển xương đùi có những ưu điểm như thời gian mổ nhanh, giảm lượng mất máu trong mổ và kết hợp xương vững chắc. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $100,8 \pm 10,4$  phút. Sự khác biệt về thời gian mổ giữa 2 nhóm sử dụng đinh nội tuỷ ngắn và dài có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,01$  lần lượt là  $95 \pm 4,7$  phút và  $105,2 \pm 11,5$  phút. So với nghiên cứu của Mohamed

Arshad K Rahman và cộng sự (2023, n = 30), thời gian phẫu thuật trung bình loại đinh ngắn  $68,6 \pm 6,62$  phút và loại đinh dài  $78,6 \pm 7,3$ .<sup>4</sup> Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu chúng tôi dài hơn, có thể giải thích được do đòi hỏi sự đồng bộ hoá về các dụng cụ hỗ trợ như bàn nắn chỉnh hình, màn hình tăng sáng trong mổ. Trong những ca đầu tiên, việc sử dụng bàn nắn chỉnh hình chưa có kinh nghiệm, bên cạnh đó trong nghiên cứu bệnh nhân có mức độ loãng xương cao và loại gãy phức tạp gây khó khăn trong việc chọn điểm vào dẫn đến thời gian phẫu thuật kéo dài hơn, phù hợp với nghiên cứu Trương Quang Nhân (2021, n = 28) là  $103,0 \pm 39,1$  phút.<sup>5</sup> Việc sử dụng loại đinh dài có thời gian phẫu thuật dài hơn so với đinh ngắn có thể giải thích một phần do các bước phẫu thuật làm kéo dài thời gian hơn như việc doa ống tuỷ.

Lượng máu mất trong mổ trung bình  $181,4 \pm 142,7$  ml, lượng máu mất giữa 2 nhóm đinh ngắn và dài có sự khác biệt với  $p=0,001$  ( $98,8 \pm 23,3$  ml và  $245,2 \pm 163,3$  ml). So với nghiên cứu của Şerban Dragosloveanu và cộng sự (2021, n = 53), lượng máu mất trung bình loại đinh ngắn  $75,4 \pm 14,8$  ml và loại đinh dài  $210 \pm 12,1$  ml.<sup>6</sup> Lượng máu mất trong mổ của chúng tôi là tương đương, do việc nắn kín ổ gãy dưới màn hình tăng sáng và doa ống tuỷ để phù hợp trong từng loại đinh có liên quan đến thời gian phẫu thuật, cùng với nhiều bệnh lý nền kèm theo dẫn đến lượng máu mất có sự khác biệt rõ rệt.

Nắn chỉnh ổ gãy dưới màn tăng sáng là bước phẫu thuật đầu tiên quyết định khả năng có thể thực hiện kỹ thuật đóng đinh nội tuỷ kín, nếu nắn chỉnh không đạt được giải phẫu không thể thực hiện kỹ thuật mà đòi hỏi chuyển mổ mở hoặc chuyển phương pháp kết hợp xương nẹp vít. Đánh giá kết quả nắn chỉnh trong mổ chúng tôi dựa vào tiêu chuẩn của nghiên cứu Jia X (2020, n = 128), kết quả nghiên cứu này cho thấy kiểu nắn chỉnh đúng giải phẫu và dương tính mang lại kết quả tốt.<sup>3</sup> Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nắn chỉnh ổ gãy dương tính 35,9%, âm tính 12,8% và đúng giải phẫu 51,3%. Khoảng cách đỉnh của chỏm đến vít cổ TAD trong nghiên cứu chúng tôi trung bình là  $24,5 \pm 3,9$  mm. Do đặc điểm loãng xương ở bệnh lý gãy vùng mấu chuyển xương đùi nên việc tính toán chính xác khoảng cách từ đỉnh chỏm xương đùi đến đỉnh của vít chốt cổ rất quan trọng. Khoảng cách TAD nhỏ hơn 25mm và vị trí vít cổ xương đùi ở vị trí trung tâm sẽ làm giảm thấp nhất tỷ lệ cắt xuyên chỏm. Các tác giả cũng khuyến cáo việc nên tránh để khoảng cách TAD trên 25mm, điều đó

đã được chứng minh sẽ làm tăng nguy cơ cắt xuyên chỏm.<sup>7</sup>

Biến chứng xảy ra trong quá trình phẫu thuật chúng tôi ghi nhận một trường hợp gãy rạn thành trong xương đùi khi thực hiện đóng đinh do lòng tuỷ hẹp. Sau đó tiếp tục đóng đinh qua chỗ gãy. Kết quả theo dõi bệnh nhân này đi lại được và liền xương tốt. Một trường hợp nắn kín thất bại sau đó tiến hành rạch da rộng hơn và nắn chỉnh ổ gãy. Chưa ghi nhận trường hợp nào tử vong trong phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 07 trường hợp biến chứng sau phẫu thuật chiếm 17,9%. Trong đó có 01 trường hợp tử vong sau mổ do biến chứng nặng huyết khối tĩnh mạch phổi chiếm 2,6%. Biến chứng sau mổ kết hợp xương gãy vùng mấu chuyển xương đùi thường gặp nhất khi có bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo, quá trình hậu phẫu thường nặng nề và nhiều biến chứng. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Trung Hiếu và Phan Trung Quyết (2021, n = 62) điều trị kết hợp xương gãy vùng mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa gặp nhiều biến chứng 03 (4,8%) trường hợp viêm phổi, 01 (1,6%) trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu, 01 (1,6%) trường hợp viêm đường tiết niệu.<sup>8</sup> Theo tác giả Sahin và cộng sự (2010, n = 45) biến chứng thường gặp là loét tỷ đè 02 (4,4%) trường hợp, không gặp các biến chứng nặng khác.<sup>9</sup>

Kết quả điều trị chung được đánh giá thông qua sự cải thiện thang điểm chức năng khớp háng Harris ở thời điểm 3 tháng, 6 tháng có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với tác giả Fulong Zhao (2021, n = 165) về kết quả tốt hơn sau 06 tháng theo dõi.<sup>10</sup> Trong phẫu thuật điều trị gãy vùng mấu chuyển xương đùi việc đảm bảo góc cổ thân rất có ý nghĩa làm đảm bảo chức năng khớp háng. Nghiên cứu của chúng tôi sau mổ cho thấy có sự liên quan giữa góc cổ thân và kết quả điều trị ở thời điểm tái khám 6 tháng có ý nghĩa thống kê. Từ đó cho thấy việc phẫu thuật phục hồi lại góc cổ thân như giải phẫu trước mổ là quan trọng giúp cho kết quả điều trị tốt hơn trong phương pháp điều trị gãy vùng mấu chuyển xương đùi bằng đinh nội tuỷ đóng kín. Vì vậy việc cá thể hóa góc cổ thân trên từng bệnh nhân để phục hồi lại góc cổ thân trước đây đem lại kết quả tốt cho quá trình điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị gãy vùng mấu chuyển xương đùi bằng đinh nội tuỷ đóng kín cho kết quả tốt. Rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm lượng máu mất, giúp xương liền tốt và giúp bệnh



nhân có thể vận động đi lại sớm tránh các biến chứng do nằm lâu.

## VI. TRƯỜNG HỢP MINH HOẠ

Bệnh nhân nữ, 86 tuổi. Gãy A2.2



Hình ảnh tái khám sau 6 tháng

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang Y, Zhang S, Wang S, et al. Long and short intramedullary nails for fixation of intertrochanteric femur fractures (OTA 31-A1, A2 and A3): A systematic review and meta-analysis. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research.* 2017;103(5): 685-690. doi:10.1016/j.otsr. 2017.04.003
2. Dhaked GS. Dynamic Hip Screw versus Proximal Femoral Nail in the Management of Intertrochanteric Fractures - A Retrospective Analysis from Rajasthan. *jebmh.* 2021;26(8): 2349-2562. doi: 10.18410/jebmh/2021/424
3. Jia X, Zhang K, Qiang M. The accuracy of intra-operative fluoroscopy in evaluating the reduction quality of intertrochanteric hip fractures. *Int Orthop.* 2020;44(6): 1201-1208. doi:10.1007/s00264-020-04533-w
4. K Rahman MA, Siddiqui YS, Julfiqar M, Khan AQ, Sabir AB, Abbas M. Short versus long proximal femoral nail in the management of intertrochanteric fractures - a comparative study. *Int J Burns Trauma.* 2023;13(3):99-109.
5. Trương Quang Nhân. Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi bằng đinh PFNA. Luận văn chuyên khoa II y học, Đại học Y - dược, Đại học Huế. Published online 2021.
6. Dragosloveanu Șerban, Dragosloveanu C, Cotor D, Stoica C. Short vs. long intramedullary nail systems in trochanteric fractures: A randomized prospective single center study. *Exp Ther Med.* 2021;23(1): 106. doi:10.3892/etm.2021.11029
7. Herzog J, Wendlandt R, Hillbricht S, Burgkart R, Schulz AP. Optimising the tip-apex-distance in trochanteric femoral fracture fixation using the ADAPT-navigated technique, a longitudinal matched cohort study. *Injury.* 2019; 50(3): 744-751. doi:10.1016/j.injury.2019. 02.010
8. Trần Trung Hiếu, Trần Trung Quyết. Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi ở người cao tuổi. *Tạp chí y học Việt Nam.* 2021;503(1):235-239.
9. Sahin S, Ertürer E, Öztürk I. Radiographic and functional results of osteosynthesis using the proximal femoral nail antirotation (PFNA) in the treatment of unstable intertrochanteric femoral fractures. *Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica.* 2010;44(2): 127-134. doi:10.3944/AOTT.2010.2237
10. Zhao F, Guo L, Wang X, Zhang Y. Benefit of lag screw placement by a single- or two-screw nailing system in elderly patients with AO/OTA 31-A2 trochanteric fractures. *J Int Med Res.* 2021; 49(3): 030006052110037. doi:10.1177/03000605211003766

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH GIAI ĐOẠN 2018-2022

Dương Việt Cường<sup>1</sup>, Trịnh Hồng Sơn<sup>2</sup>, Quách Văn Kiên<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị của người bệnh ung thư biểu mô trực tràng được phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 01/ 2018

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Việt Cường

Email: duongvietcuongdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023

– 12/ 2022. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thu thập số liệu hồi cứu được tiến hành cho nghiên cứu này. Đối tượng là 58 người bệnh ung thư trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định thời gian từ 01/2018 đến 12/2022. Thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phẫu thuật, kết quả gần và xa được thu thập. **Kết quả nghiên cứu:** Thời gian phẫu thuật trung bình là  $140,26 \pm 19,44$  phút, có lại trung tiện là  $2,72 \pm 0,67$  ngày, nằm viện sau phẫu thuật là  $12,19 \pm 3,2$  ngày. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật khá cao: 27,5 % trong đó nhiễm trùng vết mổ chiếm 17,2%. Đánh giá kết quả phẫu thuật chung sớm: tốt 88,2%, có 11,8% trung bình và 3,4% kết quả xấu. Tần suất đại tiện trung bình hàng ngày được cải thiện

đáng kể, giảm dần tại thời điểm 3, 6 và 12 tháng sau phẫu thuật lần lượt là:  $3,4 \pm 0,8$  lần,  $2,8 \pm 0,6$  lần và  $2,2 \pm 0,6$  lần. Tỷ lệ tái phát là 9,1%, tỷ lệ tử vong là 12,7%. Thời gian sống thêm toàn bộ tương ứng 2 năm: 89%, 3 năm 79%, 5 năm là 79%. Thời gian sống thêm không bệnh tương ứng 2 năm: 86%, 3 năm: 75%, 5 năm 54%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy kết quả điều trị ung thư trực tràng ở bệnh viện đạt kết quả tốt, cũng như kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân mắc ung thư trực tràng.

**Từ khóa:** ung thư trực tràng, phẫu thuật, ung thư biểu mô

## SUMMARY

### OUTCOMES OF SURGERY IN TREATING RECTAL CARCINOMA AT NAM DINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL FROM 2018 TO 2022

**Objective:** To evaluate the treatment results of patients with rectal carcinoma undergoing surgery at Nam Dinh Provincial General Hospital in the period January 2018 - December 2022. **Study design:** A cross-sectional study collecting retrospective data was conducted for this study. Participants were 58 rectal cancer patients treated with rectal surgery at Nam Dinh Provincial General Hospital from January 2018 to December 2022. Clinical, paraclinical information, surgical methods, short and long-term outcomes were collected. **Research results:** The mean surgery time was  $140.26 \pm 19.44$  minutes, the mean time of flatus return was  $2.72 \pm 0.67$  days, and the mean hospital stay after surgery was  $12.19 \pm 3.2$  days. The rate of complications after surgery was quite high: 27.5%, of which surgical wound infection accounted for 17.2%. Early surgical outcomes: 88.2% good, 11.8% moderate and 3.4% poor results. The mean daily defecation frequency improved significantly, gradually decreasing at 3, 6 and 12 months after surgery:  $3.4 \pm 0.8$  times,  $2.8 \pm 0.6$  times and  $2.2 \pm 0.6$  times, respectively. The recurrence rate was 9.1%, the death rate was 12.7%. The overall survival time: 89% after 2 years, 79% after 3 years, and 79% after 5 years is 79%. The disease-free survival time was 86% after 2 years, 75% after 3 years and 54% after 5 years. **Conclusion:** The study shows good results in treating rectal cancer in the hospital, as well as prolonging survival time for patients with rectal cancer.

**Keywords:** rectal cancer, surgery, carcinoma

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là một trong những bệnh ung thư đường tiêu hóa thường gặp. Nguyên tắc điều trị UTTT là sự phối hợp của nhiều phương pháp bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và liệu pháp miễn dịch, trong đó PT đóng vai trò quyết định. Có thể điều trị triệt căn hoặc chỉ điều trị phẫu thuật tạm thời đối với ung thư giai đoạn muộn [1]. Trước đây phẫu thuật cắt trực tràng phá hủy cơ thắt hậu môn đã trở thành PPPT chính trong nhiều thập kỷ đối với ung thư trực tràng giữa và thấp, vì các tác giả

tuân theo nguyên tắc cắt xa bờ khối u ít nhất 5 cm<sup>5</sup>. Tuy nhiên, xu hướng điều trị triệt căn này đã làm cho tâm lý người bệnh luôn có cảm giác nặng nề, mất đi đường tiêu hóa tự nhiên, phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời. Qua thập kỷ 70 và 80, kỹ thuật cắt đoạn trực tràng nổi ngay ngày càng tỏ ra có hiệu quả. Ranh giới an toàn đã được Dukes và William nghiên cứu kỹ qua phẫu tích và quan sát vi thể và chứng minh khoảng cách 2 cm được coi là khoảng cách an toàn tối thiểu cho việc cắt đoạn trực tràng (97,5% không có ung thư xâm lấn) [2]. Ở Việt Nam, phẫu thuật UTTT được áp dụng tại nhiều bệnh viện trong cả nước. Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, về cơ sở hạ tầng xây dựng, cơ sở hoá chất và xạ trị mới những năm gần đây đã đáp ứng phần nào cho người bệnh ung thư trực tràng được điều trị một cách đầy đủ trước và sau mổ. Tuy nhiên cho đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả phẫu thuật trực tràng tại bệnh viện tỉnh Nam Định. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm "*Đánh giá kết quả điều trị của người bệnh ung thư biểu mô trực tràng được phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 01/2018 – 12/2022*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh UTTT được điều trị bằng phẫu thuật trực tràng. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: 1) Người bệnh được chẩn đoán xác định là UTTT bằng nội soi đại trực tràng, được phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng và có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến; 2) Người bệnh ở giai đoạn I, II, III, IV (T1-4 và N0-2 và M0) theo phân loại AJCC 2017 dựa vào giải phẫu bệnh sau phẫu thuật và 3) Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ và theo dõi sau điều trị. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: 1) Những người bệnh được chẩn đoán UTTT tái phát; 2) Những người bệnh có ung thư khác kết hợp, hoặc di căn từ nơi khác đến và 3) Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định thời gian từ 01/2018 đến 12/2022.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thu thập số liệu hồi cứu được tiến hành cho nghiên cứu này.

**2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Lựa chọn tất cả những người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Qua nghiên cứu 58 người bệnh UTTT được điều trị bằng phẫu thuật trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định thời gian từ 01/2018 đến 12/2022.

**2.5. Thu thập dữ liệu:** Các thông tin được thu thập bao gồm thông tin chung (tuổi, giới), triệu chứng lâm sàng (cơ năng, thực thể, thể trạng toàn thân), cận lâm sàng (xét nghiệm, nội soi, cắt lớp vi tính, giải phẫu bệnh, chẩn đoán xác định), phương pháp phẫu thuật, biến chứng, theo dõi kết quả gần và xa. Người bệnh được khám theo dõi định kỳ: 3 tháng/1 lần tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, kết quả được ghi nhận trong sổ khám định kỳ và phần mềm quản lý bệnh viện.

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính thời gian, tỷ lệ sống thêm theo phương pháp Kaplan - Meier. Sử dụng test Log - Rank để so sánh sự khác biệt thời gian sống thêm giữa hai biến. So sánh sự khác biệt giữa các biến định lượng bằng kiểm định T, các biến định tính bằng kiểm định khi bình phương ( $\chi^2$  test) hoặc Fisher exact test (khi kỳ vọng của chỉ số dưới 5) với độ chính xác 95%, sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ .

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua hội đồng hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 58 người bệnh UTTT tham gia nghiên cứu, số người bệnh nam và nữ mắc ung thư trực tràng trong nghiên cứu là tương đương nhau, với tỷ lệ nam/nữ là 1/1. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $67,9 \pm 9,2$ , trong đó lớn nhất 87 tuổi, là nhỏ nhất là 48 tuổi. Nhóm tuổi 61 – 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, 41,4%. Làm ruột có 37 người bệnh, chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,8%. Có 54/58 người bệnh được phẫu thuật mổ mở chiếm 93,1 %, và 6,9% người bệnh được mổ nội soi. **Bảng 1** cho thấy diện cắt dưới u đối với các trường hợp cắt đoạn trực tràng nối tay trung bình là  $2,47 \pm 0,57$ . Khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt dưới thấp nhất là 2cm và lớn nhất là 4cm.

**Bảng 1: Khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt dưới**

Phương pháp phẫu thuật	Diện cắt dưới u				
	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị bé nhất	Giá trị lớn nhất
Phẫu thuật hartmann	18	3	0,69	2	4
Cắt đoạn đại – trực tràng nối tay	30	2,47	0,57	2	4
Cắt đoạn đại trực	4	3,25	0,5	3	4

tràng nối máy				
---------------	--	--	--	--

Về kết quả phẫu thuật UTTT sớm, không có người bệnh nào tử vong trong thời gian hậu phẫu. Bảng 2 cho thấy, thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $12,19 \pm 3,2$  ngày. Thấp nhất là 7 ngày và dài nhất là 27 ngày. Có duy nhất 1 người bệnh nằm viện 27 ngày là vì có biến chứng nhiễm trùng vết mổ và rò miệng nối khu trú không phẫu thuật lại. Thời gian trung tiện trung bình là  $2,72 \pm 0,67$  ngày với giá trị thấp nhất là 1 ngày và giá trị cao nhất là 8 ngày. Thời gian lưu sonde tiểu trung bình là  $3,55 \pm 0,91$  ngày với giá trị thấp nhất là 2 ngày và cao nhất là 7 ngày. Thời gian dẫn lưu ổ bụng trung bình là  $9,57 \pm 3,54$  ngày với giá trị thấp nhất là 0 và cao nhất là 26 ngày

**Bảng 2: Các yếu tố hậu phẫu**

Các yếu tố hậu phẫu (ngày)	TB $\pm$ ĐLC	Giá trị bé nhất	Giá trị lớn nhất
Thời gian trung tiện	$2,72 \pm 0,67$	1	4
Thời gian rút sonde dạ dày	$5,53 \pm 1,31$	2	8
Rút dẫn lưu ổ bụng	$9,57 \pm 3,54$	0	26
Thời gian lưu sonde tiểu	$3,55 \pm 0,91$	2	7
Thời gian nằm viện	$12,19 \pm 3,2$	6	27

Bảng 3 cho thấy có 15/58 người bệnh có biến chứng sau mổ, trong đó có 10 người bệnh có nhiễm trùng sau mổ chiếm 17,2%; 4 người bệnh bị rò miệng nối nhưng không phải mổ lại chiếm 6,9% và 1 người bệnh bị tắc ruột sau mổ, 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ chiếm 1,7%

**Bảng 3: Các biến chứng sau mổ**

Các biến chứng sau mổ	n	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng vết mổ	10	17,2
Rò miệng nối không phải mổ lại	4	6,9
Tắc ruột sau mổ	1	1,7
Chảy máu sau mổ	1	1,7

Khi đánh giá kết quả xa, thời gian theo dõi được 55/58 bệnh nhân toàn bộ trung bình là 24,47 tháng, ít nhất 6 tháng và nhiều nhất 60 tháng. Bảng 4 cho thấy tần suất đại tiện trung bình hàng ngày giảm dần sau 3, 6, 12 tháng lần lượt là:  $3,4 \pm 0,8$  lần,  $2,8 \pm 0,6$  lần,  $2,2 \pm 0,6$  lần

**Bảng 4: Tần suất đại tiện hàng ngày sau 3, 6 và 12 tháng**

Tần suất đại tiện hàng ngày	Số lượng	TB $\pm$ ĐLC	Ít nhất	Nhiều nhất
Sau 3 tháng	55	$3,4 \pm 0,8$	1	6
Sau 6 tháng	55	$2,8 \pm 0,6$	1	5
Sau 12 tháng	53	$2,2 \pm 0,6$	1	3

Bảng 5 cho thấy, tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 7 trường hợp tử vong (chiếm 12,7%). Trong đó có 04 trường hợp tử vong do

tái phát và 3 trường hợp tử vong do tuổi cao, suy kiệt, suy tim, suy hô hấp. Tỷ lệ tái phát là 9,1 %. Có 2 trường hợp tái phát tại chỗ tại vùng chiếm 3,6 %, trong đó có 1 trường hợp tái phát tại miệng nổi và 2 trường hợp tái phát tại vùng chấu. Có 3 trường hợp tái phát di căn xa chiếm 5,5%

**Bảng 5: Tình trạng người bệnh sau phẫu thuật**

Kết quả xa		n	%
Còn sống		48	87,3%
Tử vong	Do bệnh tái phát	4	7,3%
	Do nguyên nhân khác	3	5,4 %
Bệnh tái phát			
Có	Tái phát tại chỗ	2	3,6 %
	Di căn xa	3	5,5 %

Bảng 6 cho thấy, thời gian sống còn không bệnh trung bình đến khi kết thúc nghiên cứu là  $48,9 \pm 3,1$  tháng. Tỷ lệ sống còn không bệnh sau 12 tháng là 96%, tỉ lệ sống còn không bệnh sau 5 năm là 54%. Thời gian sống còn toàn bộ trung bình đến khi kết thúc nghiên cứu là  $51,6 \pm 2,9$  tháng. Tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 12 tháng là 96%, tỉ lệ sống còn không bệnh sau 5 năm là 79%

**Bảng 6: Thời gian sống toàn bộ và thời gian sống không bệnh của nhóm nghiên cứu**

Thời gian sống thêm	Toàn bộ (OS)	Không bệnh (DFS)
Trung bình	$51,6 \pm 2,9$	$49,2 \pm 3,1$
12 tháng	96%	96%
24 tháng	89%	84%
36 tháng	79%	75
48 tháng	79%	75%
60 tháng	79%	54%
95% CI	45,9 – 51,3	43,3 - 55,2

#### IV. BÀN LUẬN

Ung thư trực tràng là ung thư thường gặp ở đường tiêu hóa và hay gặp ở người bệnh cao tuổi. Trước đây chủ yếu là mổ truyền thống cắt đoạn trực tràng nổi tay hoặc cắt cụt trực tràng đường bụng, tăng sinh môn, phẫu thuật Hartmant. Trong những năm gần đây khoa học kỹ thuật phát triển, phẫu thuật nội soi, sử dụng robot... điều trị ung thư trực tràng đạt được nhiều tiến bộ vượt bậc làm thay đổi nhiều quan điểm điều trị, đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Bảo tồn cơ thắt và phẫu thuật nội soi trở thành một xu hướng mới hiện nay, tuy nhiên phẫu thuật mổ mở vẫn còn có những ưu điểm nhất định. Nghiên cứu của chúng tôi với mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng có những đặc điểm nghiên cứu sau

Trong nghiên cứu này, thời gian hậu phẫu của chúng tôi là  $12,19 \pm 3,2$  ngày, ngắn nhất 6 ngày dài nhất 27 ngày; cao hơn so với các nghiên cứu của của Lê Quốc Tuấn (2020) [3] có thời gian hậu phẫu trung bình là 11 ngày, ngắn nhất 9 ngày và dài nhất là 21 ngày, cao hơn so với Võ Tấn Long là 8,3 ngày [4]. Có sự khác biệt này do trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mổ mở 54/58 ca, theo các nghiên cứu trên thế giới phẫu thuật mở có thời gian nằm viện dài hơn phẫu thuật nội soi [5, 6]. Thời gian trung tiện sau mổ của chúng tôi là 2,72 ngày, kết quả này cũng tương đồng với hầu hết các nghiên cứu của Huang C. (2015) là  $3,03 \pm 1,25$  ngày [5]; nghiên cứu của Zhou là  $2,8 \pm 1,0$  ngày [7]. Trong nghiên cứu không gặp trường hợp nào có tai biến liên quan quá trình sử dụng máy cắt – máy khâu nối như: miệng nổi không kín, chảy máu miệng nổi, tổn thương tạng lân cận,... Nghiên cứu cũng không có tai biến liên quan quá trình phẫu tích như: tử vong, chảy máu trước xương cụt, bàng quang, niệu quản,...Trần Anh Cường (2017) cho thấy có 4 trường hợp bị chảy máu chiếm tỷ lệ 3,4%; tai biến tiết niệu và tiêu hóa là 2 chiếm tỷ lệ 1,7% [8].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 15/ 58 người bệnh có biến chứng sau phẫu thuật với tỷ lệ 25,8%. Trong đó 10/58 người bệnh (17,2%) có biến chứng nhiễm trùng vết mổ, vết mổ nhiễm trùng mức độ nhẹ, được thay băng vết mổ hàng ngày và điều trị theo kháng sinh đồ, vết mổ sau đó liền tốt. Tỷ lệ rò miệng nổi là 6,9% tuy nhiên trường hợp này mức độ rò khu trú, được điều trị nội khoa đường rò liền tốt không phải phẫu thuật lại, Có 1/58 người bệnh bị tắc ruột sau mổ, trường hợp này phải mổ lại, sau đó ra viện trong 3 tuần ổn định, có 1 trường hợp chảy máu tiêu hoá sau mổ ngày thứ 4 và bệnh nhân được mổ lại làm phẫu thuật harman. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có các biến chứng như: tử vong, rò miệng nổi gây viêm phúc mạc phải mổ lại, tiểu không tự chủ, hẹp miệng nổi và các biến chứng toàn thân khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, tỉ lệ rò miệng nổi cao hơn so với các nghiên cứu khác do tỷ lệ mổ mở của chúng tôi cao, kỹ thuật vô trùng còn chưa tốt. Theo Trần Anh Cường (2017) cho thấy tỷ lệ biến chứng chung là 19,9%, biến chứng rò miệng nổi là 1/54 chiếm tỷ lệ 1,8%, nhiễm trùng vết mổ là 11 chiếm tỷ lệ 9,5%; 3,4% (tắc ruột, bán tắc ruột sau mổ), có 1 bệnh nhân tử vong (chiếm 0,9%) do sốc nhiễm trùng, nhiễm độc/người bệnh bị viêm phúc mạc do bục miệng miệng nổi [8].

Tần suất đại tiện sau phẫu thuật UTTT là một kết quả quan trọng thể hiện chất lượng sống của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy tần suất đại tiện trung bình hàng ngày giảm dần sau 3, 6, 12 tháng lần lượt là:  $3,4 \pm 0,8$  lần,  $2,8 \pm 0,6$  lần,  $2,2 \pm 0,6$  lần (trên tổng toàn bộ 55 người bệnh). Tương tự các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tần suất đại tiện giảm dần theo thời gian và thường về ổn định sau 24 tháng. Theo Lê Quốc Tuấn (2020), tần suất đại tiện hàng ngày sau 3, 6, 12, 18 và 24 tháng lần lượt là 3,3 lần, 2,9 lần, 2,7 lần, 2,1 lần và 1,8 lần [3]. Trong đó, tại thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng, phần lớn bệnh nhân có số lần đại tiện trong ngày từ 1 đến 3 lần chiếm 69,6% [3].

Trong nghiên cứu này, thời gian theo dõi trung bình toàn bộ của nhóm nghiên cứu là 24,47 tháng, ít nhất 6 tháng và nhiều nhất 60 tháng. Thời gian theo dõi đến khi có tái phát trung bình là 24,47 tháng, ít nhất 6 tháng và nhiều nhất 60 tháng. Tỷ lệ tái phát của nhóm người bệnh là 9,1%, trong đó có 2 trường hợp tái phát tại chỗ và có 3/55 người bệnh tái phát di căn xa. Trong đó có 2 người bệnh di căn gan phổi, và 1 người bệnh di căn phúc mạc. Có 4/55 người bệnh tử vong (7,3%) tại thời điểm kết thúc nghiên cứu do tái phát di căn. Nghiên cứu của Lê Quốc Tuấn (2020), tỷ lệ tái phát là 8,9%, trong đó không có trường hợp nào tái phát tại chỗ tại vùng. Tỷ lệ tử vong là 5,4% [3]. Trong đó, 1 người bệnh tử vong vì già yếu không phát hiện tái phát, 2 người bệnh còn lại tái phát di căn ổ bụng và tử vong sau đó không lâu khi đang điều trị hóa chất.

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy 96 % người bệnh sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau 12 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ tương ứng 2 năm: 89%, 3 năm 79%, 5 năm là 79%. Thời gian sống thêm không bệnh tương ứng 2 năm: 86%, 3 năm: 75%, 5 năm 54%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là  $51,6 \pm 2,9$  tháng. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là  $49,2 \pm 3,1$  tháng. Nghiên cứu này thấp hơn so với một số nghiên cứu. Theo Trần Thành Long (2020)<sup>41</sup> thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là  $44,48 \pm 1,41$  tháng với tỷ lệ sống thêm toàn bộ tương ứng 1 năm: 97,1%; 2 năm: 89,4%; 3 năm: 84,6%; 4 năm là 84,6% và thời gian sống thêm không bệnh trung bình là  $43,33 \pm 1,67$  tháng với tỷ lệ sống thêm không bệnh tương ứng 1 năm: 91,2%; 2 năm: 88,2%; 3 năm: 86,3%; 4 năm là 80,6% [9].

## V. KẾT LUẬN

- Thời gian phẫu thuật trung bình là  $140,26 \pm 19,44$  phút, có lại trung tiện là  $2,72 \pm 0,67$  ngày, nằm viện sau phẫu thuật là  $12,19 \pm 3,2$  ngày.

- Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật khá cao: 27,5%. Trong đó nhiễm trùng vết mổ chiếm 17,2%

- Đánh giá kết quả phẫu thuật chung sớm: tốt 88,2%, có 11,8% trung bình và 3,4% kết quả xấu.

- Tần suất đại tiện trung bình hàng ngày được cải thiện đáng kể, giảm dần tại thời điểm 3, 6 và 12 tháng sau phẫu thuật lần lượt là:  $3,4 \pm 0,8$  lần,  $2,8 \pm 0,6$  lần và  $2,2 \pm 0,6$  lần.

- Tỷ lệ tái phát là 9,1%, tỷ lệ tử vong là 12,7%. Thời gian sống thêm toàn bộ tương ứng 2 năm: 89%, 3 năm, 5 năm là 79%. Thời gian sống thêm không bệnh tương ứng 2 năm: 86%, 3 năm: 75%, 5 năm 54%

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Đức Huân** (2006), "Ung Thư Trực Tràng", Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Hà Nội, tr. 55-59.
2. **N. S. Williams, M. F. Dixon và D. Johnston** (1983), "Reappraisal of the 5 centimetre rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patients' survival", Br J Surg, 70(3), tr. 150-4.
3. **Lê Quốc Tuấn** (2020), Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Cắt Đoạn và Nối Máy Trong Điều Trị Ung Thư Trực Tràng Giữa và Thấp, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Võ Tấn Long** (1984), "Chẩn Đoán và Điều Trị Ngoại Khoa Ung Thư Đại Tr tràng và Trực Tr tràng (1978 - 1983) Tại Bệnh Viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y được Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **C. Huang, J. C. Shen, J. Zhang và các cộng sự.** (2015), "Clinical comparison of laparoscopy vs open surgery in a radical operation for rectal cancer: A retrospective case-control study", World J Gastroenterol, 21(48), tr. 13532-41.
6. **S. Yamamoto, M. Inomata, H. Katayama và các cộng sự.** (2014), "Short-term surgical outcomes from a randomized controlled trial to evaluate laparoscopic and open D3 dissection for stage II/III colon cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG 0404", Ann Surg, 260(1), tr. 23-30.
7. **Z. X. Zhou, L. Y. Zhao, T. Lin và các cộng sự.** (2015), "Long-term oncologic outcomes of laparoscopic vs open surgery for stages II and III rectal cancer: A retrospective cohort study", World J Gastroenterol, 21(18), tr. 5505-12.
8. **Trần Anh Cường** (2017), Nghiên Cứu Đặc Điểm Di Căn Hạch và Kết Quả Điều Trị Phẫu Thuật Ung Thư Trực Tr tràng Tại Bệnh Viện K, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Trần Thành Long** (2020), Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Đoạn Trực Tr tràng và Vết Hạch Điều Trị Ung Thư Biểu Mô Tuyến Trực Tr tràng Cao Tại Bệnh Viện K Năm 2016 - 2018, Luận văn Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

# CA LÂM SÀNG CHÈN ÉP KHOANG CĂNG CHÂN DO CHẤN THƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG DUOPLAVIN

Thái Ngọc Bình<sup>1</sup>, Phạm Ngọc Thắng<sup>1</sup>, Trần Hoài Nam<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Hội chứng chèn ép khoang cấp tính là một cấp cứu ngoại khoa, ở cẳng chân hay gặp nhất, hậu quả là thiếu máu tổ chức gây hoại tử tổ chức, tổn thương vĩnh viễn cơ, mạch máu, thần kinh, thậm chí hoại tử phải cắt cụt chi và tử vong. Đặc biệt trên bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông, tình trạng chảy máu sau chấn thương gây chèn ép khoang, sau mổ chảy máu nhiều dẫn đến ảnh hưởng sức khỏe và tính mạng. **Ca bệnh:** Bệnh nhân nam 57 tuổi, tiền sử sử dụng thuốc chống đông Douplavin 75/100mg. Bị chấn thương cẳng chân trái, sau tai nạn được chẩn đoán: Chèn ép khoang cấp tính cẳng chân trái, được phẫu thuật mở cân, giải phóng chèn ép khoang. Sau phẫu thuật bệnh nhân được truyền máu, khối tiểu cầu và hồi sức tích cực, khâu lại vết mổ, sau 2 tuần ra viện. Sau 8 tuần khám lại bệnh nhân ổn định, các vết mổ đã liền, đi lại được không đau, chức năng vận động và cảm giác chân trái tốt. **Kết luận:** Chèn ép khoang cấp tính là một cấp cứu ngoại khoa, do nhiều nguyên nhân, đặc biệt nguy hiểm trên các bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông, cần phát hiện sớm, phẫu thuật kịp thời, sau mổ cần hồi sức tốt, theo dõi sát để cứu sống tính mạng và phục hồi chức năng chi thể.

## SUMMARY

### A CASE REPORT COMPARTMENT SYNDROME AFTER INJURY IN LOWER LEG USE ANTICOAGULATION DOUPLAVIN

Compartment syndrome is a well-known surgical emergency almost in lower leg, resulting in vascular compromise, ischemia, and necrosis, amputation and die. This condition usually occurs following a traumatic incident. In special patient use anticoagulation. **Case presentation:** We report a case of a 57 - year old, male with acute compartment syndrome use Douplavin 75/100mg. After sort tissue injury in lower left leg. The patient was diagnosed with acute compartment syndrome and fasciotomy promptly and release compartment, after emergency surgery and good intensive care and closely monitor developments, blood and platelet transfusion. And closed incision after two weeks. His symptoms improved and good function after undergoing fasciotomy at eight weeks. **Conclusions:** Atraumatic acute compartment syndrome is emergency surgery caused by many conditions. It is very dangerous in patient use anticoagulation. Identifying early diagnosid, emergency surgery and good intensive care and

closely monitor developments are key save lives and restore function limb.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng khoang cấp tính hay chèn ép khoang cấp tính (Acute Compartment syndrome (ACS)) xảy ra do tăng áp lực trong khoang vượt quá áp lực tưới máu. Hậu quả là thiếu máu cục bộ tổ chức dẫn đến tình trạng thiếu oxy tế bào và hoại tử các cấu trúc như cơ và mạch máu, thần kinh trong khoang [1]. Chẩn đoán và theo dõi trên lâm sàng chèn ép khoang cấp tính với năm chữ P: Đau không tương xứng với tổn thương xương, đau khi căng cơ thụ động, dị cảm, liệt, mất mạch và tăng thân nhiệt. Những triệu chứng này không phải lúc nào cũng hiện diện đầy đủ và rõ ràng đặc biệt là trên bệnh nhân bị hôn mê hoặc được dùng thuốc an thần. Chẩn đoán chèn ép khoang cấp tính có thể được xác nhận bằng cách đo áp lực các khoang bằng áp lực kế hoặc hệ thống kim đo áp lực khoang. Đo áp lực khoang đặc biệt quan trọng ở những bệnh nhân bị hôn mê hoặc được dùng thuốc an thần và do đó không thể thăm khám được. Áp lực khoang tuyệt đối  $\geq 30$  mmHg cần can thiệp phẫu thuật bằng phẫu thuật mở cân để giải phóng chèn ép khoang bảo tồn chức năng chi và ngăn ngừa biến chứng [3].

Nguyên nhân phổ biến nhất của chèn ép khoang cấp tính là do gãy xương dài (chủ yếu là xương chày) ở chi dưới, nhưng nó có thể xảy ra chỉ sau chấn thương phần mềm đặc biệt trên bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông. Việc xác định sớm chèn ép khoang cấp tính có thể làm giảm nguy cơ hoại tử các khối cơ, tổn thương tắc hệ thống mạch máu, tổn thương thần kinh vĩnh viễn, dẫn đến cắt cụt chi và tử vong [6] Tổn thương thần kinh để lại di chứng dai dẳng là phổ biến nhất [4]. Nếu chèn ép khoang ở chi dưới tiến triển đến mức phải cắt cân, tỷ lệ tử vong dao động từ 11 đến 25% [3].

## II. BÁO CÁO CA BỆNH

Báo cáo trường hợp ca bệnh sử dụng thuốc chống đông bị chèn ép khoang cẳng chân do chấn thương phần mềm cẳng chân

Bệnh nhân nam giới 57 tuổi, có tiền sử đặt Stent động mạch vành 4 tháng trước cách tai nạn, đang duy trì sử dụng thuốc chống đông (Douplavin 75/ 100mg, 1 viên/1 ngày, uống buổi

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Thái Ngọc Bình

Email: binhthaingoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.12.2023



tối). Bệnh nhân trước vào viện khoảng 3 giờ, đi bộ bị bánh xe máy đâm trực tiếp vào phía sau cẳng chân trái. Sau tai nạn, bệnh nhân cảm thấy đau, sưng và dần căng tức ở vùng bắp chân trái. Tại nhà chưa xử trí gì người nhà đưa vào khoa chấn thương điều trị sau 3 giờ trong tình trạng: Tỉnh táo tiếp xúc được, huyết động ổn định, nhưng bệnh nhân hết hoảng, tại cẳng chân trái thấy: Bắp chân trái không có vết thương nhưng bầm tím nhẹ, sưng nề và căng cứng, để tự cảm nhận bệnh nhân đã rất đau, vận động cẳng đau tăng. Khi bóp vào bắp chân phải bệnh nhân rất đau. Thấy tê bì bàn chân trái, đặc biệt là nửa sau bàn chân trái, nửa sau bàn chân trái bầm tím, Spo2 dao động 92- 93 %. Nhiệt độ da bàn chân trái lạnh, các đầu ngón bàn chân trái tím nhạt, bệnh nhân càng đau nhiều. Kiểm tra bắt mạch mu chân bắt được, mạch ống gót chân trái không rõ. Bệnh nhân kêu đau tăng hết hoảng vã mồ hôi. Vận động gối hạn chế gấp  $100^{\circ}/0^{\circ}/0^{\circ}$  và cổ chân hạn chế gấp duỗi cổ chân khoảng  $30^{\circ}/0^{\circ}/30^{\circ}$ . Sức cơ gấp duỗi cổ chân 3/5. Sức cơ cẳng chân 3/5.

- Xét nghiệm máu: HC 5.15 T/l, HST 160 G/L. BC: 10.6 G/L, TC: 237 G/L.

- Xét nghiệm chức năng gan thận: Ure/ Creatinin: 6.43/ 113 $\mu$ mol/l.

- Xét nghiệm đông máu: PT read (s): 12.4 s, PT read (%): 84%, INR 1.13, APTT: 36.6s, Fibrinogen: 2.6 g/l.

- Nhóm máu [O], RH (+).

- Xét nghiệm men cơ: CK/CK-MB: 297.2/ 27.9 U/L.

- Chụp x quang cẳng chân: Không thấy tổn thương xương cẳng chân trái

- Siêu âm Doppler mạch: Động mạch chày sau trái đoạn ống gót tín hiệu dòng chảy kém. Tĩnh mạch chày sau bên trái xẹp dòng chảy rất chậm.

- Chụp CTA: Động mạch chày sau bên trái đến đoạn động mạch ống gót trái dòng chảy yếu, rời rạc.



**Hình 1: Chèn ép khoang cẳng chân trái**  
(BN Lưu Hữu B, 57 tuổi)

Chẩn đoán xác định tình trạng chèn ép khoang cẳng chân trái, phẫu thuật được tiến hành dưới gây mê nội khí quản, tiến hành mở

cân cẳng chân, giải phóng chèn ép ở các khoang. Khoang sau nông và khoang sau sâu, khoang trước, khoang ngoài. Sau mổ được hồi sức, theo dõi và điều chỉnh rối loạn đông máu, gác cao chân, thay băng, theo dõi sát tuần hoàn chi thể, tình trạng chảy máu tại chỗ, truyền máu sau mổ, thay băng hàng ngày, và đóng khẹp dần sau 1 tuần, sau 2 tuần đóng kín được vết mổ mở cân khu trước và khâu khẹp sau đó ghép da tự thân vết mổ khu sau cẳng chân. Sau 2 tuần, được cho phép của chuyên khoa can thiệp mạch sau đó sử dụng lại thuốc chống đông dự phòng huyết khối Stent động mạch vành.

Sau mổ 4 tuần thấy: Vết mổ liền sẹo tốt, bắp chân mềm, không sưng nề nhiều, vận động và cảm giác bàn chân bình thường. tuy vậy khi đặt chân xuống và đi lại còn đau nhẹ và sưng.

Sau đó khám lại vào tuần 8 sau mổ: Bệnh nhân đi lại được, chưa dám đi nhanh, không cần hỗ trợ, không còn đau và sưng. Vận động và cảm giác bàn cổ chân gần như bình thường. Không có tê bì hay dị cảm ở cổ bàn chân trái. Vẫn duy trì thuốc chống đông dự phòng huyết khối sau đặt Stent mạch vành. Kết quả siêu âm mạch máu chi dưới: Động mạch chày trước và chày sau bên trái dòng chảy và tốc độ bình thường.



**Hình 2: Bệnh nhân liền vết mổ giải phóng chèn ép và phục hồi chức năng**

(BN Lưu Hữu B 57 tuổi)

### III. BÀN LUẬN

Chèn ép khoang cấp tính là một cấp cứu trong chuyên ngành chấn thương chỉnh hình, nó có thể xảy ra ở bất kỳ khoang cân nào trong cơ thể. Các trường hợp chèn ép khoang cấp tính ở chi dưới cần phải phẫu thuật mở cân, giải phóng chèn ép có tỷ lệ tử vong cao tới 25-47% [3,7]. Vì vậy, điều quan trọng là phải xác định tất cả các

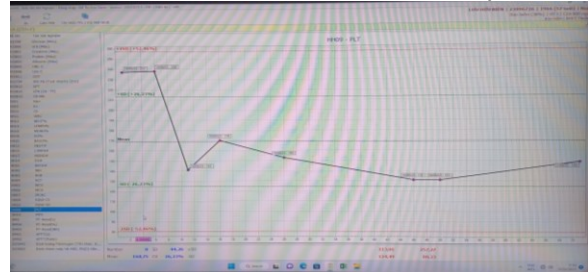
yếu tố rủi ro có thể liên quan đến chèn ép khoang cấp tính; chẩn đoán và điều trị sớm là rất quan trọng trong việc ngăn ngừa các kết quả bất lợi như tổn thương cơ và thần kinh vĩnh viễn, cắt cụt chi và tử vong [6].

Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi sử dụng Douplavin 75/100mg (Clopidogrel 75mg + Acid acetyl salicylic 100 mg), trong 4 tháng sau phẫu thuật đặt Stent động mạch vành đã sử dụng thuốc liên tục. Vì hoạt chất Clopidogrel trong thuốc Douplavin là 1 tiền chất, được các men CYP450 chuyển hoá để tạo thành chất chuyển hoá có hoạt tính ức chế sự kết tập tiểu cầu. Các chất chuyển hoá để có hoạt tính của Clopidogrel thì cần phải ức chế chọn lọc sự kết tập của Adenosin diphosphat (ADP) với thụ thể P2Y<sub>12</sub> của nó trên tiểu cầu, thông qua đó sẽ ức chế sự hoạt hóa phức hợp glycoprotein GP IIb/IIIa qua trung gian ADP và thu được kết quả là ức chế kết tập tiểu cầu. Dẫn đến việc những tiểu cầu này sẽ bị ảnh hưởng trong cả quãng đời còn lại của chúng (từ 7 – 10 ngày). Sau đó, sự hồi phục chức năng của tiểu cầu bình thường sẽ xảy ra ở một tốc độ phù hợp với sự chu chuyển tiểu cầu.

Trong khi đó, hoạt chất Acid acetyl salicylic trong thuốc Douplavin cũng có tác dụng ức chế kết tập tiểu cầu bằng sự ức chế không đảo ngược được của Prostaglandin cyclooxygenase. Kết quả là ức chế sự sản sinh của Thromboxan A<sub>2</sub> - chất gây co mạch và kết tập tiểu cầu. Tác dụng này sẽ kéo dài suốt quãng đời của tiểu cầu [8].

Bởi vậy trên thực tế, kết quả ban đầu các xét nghiệm về đông máu và tiểu cầu bình thường, nhưng thực tế tình trạng chảy máu sau chấn thương và sau phẫu thuật do bất hoạt tiểu cầu vẫn diễn ra, số lượng tiểu cầu bình thường nhưng tiểu cầu không có tác dụng tham gia vào quá trình đông máu, không có tác dụng chống đông, dẫn đến tình trạng chảy máu trong cơ, trong khoang rỗng do chấn thương vẫn diễn ra và dẫn đến chèn ép khoang cấp tính. Và tiếp tục chảy máu sau mổ. Khi xem xét phác đồ điều trị để giải độc với Douplavin thì hiện chưa có thuốc đặc hiệu. Chúng tôi cho dừng sử dụng thuốc Douplavin dưới sự tư vấn chuyên môn của khoa can thiệp mạch cùng phối hợp. Dự phòng và điều trị bằng truyền máu toàn phần, khối hồng cầu và truyền khối tiểu cầu, huyết tương tươi để bổ sung lượng máu mất và các yếu tố đông máu. Theo chúng tôi chính lượng tiểu cầu mới truyền cùng với các yếu tố khác sẽ đảm nhiệm chứng năng đông và cầm máu, kết hợp với các biện pháp cầm máu cơ học như gác chân, băng

ép, hạn chế thay băng. Đợi cho đến khi lượng tiểu cầu cũ thoái triển và hình thành lứa tiểu cầu mới có tác dụng chống đông, lúc đó tình trạng cầm máu mới ổn định và bệnh nhân hồi phục.





- and Joint Surgery. American Volume. 1978; 60(8):1091–1095.
3. **Rademacher E., Miller P. E., Jordan E., et al.** Management of fasciotomy incisions after acute compartment syndrome: is delayed primary closure more feasible in children compared with adults? Journal of Pediatric Orthopedics. 2020;40(4): e300–e305.
  4. **Ojike N. I., Roberts C. S., Giannoudis P. V.** Compartment syndrome of the thigh: a systematic review. Injury. 2010;41(2):133–136.
  5. **Kakkar R., Ellis M., Fearon P. V.** Compartment syndrome of the thigh as a complication of anticoagulant therapy in a patient with a left ventricular assist device (Berlin Heart) General Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2010; 58(9):477–479.
  6. **McQueen M. M., Gaston P., Court-Brown C. M.** Acute compartment syndrome. Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume (London). 2000;82(2):200–203.
  7. **Schwartz J. T. J., Brumback R. J., Lakatos R., Poka A., Bathon G. H., Burgess A. R.** Acute compartment syndrome of the thigh. A spectrum of injury. JBJS. 1989;71(3):392–400.
  8. **DuoPlavin:** Product Information, 30/06/2023 EMEA/H/C/001143 - N/0071.

## SO SÁNH SỰ TƯƠNG QUAN MỘT SỐ CHỈ SỐ HUYẾT ĐỘNG ĐO BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÔNG XÂM LẤN ELECTRICAL CARDIOMETRY SO VỚI PHƯƠNG PHÁP HÒA LOÃNG NHIỆT Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Phạm Văn Tân<sup>1</sup>, Lưu Quang Thùy<sup>1,2</sup>,  
Trịnh Văn Đồng<sup>1,2</sup>, Vũ Đình Lượng<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định mối tương quan và sự phù hợp một số chỉ số huyết động đo bằng phương pháp không xâm lấn Electrical cardiometry (EC) so với phương pháp hòa loãng nhiệt (TD) ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu cắt ngang được chúng tôi thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực II – Bệnh viện Việt Đức từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023. Các chỉ số được đưa vào nghiên cứu này gồm chỉ số tim (CI), chỉ số biến thiên thể tích nhát bóp (SVV) và chỉ số sức cản mạch hệ thống (SVRI). 30 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được theo dõi huyết động đồng thời bằng cả hai phương pháp với 170 cặp số liệu của từng chỉ số đã được ghi lại tại các thời điểm được xác định. **Kết quả:** Chỉ số tương quan (r) Pearson của CI, SVV, SVRI đo được từ hai phương pháp lần lượt là 0,848; 0,625 và 0,846 ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** CI, SVV và SVRI được đo bằng phương pháp EC có mối tương quan và sự phù hợp tốt với các phép đo TD ở những bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Việc sử dụng phương pháp EC để theo dõi CI và SVRI thay thế phương pháp TD trên lâm sàng là phù hợp. Hiện tại, chúng tôi không khuyến cáo sử dụng phương pháp EC đo SVV để thay thế phương pháp TD.

**Từ khóa:** Electrical cardiometry, điện tim kí, hoà loãng nhiệt, chỉ số tim

### SUMMARY

#### COMPARING THE CORRELATION OF SEVERAL HEMODYNAMIC INDICES MEASURED NONINVASIVELY BY ELECTRICAL CARDIOMETRY WITH THE THERMODILUTION METHOD IN SEPTIC SHOCK

**Objective:** To determine the correlation and agreement of various hemodynamic indices measured using the non-invasive Electrical Cardiometry (EC) method compared to the thermodilution (TD) method in septic shock patients. **Methods:** A prospective cross-sectional study was conducted in the Intensive Care Unit II at Viet Duc Hospital from March 2023 to September 2023. The studied indices included cardiac index (CI), stroke volume variation (SVV), and systemic vascular resistance index (SVRI). Thirty septic shock patients were simultaneously monitored hemodynamically using both methods, with 170 pairs of data points recorded at predefined time intervals. **Results:** The Pearson correlation coefficients (r) for CI, SVV, and SVRI measured by both methods were 0.848, 0.625, and 0.846,  $p < 0.001$ . **Conclusion:** CI, SVV, and SVRI measured by the EC method had good correlation and agreement with TD measurements in septic shock patients. The use of the EC method to monitor CI and SVRI to replace the TD method in clinical practice is appropriate. Currently, we do not recommend using the EC method to measure SVV to replace the TD method. **Keywords:** Electrical cardiometry, electrical impedance cardiography, thermodilution, cardiac index.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn là một trong những tình trạng nghiêm trọng nhất của nhiễm khuẩn và có thể dẫn đến suy chức năng nhiều cơ quan và tử

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Đức

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đình Lượng

Email: luongtbump@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023

vong nếu không được điều trị kịp thời. Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn thường nằm ở khoa hồi sức (ICU) sau khi đã trải qua nhiều giai đoạn điều trị, và việc theo dõi các thông số huyết động là quan trọng để điều trị hiệu quả.

Huyết động được đánh giá thông qua cung lượng tim. Đo cung lượng tim bằng phương pháp hòa loãng nhiệt qua phổi với catheter động mạch phổi (PAC) được coi là phương pháp tiêu chuẩn [1]. Tuy nhiên, ngoài chi phí cao, tính xâm lấn và các nguy cơ liên quan đã thúc đẩy việc phát triển các phương pháp ít hoặc không xâm lấn trong việc theo dõi huyết động. Aesculon là thiết bị đo các thông số huyết động liên tục bằng phương pháp không xâm lấn là electrical cardiometry (EC), được xây dựng dựa trên nguyên lý điện trở sinh học lồng ngực (TEB). EC được dùng để tính CO dựa trên nguyên lý về hiện tượng tăng tuần hoàn dòng máu trong động mạch lớn, ở đây là dòng hồng cầu được định hướng trong động mạch chủ, sự tăng tốc độ tương xứng với hoạt động của van động mạch chủ, theo đó làm giảm điện trở lồng ngực. EC diễn đạt sự tương xứng giữa biến thiên TEB với biến thiên tốc độ dòng máu.

Nghiên cứu của Vishwas Malik và cộng sự trên 60 bệnh nhân trong mổ bắc cầu chủ vành với 180 cặp số liệu CO lấy đồng thời bằng hai phương pháp hòa loãng nhiệt và EC cho ra kết quả chỉ số tương quan Pearson (r) giữa hai phương pháp là 0,987 ( $p < 0,01$ ), với khác biệt trung bình 0,08 L/phút và độ chính xác  $\pm 0,15$  L/phút, phần trăm sai số là 3,59% [2]. Nhóm nghiên cứu đã kết luận hai phương pháp này có sự tương quan chặt chẽ và có thể thay thế nhau trong theo dõi cung lượng tim ở bệnh nhân sau mổ tim mở. Tại Việt Nam, khi so sánh đo cung lượng tim giữa hai phương pháp TEB và TD ở bệnh nhân sau phẫu thuật tim hở, Nguyễn Bá Tư và cộng sự đã báo cáo chúng có tương quan tốt [3]. Việc tìm công cụ không xâm lấn để theo dõi huyết động thay thế các phương tiện xâm lấn cổ điển là rất cần thiết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mục tiêu: *Xác định mối tương quan và sự phù hợp một số thông số huyết động (CI, SVV, SVRI) đo bằng phương pháp không xâm lấn Electrical Cardiometry (EC) trên máy Aesculon với phương pháp xâm lấn hòa loãng nhiệt (TD) đo bằng PiCCO ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### ❖ Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

– Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo Sepsis 3 (2016)

– Sốc nhiễm khuẩn theo sepsis 3: Tình trạng nhiễm khuẩn huyết có tụt huyết áp, bất thường tế bào và chuyển hóa đe dọa nguy cơ bị tử vong, mặc dù đã hồi sức dịch đầy đủ, vẫn đòi hỏi dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trung bình  $\geq 65$  mmHg và nồng độ lactac máu  $> 2$  mmol/l

#### ❖ Tiêu chuẩn loại trừ

– Bệnh nhân có các bệnh lý van tim nặng, rung nhĩ, có máy tạo nhịp, block nhánh, shunt tim.

– Phụ nữ có thai.

– Nhiễm khuẩn tại vùng đặt catheter PiCCO.

– Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân không đồng ý đặt PiCCO.

– Bệnh nhân có chống chỉ định sử dụng Aesculon: bệnh nhân đang dùng máy tạo nhịp tim, có chỉ thép vùng ngực.

– Bệnh nhân tử vong hoặc xin về trong 24 giờ đầu nghiên cứu

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Khoa Hồi sức tích cực 2 – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu cắt ngang, so sánh tự đối chứng

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

**2.4. Cách tiến hành nghiên cứu.** Giải thích gia đình về lợi ích và nguy cơ khi đặt PiCCO.

Đặt catheter tĩnh mạch trung ương ba nòng để truyền thuốc vận mạch, đo lưu lượng tim

Đặt catheter PiCCO ở động mạch đùi hoặc động mạch cánh tay theo dõi huyết áp động mạch liên tục và đo các thông số huyết động.

Đo đồng thời các thông số huyết động CI, SVRI, SVV cho mỗi bệnh nhân theo phương pháp hòa loãng nhiệt qua phổi bằng PiCCO và theo phương pháp EC bằng máy Aesculon tại thời điểm đặt xong catheter PiCCO và 3 lần ngẫu nhiên trong 24 giờ đầu, 2 ngày tiếp theo mỗi ngày 1 lần. Từ đó tính mối tương quan và sự phù hợp.

**2.5. Xử lý số liệu.** Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến định lượng biểu hiện bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, phép so sánh T-test. Sự tương đồng của các chỉ số giữa hai phép đo TD và EC được ước tính theo phương pháp Bland và Altman. Sự tương quan giữa hai giá trị được đánh giá bởi hệ số tương quan Pearson (r) và sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính với giá trị  $p < 0.05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đề tài của chúng tôi có 30 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được theo dõi huyết động đồng

thời bằng cả 2 phương pháp thu được 170 cặp số liệu cho mỗi thông số đánh giá.

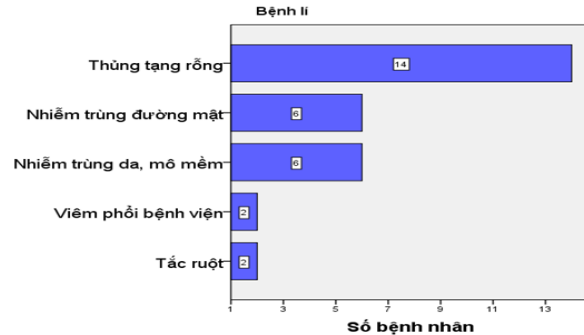
### 3.1. Đặc điểm chung

**Bảng 3.1: Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm	Giá trị	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
Tuổi		65 $\pm$ 15,3	28	100
Tỷ lệ (Nam:Nữ)		2:1		
BMI		22,7 $\pm$ 1,6	17,8	25,4

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn trong nghiên cứu là 65  $\pm$  15,3; cao nhất là 100 tuổi và thấp nhất là 28 tuổi. Trong đó số bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 66,67% và nữ chiếm tỉ lệ 33,3%.

BMI trung bình 22,7  $\pm$  1,6 kg/m<sup>2</sup>. Trong đó BMI cao nhất là 25,4 và thấp nhất là 17,8 kg/m<sup>2</sup>.



**Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh lý nhiễm khuẩn ở bệnh nhân nghiên cứu**

**Nhận xét:** Bệnh lý thường gặp ở các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là thủng tạng rỗng (14 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 46,7%), tiếp theo là nhiễm trùng đường mật và nhiễm trùng da, mô mềm (6 bệnh nhân mỗi nhóm chiếm tỉ lệ 20%), viêm phổi bệnh viện và tắc ruột mỗi nhóm có 2 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 6,7%.

### 3.2. Môi tương quan và sự phù hợp giữa các thông số huyết động đo bằng EC và TD

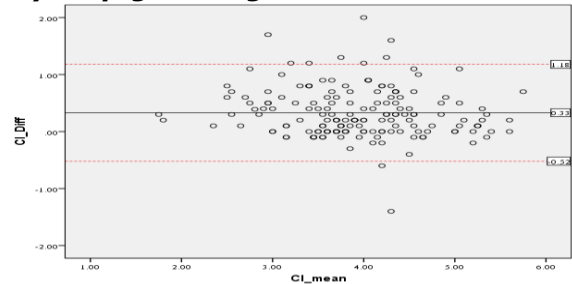
#### 3.2.1. Môi tương quan giữa các thông số huyết động đo bằng EC và TD

**Bảng 3.2: Giá trị trung bình và hệ số tương quan các chỉ số đo bằng 2 phương pháp**

Thông số	EC	TD	Trung bình khác biệt (bias)	Tương quan (r)	p (tương quan)
CI (L/min/m <sup>2</sup> )	4,1 $\pm$ 0,75	3,8 $\pm$ 0,81	0,33 $\pm$ 0,43	0,848	<0,01
SVRI (d.s/cm5/m <sup>2</sup> )	1661 $\pm$ 385	1781 $\pm$ 449	-120 $\pm$ 239,302	0,846	<0,01
SVV (%)	13 $\pm$ 5,45	11 $\pm$ 6,22	2,382 $\pm$ 5,101	0,625	<0,01

**Nhận xét:** CI trung bình của hai phương pháp EC và TD lần lượt là 4,1  $\pm$  0,75 l/min/m<sup>2</sup> và 3,8  $\pm$  0,81 l/min/m<sup>2</sup>. Chỉ số tương quan (r) giữa các giá trị CI là 0,848 (p < 0,001). Giá trị SVRI trung bình đo được bằng hai phương pháp lần lượt là 1661  $\pm$  385 và 1781  $\pm$  449, chỉ số tương quan (r) là 0,846 (p < 0,001). Giá trị trung bình của thông số SVV của hai phương pháp lần lượt là 13  $\pm$  5,45 và 11  $\pm$  6,22, chỉ số tương quan (r) là 0,625 (p < 0,001).

#### 3.2.2. Sự phù hợp giữa các thông số huyết động đo bằng EC và TD

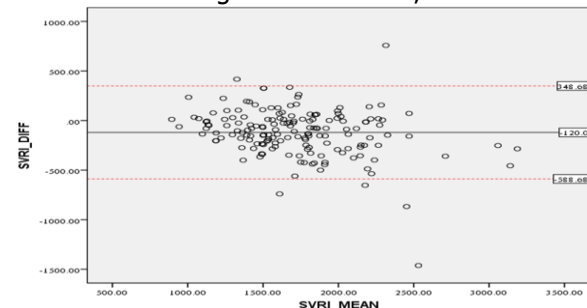


**Biểu đồ 3.2: Đồ thị Bland-Altman đánh giá sự phù hợp giữa CI đo bằng EC và TD**

**Bảng 3.3: Sự phù hợp giữa CI đo bằng EC và TD**

Sự phù hợp	EC so với TD
Trung bình sự khác biệt CI (l/min/m <sup>2</sup> )	0,33 $\pm$ 0,43
95% giới hạn trên của sự tương đồng	1,18
95% giới hạn dưới của sự tương đồng	- 0,52
Phần trăm sai số đo CI giữa EC và TD	21,4 %

**Nhận xét:** Độ lệch trung bình giữa chỉ số tim đo bằng phương pháp EC so với TD là 0,33  $\pm$  0,43 lít/phút/m<sup>2</sup> với 95% giới hạn tương đồng là từ -0,52 đến 1,18 lít/phút/m<sup>2</sup>. Chỉ số tim đo bằng 2 phương pháp EC và TD có sự phù hợp tốt vì chỉ có 10/170 cặp giá trị chỉ số tim chiếm 5,9 % rất thấp so với ngưỡng 20% nằm ngoài khoảng  $\pm$  2SD (Biểu đồ 3.2). Phần trăm sai số (Percentage error - PE) đo theo khuyến cáo của chỉ số tim đo bằng EC và TD là 21,4 %.

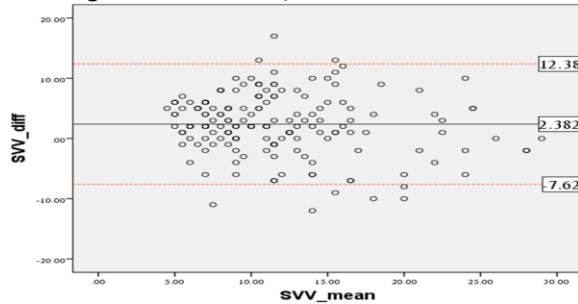


**Biểu đồ 3.3: Đồ thị Bland-Altman đánh giá sự phù hợp giữa SVRI đo bằng EC và TD**

**Bảng 3.4: Sự phù hợp giữa SVRI đo bằng EC và TD**

Sự phù hợp	EC so với TD
Trung bình sự khác biệt SVRI (d.s/cm <sup>5</sup> /m <sup>2</sup> )	-120,3 ± 239,3
95% giới hạn trên của sự tương đồng	348,08
95% giới hạn dưới của sự tương đồng	- 588,68
Phần trăm sai số đo SVRI giữa EC và TD	27,2 %

**Nhận xét:** Độ lệch trung bình giữa chỉ số sức cản hệ thống đo phương pháp EC và TD là  $-120,3 \pm 239,3$  d.s/cm<sup>5</sup>/m<sup>2</sup> với 95% giới hạn sự tương đồng là từ -588,68 đến 348,08 d.s/cm<sup>5</sup>/m<sup>2</sup>. SVRI đo bằng 2 phương pháp EC và TD có sự phù hợp tốt vì chỉ có 6/170 cặp giá trị SVRI chiếm 3,53 % rất thấp so với ngưỡng 20% nằm ngoài khoảng  $\pm 2SD$  (Biểu đồ 3.3). Phần trăm sai số (PE) đo theo khuyến cáo của SVRI đo bằng EC và TD là 27,2 %.

**Biểu đồ 3.4: Đồ thị Bland-Altman đánh giá sự phù hợp giữa SVV đo bằng EC và TD****Bảng 3.5: Sự phù hợp giữa SVV đo bằng EC và TD**

Sự phù hợp	EC so với TD
Trung bình sự khác biệt SVV (%)	$2,382 \pm 5,101$
95% giới hạn trên của sự tương đồng	12,38
95% giới hạn dưới của sự tương đồng	- 7,62
Phần trăm sai số đo SVV giữa EC và TD	84,4%

**Nhận xét:** Độ lệch trung bình giữa biến thiên thể tích tổng máu (SVV) đo bằng EC so với TD là  $2,382 \pm 5,101\%$  với 95% giới hạn sự tương đồng là từ -7,62 đến 12,38%. SVV đo bằng 2 phương pháp EC và TD có sự phù hợp tốt vì chỉ có 9/170 cặp giá trị SVV chiếm 5,3% rất thấp so với ngưỡng 20% nằm ngoài khoảng  $\pm 2SD$  (Biểu đồ 3.4). Phần trăm sai số đo theo khuyến cáo của SVV đo bằng EC và TD là 84,4%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là  $65 \pm 15,3$  tuổi, nam giới chiếm 66,67%, tương đương với nghiên cứu trên bệnh

nhân sốc nhiễm khuẩn của Nguyễn Hữu Hồng Quân có tuổi trung bình là  $64,48 \pm 17,1$ , tỉ lệ nam gần gấp đôi nữ (1,7/1) [4]. Trong nghiên cứu bệnh lý hay gặp là thủng tạng rỗng có 14 bệnh nhân (chiếm 46,7%). Tiếp theo số bệnh nhân nhiễm trùng da, mô mềm và nhiễm trùng đường mật đều là 6 (chiếm 20%), còn lại viêm phổi và tắc ruột mỗi mặt bệnh có 2 bệnh nhân (chiếm 6,7%). Kết quả nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Raue [5]; trong ICU ngoại khoa bệnh nhân thủng tạng rỗng là bệnh lý hay gặp nhất.

Nghiên cứu này được thực hiện với mục đích so sánh sự chính xác của các chỉ số huyết động đo bằng phương pháp EC trên máy Aesculon và phương pháp TD trên máy PiCCO. Đồ thị Bland-Altman được sử dụng để xác định giới hạn phù hợp giữa 2 phương pháp đo (hay phạm vi chênh lệch tính từ đường trung bình). Sự tương quan giữa hai giá trị được đánh giá bởi tính toán hệ số tương quan Pearson (r) với giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. Độ sai lệch (bias) được tính toán bằng trung bình khác biệt giữa hai phương pháp EC và TD và có độ chính xác là SD. Phần trăm sai số (PE) được tính theo công thức đề xuất của Critchley và cộng sự [6]:  $1,96 \times 100 \times SD/\text{trung bình}$ .

Trong một phân tích gộp sử dụng bias và độ chính xác thống kê để so sánh các kỹ thuật đo cung lượng tim, Critchley và cộng sự đã báo cáo một CO trung bình chung là 4,8 l/min từ 23 nghiên cứu [6]. Độ sai lệch chung từ những nghiên cứu này là 0,6 l/min, và giới hạn tương đồng chung là  $\pm 1,7$  l/min. Phần trăm sai số khi sử dụng phương pháp TEB là 37%. Các tác giả đã đưa ra các tiêu chí cho phép định lượng các giới hạn có thể chấp nhận được sự tương đồng giữa hai kỹ thuật đo CO. Tác giả giả định sai số cố hữu là  $\pm 20\%$  đối với phép đo các biến số sinh lý như CO. Ví dụ, sai số trong kỹ thuật pha loãng nhiệt là 22% khi thực hiện phép đo đơn lẻ [7]. Bằng cách kết hợp các sai số của cả thử nghiệm và tài liệu tham khảo sử dụng biểu đồ sai số, Critchley và các đồng nghiệp đã chứng minh rằng sai số phần trăm trung bình xấp xỉ 30% giữa hai phương pháp khác nhau là có thể chấp nhận được về mặt lâm sàng nếu các sai số cố hữu trong cả hai kỹ thuật tương đương với sai số mong đợi trong phép đo CO pha loãng nhiệt. Dựa theo nghiên cứu của Critchley [6] và cộng sự, chúng tôi lấy mốc PE dưới 30% là ngưỡng đạt được sự phù hợp giữa hai giá trị. Các cá thể có chỉ số nhân trắc khác nhau sẽ có ngưỡng CO bình thường khác nhau nên rất khó để đánh giá

trong khi thăm dò hoặc can thiệp hồi sức. Vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi đã lựa chọn thăm dò chỉ số tim (CI) được tính bằng công thức  $CI = CO/\text{diện tích da}$ . Chỉ số tim cho phép chuẩn hoá thông số cung lượng tim của từng bệnh nhân với mục đích đưa ra một con số trung bình và khoảng giá trị bình thường cụ thể hơn ( $2,5 \rightarrow 4 \text{ L/phút/m}^2$ ) để dễ dàng tiến hành các can thiệp hồi sức khi cần thiết.

Chỉ số tim đo được ở hai phương pháp có sự tương quan mạnh mẽ  $r = 0,848$  và  $p < 0,001$ . Độ sai lệch (bias) bằng  $0,33 \pm 0,43 \text{ l/min/m}^2$ ; có sự phù hợp tốt vì chỉ có 5,9% nằm ngoài khoảng  $\pm 2SD$  và với phần trăm sai số 21,4 % là được chấp nhận. Dựa theo kết luận của phân tích gộp của Critchley và cộng sự, có thể kết luận hai phương pháp này có thể được sử dụng thay thế nhau để đo chỉ số tim. Kết quả này tương đồng với các tác giả Vishwas Malik[2], Nguyễn Bá Tư[3]

Ngược lại, Heringlake [8] và cộng sự lại cho thấy sự tương quan kém giữa hai phương pháp trong mổ. Điều này có thể giải thích bởi sự nhiễu tín hiệu điện gây ra bởi các thiết bị sử dụng nguồn điện trong mổ làm ảnh hưởng đến việc thu phát tín hiệu của các điện cực của máy EC.

Sức cản mạch toàn thân (SVRI) đo được ở hai phương pháp có sự tương quan mạnh mẽ với  $r = 0,846$  và  $p < 0,001$ . SVRI đo bằng 2 phương pháp EC và TD có sự phù hợp tốt vì chỉ có 3,53 % giá trị nằm ngoài khoảng  $\pm 2SD$  và với phần trăm sai số  $27,2\% < 30\%$ . Do đó, nghiên cứu của chúng tôi đề xuất việc sử dụng EC trên máy Aesculon thay thế cho TD trong theo dõi SVRI trên lâm sàng là được chấp nhận.

Biến thiên thể tích nhát bóp (SVV) đo được ở hai phương pháp là có sự tương quan mạnh qua kết quả  $r = 0,625$  và  $p < 0,001$ . SVV đo bằng 2 phương pháp EC và TD có sự phù hợp tốt vì chỉ có 5,3% giá trị nằm ngoài khoảng  $\pm 2SD$ . Tuy nhiên, do phần trăm sai số giữa hai phương pháp là 84,4% rất lớn với ngưỡng 30% nên việc sử dụng EC trên máy Aesculon thay thế cho TD trong việc theo dõi SVV trên lâm sàng không được khuyến cáo. Hiện tại chưa có đủ các nghiên cứu và phân tích gộp để đưa ra tiêu chuẩn kết luận sự tương đồng giữa hai phương pháp đo SVV. Tuy nhiên, với phần trăm sai số 86%, chúng tôi khuyến cáo các bác sĩ lâm sàng nếu sử dụng EC để tham khảo bù dịch theo SVV nên đánh giá thêm các dấu hiệu lâm sàng khác.

Kỹ thuật hoà loãng nhiệt là kỹ thuật xâm lấn và ngày càng bị chỉ trích về và tỷ lệ rủi ro - lợi ích của nó. Điều này đã dẫn đến việc tiếp tục tìm kiếm các thiết bị không xâm lấn để đo CO. Đo

tim điện (EC) là một trong những phương pháp hứa hẹn đem lại thông tin chính xác và an toàn hơn cho bệnh nhân. Hiện tại ngày càng có nhiều nghiên cứu được thực hiện để đánh giá phương pháp này và cho nhiều kết quả khả quan. Cần có thêm nhiều nghiên cứu sâu hơn về thiết bị này để có thể cho ra những điều kiện cải thiện hiệu suất của nó. Một số hạn chế trong nghiên cứu này gồm: phương pháp TD mà chúng tôi sử dụng chưa được coi là tiêu chuẩn vàng. Thiếu tính mù của phương pháp, sự nhiễu điện từ của trong môi trường khiến một số kết quả đo bằng EC có thể bị sai lệch.

## V. KẾT LUẬN

CI, SVV và SVRI được đo bằng phương pháp EC trên máy Aesculon có mối tương quan và sự phù hợp tốt với các phép đo TD ở những bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Việc sử dụng phương pháp EC để theo dõi CI và SVRI thay thế phương pháp TD trên lâm sàng là phù hợp.

Hiện tại, chúng tôi không khuyến cáo sử dụng phương pháp EC để đo SVV thay thế TD để quyết định bù dịch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peters S.G., Afessa B., Decker P.A., et al.** (2003). Increased risk associated with pulmonary artery catheterization in the medical intensive care unit. *J Crit Care*, 18(3), 166–171.
2. **Malik V., Subramanian A., Chauhan S., et al.** (2014). Correlation of Electric Cardiometry and Continuous Thermodilution Cardiac Output Monitoring Systems. *World Journal of Cardiovascular Surgery*, 4(7), 101–108.
3. **Nguyễn Bá Tư** (2022). Đánh giá vai trò theo dõi huyết động và hướng dẫn điều trị của phương pháp đo điện trở lồng ngực ở bệnh nhân sau mổ tim hở. Luận văn Thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Hữu Hồng Quân** (2022). Giá trị tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn bằng chỉ số nước ngoài phổi. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Raue W., Swierzy M., Koplin G., et al.** (2009). Comparison of electrical velocimetry and transthoracic thermodilution technique for cardiac output assessment in critically ill patients. *Eur J Anaesthesiol*, 26(12), 1067–1071.
6. **Critchley L.A. and Critchley J.A.** (1999). A meta-analysis of studies using bias and precision statistics to compare cardiac output measurement techniques. *J Clin Monit Comput*, 15(2), 85–91.
7. **Mackenzie J.D., Haites N.E., and Rawles J.M.** (1986). Method of assessing the reproducibility of blood flow measurement: factors influencing the performance of thermodilution cardiac output computers. *Br Heart J*, 55(1), 14–24.
8. **Heringlake M., Handke U., Hanke T., et al.** (2007). Lack of agreement between thermodilution and electrical velocimetry cardiac output measurements. *Intensive Care Med*, 33(12), 2168–2172.

# NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI NHÓM I THEO PHÂN LOẠI CỦA ROBSON TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC KẠN

Phạm Xuân Minh<sup>1,3</sup>, Hoàng Đức Vĩnh<sup>2</sup>, Hoàng Thu Soan<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm mổ lấy thai ở thai phụ nhóm 1 theo phân loại của Robson tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 191 thai phụ nhóm 1 theo phân loại của Robson tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn năm 2023. **Kết quả:** Nguyên nhân mổ lấy thai về phía mẹ chiếm 46,1%; do thai chiếm tỉ lệ 34,0%, tiếp đến là nguyên nhân khác chiếm 27,7%; do phần phụ của thai chiếm 27,2%. Tuổi thai từ 37 đến 40 tuần chiếm 90,6%, có 86,4% thuộc giai đoạn chuyển dạ tiềm tàng.

**Từ khóa:** Mổ lấy thai, phân loại của ROBSON, bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn

## SUMMARY

### STUDY ON INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION GROUP I BY ROBSON'S CLASSIFICATION AT BAC KAN GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Describe the characteristics of cesarean section in group 1 pregnant women according to Robson's classification at Bac Kan province general hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study conducted on 191 group 1 pregnant women according to Robson's classification at Bac Kan Provincial General Hospital in 2023. **Results:** The cause of cesarean section on the mother's side accounts for 46.1%; Fetal causes account for 34.0%, followed by other causes at 27.7%; due to fetal appendages accounting for 27.2%. Gestational age from 37 to 40 weeks accounts for 90.6%; 86.4% were in the latent phase of labor.

**Keywords:** Caesarean section, ROBSON classification, Bac Kan general hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tỉ lệ mổ lấy thai trên thế giới đang có xu hướng gia tăng và nó đang dần trở thành một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo, tỉ lệ mổ lấy thai không nên vượt quá 15% ở các quốc gia và vùng lãnh thổ [10]. Tuy nhiên trong thực tế hiện nay tỉ lệ mổ lấy thai ở các nước trên thế giới có xu hướng tăng dần đều theo từng năm. Tình trạng

mổ lấy thai hiện nay không chỉ gặp ở những thai kì có nguy cơ cao mà còn gặp cả ở những thai kì có nguy cơ thấp. Tuy nhiên đối với những trường hợp mang thai có nguy cơ thấp, mổ lấy thai gây nguy cơ cao về biến chứng và tỉ lệ tử vong cho mẹ hơn so với sinh đường âm đạo [7]. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị hệ thống phân loại nhóm Robson làm tiêu chuẩn toàn cầu để đánh giá, theo dõi và so sánh tỷ lệ mổ lấy thai ở các cấp độ [8].

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Lê Quang Thanh (2015) [5] thống kê theo nhóm phân loại của Robson tại Bệnh viện Từ Dũ cũng đã chỉ ra rằng: chiến lược then chốt để có tỉ lệ mổ lấy thai hợp lý là can thiệp vào nhóm 1 theo phân loại của Robson (thai phụ con so, đơn thai, ngôi đầu  $\geq 37$  tuần, chuyển dạ tự nhiên). Nghiên cứu gần đây của tác giả Đoàn Vũ Đại Nam (2016) tại Bệnh viện Hùng Vương có tỉ lệ mổ lấy thai là 47,6%, trong đó nhóm 1 tỉ lệ mổ lấy thai là 40,4%, góp phần vào tỉ lệ mổ lấy thai chung là 13,9%, cũng chính là nhóm đáng được quan tâm nhằm có tỉ lệ mổ lấy thai hợp lý [2].

Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn hiện nay cũng đang nỗ lực khống chế tỉ lệ mổ lấy thai đồng thời giảm tỉ lệ mổ lấy thai để hạn chế những biến chứng trong tương lai gần cho mẹ và con. Chính vì những lí do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm mổ lấy thai ở thai phụ nhóm 1 theo phân loại của Robson tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

\* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Hồ sơ bệnh án của tất cả các thai phụ tới nhập viện và sinh có chỉ định mổ lấy thai nhóm 1 theo phân loại của Robson tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn.

\* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Mổ lấy thai từ nơi khác chuyển đến vì các nguyên nhân khác hoặc hồ sơ bệnh án ghi chép không đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

**2.2 Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả thiết kế cắt ngang

**2.3 Cỡ mẫu:** toàn bộ. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Chọn toàn bộ thai phụ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu từ 1/9/2022 đến 30/9/2023.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023



Chúng tôi tiến hành lựa chọn và nghiên cứu trên 191 thai phụ có chỉ định mổ lấy thai nhóm 1 theo phân loại của Robson.

**2.4 Phân tích xử lý số liệu:** Sử dụng các thuật toán thống kê y học cơ bản; số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 25.0

**2.5 Đạo đức nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu hồi cứu chỉ ghi nhận số liệu từ hồ sơ trong kho lưu trữ hồ sơ bệnh án mà không thực hiện bất kỳ can thiệp gì trên bệnh nhân tham gia nghiên cứu và được thông qua hội đồng đạo đức trường đại học Y dược Thái Nguyên.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.11. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (n=191)	Tỉ lệ (%)
<b>Nhóm tuổi</b>		
≤ 18	5	2,6
19-34	165	86,4
≥ 35	21	11,0
Trung bình (Min, Max): 26,93 ± 5,66 (17, 42)		
<b>Bệnh nội khoa</b>		
Không	142	74,3
Có	49	25,7
<b>Đặc điểm mang thai</b>		
Tự nhiên	185	96,9
Hỗ trợ sinh sản	06	3,1
<b>Dân tộc</b>		
Kinh	47	24,6
Khác	144	75,4

**Nhận xét:** Tuổi trung bình 26,93 ± 5,66 tuổi. Tỉ lệ mang thai hỗ trợ sinh sản chiếm 3,1%.

**Bảng 3.12. Đặc điểm tình trạng mang thai của thai phụ khi nhập viện**

Đặc điểm	Số lượng (n=191)	Tỉ lệ %
<b>Tuổi thai (tuần)</b>		
37 – 40	173	90,6
Từ > 40 tuần	18	9,4
<b>Giai đoạn chuyển dạ</b>		
Tiềm tàng	165	86,4
Hoạt động	26	13,6
<b>Thiếu ối</b>		
Có	48	25,1
Không	143	74,9
<b>Tình trạng ối</b>		
Chưa vỡ	152	79,6
Vỡ	36	18,8
Rỉ	3	1,6
<b>Màu sắc nước ối (n=39)</b>		
Trắng đục	27	69,2
Xanh	8	20,5
Vàng	2	5,1
Khác	2	5,1

**Nhận xét:** Nhóm tuổi thai từ 37 - 40 tuần chiếm tỉ lệ 90,6%. Có 86,4% thuộc giai đoạn chuyển dạ tiềm tàng. Tình trạng ối khi nhập viện: thiếu ối chiếm 25,1%; ối vỡ chiếm 18,8%, rỉ ối 1,6%.

**Bảng 3.13. Chỉ định mổ lấy thai theo các nhóm nguyên nhân**

Nguyên nhân		Số lượng	Tỷ lệ%
Về phía mẹ	Đường sinh dục	43	22,5
	Bệnh lý	45	23,6
Về phía thai		65	34,0
Về phía phần phụ của thai		52	27,2
Chỉ định khác		53	27,7

**Nhận xét:** Nguyên nhân mổ lấy thai do thai chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 34,0%, tiếp đến là nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm 27,2%.

**Bảng 3.14. Các chỉ định mổ lấy thai trong nhóm nguyên nhân về phía mẹ**

Chỉ định mổ lấy thai về phía mẹ		Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Góp phần tỉ lệ MLT chung(%)
Đường sinh dục (n=43)	Khung chậu giới hạn	26	60,5	13,6
	Tử cung dị dạng	2	4,7	1,0
	Dọa vỡ TC/CTC cường tính	5	11,6	2,6
	Khối U tiền đạo	4	9,3	2,1
	Do âm hộ, âm đạo, TSM	6	14,0	3,1
Bệnh lý (n=45)	Tiền sản giật	15	33,3	7,9
	Tim mạch	2	4,4	1,0
	Tiểu đường	11	24,4	5,8
	Bệnh khác	17	37,8	8,9

**Nhận xét:** Trong nhóm nguyên nhân liên quan đường sinh dục thì 60,5% là do khung chậu giới hạn. Trong nhóm bệnh lý thì do tiền sản giật chiếm 33,3%, các bệnh lý khác chiếm 37,8%.

**Bảng 3.15. Các chỉ định mổ lấy thai về phía thai và phần phụ của thai**

Chỉ định mổ lấy thai về phía thai và phần phụ của thai		Số lượng	Tỷ lệ %	Góp phần tỉ lệ MLT chung(%)
Thai	Ngôi trán, ngôi mặt	5	7,7	2,6
	Thai to toàn bộ	33	50,8	17,3
	Thai suy	17	26,2	8,9
	Ngôi không lọt	10	15,4	5,2
Phần phụ của thai	Rau tiền đạo	5	9,6	2,6
	Rau bong non	6	11,5	3,1
	Cạn ối	33	63,5	17,3
	Sa dây rốn	1	2,0	0,5
	Khác	9	17,3	4,7

**Nhận xét:** Trong nhóm nguyên nhân do thai có 50,8% do thai to toàn bộ; trong nhóm

nguyên nhân do phần phụ của thai có 63,5% là cận ối.

**Bảng 3.6. Chỉ định mổ lấy thai do nhóm nguyên nhân khác**

Chỉ định mổ lấy thai do nhóm nguyên nhân khác	Số lượng	Tỷ lệ %	Góp phần tỉ lệ MLT chung(%)
<b>Truyền đề chỉ huy thất bại</b>	CTC không tiến triển	10	52,6
	Thai suy	5	26,3
	Ngôi không lọt	5	26,3
<b>Khác</b>	Con so lớn tuổi	2	5,9
	Con so lớn tuổi, con hiếm	14	41,2
	Điều trị vô sinh	7	20,6
	Yêu cầu mổ	22	64,7

**Nhận xét:** Về phía các nguyên nhân khác thì có 64,7% là yêu cầu mổ, tiếp đến là 52,6% do CTC không tiến triển.

#### IV. BÀN LUẬN

Mổ lấy thai là một chỉ số quan trọng về khả năng tiếp cận và chất lượng dịch vụ sức khỏe bà mẹ. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị hệ thống phân loại nhóm mười Robson làm tiêu chuẩn toàn cầu để đánh giá, theo dõi và so sánh tỷ lệ mổ lấy thai ở mọi cấp độ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 191 thai phụ được phân loại nhóm I của Robson. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi từ 19 đến 24 chiếm tỉ lệ cao nhất (35,1%), tiếp đến là nhóm tuổi từ 25 đến 29 tuổi, tuổi từ 35 tuổi trở lên có 21 trường hợp chiếm 11,0%; nhóm tuổi thấp nhất là từ 18 tuổi trở xuống chiếm 2,6%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $26,93 \pm 5,66$  tuổi, nằm trong độ tuổi có các yếu tố nguy cơ thấp. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Công và Nguyễn Hồng Hoa (2018) với nhóm tuổi từ 25 đến 29 chiếm tỉ lệ cao nhất (37,58%) tiếp đến là nhóm tuổi từ 19 đến 24 chiếm 28,03% [1]. Theo nghiên cứu của Khổng Thị Vân, Nguyễn Quảng Bắc và Vũ Ngân Hà (2022) cho thấy Trong 179 sản phụ MLT nhóm I Robson thì có tới 84,4% các sản phụ có nhóm tuổi từ 20-30, nhóm có tỉ lệ thấp nhất là > 35 tuổi (1,7%). Tuổi trung bình của sản phụ đẻ là  $27,5 \pm 6,7$  tuổi [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, giai đoạn chuyển dạ hầu hết ở giai đoạn tiềm tàng chiếm 86,4%. Theo nghiên cứu của Khổng Thị Vân, Nguyễn Quảng Bắc và Vũ Ngân Hà (2022) cho thấy sản phụ được mổ lấy thai ở pha tiềm tàng là 60,9% [6]. Qua thăm khám đánh giá thì có 25,1% thiếu ối; 18,8% ối vỡ và 1,6% có rỉ ối. Về màu sắc ối chỉ 69,2% là trắng đục.

Màu ối phản ánh một phần tình trạng sức khỏe thai nhi. Theo nghiên cứu của Đoàn Vũ Đại Nam và Nguyễn Duy Tài (2018) cho thấy tỉ lệ thiếu ối là 44,7%, 77,3% ối xấu [2].

Trong các trường hợp mổ lấy thai, chia ra nhiều nhóm nguyên nhân mổ lấy thai khác nhau; Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân mổ lấy thai do thai chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 34,0%, tiếp đến là nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm 27,2%; nhóm nguyên nhân thấp nhất là do truyền đề chỉ huy thất bại chiếm 9,9%. Theo nghiên cứu của Vũ Văn Tâm và Lưu Vũ Dũng (2021) nghiên cứu trên 369 sản phụ mổ lấy thai trong nhóm 1 theo phân loại Robson cho thấy Nguyên nhân mổ lấy thai do chuyển dạ ngừng tiến triển và do thai, phần phụ của thai chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 34,15% và 37,4%; Nhóm thấp nhất là nhóm nguyên nhân bất thường về phía mẹ chiếm tỉ lệ 6,78% [4]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Công và Nguyễn Hồng Hoa (2018) cho thấy nhóm nguyên nhân mổ lấy thai do chuyển dạ ngừng tiến triển tỉ lệ cao nhất 54,78%. Nhóm thấp nhất là nhóm nguyên nhân do bất xứng đầu chậu và cơn go cường tính chiếm tỉ lệ 1,55% [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm nguyên nhân liên quan đường sinh dục thì 60,5% là do khung chậu giới hạn. Theo nghiên cứu của Đỗ Như Quỳnh (2022) cho thấy trong nhóm bệnh nhân mổ lấy thai do nguyên nhân liên quan đến khung chậu chiếm 43,2% [3]. Trong đó chủ yếu là do khung chậu hẹp, khung chậu lệch. Khung chậu hẹp, khung chậu méo thường là hậu quả của dị tật từ nhỏ do bệnh tật bẩm sinh hoặc tình trạng suy dinh dưỡng trong tiền sử của bà mẹ.

Trong nhóm bệnh lý thì do tiền sản giật chiếm 33,3%, các bệnh lý khác chiếm 37,8%. Theo nghiên cứu của Đỗ Như Quỳnh (2022) cho thấy tỉ lệ tiền sản giật chiếm 27,2% trong số mổ lấy thai do nguyên nhân bệnh lý người mẹ [3]. Trong nhóm nguyên nhân do thai có 50,8% do thai to toàn bộ; trong nhóm nguyên nhân do phần phụ của thai có 63,5% là cận ối. Về phía các nguyên nhân khác thì có 64,7% là yêu cầu mổ, tiếp đến là 52,6% do CTC không tiến triển. Theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân dẫn tới mổ lấy thai ở nhóm thai phụ được phân loại I của Robson cho thấy mất cân đối vùng đầu chậu là chỉ định phổ biến nhất (74,7%), tiếp theo là tình trạng nhịp tim thai không đảm bảo (21,2%) [9]. Ngoài ra nghiên cứu còn chỉ ra nhiều nguyên nhân dẫn tới chỉ định mổ lấy thai trong đó yếu tố xã hội cũng chiếm con số nhất định (22/191



trường hợp chiếm 11,5%). Đây là chỉ định mổ do yêu cầu, nguyện vọng của bệnh nhân và dẫn tới tăng tỉ lệ mổ lấy thai con so. Vì vậy nếu muốn giảm tỉ lệ mổ lấy thai đặc biệt ở con so thì ngành sản khoa cần phải tuyên truyền cho thai phụ hiểu về các nguy cơ của chuyển dạ, nguy cơ của mổ lấy thai, lợi ích của đẻ đường âm đạo. Đồng thời các chỉ định mổ lấy thai chặt chẽ hơn, đều tay hơn thì chắc chắn tỉ lệ mổ lấy thai trên nhóm con so sẽ có thay đổi đáng kể.

## V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân mổ lấy thai do thai chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 34,0%, tiếp đến là nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm 27,2%; nhóm nguyên nhân thấp nhất là do truyền đề chỉ huy thất bại chiếm 9,9%. Tuổi thai từ 37 đến 40 tuần chiếm 90,6%, giai đoạn chuyển dạ chủ yếu ở giai đoạn tiềm tàng (86,4%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Công, Nguyễn Hồng Hoa (2018). Tỉ lệ mổ lấy thai nhóm I theo nhóm phân loại của Robson tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 22 (Số 1), 93-98.
2. Đoàn Vũ Đại Nam và Nguyễn Duy Tài (2018). Khảo sát tỉ lệ mổ lấy thai theo nhóm phân loại của Robson tại Bệnh viện Hùng Vương 2016 - 2017. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 22 (Số 1), 86-92.

3. Đỗ Như Quỳnh (2022). Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai con so tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2021, Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội, Hà Nội.
4. Vũ Văn Tâm và Lưu Vũ Dũng (2021). Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai nhóm I theo phân loại của Robson tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 509 (Số 2), 239-242.
5. Lê Quang Thanh (2016). Chiến lược giảm tỉ lệ mổ lấy thai, Hội nghị Sản phụ khoa Việt Pháp lần thứ 16,
6. Khổng Thị Vân, Nguyễn Quảng Bắc và Vũ Ngân Hà (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các sản phụ mổ lấy thai con so đủ tháng tại viện 19-8 Bộ công an. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 520 (Tháng 11 số 1b), 111-114.
7. Dahlke Joshua D, Mendez-Figueroa Hector, Rouse Dwight J et al (2013). Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. American journal of obstetrics and gynecology, 209 (4), 294-306.
8. Ferid A. Abubeker, Biruck Gashawbeza, Thomas Mekuria Gebre et al (2020). Analysis of cesarean section rates using Robson ten group classification system in a tertiary teaching hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth, 20 (2020), 1-7.
9. Panupong Ngamthong and Dittakarn Boriboonhirunsarn (2023). Cesarean Section Rate and Associated Risk Factors in Group 1 Robson Classification. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, 31 (1), 11-20.
10. World Health Organization (2015). WHO statement on caesarean section rates. 2015. WHO Reference Number: WHO/RHR/15.02.

# ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG DẪN BỊ TỔN THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG TẠI TRUNG TÂM CƠ XƯƠNG KHỚP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Kim Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hùng<sup>1,2</sup>, Bùi Hải Bình<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và nhận xét một số yếu tố liên quan đến hội chứng dẫn bị tổn thương (HCDBTT) ở bệnh nhân xơ cứng bì tại Trung tâm Cơ Xương Khớp- Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xơ cứng bì hệ thống theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2013, trong thời gian từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 06 năm 2023. **Kết quả:** Trong 52 BN xơ cứng bì nghiên cứu, 76,9% BN có HCDBTT,

với mức độ nhẹ, vừa và nặng tương ứng là 34,6%, 26,9% và 15,4%. Trong 10 tiêu chí HCDBTT theo thang điểm CRAF, một môi, bệnh đồng mắc, sử dụng nhiều thuốc chiếm chủ yếu, tương ứng là 95%, 80,8% và 94,2%. Về các yếu tố liên quan đến HCDBTT, nhóm có tổn thương phổi kể có tỷ lệ HCDBTT cao hơn (89,2% so với 46,7%), sự khác biệt có ý nghĩa với  $p=0,005$ , nhóm dùng thuốc ức chế miễn dịch có tỷ lệ HCDBTT cao hơn (91,4% so với 47,1%), sự khác biệt có ý nghĩa với  $p=0,005$ , hội chứng Raynaud làm tăng tỷ lệ HCDBTT (92,6% so với 60%), sự khác biệt có ý nghĩa với  $p=0,038$ . Ngược lại, HCDBTT không khác biệt giữa các nhóm tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, dung tích sống gắng sức và mức độ dày da ( $p>0,05$ ). **Kết luận:** Bệnh nhân xơ cứng bì thường mắc HCDBTT, tình trạng này có liên quan đến tổn thương phổi kể, hội chứng Raynaud và sử dụng thuốc ức chế miễn dịch. Do vậy, các bệnh nhân cần được cân nhắc đánh giá HCDBTT để góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn diện.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

Email: bsbhnt25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

**Từ khóa:** Hội chứng dễ bị tổn thương, Xơ cứng bì, Thang điểm CRAF

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF FRAILTY SYNDROME IN SYSTEMIC SCLEROSIS PATIENTS AT CENTER FOR RHEUMATOLOGY – BACH MAI HOSPITAL

**Objectives:** Determine the prevalence of the frailty syndrome and its associated factors in patients with systemic sclerosis (SSc) at Centre for Rheumatology in Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on 52 patients with systemic sclerosis according to the 2013 ACR/EULAR classification criteria between January 2023 and June 2023. **Results:** Frailty syndrome was revealed in 52 SSc patients for a prevalence of 76.9%, with the prevalence of mild, moderate, and severe frailty were 34.6%, 26.9%, and 15.4% respectively. Among the 10 variables included in the CRAF index, the high prevalence of fatigue (95%), comorbidity (80,8%), and polypharmacy (94,2%) were observed. Regarding factors related to frailty syndrome, the group with interstitial lung damage has a higher frailty syndrome rate (89.2% compared to 46.7%), the difference is significant with  $p=0.005$ , the group using immunosuppressive drugs has a higher frailty syndrome rate (91.4% compared to 47.1%), the difference is significant with  $p=0.005$ , Raynaud's syndrome increases the frailty syndrome rate (92.6% compared to 60%), the difference is significant with  $p=0.038$ ; otherwise, it was studied not about age, gender, time since diagnosis, forced vital capacity and skin thickness. **Conclusion:** Patients with systemic sclerosis often have frailty syndrome, this condition is related to interstitial lung damage, Raynaud's syndrome, and the use of immunosuppressive drugs. Therefore, the patients need to be considered for frailty syndrome assessment to contribute to improving the quality of comprehensive health care. **Keywords:** Frailty syndrome, Systemic sclerosis, CRAF index

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì hệ thống (XCBHT) là bệnh qua trung gian miễn dịch, đặc trưng bởi tình trạng xơ hóa tiến triển của da và các cơ quan nội tạng kèm tổn thương mạch máu. Bệnh thường gặp ở nữ giới, độ tuổi 30 đến 50, đây là nguyên nhân tử vong chủ yếu trong các bệnh thấp khớp.<sup>1</sup>

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một hội chứng lâm sàng, xuất hiện do sự giảm dự trữ sinh lý và chức năng trên nhiều cơ quan, dẫn đến tình trạng tăng khả năng dễ bị tổn thương và các hậu quả bất lợi cho sức khỏe. Bệnh nhân (BN) có nguy cơ dễ bị ngã, suy giảm nhận thức, khuyết tật, sống phụ thuộc, tăng tỷ lệ mắc bệnh cấp tính, kéo dài thời gian nằm viện, và gia tăng tỷ lệ tử vong.<sup>2</sup> HCDBTT thường xảy ra ở người cao tuổi, mắc bệnh mạn tính như đái

tháo đường, tăng huyết áp, suy tim và các bệnh lý khớp viêm, trong đó có XCBHT. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu trước cho thấy HCDBTT thường gặp ở bệnh nhân XCBHT, mức độ HCDBTT có liên quan đến nguy cơ tử vong trên bệnh nhân XCBHT.<sup>3</sup> Việc đánh giá HCDBTT ở bệnh nhân XCBHT có thể hỗ trợ việc quản lý, điều trị và tiên lượng bệnh, từ đó góp phần tăng cường chăm sóc sức khỏe và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về HCDBTT ở bệnh nhân XCBHT. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống tại Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 52 bệnh nhân đến khám và điều trị tại trung tâm Cơ Xương Khớp Bv Bạch Mai từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 06 năm 2023.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán XCBHT theo tiêu chuẩn của hội Khớp học Mỹ và hội Khớp học Châu Âu 2013 (ACR/EULAR 2013).
- BN có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, có khả năng thực hiện bài tập vận động.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN tinh thần không ổn định, hoặc đang mắc các bệnh nặng cấp tính.
- BN không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, hoặc có chống chỉ định vận động và hoạt động thể lực
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

**Tiến hành nghiên cứu và biến số, chỉ số nghiên cứu:**

- Những BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được hỏi bệnh, thăm khám và phỏng vấn theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất

- Thu nhập thông tin chung: tuổi, giới, nơi sống, thời gian từ lúc chẩn đoán bệnh, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể BMI, mức độ dày da theo điểm Rodnan sửa đổi (mRSS), tình trạng tổn thương phổi kẽ, hội chứng Raynaud, điều trị ức chế miễn dịch.

- Đo cơ lực tay bằng máy 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 gấp 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.

- Sử dụng thang điểm CRAF gồm 10 tiêu chí để đánh giá HCDBTT. Các tiêu chí đánh giá 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. Phân loại mức độ: điểm CRAF từ 0 đến 0.12: bình thường, > 0.12 đến ≤ 0.24 HCDBTT nhẹ, > 0.24 đến ≤ 0.36 HCDBTT vừa, > 0.36 HCDBTT nặng.

- Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26. Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. Các tần suất được trình bày theo tỷ lệ %. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=52)**

Đặc điểm		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 40	3	5,8
	41 - 59	29	55,8
	≥ 60	20	38,4
Tuổi trung bình		56,3 ± 10,69 (Min:22, Max:74)	
Giới	Nam	8	15,4
	Nữ	44	84,6
Thời gian mắc bệnh (năm)	≤ 3	34	65,4
	>3 - ≤ 7	9	17,3
	> 7	9	17,3
Thời gian từ lúc chẩn đoán bệnh trung bình (năm)		3,7 ± 3,81 (Min:0,1, Max:20)	
Mức độ dày da theo Rodnan sửa	mRSS = 0	0	0
	mRSS = 1- 17	25	48,1
	mRSS = 18-34	22	42,3

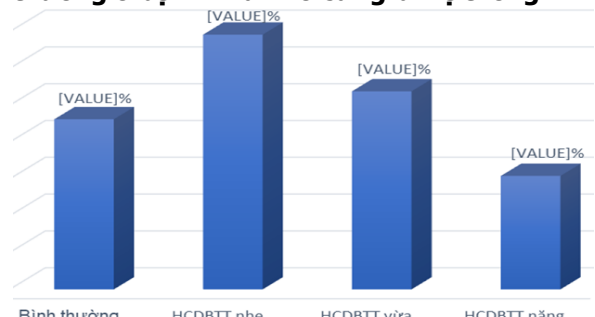
**Bảng 2: Đặc điểm các tiêu chí thành phần của HCDBTT**

Tiêu chí thành phần		N	Tỷ lệ (%)	Điểm cao nhất	X ± SD
Tình trạng dinh dưỡng (BMI)	Bình thường/thừa cân	38	73,1	1,0	0,20 ± 0,36
	Béo phì	7	13,5		
	Nhẹ cân	7	13,5		
Cơ lực tay (kg)				34	20,73 ± 6,21
Té ngã		0	0	0	0
Bệnh đồng mắc		42	80,8	0,5	0,23±0,14
Sử dụng nhiều thuốc		49	94,2	1,0	0,70 ± 0,30
Hoạt động xã hội		21	47,7	1,0	0,26 ± 0,30
Đau		32	61,5	0,6	0,15 ± 0,14
Mệt mỏi		47	95	0,6	0,23 ± 0,12
Hoạt động thể chất		38	73,1	0,8	0,17 ± 0,15

đôi (mRSS)	mRSS = 35-51	5	9,6
Điểm dày da theo mRSS trung bình		19,9 ± 8,65 (Min:5, Max:40)	
Hội chứng Raynaud	Có	27	51,9
	Không	25	48,1
Tổn thương phổi kẽ	Có	37	71,2
	Không	15	28,8
Dung tích sống gắng sức (FVC)	FVC ≥ 80%	12	23,1
	FVC<80%-60%	22	42,3
	FVC < 60%	10	19,2
Dung tích sống gắng sức trung bình		68,7 ± 26,81 (Min:46, Max:120)	
Dùng thuốc ức chế miễn dịch	Có	35	67,3
	Không	17	32,7

**Nhận xét:** Bệnh xuất hiện chủ yếu ở nữ giới (chiếm 84,6%). Tuổi mắc bệnh trung bình là 56,3 tuổi, đa số BN mắc bệnh trong khoảng từ 41-59 tuổi (55,8%). 51,9% BN có hội chứng Raynaud. Đa số BN XCBHT có tổn thương phổi kẽ (71,2%) và có sử dụng thuốc ức chế miễn dịch (67,3%).

#### 3.2. Tỷ lệ và đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân xơ cứng bì**

**Nhận xét:** Trong 52 bệnh nhân XCBHT, đa số BN có HCDBTT (chiếm 76,9%), trong đó, HCDBTT mức độ nhẹ chiếm 34,6%, mức độ vừa chiếm 26,9% và nặng chiếm 15,4%.

<b>Trầm cảm</b>	23	44,2	0,4	0,09 ± 0,12
<b>Tổng điểm CRAF</b>	40	76,9	0,59	0,23 ± 0,12

**Nhận xét:** Trong các tiêu chí thành phần của HCDBTT theo thang điểm CRAF, sử dụng nhiều thuốc cùng lúc chiếm tỷ lệ cao nhất (94,2%) và 80,8% BN có bệnh đồng mắc. Tình trạng mệt mỏi, đau, trầm cảm khá phổ biến, tương ứng gặp ở 95%, 61,5% và 44,2% BN, trong đó mức độ mệt

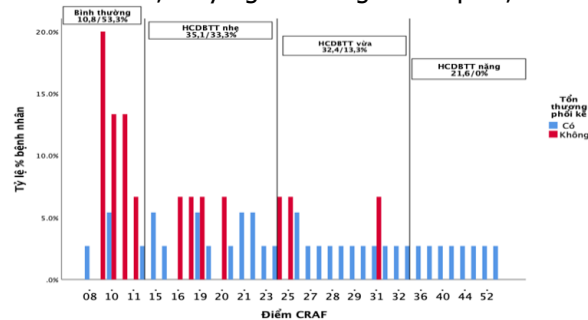
mỏi chủ yếu là vừa và nhẹ. Tỷ lệ BN bị ảnh hưởng về hoạt động xã hội và hoạt động thể chất tương ứng là 47,7% và 73,1%.

### 3.3. Môi liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và một số đặc điểm ở nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3: Liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và đặc điểm chung**

Đặc điểm		Bình thường (%)	HCDBTT nhẹ (%)	HCDBTT vừa (%)	HCDBTT nặng (%)	P
<b>Tuổi</b>	≤ 40	33,3	66,7	0	0	0,766
	41 - 59	24,1	37,9	24,1	13,8	
	≥ 60	20	25	35	20	
<b>Giới</b>	Nam	25	37,5	25	12,5	1.000
	Nữ	22,7	34,1	27,3	15,9	
<b>Thời gian từ lúc chẩn đoán bệnh (năm)</b>	≤ 3	29,4	29,4	29,4	11,8	0,423
	>3 - ≤ 7	22,2	44,4	22,2	11,1	
	> 7	0	44,4	22,2	33,3	
<b>Mức độ dày da theo Rodnan sửa đổi</b>	mRSS = 0	0	0	0	0	0,811
	mRSS =1- 17	24	32	32	12	
	mRSS =18-34	27,3	36,4	18,2	18,2	
	mRSS =35-51	0	40	40	20	
<b>Tổn thương phổi kẽ</b>	Có	10,8	35,1	32,4	21,6	0,005
	Không	53,3	33,3	13,3	0	
<b>Dung tích sống gắng sức (FVC)</b>	≥ 80%	10	30	20	40	0,176
	< 80% - 60%	13,6	40,9	36,4	9,1	
	< 60%	41,710	16,7	33,3	8,3	
<b>Dùng thuốc ức chế miễn dịch</b>	Có	8,6	37,1	34,3	20	0,005
	Không	52,9	29,4	11,8	5,9	
<b>Hội chứng Raynaud</b>	Có	7,4	40,7	29,6	22,2	0,038
	Không	40	28	24	8	

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa HCDBTT với tình trạng tổn thương phổi kẽ, dùng thuốc ức chế miễn dịch, và hội chứng Raynaud ở bệnh nhân XCBHT, có ý nghĩa thống kê với p<0,05.



**Biểu đồ 2: Tổn thương phổi kẽ với HCDBTT ở bệnh nhân XCBHT**

#### IV. BÀN LUẬN

Trong số 52 BN nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ 84,6% cao hơn so với nam giới là 15,4%, tỷ lệ nữ/ nam khoảng 5,5/1. Tuổi trung bình mắc bệnh là 56,33 ± 10,69, đa số thuộc nhóm 41-59 tuổi

với tỷ lệ 55,8%. Đặc điểm dịch tễ học như tuổi và giới của bệnh nhân trong nghiên cứu này phù hợp với các đặc điểm dịch tễ học của XCBHT và các nghiên cứu trước. Lưu Phương Lan cho thấy tuổi trung bình là 52,5 và giới nữ chiếm 78%.<sup>4</sup> Đa số BN xơ cứng bì có tổn thương phổi kẽ (chiếm 71,2%), kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Lưu Phương Lan với 76,4%, tác giả Gatta cũng cho thấy hầu hết BN xơ cứng bì có tổn thương phổi kẽ với 85%.<sup>4,5</sup> Có khoảng 60% các ca tử vong ở BN xơ cứng bì liên quan đến tổn thương phổi, điều này cho thấy rằng tầm soát và đánh giá tình trạng tổn thương phổi là quan trọng, giúp tiên lượng nguy cơ tử vong.

Có 40 BN có HCDBTT chiếm 76,9%, trong đó HCDBTT mức độ nhẹ chiếm 34,6%, mức độ vừa chiếm 26,9% và mức độ nặng chiếm 15,4%. Theo ghi nhận trên các nghiên cứu ở các quốc gia và các đối tượng khác nhau thì tỷ lệ HCDBTT cũng khác nhau rất nhiều từ 4% đến 59,1%.<sup>6</sup> Theo Vanessa, nghiên cứu trên 94 BN XCBHT bằng thang điểm PFP (Physical Frailty Phenotype

by Fried) cho thấy tỷ lệ HCDBTT và tiền HCDBTT là 35,1% và 56,4%.<sup>3</sup> Sự khác biệt giữa các nghiên cứu là do HCDBTT được đánh giá theo các tiêu chuẩn khác nhau. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang điểm CRAF với ưu điểm: đánh giá HCDBTT ở nhiều khía cạnh hơn, chuyên sâu hơn cho nhóm bệnh lý cơ xương khớp, do đó đánh giá sức khỏe toàn diện hơn với mức độ tin cậy và chính xác cao. Thêm nữa, nhóm đối tượng nghiên cứu có tỉ lệ HCDBTT cao hơn (76,9%), thực hiện chủ yếu trên BN nội trú làm cho tỷ lệ HCDBTT có thể cao hơn các nghiên cứu khác.

Tỷ lệ HCDBTT ở BN xơ cứng bì có tổn thương phổi kẽ là 89,2%, trong đó HCDBTT mức độ nặng là 21,6%, tiếp theo đó mức độ vừa là 32,4% và nhẹ là 35,1%. Trong khi đó, tỷ lệ không bị HCDBTT ở BN không có tổn thương phổi kẽ là 53,3%. Có liên quan mật thiết giữa HCDBTT và BN XCBHT có tổn thương phổi kẽ với  $p < 0,01$ . Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu khác như Guler SA (2017) và S.Bhorade (2019) cùng quan điểm về mối liên quan giữa HCDBTT và tình trạng tổn thương phổi kẽ.<sup>8,9</sup> Khi phân tích mối liên quan giữa HCDBTT và BN XCBHT có hội chứng Raynaud, ghi nhận mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,038$ . Hội chứng Raynaud gây đau do thiếu máu cục bộ, có thể dẫn đến loét đầu chi, loạn dưỡng chi, trường hợp nặng tổn thương không hồi phục gây nhiễm trùng, hoại tử, cắt cụt chi. Tình trạng này có thể ảnh hưởng ở các mức độ khác nhau đến sinh hoạt hàng ngày của BN như hoạt động thể chất, hoạt động xã hội, từ đó làm tăng nguy cơ mắc HCDBTT. Nhóm BN dùng thuốc ức chế miễn dịch có tỷ lệ HCDBTT cao hơn nhóm không dùng thuốc (91,4% so với 47,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,005$ . Mặc dù không thể phủ nhận tác dụng điều trị của nhóm thuốc ức chế miễn dịch trong điều trị bệnh XCBHT, nhưng độc tính của thuốc có thể gây ảnh hưởng đến người bệnh, làm tăng nguy cơ dễ bị tổn thương. Các thử nghiệm lâm sàng trên thế giới cũng ghi nhận, việc sàng lọc HCDBTT ở nhóm bệnh nhân bệnh lý khớp viêm có thể xác định được nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, từ đó cải thiện được chất lượng điều trị, bệnh nhân giảm nguy cơ bị ảnh hưởng từ tác dụng phụ của thuốc ức chế miễn dịch.

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 ở bệnh nhân xơ cứng bì.

## V. KẾT LUẬN

Hội chứng dễ bị tổn thương thường xuất hiện trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống, chủ yếu là HCDBTT mức độ nhẹ. Các yếu tố liên quan đến HCDBTT gồm tổn thương phổi kẽ, hội chứng Raynaud và thuốc ức chế miễn dịch. Do vậy cần sàng lọc thường quy HCDBTT ở bệnh nhân xơ cứng bì để góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn diện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Denton CP, Khanna D. Systemic sclerosis. The Lancet. 2017; 390 (10103):1685-1699. doi: 10.1016/S0140-6736 (17)30933-9
2. Fried LP, Hadley EC, Walston JD, et al. From Bedside to Bench: Research Agenda for Frailty. Sci Aging Knowl Environ. 2005;2005(31). doi:10.1126/sageke.2005.31.pe24
3. Hax V, Tessari J, Pena E, et al. Physical frailty in patients with systemic sclerosis. Seminars in Arthritis and Rheumatism. 2022;56:152077. doi:10.1016/j.semarthrit.2022.152077
4. Lưu Phương Lan. Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Chức Năng Thông Khí Phổi Trên Bệnh Nhân Xơ Cứng Bì Hệ Thống. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2015.
5. Gatta G, Di Grezia G, Iacomino A, et al. HRCT in systemic sclerosis: correlation between respiratory functional indexes and extension of lung failure. J Biol Regul Homeost Agents. 2013;27(2):579-587.
6. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. J American Geriatrics Society. 2012;60(8): 1487-1492. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x
7. Zanotto T, Galperin I, Mirelman A, et al. Frailty and Falls in People Living With Multiple Sclerosis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2022;103(5):952-957. doi:10.1016/j.apmr.2021.10.025
8. Guler SA, Kwan JM, Winstone TA, et al. Severity and features of frailty in systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. Respiratory Medicine. 2017;129:1-7. doi:10.1016/j.rmed.2017.05.012
9. Bhorade S, Jablonski R, Lee J, et al. Frailty Measurements in Systemic Sclerosis Differ from Other Fibrotic Interstitial Lung Diseases. In: A37. connective tissue disease-interstitial lung disease. American Thoracic Society; 2019: A1429-A1429. doi: 10.1164/ajrccm-conference.2019.199.1\_MeetingAbstracts.A1429

## TỔNG QUAN HỆ THỐNG VÀ PHÂN TÍCH GỘP VỀ CHỈ SỐ BOLTON ỨNG DỤNG TRONG NẪN CHỈNH RĂNG

Phạm Minh Thảo<sup>1</sup>, Quách Thị Thúy Lan<sup>2</sup>, Vũ Quang Hưng<sup>1</sup>,  
Đặng Minh Trang<sup>2</sup>, Nguyễn Quốc Hoàn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả chỉ số Bolton ở khớp cắn bình thường và các sai lệch khớp cắn theo Angle qua tài liệu y văn trên toàn thế giới xuất bản đến 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Tổng quan hệ thống về chỉ số Bolton. Chiến lược tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu điện tử Pubmed, Cochrane, Google Scholar và ScienceDirect (đến hết năm 2022). Số lượng tìm kiếm được là 3523 bài. Sau khi loại bỏ trùng lặp, xét tiêu đề và tóm tắt, 354 bài báo sau đó được đưa vào phân tích toàn văn và sau đó 56 bài báo được đưa lựa chọn vào nghiên cứu và được phân tích gộp. **Kết quả:** Chỉ số Bolton toàn bộ OR và chỉ số Bolton răng trước AR của nhóm Khớp cắn bình thường lần lượt là 91,74% (KTC 95%: 91,4%-92,1%) và 78,22% (KTC 95%: 77,82% – 78,63%). Đối với sai lệch khớp cắn hạng I, OR và AR lần lượt là 91,7% (KTC 95%: 91,5% - 92,0%) và 78,5% (KTC 95%: 78,1% – 78,9%). Đối với khớp cắn hạng II, OR và AR lần lượt là 91,5% (95% KTC 91,3%-91,7%) và 78,5% (KTC 95%: 78,2% – 78,9%). Đối với khớp cắn hạng III, OR và AR lần lượt là 92,2% (KTC 95%: 91,8%-92,7%) và 78,9% (KTC 95%: 78,3% – 79,4%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ, và giữa các châu lục, ở cả hai giá trị OR và AR ở khớp cắn bình thường cũng như sai lệch khớp cắn. **Kết luận:** Giá trị OR và AR trung bình ở khớp cắn bình thường đều lớn so với giá trị gốc của Bolton. Các sai lệch khớp cắn theo Angle đều có giá trị OR, AR gần bằng nhau, tuy nhiên trong sai lệch khớp cắn hạng III có OR, AR lớn hơn cả. Giới tính và châu lục hầu hết không có khác biệt trong OR và AR. **Từ khóa:** chỉ số Bolton, tổng quan hệ thống, phân tích gộp, sự khác biệt kích thước răng.

### SUMMARY

#### SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS ON BOLTON'S RATIOS IN ORTHODONTIC DENTISTRY

**Objectives:** To describe the Bolton overall index (OR) and anterior index (AR) regarding normal occlusion and Angle's malocclusion through documents written in the literature to 2022. **Subjects and methods:** a systematic review of Bolton's ratios. Search strategies with 4 databases PubMed, Cochrane, Google Scholar, and ScienceDirect were conducted to find out 3523 articles. After excluding duplicate articles

and titles and abstracts screening process, 354 articles were included in the full-text analysis. Then, 56 articles were included in the meta-analysis. **Results:** The overall Bolton index OR and anterior Bolton index AR of the Normal occlusion group were 91,74% (CI 95%: 91,4%-92,1%) and 78,22% (CI 95%: 77,82% – 78,63%), respectively. For class I malocclusion, OR and AR were 91,7% (CI 95%: 91,5% - 92,0%) and 78,5% (CI 95%: 78,1% – 78,9%), respectively. For class II malocclusion, OR and AR were 91,5% (95% CI 91,3%-91,7%) and 78,5% (CI 95%: 78,2% – 78,9%), respectively. For class III occlusion, OR and AR were 92,2% (CI 95%: 91,8%-92,7%) and 78,9% (CI 95%: 78,3% – 79,4%), respectively. There were no statistically significant differences between men and women, and between continents, in both OR and AR values for normal occlusion as well as malocclusion. **Conclusions:** The average OR and AR values in normal occlusion are both large compared to the original Bolton values. All malocclusions according to Angle have nearly equal OR and AR values, however, class III malocclusions have the largest OR and AR. Gender and continent had almost no differences in OR and AR.

**Keywords:** Bolton ratios; meta-analysis; systematic review; tooth size discrepancy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phân tích về chỉ số Bolton được phát triển bởi Wayne A. Bolton [1] là một trong những chỉ số quan trọng trong chỉnh nha. Phân tích này tính tỉ lệ giữa chiều rộng gần-xa của các răng hàm trên và hàm dưới, và được chia thành hai chỉ số: Bolton cho răng trước AR và Bolton cho toàn bộ OR [1].

Chỉ số AR dựa trên tỷ lệ tổng kích thước gần-xa của 6 răng trước hàm dưới (R3-R3) so với tổng kích thước gần-xa của 6 răng trước hàm trên (R3-R3), trung bình là 77,2% (+/- 1,65%). Còn chỉ số toàn bộ cung răng (OR) dựa trên tỷ lệ tổng kích thước gần-xa của 12 răng hàm dưới (R6 - R6) so với tổng kích thước gần-xa của 12 răng hàm trên (R6 - R6), trung bình là 91,3% (+/- 1,91). Tỷ lệ tổng thể lớn hơn 91,3% có nghĩa là răng hàm dưới lớn hơn so với bình thường hoặc răng hàm trên nhỏ hơn so với bình thường. Phân tích nhóm răng trước cũng tuân theo nguyên tắc tương tự.

Năm rõ được chỉ số Bolton răng trước AR và chỉ số Bolton toàn bộ OR, phân bố ở nam, nữ và liên quan đến châu lục là dữ liệu quan trọng để góp phần đưa ra chẩn đoán chính xác tình trạng

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Thảo

Email: pmthao@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023



sai lệch khớp cắn và có kế hoạch điều trị nắn chỉnh răng phù hợp. Thêm vào đó, trong các phương pháp nghiên cứu, tổng quan hệ thống và phân tích gộp là dạng nghiên cứu có giá trị nhất về bằng chứng khoa học, là cơ sở lý thuyết đáng tin cậy để các nhà lâm sàng và nhà nghiên cứu tham khảo [2]. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả chỉ số Bolton ở khớp cắn bình thường và ở các sai lệch khớp cắn, qua tài liệu y văn trên toàn thế giới xuất bản cho đến hết năm 2022.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các bài báo dạng tiếng Anh, được xuất bản trên các tạp chí uy tín tới hết 2022, phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

**Thiết kế nghiên cứu:** Tổng quan hệ thống có phân tích gộp.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bài báo toàn văn được viết bằng tiếng Anh đã xuất bản trên tạp chí khoa học có phản biện kín tới năm 2022. Thiết kế nghiên cứu của các bài báo là mô tả cắt ngang.

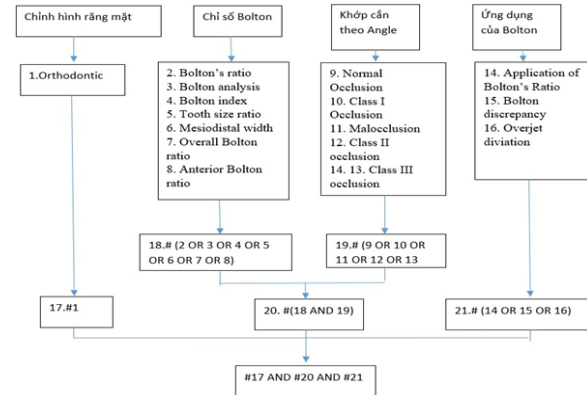
**Tiêu chuẩn loại trừ:** Báo cáo ca lâm sàng, chòm ca bệnh. Bài tổng quan tài liệu, tổng quan hệ thống và phân tích gộp. Tóm tắt tham luận hội nghị, đề cương nghiên cứu. Kỷ yếu hội nghị. Những bài báo chỉ nói tổng quát khái niệm mà không tiến hành nghiên cứu. Dữ liệu sử dụng của các bài báo bị trùng lặp với bài báo khác.

**Chiến lược tìm kiếm.** Việc tìm kiếm tài liệu bám sát theo các mục tiêu nghiên cứu và sử dụng câu hỏi PICO. Câu hỏi PICO: Mô tả chỉ số Bolton trung bình ở khớp cắn bình thường và ở lệch lạc khớp cắn? Population (Đối tượng): Bệnh nhân có hàm răng vĩnh viễn đủ răng (tối thiểu 6) không có bất thường về kích thước răng. Không sâu răng, không có phục hình răng, hàm răng chưa điều trị chỉnh nha trước đó; Exposure (Can thiệp): Bệnh nhân được tiến hành tính chỉ số Bolton; Comparison (So sánh): Chỉ số Bolton giữa hai giới, giữa các châu lục và giữa các sai lệch khớp cắn; Outcomes (Kết quả): Đặc điểm tỉ lệ Bolton ở khớp cắn bình thường, và/hoặc ở các sai lệch khớp cắn.

**Từ khóa tìm kiếm:** bảng từ khóa tìm kiếm được thiết lập và các thuật ngữ nâng cao được định dạng theo yêu cầu của từng thư viện dữ liệu điện tử. Từ khóa tìm kiếm là sự kết hợp của các thuật ngữ chính được sử dụng bao gồm: "Bolton's ratio", "Angle's malocclusion", "overall index", "anterior index".

**Cơ sở dữ liệu:** Các thư viện lưu trữ dữ liệu

khoa học điện tử như PubMed, Cochrane, Google Scholar và Science Direct, giới hạn thời gian đến hết năm 2022.



**Hình 1. Chiến lược tìm kiếm tài liệu**

**2.3. Trích xuất dữ liệu.** Toàn bộ văn bản trích dẫn được chọn sẽ được đánh giá chi tiết theo các tiêu chí xác định bởi hai nghiên cứu viên độc lập. Lý do loại trừ các nghiên cứu toàn văn sẽ được ghi lại và báo cáo trong tổng quan hệ thống. Bất kỳ sự bất đồng nào phát sinh giữa những người đánh giá ở mỗi giai đoạn của quá trình lựa chọn nghiên cứu sẽ được giải quyết thông qua thảo luận, hoặc với người đánh giá thứ ba. Một file dữ liệu trích xuất được thiết lập, bao gồm các thông tin về tác giả chính, năm xuất bản, quốc gia, thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu, tuổi, giới, OR và AR.

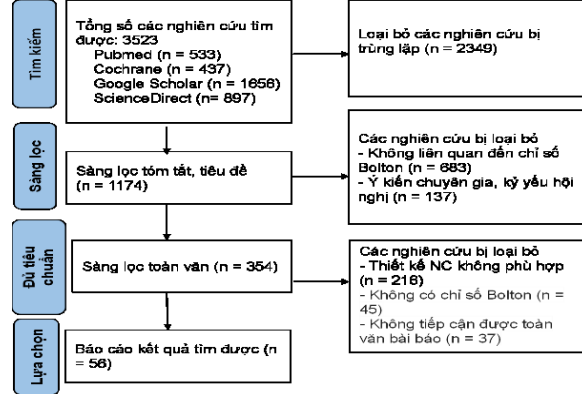
**2.4. Đánh giá chất lượng nghiên cứu.** Các nghiên cứu được lựa chọn thuộc nhóm nghiên cứu quan sát, được đánh giá chất lượng nghiên cứu dựa trên Công cụ đánh giá của National Heart, Lung, and Blood Institute's Quality Assessment Tool cho nghiên cứu quan sát thuần tập và mô tả cắt ngang. Công cụ được sử dụng để đánh giá chất lượng nghiên cứu bởi 2 nghiên cứu viên độc lập và nghiên cứu viên thứ 3 tham gia để thống nhất kết quả.

**2.5. Phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu được nhập và trích xuất vào 1 file excel bằng Google sheets. Phân tích gộp được thực hiện với phần mềm STATA 16.0. Tính không đồng nhất giữa các nghiên cứu được đánh giá thông qua biểu đồ "forest-plots" với chỉ số  $I^2$  của từng nghiên cứu. Chỉ số không đồng nhất ( $I^2$ ) từ 0-50% dùng mô hình tác động cố định, từ 51-100 dùng mô hình tác động ngẫu nhiên.

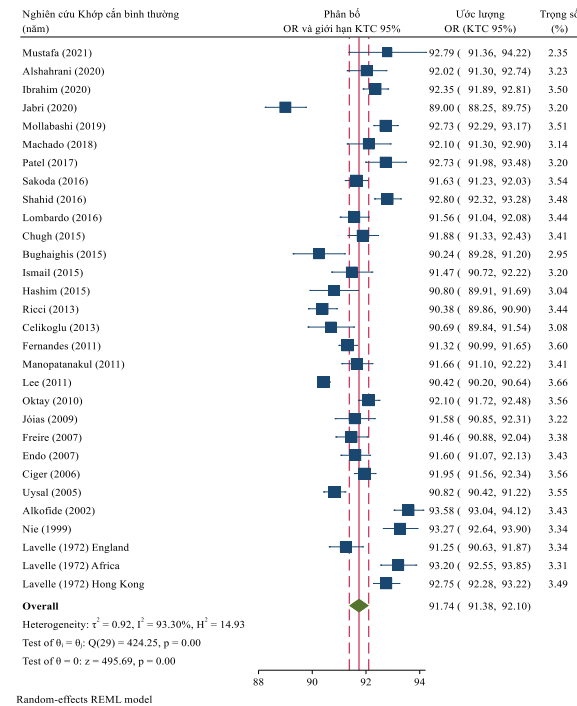
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Kết quả tìm kiếm và chọn lọc tài liệu.** Tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu điện tử thu được tổng cộng 3523 bài báo và có 2349 bài báo

bị trùng lặp. Sau khi lọc tóm tắt và tiêu đề, 354 bài báo được xem xét toàn văn. 56 bài báo phù hợp để đưa vào phân tích gộp. Sơ đồ tìm kiếm PRISMA được mô tả trong Hình 2.



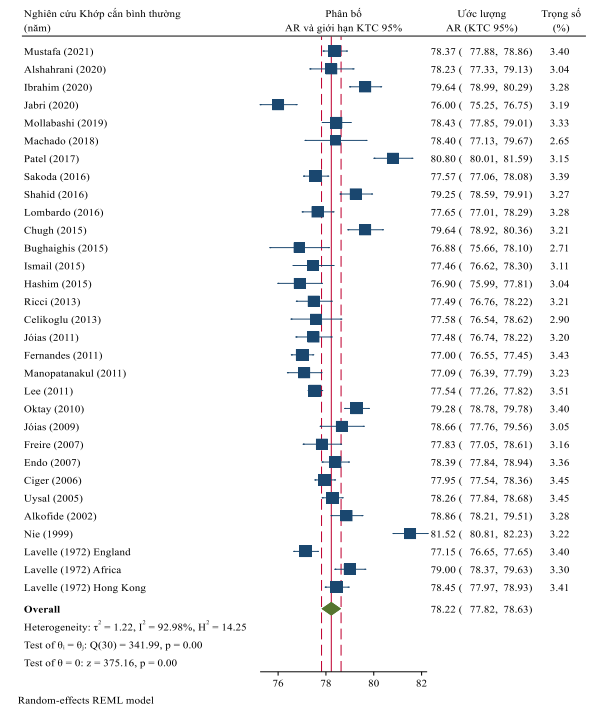
Hình 2. Sơ đồ tìm kiếm PRISMA



Random-effects REML model

**3.2. Đặc điểm các nghiên cứu.** Tổng cộng 56 nghiên cứu được đưa vào tổng quan hệ thống. Các nghiên cứu được chia thành các nhóm: Khớp cắn bình thường, khớp cắn loại I, khớp cắn loại II, khớp cắn loại III. Cỡ mẫu của các nhóm đưa vào dao động từ 10 đến 321 người tham gia, với tổng cộng 11033 người. Những nghiên cứu này được thực hiện ở các châu lục như châu Á, châu Âu, châu Mỹ, châu Úc, châu Phi. Các nghiên cứu được xuất bản từ năm 1972 đến năm 2022 tại các thành phố và địa phương tại khắp các quốc gia. Đo đặc dựa vào compa kỹ thuật số (digital calliper) được thực hiện ở hầu hết các nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu của 56 nghiên cứu là mô tả cắt ngang.

**3.3. Mô tả chỉ số Bolton ở khớp cắn bình thường**



Random-effects REML model

Hình 3. Biểu đồ Forest giá trị trung bình OR, AR ở khớp cắn bình thường

Chỉ số Bolton toàn bộ OR, AR của nhóm khớp cắn bình thường lần lượt là 91,74% (KTC 95%: 91,4%-92,1%) và 78,22% (KTC 95%: 77,82% – 78,63%) đều lớn hơn các giá trị gốc của Bolton [1]: OR = 91,30 (+/- 1,91) và AR = 77,20% (+/- 1,65%).  $I^2 > 50\%$  chứng tỏ các nghiên cứu có kết quả biến thiên cao. Kiểm định tính đồng nhất cho thấy sự không đồng nhất có ý nghĩa thống kê.  $I^2 > 50\%$ , do đó mô hình sử dụng ở đây là mô hình tác động ngẫu nhiên (random effect model).

Bảng 1. OR, AR trung bình ở khớp cắn bình thường theo giới tính và châu lục

	OR (95% KTC)	$I^2$	AR (95% KTC)	$I^2$
<b>Giới tính</b>				
Nam	92,0% (91,6% – 92,5%)	88,5%	78,6% (78,0% – 79,1%)	91,0%
Nữ	91,7% (91,4% – 92,1%)	80,3%	78,4% (77,9% – 78,8%)	86,9%
<b>Châu lục</b>				



Châu A	92,1% (91,4% – 92,7%)	95,8%	78,8% (78,0% – 79,5%)	95,8%
Châu Âu	91,5% (91,1% – 91,9%)	79,5%	78,0% (77,5% – 78,6%)	84,2%
Châu Mỹ	91,3% (90,8% – 91,7%)	76,3%	77,6% (77,2% – 78,0%)	57,3%
Châu Phi	91,7% (90,6% – 92,8%)	87,7%	77,8% (77,0% – 78,6%)	83,3%

Không có sự khác biệt thống kê về chỉ số OR, AR ở khớp cắn bình thường, giữa hai giới, giữa các châu lục, do các khoảng tin cậy trùng lặp nhau. Các nghiên cứu đều cho thấy sự bất đồng nhất với  $I^2 > 50\%$ , do đó mô hình sử dụng ở đây là mô hình tác động ngẫu nhiên (random effect model).

### 3.3. Mô tả chỉ số Bolton ở lệch lạc khớp cắn

**Bảng 2. Giá trị trung bình của AR và OR ở các sai lệch khớp cắn**

	OR (KTC)	AR (KTC)	$I^2$
KC bình thường	91,74% (91,38%, 92,10%)	78,22% (77,82%, 78,63%)	>50%
Sai khớp hạng I	91,72% (91,45%, 91,99%)	78,50% (78,13%, 78,86%)	>50%
Sai khớp hạng II	91,49% (91,27%, 91,71%)	78,53% (78,2%, 78,87%)	>50%
Sai khớp hạng III	92,24% (91,82%, 92,66%)	78,89% (78,37%, 79,41%)	>50%

Kết quả OR, AR ở các loại sai khớp cắn chênh lệch nhau không nhiều, chỉ có chỉ số OR, AR ở sai khớp hạng III là lớn hơn cả nhưng sự khác biệt là không đáng kể. Hơn nữa tất cả các kết quả thu được này đều lớn hơn so với kết quả từ nghiên cứu của Bolton [1] năm 1958.

**Bảng 3. OR, AR trung bình sai khớp cắn hạng I theo giới tính và châu lục.**

	OR (95% KTC)	$I^2$	AR (95% KTC)	$I^2$
<b>Giới tính</b>				
Nam	92,1% (91,7% – 92,6%)	86,4%	78,9% (78,4% – 79,4%)	84,9%
Nữ	91,7% (91,5% – 92,0%)	76,0%	78,5% (78,1% – 80,0%)	85,9%
<b>Châu lục</b>				
Châu A	91,9% (91,5% – 92,3%)	91,9%	78,8% (78,2% – 79,3%)	91,8%
Châu Âu	92,0% (91,8% – 92,2%)	36,2%	78,4% (78,1% – 78,7%)	35,7%
Châu Mỹ	91,6% (91,4% – 91,8%)	0%	78,8% (77,8% – 78,8%)	81,1%
Châu Phi	91,0% (90,3% – 91,7%)	87,7%	77,8% (76,4% – 79,3%)	96,6%

Ở sai khớp cắn hạng I, không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ, và giữa các châu lục, do các khoảng tin cậy giữa các giá trị trùng lặp nhau.  $I^2 > 50\%$ , do đó mô hình sử dụng ở đây là mô hình tác động ngẫu nhiên (random effect model).

**Bảng 4. OR, AR trung bình sai khớp cắn hạng II theo giới tính và châu lục.**

	OR (95% KTC)	$I^2$	AR (95% KTC)	$I^2$
<b>Giới tính</b>				
Nam	91,7% (91,3% – 92,0%)	72,1%	78,2% (77,8% – 78,7%)	73,9%
Nữ	91,6% (91,2% – 91,9%)	79,9%	78,4% (77,9% – 78,9%)	87,3%
<b>Châu lục</b>				
Châu A	91,6% (91,3% – 91,9%)	74,3%	78,8% (78,3% – 79,4%)	89,3%
Châu Âu	91,4% (90,9% – 91,8%)	85,3%	78,1% (77,5% – 78,8%)	89,6%
Châu Mỹ	91,5% (91,3% – 91,7%)	0%	78,2% (78,0% – 78,4%)	7,2%
Châu Phi	91,2% (90,0% – 92,3%)	90,9%	78,4% (77,9% – 79,0%)	53,6%

Ở sai khớp cắn hạng II, không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ, và giữa các châu lục, do các khoảng tin cậy giữa các giá trị trùng lặp nhau.  $I^2 > 50\%$ , do đó mô hình sử dụng ở đây là mô hình tác động ngẫu nhiên (random effect model).

**Bảng 5. OR, AR trung bình sai khớp cắn hạng III theo giới tính và châu lục.**

	OR (95% KTC)	$I^2$	AR (95% KTC)	$I^2$
<b>Giới tính</b>				
Nam	92,5% (91,8% – 93,2%)	93,8%	79,5% (78,4% – 80,5%)	94,9%
Nữ	92,5% (92,0% – 93,0%)	88,4%	79,2% (78,3% – 80,1%)	93,9%
<b>Châu lục</b>				
Châu A	92,5% (91,8% – 93,2%)	95,2%	79,3% (78,4% – 80,1%)	94,7%
Châu Âu	92,1% (91,8% – 92,5%)	72,1%	78,7% (78,2% – 79,1%)	68,0%
Châu Mỹ	91,2% (90,7% – 91,7%)	.	78,5% (77,4% – 79,6%)	86,0%
Châu Phi	91,9% (91,6% – 92,2%)	0%	78,1% (77,5% – 78,7%)	32,0%

Ở sai khớp cắn hạng III, không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ, và giữa các châu lục, do các khoảng tin cậy giữa các giá trị trùng lặp nhau.  $I^2 > 50\%$ , do đó mô hình sử dụng ở đây là mô hình tác động ngẫu nhiên (random effect model).

#### IV. BÀN LUẬN

Tổng quan hệ thống và phân tích gộp này đã mô tả được chỉ số Bolton ở khớp cắn bình thường và các sai lệch khớp cắn do Angle. Đây là nghiên cứu tổng quan hệ thống đầu tiên tại Việt Nam thực hiện khảo sát về chỉ số Bolton trung bình răng trước và toàn bộ.

Kết quả phân tích của chúng tôi đã chỉ ra rằng ở khớp cắn bình thường chỉ số Bolton nhóm răng trước AR và chỉ số Bolton toàn bộ OR cao hơn so với chỉ số gốc mà Bolton đưa ra năm 1958[1]. Điều này có thể được giải thích rằng số lượng bài báo đưa vào trong phân tích tổng hợp là lớn và cập nhật hơn, cỡ mẫu cũng đại diện hơn so với nghiên cứu trên 55 bệnh nhân trong nghiên cứu của Bolton. Tuy nhiên, phân tích tổng hợp không tính được trực tiếp OR và AR mà phải quy đổi giá trị OR, AR của từng nghiên cứu dựa trên cỡ mẫu.

Về đặc điểm chỉ số Bolton giữa khớp cắn bình thường và ở các sai lệch khớp cắn, nói chung, kết quả của chúng tôi xác định rằng không có sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa thống kê về kết quả OR và AR giữa nam và nữ. Trong nghiên cứu của Lê Nguyên Lâm và cộng sự năm 2023 tại Việt Nam, các răng của nam có độ rộng trung bình lớn hơn răng của nhưng chỉ số răng trước AR và chỉ số toàn bộ OR của nam và nữ không có khác biệt về mặt thống kê [4]. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, xét về đặc điểm của người Việt Nam hay của một số nhóm dân cư khác trên thế giới, có những sự khác biệt giữa chỉ số mà chúng tôi ước tính được so với chỉ số mà các nghiên cứu này báo cáo [5-7].

Một trong những hạn chế của phân tích Bolton năm 1958 đề xuất là mẫu mà Bolton đo trong bài báo của ông năm 1958 chỉ bao gồm dân số da trắng. Dẫn tới tỷ lệ OR và AR cùng với độ lệch chuẩn của Bolton không đại diện cho các mẫu từ chủng tộc và dân số khác. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi đã hướng tới giải quyết vấn đề chủng tộc và vị trí địa lý. Tuy nhiên do toàn cầu hóa và sự pha trộn giữa các chủng tộc đang diễn ra mạnh mẽ, thì việc xác định chỉ số Bolton theo chủng tộc là chưa khả thi, do đòi hỏi về công nghệ di truyền gen, do đó chúng tôi đã tính

toán chỉ số Bolton theo châu lục. Tuy nhiên kết quả OR, AR giữa các châu lục ở nhóm khớp cắn bình thường và các nhóm sai khớp cắn khác nhau khác biệt nhau không đáng kể, thể hiện rằng các giá trị trung bình khác nhau không nhiều và các khoảng tin cậy trùng lặp nhau. Tính biến thiên cao của phép phân tích vẫn còn tồn tại ( $I^2 > 50\%$ ) kể cả khi đã phân tích dưới nhóm, như vậy các yếu tố giới tính và châu lục không giải thích được tính biến thiên/ không đồng nhất này. Chúng tôi nghĩ nhiều tới nguyên nhân của sự không đồng nhất là do sự biến thiên của cỡ mẫu, cũng như có thể có ảnh hưởng tới từ chủng tộc. Tuy nhiên những điều này cần nghiên cứu thêm trong tương lai, với nguồn lực mạnh hơn.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm cập nhật chỉ số Bolton cho nhóm răng trước và tổng thể, tuy nhiên cũng tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất là số lượng cơ sở dữ liệu tìm kiếm hạn chế ở bốn cơ sở dữ liệu nên chưa rà soát được các nghiên cứu ở các cơ sở dữ liệu khác. Thứ hai là mặc dù đã loại bỏ các nghiên cứu theo tiêu chuẩn loại trừ nhưng có nhiều nghiên cứu không được đưa vào phân tích gộp vì không đủ dữ kiện hoặc không lấy được toàn văn bài báo. Ưu điểm của nghiên cứu này là đã tổng hợp được tài liệu về chỉ số Bolton từ năm 1972-2022 và thực hiện phép phân tích gộp để tính toán được tỷ lệ trung bình của chỉ số Bolton ở khớp cắn bình thường và lệch lạc khớp cắn, qua đó làm cơ sở tham khảo cho các nhà nghiên cứu và bác sĩ lâm sàng.

#### V. KẾT LUẬN

Kết quả của phân tích tổng hợp đã chỉ ra rằng chỉ số Bolton toàn bộ OR và chỉ số Bolton răng trước AR của nhóm Khớp cắn bình thường lần lượt 91,74% (KTC 95% : 91,4%-92,1%) và 78,22% (KTC 95%: 77,82% – 78,63%). Giá trị OR và AR trung bình ở khớp cắn bình thường khác so với giá trị gốc của Bolton. Kết quả OR, AR ở các loại sai khớp cắn chênh lệch nhau không nhiều, chỉ có chỉ số OR, AR ở sai khớp cắn hạng III là lớn hơn cả nhưng sự khác biệt là không đáng kể. Hơn nữa tất cả các kết quả thu được này đều lớn hơn so với kết quả từ nghiên cứu của Bolton [1] năm 1958. Giới tính và châu lục hầu hết không có khác biệt trong OR và AR.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bolton W. A. (1958), "Disharmony in tooth size and its relation to the analysis and treatment of malocclusion", Angle Orthod, 28(3), pp.113-130.
2. Higgins J.P. and Green S. (2008), "Cochrane handbook for systematic reviews of interventions".
3. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., et al. (2021), "The PRISMA 2020 statement: an updated

- guideline for reporting systematic reviews", International journal of surgery. 88, p. 105906.
4. **Lê, N. L. , & Lê, N. T. .** (2023). "Nghiên cứu kích thước độ rộng của răng và sự sai biệt kích thước răng hai hàm theo phân tích Bolton trên sinh viên răng hàm mặt Trường Đại học Y dược Cần Thơ". Tạp Chí Y học Việt Nam, 524(2).
  5. **Huỳnh Kim Khang** (2011), "Đặc điểm kích thước răng sữa và răng vĩnh viễn trẻ em Việt Nam", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 15(1), tr.265-271.
  6. **Mishra RK, Kafle D, Gupta R.** (2019), "Analysis of Interarch Tooth Size Relationship in Nepalese Subjects with Normal Occlusion and Malocclusions", Int J Dent, pp. 18:2761427.
  7. **Ashikin A. N., Othman, S. A.** (2012), "Comparison of tooth-size discrepancy of three main ethnics in Malaysia with Bolton's ratio", Sains Malaysiana, 41(2), pp.271-275.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MẬT ĐỘ XƯƠNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM CẦU THẬN LUPUS TẠI TRUNG TÂM DỊ ỨNG MIỄN DỊCH LÂM SÀNG - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Hà Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Đoàn<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Ngân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh tự miễn mạn tính có thể gây tổn thương nhiều cơ quan. Viêm thận lupus là biến chứng thường gặp nhất của bệnh lupus ban đỏ hệ thống với tỷ lệ mắc khoảng 40-60%.<sup>1</sup> Bệnh đặc trưng bởi sự lắng đọng phức hợp miễn dịch ở thận dẫn đến nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau. Điều trị viêm thận lupus chủ yếu sử dụng phác đồ corticoid phối hợp các thuốc ức chế miễn dịch khác. Việc sử dụng corticoid kéo dài để kiểm soát bệnh có thể dẫn đến nhiều tác dụng phụ, đặc biệt là loãng xương do thuốc gây ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống và tiên lượng xấu cho bệnh. Tuy nhiên, vai trò của corticoid đối tình trạng mật độ xương trong viêm thận lupus vẫn chưa rõ ràng vì một số nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan nào giữa việc giảm mật độ xương và liều pháp corticoid.<sup>2</sup> **Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mật độ xương của bệnh nhân viêm thận lupus. **Đối tượng và Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 112 bệnh nhân viêm thận lupus tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2022 đến 10/2023. **Kết quả:** Mật độ xương trung bình CSTL là:  $0,881 \pm 0,122$  g/cm<sup>2</sup>. Mật độ xương trung bình CXĐ là:  $0,853 \pm 0,131$  g/cm<sup>2</sup>. Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân viêm thận lupus chiếm 22,3%. Tỷ lệ giảm mật độ xương chiếm 46,4%. Tương quan tuyến tính thuận mức độ yếu giữa protein niệu 24h và BMD CSTL ( $r = 0,2$ ;  $p < 0,05$ ), giữa mức lọc cầu thận và BMD CSTL ( $r = 0,305$ ;  $p < 0,01$ ). Tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa thời gian sử dụng corticoid và BMD CXĐ ( $r = -0,313$ ;  $p < 0,01$ ). Tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa liều corticoid hiện tại dùng hằng ngày và BMD CSTL ( $r = -0,328$ ;  $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Mật độ xương ở bệnh nhân viêm thận lupus có mối liên quan với nhiều yếu tố: chỉ số khối cơ thể (BMI),

mức lọc cầu thận, liều dùng corticoid hằng ngày và thời gian dùng corticoid. **Từ khóa:** Lupus ban đỏ hệ thống, Viêm thận lupus, mật độ xương, cổ xương đùi (CXĐ); cột sống thắt lưng (CSTL).

### SUMMARY

#### FACTORS INFLUENCING BONE DENSITIES IN PATIENTS WITH LUPUS NEPHRITIS AT THE CENTER OF ALLERGOLOGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY, BACH MAI HOSPITAL

**Background:** Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease that may compromise multiple organs. Lupus nephritis (LN) is a common complication of systemic lupus erythematosus (SLE) with an incidence of approximately 40-60%.<sup>1</sup> It is characterized by immune complex deposition in the kidneys, resulting in various clinical manifestations. Treatment of LN usually involves glucocorticoids and other immunosuppressive drugs. Glucocorticoid use has been extensively associated with reduced bone mineral density (BMD). Nevertheless, the contribution of corticosteroid therapy to bone loss in LN remains unclear as several studies found no association between reduced BMD and corticosteroid therapy.<sup>2</sup> **Objectives:** To assess factors influencing bone mineral density in patients with lupus nephritis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was carried 112 patients with lupus nephritis at the Center of Allergology and Clinical Immunology, Bach Mai hospital from october, 2022 to october, 2023. **Results:** The average value of bone density at the femoral neck is  $0,881 \pm 0,122$  g/cm<sup>2</sup>; in the pelvis areas  $0,853 \pm 0,131$  g/cm<sup>2</sup>. The percentage of patients with osteopenia accounted for 46,4%, osteoporosis accounted for 22,3%. BMD correlated weakly with body mass index in the lumbar spine ( $r = 0,241$ ;  $p < 0,05$ ) and in the femoral neck ( $r = 0,322$ ;  $p < 0,01$ ), estimated glomerular filtration rate in the lumbar spine ( $r = 0,305$ ;  $p < 0,01$ ), total corticosteroid duration in the femoral neck ( $r = -0,313$ ;  $p < 0,01$ ), current corticosteroid dose in the lumbar spine ( $r = -0,328$ ;  $p < 0,001$ ). **Conclusion:** BMD in patients with LN is associated with some

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hà Trang

Email: drhatrang72@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

factors such as: body mass index, estimated glomerular filtration rate, current corticosteroid dose and total corticosteroid duration.

**Keywords:** Systemic lupus erythematosus (SLE), lupus nephritis (LN), bone mineral density (BMD), lumbar spine, femoral neck.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh tự miễn mạn tính có thể gây tổn thương nhiều cơ quan. Tổn thương thận trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống, còn gọi là viêm thận lupus (LN), là một trong những biểu hiện thường gặp nhất với tỷ lệ mắc khoảng 40-60%. Thông thường, tổn thương thận là biểu hiện ban đầu của SLE hoặc xảy ra trong 5-10 năm đầu sau khi chẩn đoán SLE.<sup>1</sup> Viêm thận lupus do cơ chế phức hợp miễn dịch lưu hành trong tuần hoàn tới lắng đọng ở cầu thận và đặc trưng bởi protein niệu và sự hiện diện của hồng cầu hoặc trụ hạt trong nước tiểu. Điều trị viêm thận lupus chủ yếu sử dụng phác đồ corticoid phối hợp các thuốc ức chế miễn dịch khác. Việc sử dụng corticoid kéo dài để kiểm soát bệnh có thể dẫn đến nhiều tác dụng phụ, đặc biệt là loãng xương do thuốc gây ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống và tiên lượng xấu cho bệnh. Tuy nhiên, sự đóng góp của corticoid vào tình trạng mất xương vẫn chưa rõ ràng vì một số nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan nào giữa việc giảm mật độ xương và liệu pháp corticoid.<sup>2</sup> Các nghiên cứu trước đây tập trung vào mất xương ở bệnh nhân SLE nói chung mà ít đề cập đến bệnh nhân LN riêng biệt. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mật độ xương của bệnh nhân viêm cầu thận lupus.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu.

Mô tả cắt ngang 112 bệnh nhân viêm thận lupus tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2022 đến 10/2023.

### 2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Các bệnh nhân (từ 18 tuổi trở lên) được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống theo SLICC 2012 và có tổn thương thận hoặc có kết quả sinh thiết thận chẩn đoán Viêm thận lupus kèm theo có kháng thể ANA hoặc ds-DNA.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cơ xương khớp khác:

+ Suy gan mạn tính, bệnh lý tiêu hóa mạn tính gây giảm hấp thu

+ Cường giáp, cường cận giáp nguyên phát  
+ Cắt bỏ buồng trứng, buồng trứng đã nang, suy buồng trứng

+ Bệnh lý ác tính

- Bệnh nhân đang mang thai

- Bệnh nhân đã chẩn đoán loãng xương trước khi mắc SLE

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Bệnh nhân được đánh giá mật độ xương bằng phương pháp DEXA: Chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2001:

+ Xương bình thường: T score từ -1SD trở lên

+ Thiếu xương (Osteopenia): T score dưới -1SD đến trên -2,5SD

+ Loãng xương (Osteoporosis): T score từ -2,5SD trở xuống

### 2.5. Xử lý số liệu

- Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Hệ số tương quan "r":  $r < \pm 0,2$  đến  $\pm 0,4$ : tương quan yếu;  $r = \pm 0,4$  đến  $\pm 0,6$ : tương quan trung bình,  $r \geq \pm 0,7$ : tương quan chặt chẽ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=112)**

Đặc điểm	X ± SD
Tuổi (năm)	35,95 ± 13,76
Giới	Nữ/Nam: 91,1%/8,9%
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	19,45 ± 2,46
Thời gian mắc bệnh (tháng)	39,86 ± 48,29

**Nhận xét:** Tuổi, BMI và thời gian mắc bệnh trung bình nhóm nghiên cứu: 35,95 (năm) và 19,45(kg/m<sup>2</sup>), 39,86 (tháng), tỉ lệ nữ cao gấp hơn 10 lần so với nam.

### 3.2. Mật độ xương ở bệnh nhân viêm cầu thận lupus

#### 3.2.1. Đặc điểm mật độ xương tại cột sống thắt lưng

**Bảng 2. Mật độ xương tại cột sống thắt lưng (n = 112)**

Region (vị trí)	BMD (g/cm <sup>2</sup> ) (X ± SD)	T- score (X ± SD)	Z- score (X ± SD)
L1	0,801±0,120	-1,508±1,078	-0,929±1,060
L2	0,868±0,128	-1,321±1,118	-0,589±1,083
L3	0,906±0,133	-1,417±1,187	-0,633±1,155
L4	0,924±0,124	-1,151±1,136	-0,448±1,144
Tổng	0,881±0,122	-1,366±1,093	-0,660±1,090

**Nhận xét:** Tại CSTL, mật độ xương trung bình ở đối tượng nghiên cứu là:  $0,881 \pm 0,122$  g/cm<sup>2</sup>. T-score trung bình:  $-1,366 \pm 1,093$ . Zscore trung bình:  $0,660 \pm 1,090$ .

### 3.2.2. Mật độ xương tại cổ xương đùi

**Bảng 3. Mật độ xương tại cổ xương đùi (n=112)**

Region (vị trí)	BMD (g/cm <sup>2</sup> ) (X ± SD)	T- score (X ± SD)	Z- score (X ± SD)
Neck (CXĐ)	$0,725 \pm 0,136$	$-1,106 \pm 1,145$	$-0,360 \pm 1,253$
Troch (MCL)	$0,6624 \pm 0,109$	$-0,563 \pm 0,925$	$-0,082 \pm 0,967$
Inter	$0,986 \pm 0,157$	$-0,618 \pm 1,049$	$-0,014 \pm 1,138$
Tổng	$0,853 \pm 0,131$	$-0,705 \pm 1,055$	$-0,012 \pm 1,167$
Ward's	$0,682 \pm 0,158$	$-0,545 \pm 1,272$	$0,356 \pm 1,342$

**Nhận xét:** Tại CXĐ, mật độ xương trung bình ở đối tượng nghiên cứu là:  $0,853 \pm 0,131$ g/cm<sup>2</sup>. T-score trung bình:  $-0,705 \pm 1,055$ . Zscore trung bình:  $-0,012 \pm 1,167$ .

### 3.2.3. Tỷ lệ loãng xương

**Bảng 4. Phân loại mật độ xương (n=112)**

Đặc điểm mật độ xương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Loãng xương	25	22,3
Giảm mật độ xương	35	46,4
Mật độ xương bình thường	52	31,3

**Nhận xét:** Tỷ lệ loãng xương và giảm mật độ xương chiếm 46,4%.

### 3.3. Môi liên quan giữa mật độ xương và một số chỉ tiêu lâm sàng, cận lâm sàng

#### 3.3.1. Liên quan BMD và tuổi, giới

**Bảng 5. Liên quan BMD và tuổi, giới (n=112)**

Các chỉ tiêu	BMD CSTL	BMD CXĐ
Giới	Nam	$0,908 \pm 0,153$
	Nữ	$0,878 \pm 0,119$
	p	$> 0,05$
Tuổi	Hệ số tương quan r	$-0,033$
	Giá trị p	$> 0,05$

**Nhận xét:** Sự khác biệt chỉ số BMD giữa 2 giới không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa tuổi với BMD CSTL ( $r = -0,033$ ) và CXĐ ( $r = -0,027$ ) nhưng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### 3.3.2. Tương quan BMD và BMI

**Bảng 6. Liên quan BMD và BMI (n = 112)**

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	BMD cổ xương đùi	BMD CSTL
r	0,322	0,241
p	$< 0,01$	$< 0,05$

**Nhận xét:** Có mối tương quan tuyến tính thuận mức độ yếu giữa BMI với BMD CSTL ( $r = 0,241$ ;  $p < 0,05$ ) và BMD CXĐ ( $r = 0,322$ ;  $p < 0,01$ ).

### 3.3.3. Liên quan BMI và mức lọc cầu thận

**Bảng 7. Liên quan BMI và mức lọc cầu thận (n = 112)**

Xét nghiệm	Tương quan	BMD cổ xương đùi	BMD CSTL
Mức lọc cầu thận	r	0,163	0,305
	p	$> 0,05$	$< 0,01$

**Nhận xét:** Tương quan tuyến tính thuận mức độ yếu giữa mức lọc cầu thận và BMD CSTL ( $r = 0,305$ ;  $p < 0,01$ ).

### 3.4. Liên quan BMD và điều trị corticoid

**Bảng 8. Liên quan BMD và điều trị corticoid (n = 112)**

Tương quan	BMD cổ xương đùi		BMD CSTL	
	r	p	r	p
Liều corticoid hiện tại dùng hằng ngày (prednisolon mg/ngày)	-0,076	$> 0,05$	-0,328	$< 0,001$
Thời gian dùng corticoid	-0,313	$< 0,01$	-0,160	$> 0,05$

**Nhận xét:** Có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa thời gian sử dụng corticoid và BMD CXĐ ( $r = -0,313$ ;  $p < 0,01$ ). Tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa liều corticoid hiện tại dùng hằng ngày và BMD CSTL ( $r = -0,328$ ;  $p < 0,001$ ).

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $35,95 \pm 13,76$  cao hơn nghiên cứu của Trầm Việt Hoà và cộng sự:  $28,13 \pm 9,21$ .<sup>3</sup> Tỷ lệ nữ giới cao gấp hơn 10 lần so với nữ phù hợp với nhiều nghiên cứu và đặc điểm của bệnh. Thời gian mắc bệnh trung bình là:  $39,86 \pm 48,29$  tháng. Chỉ số khối trung bình là  $19,45 \pm 2,46$ . Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Jung JY và cộng sự<sup>4</sup> vì tác giả nghiên cứu trên tất cả bệnh nhân SLE.

### 4.2. BMD ở bệnh nhân viêm thận lupus.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đo mật độ xương bằng phương pháp DXA tại CSTL và CXĐ cho 112 đối tượng là những bệnh nhân mắc bệnh viêm thận lupus, kết quả cho thấy: mật độ xương tại CSTL  $0,881 \pm 0,122$  g/cm<sup>2</sup> và tại CXĐ  $0,853 \pm 0,131$ g/cm<sup>2</sup>. Như vậy, mật độ xương

trung bình ở 2 vị trí CSTL và CXĐ có giá trị tương đương nhau. Kết quả này tương tự kết quả trong nghiên cứu của Trầm Việt Hoà và cộng sự (2021): BMD CSTL là  $0,72 \pm 0,15\text{g/cm}^2$  và BMD CXĐ  $0,82 \pm 0,17\text{g/cm}^2$ .<sup>3</sup> Theo tác giả P. M. Jehle (2003) trong nghiên cứu về vai trò của glucocorticoid với loãng xương cho thấy sự mất xương thường được phát hiện sớm tại vị trí cột sống thắt lưng hơn là tại vị trí cổ xương đùi.<sup>5</sup> Điều này có thể giải thích bệnh nhân viêm thận lupus ngoài việc dùng corticoid còn nhiều yếu tố khác góp phần làm tăng sự mất xương.

Tỉ lệ loãng xương và giảm mật độ xương (theo tiêu chuẩn phân loại loãng xương của WHO) trên các bệnh nhân nghiên cứu chiếm tỉ lệ cao là 68,7%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Trầm Việt Hoà và cộng sự (2021): 46,99% thì tỉ lệ loãng xương và thiếu xương ở đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cao hơn do cỡ mẫu của chúng tôi lớn hơn và thời gian bị bệnh dài hơn. Ở bệnh nhân viêm thận lupus, tổn thương thận mạn tính kết hợp với dùng corticoid dài ngày là những yếu tố nguy cơ chính dẫn đến mất xương. Bệnh nhân bị viêm thận lupus có thể có nguy cơ bị loãng xương hoặc gãy xương cao hơn những người không mắc bệnh.

#### **4.3. BMD và một số yếu tố liên quan**

**4.3.1. Liên quan BMD và tuổi, giới.** BMD ở nam cao hơn so với nữ nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  vì số lượng nam giới quá ít so với nữ giới. Có mối tương quan nghịch biến yếu giữa điểm BMD và tuổi, nhưng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả này khác với nghiên cứu Almedhed K và cộng sự (2007): BMD tương quan nghịch với tuổi có ý nghĩa thống kê.<sup>6</sup> Cho đến nay đã có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới chứng minh rằng tuổi càng cao thì mật độ xương càng giảm ở cả nam giới và nữ giới. Ở người già chức năng của tạo cốt bào bị suy giảm làm mất cân bằng giữa tạo xương và hủy xương, dẫn đến giảm khối lượng xương, tăng tổn thương vi cấu trúc của xương, xương bị loãng, giảm tính chịu lực dẫn đến dễ gãy xương. Ở người bình thường, khi qua giai đoạn đạt mật độ xương đỉnh quá trình hủy xương sẽ dần có xu hướng tăng lên so với tạo xương và gây mất xương. Quá trình này ngày càng tăng dần theo độ tuổi tăng. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là trẻ tuổi nên không theo quy luật này.

#### **4.3.2. Liên quan giữa BMD và BMI.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI trung bình là  $19,45 \pm 2,46$ . Có mối tương quan tuyến tính thuận mức độ yếu giữa BMI với BMD CSTL ( $r =$

$0,241$ ;  $p < 0,05$ ) và BMD CXĐ ( $r = 0,322$ ;  $p < 0,01$ ). Kết quả này tương tự nghiên cứu Gilboe IM và cộng sự (2000) với hệ số tương quan lần lượt  $r = 0,32$  ở CSTL và  $r = 0,29$  ở cổ xương đùi.<sup>7</sup> Theo De Laet C và cộng sự cho thấy BMI  $\geq 25$  là yếu tố bảo vệ đối với MĐX, trong khi ở những người gầy với BMI  $< 18,5$  là yếu tố nguy cơ tăng loãng xương, người có BMI  $< 20$  bất kể tuổi, giới có liên quan tới mất xương nhiều và tăng nguy cơ gãy xương gấp 1-2 lần so với người có BMI  $\geq 25$ .<sup>8</sup>

**4.3.3. Liên quan BMI và mức lọc cầu thận.** Trong nghiên cứu chúng tôi tính mức lọc cầu thận theo công thức Cockcroft-Gaut. Chúng tôi phân tích thấy có mối tương quan thuận giữa mức lọc cầu thận và BMD CSTL ( $r = 0,305$ ;  $p < 0,01$ ). Một số nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa chức năng thận và BMD nhưng còn mâu thuẫn nhau và mối liên quan giữa chức năng thận và nguy cơ loãng xương ở đã được chứng minh trong nghiên cứu của Neemat-Allah và cộng sự 2007. Trong nghiên cứu của Shuang Li và cộng sự (2019) mối quan hệ giữa chức năng thận với BMD và nguy cơ loãng xương ở 776 phụ nữ Trung Quốc sau mãn kinh cho thấy chức năng thận suy giảm có liên quan đến BMD cổ xương đùi và CSTL Tuy nhiên, sau khi hiệu chỉnh theo độ tuổi, thời gian mãn kinh và BMI, sự suy giảm chức năng thận không liên quan đến việc tăng nguy cơ loãng xương so với chức năng thận bình thường.<sup>9</sup>

**4.3.4. Liên quan BMD và điều trị corticoid.** Nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa liều dùng corticoid với mật độ xương, liều corticoid dùng càng tăng thì mật độ xương càng giảm và loãng xương càng tăng. Theo P. M. Jehle và cộng sự (2003) loãng xương có thể xảy ra và có thể gây biến chứng gãy xương với liều GC rất thấp, ngay cả dưới 5mg prednisolon/ngày, nguy cơ càng tăng khi liều dùng càng tăng.<sup>5</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa liều corticoid hiện tại dùng hằng ngày và BMD CSTL ( $r = -0,328$ ;  $p < 0,001$ ). Điều này hoàn toàn phù hợp và cũng giống như nghiên cứu Inge-Margrethe Gilboe và cộng sự (2000):  $r = -0,27$ ;  $p < 0,05$ .<sup>7</sup> Thời gian dùng corticoid có liên quan chặt chẽ với mật độ xương và loãng xương. Theo P M Jehle (2003) ngay cả khi dùng corticoid kéo dài trên 3 tháng với liều thấp đã có nguy cơ gây loãng xương và gãy xương. Nguy cơ loãng xương và gãy xương tiếp diễn theo thời gian dùng thuốc và giảm đi khi dừng lại.<sup>5</sup> Kết

quả nghiên cứu cho thấy có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ yếu giữa thời gian sử dụng corticoid và BMD CXĐ ( $r = -0,313$ ;  $p < 0,01$ ). Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi thêm một lần nữa khẳng định corticoid có ảnh hưởng đến mật độ xương, thời gian dùng thuốc càng dài nguy cơ loãng xương càng cao.

## V. KẾT LUẬN

Mật độ xương ở bệnh nhân viêm thận lupus có mối liên quan với nhiều yếu tố: chỉ số khối cơ thể (BMI), mức lọc cầu thận, liều dùng corticoid hằng ngày và thời gian dùng corticoid. Do vậy, cần đánh giá đầy đủ các nguy cơ ảnh hưởng đến mật độ xương và có chiến lược điều trị kịp thời giúp làm giảm mất xương cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Weinmann-Menke J.** [Lupus nephritis: from diagnosis to treatment]. *Innere Medizin* (Heidelberg, Germany). 2023;64(3):225-233.
2. **Lee C, Almagor O, Dunlop DD, et al.** Disease damage and low bone mineral density: an analysis of women with systemic lupus erythematosus ever and never receiving corticosteroids. *Rheumatology* (Oxford, England). 2006;45(1):53-60.
3. **Việt Hoà T, Bùi Quý Quyền Đ, Trung Vinh H.** khảo sát mật độ xương bằng phương pháp dxa ở bệnh nhân viêm thận lupus. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;510(2).
4. **Jung JY, Choi ST, Park SH, et al.** Prevalence of osteoporosis in patients with systemic lupus erythematosus: A multicenter comparative study of the World Health Organization and fracture risk assessment tool criteria. *Osteoporosis and sarcopenia*. 2020;6(4):173-178.
5. **Jehle PM.** Steroid-induced osteoporosis: how can it be avoided? *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. 2003;18(5):861-864.
6. **Almehed K, Forsblad d'Elia H, Kvist G, Ohlsson C, Carlsten H.** Prevalence and risk factors of osteoporosis in female SLE patients-extended report. *Rheumatology* (Oxford, England). 2007;46(7):1185-1190.
7. **Gilboe IM, Kvien TK, Haugeberg G, Husby G.** Bone mineral density in systemic lupus erythematosus: comparison with rheumatoid arthritis and healthy controls. *Annals of the rheumatic diseases*. 2000;59(2):110-115.
8. **De Laet C, Kanis JA, Odén A, et al.** Body mass index as a predictor of fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*. 2005;16(11):1330-1338.
9. **Li S, Zhan J, Wang Y, et al.** Association between renal function and bone mineral density in healthy postmenopausal Chinese women. *BMC endocrine disorders*. 2019;19(1):146.

# U PHYLLODE TUYẾN VÚ KHỔNG LỒ TRÊN NGƯỜI BỆNH IVF: TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Đỗ Đình Lộc<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Phân loại mô bệnh học (MBH) u vú năm 2018 của Tổ chức thế giới (WHO), trong nhóm u xơ biểu mô và u mô thừa (Fibroepithelial Tumor and Hamartomas) có U Phylloides (u có nguồn gốc từ tế bào xơ biểu mô). Đây là loại u vú không phổ biến, chiếm <1% tổng số các khối u vú. Chúng được phân chia thành 3 loại: lành tính, giáp biên và ác tính<sup>1</sup>; hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi trung bình từ 42 đến 45. Khoảng 16% đến 30% khối u Phylloides là ác tính. Điều trị phẫu thuật là phương pháp đóng vai trò quan trọng nhất đối với bệnh cảnh u phylloides với các chỉ định từ cắt rộng u đến cắt toàn bộ tuyến vú. Chúng tôi báo cáo ca bệnh u phylloides khổng lồ vỡ loét ở người bệnh nữ 35 tuổi. Khối u được phát hiện ở tuần thứ 27 của thai

kì có thực hiện thụ tinh nhân tạo do hiếm muộn và to lên rất nhanh. Sau 35 tuần, người bệnh được mổ lấy thai và cắt tuyến vú khổng lồ sau đó 1 tuần. Giải phẫu bệnh là u phylloide giáp biên ác tính độ 2.

**Từ khóa:** u xơ biểu mô, u phylloides, IVF.

## SUMMARY

### GIANT BREAST PHYLLODE TUMORS IN IVF PATIENTS: BASIC PRINCIPLES AND CASE REPORTS

The World Organization (WHO) 2018 histopathological classification of breast tumors, in the group Fibroepithelial Tumor and Hamartomas there are Phylloides tumors (tumors have original of epithelial fibers cell). This type of breast tumor is uncommon, accounting for <1% of all breast tumors. They can appear in 3 forms: Benign, marginal and malignant; and is usually found in women between the ages of 42 and 45. Approximately 16% to 30% of Phylloides tumors are malignant. In the breast, malignant neoplasms usually grow rapidly but often metastasize late, mainly to the lungs. Surgical treatment is the most important method for phylloides

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Lộc

Email: bsylloc83@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023

tumors with indications ranging from wide tumor excision to mastectomy. We report a case of ulcerated giant phyllodes tumor in a 35-year-old female patient. The tumor was discovered at the 27th week of gestation with in vitro fertilization and increased in volume significant quickly. After 35 weeks, the patient had a cesarean section and the giant breast tumor was removed 1 week later. Pathology is phyllodes tumor (Borderline).

**Keywords:** fibroepithelial, phyllodes tumors, IVF.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U phyllodes là tổn thương tăng sinh trung mô tuyến vú hiếm gặp, chiếm 0.3 – 0.9% các tổn thương tăng sinh tuyến vú<sup>2</sup>. Chẩn đoán hình ảnh đối với u vú ác tính Phyllodes nguyên phát bao gồm chụp X quang, siêu âm, cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính và PET. Các nốt vôi hoá thường thấy trong các khối u ác tính vú rất ít thấy trong u ác tính Phyllodes khi chụp X quang vú. Tổn thương thường gặp đối với u này là u có cấu trúc dạng nhiều nang trên siêu âm, cộng hưởng từ và tăng chuyển hoá đối với 18-FDG khi chụp PET; Cắt lớp vi tính thường không sử dụng khi chẩn đoán u nguyên phát, được sử dụng khi tầm soát các di căn xa, chủ yếu là di căn phổi<sup>3-5</sup>. Điều trị tích cực đối với u Phyllodes vẫn là phẫu thuật cắt bỏ vú có u triệt để, diện rộng. Vai trò của hoá xạ trị tăng cường, hỗ trợ miễn dịch bổ sung cho đến nay vẫn chưa có các nghiên cứu khẳng định. Phát hiện và phẫu thuật sớm kết hợp theo dõi chặt chẽ thời gian dài sau phẫu thuật nhằm phát hiện sớm u tái phát và di căn xa vẫn là phương cách tốt nhất để có thể kéo dài cuộc sống của người bệnh

## II. BÁO CÁO CA BỆNH

Người bệnh nữ, 35 tuổi, do hiếm muộn nên sử dụng phương pháp hỗ trợ sinh sản IVF (in vitro fertilization). Vào tuần thứ 27 của thai kì, người bệnh thấy đau tức vú phải, tự sờ thấy khối u vú phải. Khối u to lên rất nhanh trong quá trình mang thai và xuất hiện thêm các mảng sùi loét. Người bệnh được mổ lấy thai vào tuần thứ 35 của thai kì tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Sau mổ 5 ngày, người đã được chỉ định dùng thuốc tiêu sữa rồi chuyển sang bệnh viện K để xử lí khối u.

Khám lúc nhập viện: Người bệnh thể trạng trung bình, không sốt, dấu hiệu sinh tồn ổn định. Khối u vú phải kích thước to gấp 3 lần bên đối diện kèm theo một khối sùi loét kích thước 7x7cm chảy dịch loét mùi hôi. Hạch nách khó xác định do khối u kích thước quá lớn.

Người bệnh được chỉ định làm bilan mổ ngay lúc nhập viện gồm các xét nghiệm sau:

Siêu âm vú: u vú phải có khối tổ chức lớn vượt quá khả năng đo chiếm toàn bộ vú (BIRADS 4c), nhân vú trái (BIRADS 3), hạch nách phải còn cấu trúc xoang.

Sinh thiết vú: u tế bào hình thoi hướng tới u phyllode

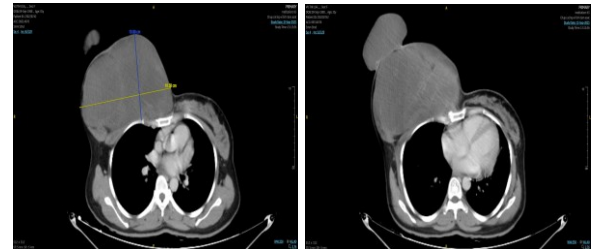
Phim chụp cắt lớp vi tính sọ não, phổi đều không phát hiện bất thường

Xạ hình xương: chưa thấy hình ảnh di căn xương

Siêu âm ổ bụng: hình ảnh nang gan.

Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, đông máu cơ bản, điện tim, siêu âm tim hầu hết đều bình thường, ngoại trừ có tình trạng thiếu máu nhẹ: Hồng cầu 3,69T/L, Huyết sắc tố 106 g/L, Hematocrit 0,314 L/L.

Phim cắt lớp lồng ngực: U phyllode kích thước lớn xâm lấn cơ ngực lớn, cơ ngực bé, xâm lấn cơ liên sườn.



**Hình 2.1. Hình ảnh tổn thương trước mổ**

Người bệnh có chẩn đoán xác định là: u phyllode vú phải vỡ loét/ sau mổ lấy thai IVF ngày thứ 6



Người bệnh đã được phẫu thuật cắt tuyến vú phải và kiểm tra hạch nách phải

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: u phyllode giáp biên ác tính (độ 2), 6/6 hạch viêm mạn tính



### III. BÀN LUẬN

U phyllodes là một dạng bệnh lý u ít gặp của tuyến vú, được Johannes Muller phát hiện và mô tả lần đầu vào năm 1838 với tên Sarcome nang diệp thể (Cystosarcoma phyllodes). Thời gian sau đó tên gọi này đã được thay đổi nhiều lần. Cho đến năm 1981, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã thống nhất gọi là "Bướu diệp thể tuyến vú", hay "U Phyllodes vú", (tên tiếng anh: Phyllodes tumor). Sở dĩ nó có tên gọi này là do mô hình phát triển các tế bào của u (trên MBH) giống như chiếc lá. Trong tiếng Hy Lạp, "Phyllodes" có nghĩa là "giống chiếc lá"<sup>4,6</sup>. U phyllodes vú là một loại u xơ biểu mô hiếm gặp, với tỷ lệ chỉ chiếm 0,3 đến 0,9% các trường hợp u vú, bao gồm các thể lành tính, giáp biên và ác tính. Thể ác tính chiếm 25% các trường hợp. Trên MBH, U phyllode có ranh giới rõ, có cấu trúc giống lá cây: Phần gân lá do các tế bào biểu mô tạo hình, phần còn lại của lá do tế bào mô liên kết cấu thành; Nó tương tự u xơ tuyến vú nhưng có thành phần mô liên kết tăng sinh hơn. Về đại thể u Phyllodes vú thường có kích thước lớn, phát triển nhanh. Khi ở tình trạng ác tính thường di căn phổi<sup>7</sup>.

Khối u phyllode cũng có các thụ thể với estrogen vì vậy việc bộc lộ quá mức với hormone này trong quá trình kích trứng của thai kỳ IVF cũng có khả năng làm kích thích quá trình phát triển của một khối u phyllode<sup>8</sup>. Tác giả Pachiarotti năm 2013 cũng đã công bố một trường hợp tại Ý có sử dụng phương pháp IVF xuất hiện khối u phyllode ác tính tại tuần thứ 16 của thai kỳ nhưng chẩn đoán không chính xác dẫn đến thái độ xử trí không phù hợp và người bệnh tái phát khá nhanh sau đó<sup>9</sup>.

Về hướng xử trí khối u phyllode, phẫu thuật vẫn là sự lựa chọn tốt nhất. Tuy nhiên, phương án phẫu thuật tối ưu vẫn còn tranh cãi giữa cắt triệt căn hoặc bảo tồn. Xu hướng gần đây, các tác giả thiên về bảo tồn nếu các diện cắt đạt được âm tính. Mặc dù vậy, phương pháp sinh thiết kim tuyến vú không thể loại trừ hoàn toàn được khả năng tồn tại đồng thời các khối ung thư vú xâm nhập hoặc tại chỗ trên cùng một khối u phyllode có kích thước lớn hoặc rất lớn. Chính vì các lý do trên, phương pháp phẫu thuật vẫn được khuyến cáo nên cá nhân hóa trên từng trường hợp người bệnh cụ thể.

Với người bệnh trong nghiên cứu này, phẫu thuật khối u vú đã bị trì hoãn cho đến sau khi phẫu thuật lấy thai xong dẫn đến việc khối u phyllode tại vú được can thiệp vào thời điểm quá muộn. Mặc dù vậy, việc làm các xét nghiệm

thâm dò ở các cơ quan khác cũng đã loại trừ được khả năng di căn xa của khối u như não, xương, gan, phổi. Tuy nhiên, do khối u đã vỡ loét kèm theo có kích thước quá lớn chiếm hết toàn bộ thể tích tuyến vú nên không thể chỉ định phẫu thuật bảo tồn cho người bệnh. Cắt toàn bộ tuyến vú kèm kiểm tra hạch nách là phương án phẫu thuật được lựa chọn để giảm tối đa tỷ lệ tái phát cho người bệnh.

### IV. KẾT LUẬN

U phyllodes vú là thực thể hiếm gặp song việc chẩn đoán, quản lý, điều trị, theo dõi và tiên lượng lại có những đặc điểm khác biệt so với các u vú khác. Chẩn đoán giai đoạn lành, giáp biên hay ác tính phụ thuộc hoàn toàn vào giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch. Phương cách điều trị có nguyên tắc chung song thường phải cá thể hoá do hiệu quả của các phác đồ điều trị hiện nay chưa thực sự rõ ràng. Chúng tôi báo cáo ca bệnh với mong muốn các đồng nghiệp sẽ có nhìn nhận tổng quan và phương cách tiếp cận chẩn đoán, điều trị tốt hơn khi gặp ca bệnh tương tự.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The World Health Organization.** Histological typing of breast tumors. Neoplasma. 1983;30(1):113-123.
2. **Guerrero MA, Ballard BR, Grau AM.** Malignant phyllodes tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth. Surg Oncol. 2003;12(1):27-37. doi: 10.1016/s0960-7404(03)00005-7
3. **Sha H, Liu Q, Xie L, et al.** Case Report: Pathological Complete Response in a Lung Metastasis of Phyllodes Tumor Patient Following Treatment Containing Peptide Neoantigen Nano-Vaccine. Front Oncol. 2022;12:800484. doi:10.3389/fonc.2022.800484
4. **Nakamura S, Goto T, Nara S, et al.** Pure ground glass opacity (GGO) on chest CT: a rare presentation of lung metastasis of Malignant Phyllodes Tumor. Breast Cancer Tokyo Jpn. 2020; 27(6): 1187-1190. doi:10.1007/s12282-020-01122-y
5. **Kuo CY, Lin SH, Lee KD, Cheng SJ, Chu JS, Tu SH.** Transcatheter arterial chemoembolization improves the resectability of malignant breast phyllodes tumor with angiosarcoma component: a case report. BMC Surg. 2019;19(1):100. doi:10.1186/s12893-019-0562-0
6. **Khan SA, Badve S.** Phyllodes tumors of the breast. Curr Treat Options Oncol. 2001;2(2):139-147. doi:10.1007/s11864-001-0056-y
7. **Moon SH, Jung JH, Lee J, et al.** Complete remission of giant malignant phyllodes tumor with lung metastasis: A case report. Medicine (Baltimore). 2019;98(22): e15762. doi: 10.1097/MD.00000000000015762
8. **Porton W, Poortman J.** Estrogen receptors in cystosarcoma phyllodes of the breast. Eur J Cancer Amp Clin Oncol. 1981;17(10):1147—1149.

doi:10.1016/0014-2964(81)90300-5

9. **Pachiarotti A, Selman H, Gentile V, et al.**  
First case of transformation for breast  
fibroadenoma to high-grade malignant phyllodes

tumor in an in vitro fertilization patient:  
misdiagnosis of recurrence, treatment and review  
of the literature. Eur Rev Med Pharmacol Sci.  
2013;17:2495-2498.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ TỪ 2020 - 2023

Nguyễn Minh Đức<sup>1</sup>, Lý Ngọc Liên<sup>2</sup>, Trần Mạnh Hà<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhận xét kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 61 trường hợp máu tụ dưới màng cứng mạn tính được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 3 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $75.92 \pm 12.096$ ; tuổi  $\geq 60$  chiếm 91.8%; tỉ lệ nam 88.5%; nữ 11.5%; vô cảm: 100% bệnh nhân được tiền mê, tê tại chỗ; phương pháp mổ: 100% bệnh nhân khoan sọ 1 lỗ; 95.1% có điểm GSC 14 - 15 sau mổ 24h. Biến chứng: có 86.9% không có biến chứng sau mổ, 1 trường hợp động kinh (1.6%), 1 trường hợp phù não sau mổ (1.6%), 1 trường hợp rò dịch não tủy (1.6%), 2 trường hợp còn máu tụ sau mổ (3.3%), 1 trường hợp chảy máu sau mổ (1.6%), 1 trường hợp nhiễm khuẩn huyết sau mổ (1.6%) và 1 trường hợp tử vong sau mổ (1.6%). Tái phát sau mổ: có 3 trường hợp tái phát sau mổ 1 tháng (4.9%), trong đó có 2 trường hợp mổ lại và 1 trường hợp điều trị nội khoa. Chụp CLVT sau mổ 3 tháng: còn máu tụ 0%, khí 0%, tụ dịch 18%. Kết quả gần: tốt 67.2%, khá 24.6%, kém 8.2%. Kết quả xa: hồi phục tốt 84.7%, di chứng nhẹ 6.8%, di chứng nặng 1.7%, đời sống thực vật 0%, tử vong 6.8%. **Kết luận:** Điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng phương pháp khoan sọ, bơm rửa máu tụ và dẫn lưu kín là phương pháp an toàn, hiệu quả và ít biến chứng. Chẩn đoán sớm và điều trị sớm sẽ mang lại kết quả tốt cho người bệnh.

**Từ khóa:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính, phẫu thuật máu tụ, khoan sọ một lỗ.

### SUMMARY

#### SURGICAL OUTCOMES OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA AT FRIENDSHIP HOSPITAL FROM 2020 TO 2023

**Objective:** To analyse the results of surgery for chronic subdural hematoma at Friendship Hospital. **Subjects and method:** A prospective cross-sectional descriptive study on 61 patients who were diagnosed, surgically treated of chronic subdural hematoma at

Friendship Hospital since January 2020 to March 2023. **Result:** Mean age  $75.92 \pm 12.096$ ; higher at the age 60 years old 91.8%; male ratio 88.5%; female ratio 11.5%; anesthesia's methods: 100% local anesthetics; surgical methods: 100% burr-hole craniotomy; 95.1% GSC 14 - 15 after surgery. Complication: 53 case without postoperative complications (86.9%), 1 case of epileptic seizures (1.6%), 1 case of cerebral edema (1.6%), 1 case of postoperative cephalo-spinal liquid fistules, 2 case of recurrent haematomas (3.3%), 1 case of postoperative hemorrhages (1.6%), 1 case of postoperative sepsis, 1 case of postoperative death (1.6%). On the recurrent postoperative evaluations, there were 3 patients who suffers from recurrence after 1 month (4.9%). CT scan after 3 month: 0% patients who suffers from air, 0% recurrent haematomas and 18% hygroma. At the time patient was discharged, the early surgical outcomes: good 67.2%, median 24.6%, bad 8.2%. At 3-month postoperation, the longterm outcomes: good recovery 84.7%, moderate disability 6.8%, severe disability 1.7%, nervevegetative state 0%, dead 6.8%. **Conclusion:** Surgery by burr-hole craniostomy is estimated to be safe and low rate of complication in treatment of chronic subdural hematomas.

**Keywords:** Chronic subdural hematoma, intracranial surgery, burr-hole craniotomy.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính (CDH: Chronic Subdural Hematoma) là một khối tụ dịch và máu cũ có vỏ bao bọc nằm ở khoang dưới màng cứng tức là nằm giữa màng cứng và màng nhện, đây là một trong những bệnh lý hay gặp trong chuyên ngành phẫu thuật thần kinh, gặp nhiều ở người cao tuổi với tỷ lệ mắc bệnh 1-2/100.000 dân. Triệu chứng lâm sàng sớm của máu tụ dưới màng cứng mạn tính ở người lớn tuổi thường nghèo nàn, không đặc hiệu, phần lớn có nguyên nhân chấn thương đầu nhẹ, nhiều khi bệnh nhân không chú ý hoặc không xác định rõ. Chẩn đoán máu tụ DMC mạn tính không khó nhưng đòi hỏi thầy thuốc phải nghĩ đến, đặc biệt là các thầy thuốc không chuyên khoa để nhầm với các bệnh cảnh như u não, tai biến mạch não, rối loạn tâm thần...vì bệnh cảnh của máu tụ DMC mạn tính thường không rõ ràng, tiến triển chậm,

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Đức

Email: dr.minhducbvhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

kéo dài, biểu hiện bằng các triệu chứng mơ hồ, âm thầm, không có triệu chứng đặc hiệu của bệnh.

Điều trị có nhiều phương pháp như mở cửa sổ xương bóc toàn bộ bao máu tụ, khoan sọ 2 lỗ, chọc kim bơm rửa những phương pháp khoan sọ 1 lỗ, bơm rửa và dẫn lưu cho kết quả tốt nhất. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính có kết quả sau mổ thường tốt, nhưng nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, khi khối máu tụ quá lớn gây chèn ép não sẽ tăng thêm thương tổn thứ phát, mất bù trừ, có thể dẫn tới tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và lao động xã hội.

Tại bệnh viện Hữu Nghị với đặc thù bệnh nhân là người già cao tuổi, mắc các bệnh lý nền như tim mạch, tăng huyết áp, tiểu đường và dùng các thuốc chống đông máu / ngưng tập tiểu cầu thì bệnh không phải là hiếm gặp. Giáo sư Nguyễn Thường Xuân (1980), Lý Ngọc Liên (1990) là những người đầu tiên thực hiện phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính và thu được kết quả tốt, tuy nhiên chưa có một nghiên cứu tổng kết chuyên sâu về bệnh lý này, góp phần cho công tác chẩn đoán và điều trị. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Hữu Nghị từ 2020 - 2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại khoa Ngoại Thần kinh - Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2023.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Tất cả 61 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là máu tụ DMC mạn tính, được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ T1 - 2020 đến T3 - 2023 và có đủ hồ sơ bệnh án.

### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân máu tụ DMC cấp tính / bán cấp được mổ trị hoãn như máu tụ DMC mạn tính.

+ Bệnh nhân mổ máu tụ DMC mạn tính tái phát nhưng mổ lần đầu không trong thời gian nghiên cứu.

+ Bệnh nhân mổ máu tụ DMC mạn tính tái phát nhưng mổ lần đầu ở nơi khác.

### 2.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

Dựa vào sự tiến triển hồi phục của triệu chứng lâm sàng, so sánh trước mổ và sau mổ:

### - Kết quả gần:

+ Tốt (GCS 14 - 15 điểm): Bệnh nhân phục hồi hoàn toàn so với trước mổ.

+ Khá (GCS 9 - 13 điểm): Phục hồi hơn so với trước mổ nhưng chưa hoàn toàn như còn yếu tay chân, đau đầu nhẹ...

+ Kém (GCS < 9 điểm): Không cải thiện triệu chứng, có thể phải mổ lại hoặc tử vong.

- **Kết quả xa:** Đánh giá sau mổ 3 tháng, dựa vào thang điểm GOS (Glasgow Outcome Scale):

+ Hồi phục tốt: bệnh nhân trở lại cuộc sống bình thường.

+ Di chứng nhẹ: bệnh nhân có thể tự chăm sóc bản thân, có thể làm công việc trong nhà.

+ Di chứng nặng: tinh táo nhưng phải có người khác phục vụ trong cuộc sống hàng ngày.

+ Đời sống thực vật

+ Tử vong

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Giới tính

**Bảng 1. Giới**

Giới	N	%
Nam	54	88.5
Nữ	7	11.5
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 54 và 7 nữ, tỷ lệ nam/nữ: 8/1, trong đó tỷ lệ nam là 88.5%, nữ chiếm 11.5%.

### 3.2. Tuổi

**Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

Nhóm tuổi	N	%
< 40	1	1.6
40 - 59	4	6.6
60 - 89	50	82.0
≥ 90	6	9.8
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 75.92 với độ lệch chuẩn 12.096. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính gặp ở tuổi ≥ 60 chiếm 91.8% (60 - 89 tuổi chiếm 82%, ≥ 90 tuổi chiếm 9.8%), từ 40 - 59 chiếm 6.6%, dưới 40 tuổi là 1.6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi nhỏ nhất là 26 tuổi, lớn nhất là 98 tuổi. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.05$ ).

### 3.3. Chẩn đoán ban đầu

**Bảng 3. Chẩn đoán ban đầu khi nhập viện**

Chẩn đoán ban đầu	N	%
Máu tụ DMC mạn tính	26	42.6
TBMN	24	39.3
Khác	11	18.0
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 42.6% bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu là máu tụ DMC mạn khi tính khi nhập viện, 39.3% chẩn đoán là tai biến mạch não và 18% chẩn đoán là các bệnh như thoát vị đĩa đệm, đau đầu, tăng huyết áp, hoang tưởng,

động kinh...

### 3.4. Phương pháp vô cảm

**Bảng 4. Phương pháp vô cảm**

Phương pháp vô cảm	N	%
Tiền mê, tê tại chỗ	61	100
NKQ	0	0
<b>Tổng</b>	61	100

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân được tiền mê, tê tại chỗ trước phẫu thuật.

### 3.5. Phương pháp mổ

**Bảng 5. Phương pháp mổ**

Phương pháp mổ	N	%
Khoan sọ 1 lỗ	61	100
Mở cửa sổ xương	0	0
<b>Tổng</b>	61	100

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân được khoan sọ 1 lỗ, bơm rửa máu tụ. Không có trường hợp nào phải mở cửa sổ xương.

### 3.6. Tri giác sau phẫu thuật 24h

**Bảng 6. Tri giác sau phẫu thuật 24h (GSC)**

Glasgow	N	%
14 - 15	58	95.1
9 - 13	2	3.3
3 - 8	1	1.6
<b>Tổng</b>	61	100

**Nhận xét:** 95.1% bệnh nhân có tri giác tốt G 14 - 15 điểm sau mổ, 3.3% có tri giác 9 - 13 điểm và 1.6% tri giác G 3 - 8 điểm sau mổ.

### 3.7. Biến chứng

**Bảng 7. Biến chứng sau mổ 24h**

Biến chứng	N	%
Không biến chứng	53	86.9
Động kinh	1	1.6
Phù não sau mổ	1	1.6
Rò DNT	1	1.6
Còn máu tụ	2	3.3
Chảy máu sau mổ	1	1.6
Nhiễm khuẩn huyết	1	1.6
Tử vong	1	1.6
<b>Tổng</b>	61	100

**Nhận xét:** Đánh giá biến chứng sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi có 53 trường hợp không có biến chứng sau mổ (86.9%), 1 trường hợp động kinh sau mổ (1.6%), 1 trường hợp phù não sau mổ (1.6%), 1 trường hợp rò dịch não tủy, 2 trường hợp còn máu tụ sau mổ (3.3%), 1 trường hợp chảy máu sau mổ do tai biến xuất huyết nhu mô não (1.6%), 1 trường hợp nhiễm khuẩn huyết sau mổ (1.6%) và 1 trường hợp tử vong ngày thứ 3 sau mổ (1.6%).

### 3.8. Tái phát sau mổ

**Bảng 8. Tái phát sau mổ 1 tháng**

Tái phát sau mổ	N	%
Có	3	4.9

Không	58	95.1
<b>Tổng</b>	61	100

**Nhận xét:** Chúng tôi khám lại bệnh nhân sau mổ 1 tháng và chụp CLVT, có 3 trường hợp tái phát sau mổ (4.9%), trong đó có 2 trường hợp phải mổ lại và 1 trường hợp điều trị bảo tồn. Có 58 trường hợp (95.1%) không tái phát sau mổ.

### 3.9. Chụp CLVT sau mổ 3 tháng

**Bảng 9. Chụp CLVT sau mổ 3 tháng:**

Kết quả CLVT	N	%
Còn máu tụ	0	0
Khí	0	0
Tụ dịch	11	22
Không	39	78
<b>Tổng</b>	50	100

**Nhận xét:** Chúng tôi chụp CTTL tại thời điểm sau mổ 3 tháng được 50/61 trường hợp, đạt 82%. Kết quả không có trường hợp nào còn máu tụ hay khí sau mổ, có 11 trường hợp (22%) có tụ dịch DMC sau mổ.

### 3.10. Thời gian nằm viện

**Bảng 10. Thời gian nằm viện**

Thời gian nằm viện	N	%
≤ 7 ngày	11	18
7 - 14 ngày	35	57.4
> 14 ngày	15	24.6
<b>Tổng</b>	61	100

**Nhận xét:** 57.4% bệnh nhân có thời gian nằm viện từ 7 - 14 ngày, 24.6 % có thời gian nằm viện trên 14 ngày và 18% có thời gian nằm viện dưới 7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là  $13.2 \pm 7.55$  ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 55 ngày.

### 3.11. Kết quả gần

**Bảng 11. Kết quả gần**

Kết quả gần	N	%
Tốt	41	67.2
Khá	15	24.6
Kém	5	8.2
<b>Tổng</b>	61	100

**Nhận xét:** Chúng tôi đánh giá kết quả gần khi bệnh nhân ra viện, có 67.2% trường hợp có kết quả tốt, 24.6% có kết quả khá và kết quả kém là 8.2%.

### 3.12. Kết quả xa

**Bảng 12. Kết quả xa**

Kết quả xa	N	%
Hồi phục tốt	50	84.7
Di chứng nhẹ	4	6.8
Di chứng nặng	1	1.7
Đời sống thực vật	0	0
Tử vong	4	6.8
<b>Tổng</b>	59	100

**Nhận xét:** Chúng theo dõi xa tại thời điểm sau 3 tháng sau phẫu thuật được 59/61 bệnh nhân, đạt 96.7%, kết quả thu được trong đó 50 trường hợp hồi phục tốt (87.4%), 2 trường hợp di chứng ở mức độ nhẹ và nặng (33.4%) và có 5 trường hợp tử vong (8.5%).

#### IV. BÀN LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính là một trong những bệnh lý phổ biến trong chuyên ngành phẫu thuật thần kinh với tần suất ngày càng tăng lên bởi tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng do chất lượng cuộc sống ngày càng được nâng cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi lứa tuổi mắc bệnh chủ yếu là trên 60 tuổi chiếm 91.8%, tuổi nhỏ nhất là 26 tuổi, cao nhất là 98 tuổi, tuổi trung bình 76, điều này cũng tương đồng với nghiên cứu ở các nước phát triển (Mỹ, Châu Âu) với tuổi trung bình của bệnh nhân nằm ở 70 - 90 tuổi<sup>1,2</sup>. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào tại bệnh viện Bạch Mai với độ tuổi trên 60 tuổi chiếm 49%, Ngô Mạnh Hùng tại bệnh viện Việt Đức chủ yếu gặp ở đối tượng bệnh nhân trẻ < 60 tuổi. Phân bố theo giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 8:1, với tỷ lệ nam giới là 88.5% tương tự với nghiên cứu của Ngô Mạnh Hùng 80.2% nam giới, Kitya 72.8%<sup>3</sup>, Kwon 70.8%<sup>4</sup>, Ridwan 65.4%<sup>2</sup>.

Chẩn đoán máu tụ DMC mạn tính trên lâm sàng không khó nhưng đòi hỏi thầy thuốc phải nghĩ đến, đặc biệt là các thầy thuốc không chuyên khoa dễ nhầm với các bệnh cảnh như u não, tai biến mạch não, rối loạn tâm thần... Trong nghiên cứu của chúng tôi có 35/61 bệnh nhân chiếm 57.3% chẩn đoán nhầm sang các bệnh lý khác và 24/61 bệnh nhân chiếm 42.6% được chẩn đoán ban đầu là máu tụ DMC mạn tính. Ngày nay CLVT đã được áp dụng phổ biến hơn trong việc khám và chẩn đoán bệnh giúp đưa ra chẩn đoán nhanh và chính xác hơn mà không cần CHT. Do đó, đối với những bệnh nhân có tiền sử chấn thương rõ ràng phải theo dõi về lâm sàng, nếu có đau đầu, thiếu sót thần kinh xuất hiện sau một thời gian dài yên tĩnh (thường 3 - 4 tuần trở đi) sau chấn thương thì cần chụp CLVT ngay để chẩn đoán vì CLVT là phương tiện cận lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán chính xác máu tụ, vị trí máu tụ DMC, lựa chọn phương pháp phẫu thuật và theo dõi sau mổ.

Điều trị phẫu thuật có nhiều phương pháp như chọc kim bơm rửa, khoan sọ 1 lỗ, khoan sọ 2 lỗ hoặc mở cửa sổ xương lấy máu tụ nhưng chúng tôi chỉ thực hiện phương pháp khoan sọ 1

lỗ, bơm rửa, dẫn lưu máu tụ và tất cả các trường hợp đều được vô cảm tiền mê tại chỗ. Kết quả có 95.1% bệnh nhân có tri giác tốt G 14 - 15 điểm sau mổ, 3.3% có tri giác G 9 - 13 điểm sau mổ và 1.6% tri giác G 3 - 8 điểm sau mổ. Kết quả gần khi bệnh nhân ra viện có 67.2% có kết tốt, khá 24.6% còn di chứng nhẹ như đau đầu, yếu tay chân và kém 5.2% trong đó có 2 trường hợp tử vong, 2 trường hợp mổ lại do còn máu tụ và 1 trường hợp có biến chứng xuất huyết não sau mổ do tai biến. Bệnh nhân được tái khám sau mổ 1 tháng và chụp CLVT, kết quả có 3 trường hợp tái phát chiếm 4.9%, trong đó 2 trường hợp chúng tôi phải can thiệp phẫu thuật, 1 trường hợp điều trị bảo tồn không mổ. Theo Cofano và cs thì tỷ lệ tái phát sau mổ được ghi nhận là 10.1%, không có sự khác biệt giữa máu tụ 1 bên và 2 bên, dao động từ 5 - 30%<sup>5</sup>, theo Flint và cs là 9.1%<sup>6</sup>, Brennan và cs là 9%<sup>7</sup>. Chúng tôi chụp CTVL tại thời điểm sau mổ 3 tháng được 50/61 trường hợp, đạt 82%. Kết quả không có trường hợp nào còn máu tụ hay khí sau mổ, 11 trường hợp (22%) có tụ dịch DMC sau mổ.

Đánh giá kết quả xa sau 3 tháng chúng tôi khám lại được 59/61 bệnh nhân, đạt 96.7%, có 50 trường hợp có kết quả tốt chiếm 84.7%. Những bệnh nhân này trở về cuộc sống sinh hoạt bình thường, về tâm thần và vận động bình thường, số ít còn đau đầu khi thay đổi thời tiết. Có 4 trường hợp hồi phục khá chiếm 6.8%, có di chứng nhẹ sau mổ như đau đầu, yếu tay chân, ngủ kém hay rối loạn trí nhớ. Chúng tôi gặp 1 trường hợp di chứng nặng sau mổ, chiếm 1.6% do biến chứng xuất huyết não do tai biến. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp, chiếm 6.8%, tất cả trường hợp này tử vong do các vấn đề liên quan đến viêm phổi do covid 19, lao phổi, tim mạch và ung thư, không liên quan đến máu tụ DMC. Theo Hà Kim Trung kết quả tốt là 90% và tỉ lệ tử vong là 3%, Kiều Đình Hùng (1998) kết quả tốt là 83.9%, Havenberh và cs kết quả tốt là 76%<sup>8</sup> và tử vong là 6.5%, Brennan và cs kết quả tốt là 78% và tử vong là 2%<sup>7</sup>.

Về biến chứng sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi có 12.9% bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó 1.6% bệnh nhân động kinh sau mổ, 1.6% phù não, 1.6% rò DNT, 3.3% còn máu tụ sau mổ, 1.6% chảy máu sau mổ do tai biến xuất huyết não, 1.6% nhiễm khuẩn huyết sau mổ và tử vong 1.6%. Kết quả này không cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thế Hào tại bệnh viện Bạch Mai với tỷ lệ biến chứng là 6.8% và các nghiên cứu khác trên thế giới<sup>6,7</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 61 trường hợp máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ T1/2020 đến T3/2023, chúng tôi thấy tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 76 tuổi, tỷ lệ nam chiếm 88.5%. Điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng phương pháp khoan sọ, bơm rửa máu tụ và dẫn lưu kín là phương pháp an toàn, hiệu quả và ít biến chứng sau mổ. Chẩn đoán sớm và điều trị sớm sẽ đem lại kết quả tốt cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Motiei-Langroudi R, Alterman RL, Stippler M, et al.** Factors influencing the presence of hemiparesis in chronic subdural hematoma. *J Neurosurg.* 2019;131(6):1926-1930. doi:10.3171/2018.8.JNS18579
2. **Ridwan S, Bohrer AM, Grote A, Simon M.** Surgical Treatment of Chronic Subdural Hematoma: Predicting Recurrence and Cure. *World Neurosurg.* 2019;128:e1010-e1023. doi:10.1016/j.wneu.2019.05.063
3. **Kitya D, Punchak M, Abdelgadir J, Obiga O, Harborne D, Haglund MM.** Causes, clinical presentation, management, and outcomes of chronic subdural hematoma at Mbarara Regional

Referral Hospital. *Neurosurg Focus.* 2018;45(4):E7. doi:10.3171/2018.7.FOCUS18253

4. **Kwon CS, Al-Awar O, Richards O, Izu A, Lengvenis G.** Predicting Prognosis of Patients with Chronic Subdural Hematoma: A New Scoring System. *World Neurosurg.* 2018;109:e707-e714. doi:10.1016/j.wneu.2017.10.058
5. **Cofano F, Pesce A, Vercelli G, et al.** Risk of Recurrence of Chronic Subdural Hematomas After Surgery: A Multicenter Observational Cohort Study. *Front Neurol.* 2020;11:560269. doi:10.3389/fneur.2020.560269
6. **Flint AC, Chan SL, Rao VA, Efron AD, Kalani MA, Sheridan WF.** Treatment of chronic subdural hematomas with subdural evacuating port system placement in the intensive care unit: evolution of practice and comparison with bur hole evacuation in the operating room. *J Neurosurg.* 2017;127(6):1443-1448. doi:10.3171/2016.9.JNS161166
7. **Brennan PM, Kolias AG, Joannides AJ, et al.** The management and outcome for patients with chronic subdural hematoma: a prospective, multicenter, observational cohort study in the United Kingdom. *J Neurosurg.* Published online March 17, 2017;1-8. doi:10.3171/2016.8.JNS16134.test
8. **Van Havenbergh T, van Calenbergh F, Goffin J, Plets C.** Outcome of chronic subdural haematoma: analysis of prognostic factors. *Br J Neurosurg.* 1996; 10(1): 35-39. doi:10.1080/02688699650040502

# ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG ĐÁP ỨNG NHU CẦU CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CHO BỆNH NHI Ung THƯ TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TÂN TRIỀU NĂM 2022

Nguyễn Thị Thùy Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Mỹ Duyên<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhi ung thư tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang được thực hiện trên 203 cha mẹ bệnh nhi để đánh giá thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) cho con của họ với bộ câu hỏi phát vấn đánh giá đáp ứng nhu cầu theo 3 cấp độ với 34 tiêu mục nằm trong 5 nội dung đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ: Hỗ trợ thể chất; Tâm lý, tinh thần; Giao tiếp, quan hệ; Tài chính, phúc lợi xã hội; Thông tin y tế. Phân tích số liệu trên SPSS 20.0 với bảng biểu mô tả tần số và tỷ lệ đặc điểm của bệnh nhi, các nhu cầu và đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhi. **Kết quả:** Đáp ứng

nhu cầu thông tin y tế chiếm tỷ lệ cao nhất trong 5 nội dung của đáp ứng, tất cả các tiêu mục đều trên 95%, thấp nhất là đáp ứng nhu cầu tài chính phúc lợi xã hội: trong đó hỗ trợ chi phí điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất là 85,4%. **Kết luận:** Đáp ứng chủ yếu là CSGN nhu cầu thể chất, CSGN thông tin y tế và quan hệ giao tiếp. Nội dung CSGN tâm lý, tài chính phúc lợi xã hội vẫn được hỗ trợ nhưng chưa đầy đủ.

**Từ khóa:** chăm sóc giảm nhẹ, bệnh nhi ung thư, đáp ứng nhu cầu

## SUMMARY

### ASSESSING THE CURRENT STATUS OF MEETING PALLIATIVE CARE NEEDS FOR PEDIATRIC CANCER PATIENTS AT TAN TRIEU K HOSPITAL IN 2022

**Objectives:** Assessing the current status of meeting palliative care needs for pediatric cancer patients at Tan Trieu K Hospital in 2022. **Research subjects and methods:** cross-sectional description conducted on 203 parents of pediatric patients to assess the current status of meeting palliative care needs for their children with a set of questions to

<sup>1</sup>Trường Đại học Thăng Long

<sup>2</sup>Bệnh viện Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Trang

Email: trang.ntt@thanglong.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023

assess need response at 3 levels with 34 subsections within 5 contents of meeting care needs. Palliative care: Physical support; Psychological and spiritual; Communication and relationships; Finance, social welfare; Medical information. Data analysis on SPSS 20.0 with tables describing the frequency and proportion of characteristics of pediatric patients, needs and requirements for palliative care for pediatric patients. **Result:** meeting the demand for medical information accounted for the highest proportion of the 5 contents of the response, all sub-categories were over 95%, the lowest was to meet the financial needs of social welfare: in which, support for treatment costs accounted for the highest proportion. is 85.4%. **Conclusion:** The main response is to support physical needs, support medical information and communication relationships. The content of psychological, financial, and social welfare support is still supported, but not enough.

**Keywords:** palliative care, pediatric cancer patients, meeting needs

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trẻ em là bệnh lý ung thư xảy ra ở trẻ nhỏ và thiếu niên (từ 0 đến 16 tuổi). Ở đó các tiến trình di truyền bất thường, mà không có khả năng bảo vệ chống lại sự phát triển bất thường của các dòng tế bào bệnh lý, xảy ra rất sớm và có thể diễn tiến rất nhanh chóng [1][2].

Hiện nay, ở Việt Nam, nhờ trình độ y học phát triển mà tiên lượng chung cho hầu hết các bệnh ung thư ở trẻ em đang tốt dần lên [4]. Để đạt được điều này, bệnh nhi ung thư cần được điều trị và đi kèm với chăm sóc giảm nhẹ. Theo WHO, "Chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) là các biện pháp nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh đe dọa tính mạng và gia đình họ bằng cách phòng ngừa, phát hiện sớm, điều trị đau và các triệu chứng thực thể, các vấn đề tâm lý và tinh thần mà bệnh nhân và gia đình họ phải chịu đựng" [6].

Bệnh viện K cơ sở Tân Triều là một trong những cơ sở tiếp nhận số lượng bệnh nhi ung thư nhiều nhất trong cả nước. Tại Bệnh viện K chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tình trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của bệnh nhi ung thư. Nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc toàn diện và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhi, cần thiết phải đánh giá thực đáp chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "Đánh giá thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhi ung thư tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2022", với mục tiêu sau: Đánh giá thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhi ung thư tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 203 cha/mẹ bệnh nhi có con được chẩn đoán ung thư và điều trị nội trú tại Khoa Nhi Bv K, cơ sở Tân Triều.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Cha/ mẹ bệnh nhi có con được chẩn đoán mắc tất cả các loại ung thư và điều trị nội trú tại Khoa Nhi, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều trong thời gian nghiên cứu.

- Có con ở độ tuổi 0-16 tuổi

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Các đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu  
- Cha mẹ bệnh nhi hạn chế/không có khả năng giao tiếp

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

#### **2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2022 đến tháng 3/2023

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nhi bệnh viện K cơ sở Tân Triều

#### **2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện

#### **2.3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu:**

- Cách thức thu thập thông tin: Lấy thông tin từ bệnh án kết hợp phỏng vấn cha/ mẹ bệnh nhi bằng phiếu điều tra.

- Xây dựng bộ câu hỏi dành cho người chăm sóc bệnh nhi ung thư dựa trên tham khảo từ bộ công cụ PNPC (Problems and Needs in Palliative Care) để đánh giá nhu cầu CSGN của bệnh nhân ung thư. Bộ công cụ này đã được chuẩn hóa về tính giá trị và được đánh giá có độ tin cậy với Cronbach's alpha đều lớn hơn 0,7 [5],[6].

**2.4. Các tiêu chuẩn đánh giá:** Các câu hỏi đánh giá đáp ứng nhu cầu CSGN có 3 mức độ. Mỗi câu hỏi chỉ có 1 đáp án đúng. Cha/ mẹ bệnh nhi hoặc bệnh nhi chọn 1 đáp án đúng nhất với mỗi câu hỏi theo mức độ điểm 0, 1, 2.

**2.5. Phương pháp xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### **3.1. Đặc điểm chung của ĐTNC**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhi**

Đặc điểm của bệnh nhi		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	125	61,1
	Nữ	78	38,4
Nhóm tuổi	< 7 tuổi	45	22,2
	≥ 7 tuổi	158	77,8
Thời gian điều trị	<12 tháng	174	85,7
	≥ 12 tháng	29	14,3
Phương pháp	Hóa trị	180	88,7
	Xạ trị	49	24,1

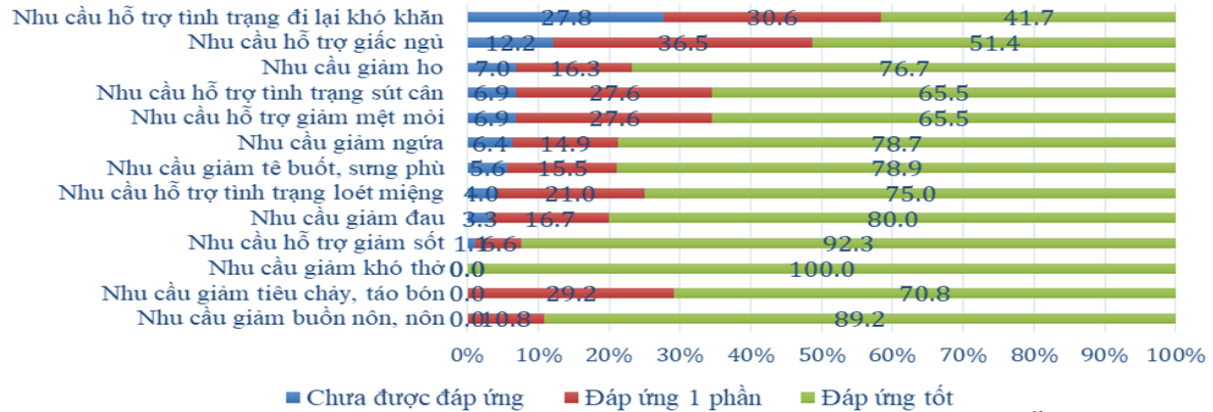


điều trị	Phẫu thuật	114	56,2
	Kết hợp	82	40,4

**Nhận xét:** Tỷ lệ nam cao hơn nữ (61,1% so với 38,4%). Nhóm từ 7 tuổi trở lên là chủ yếu chiếm 77,8%, tỷ lệ bệnh nhi có thời gian điều trị

dưới 12 tháng chiếm đa số (85,7%). Phương pháp điều trị chính là hóa trị (88,7%), thấp nhất là xạ trị (24,1%).

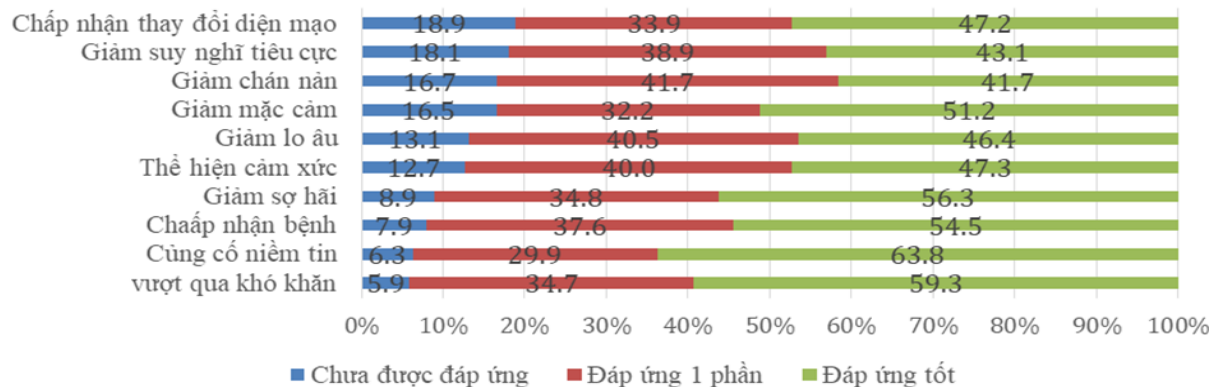
### 3.2. Thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhi ung thư



**Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhi theo thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc hỗ trợ thể chất (n=203)**

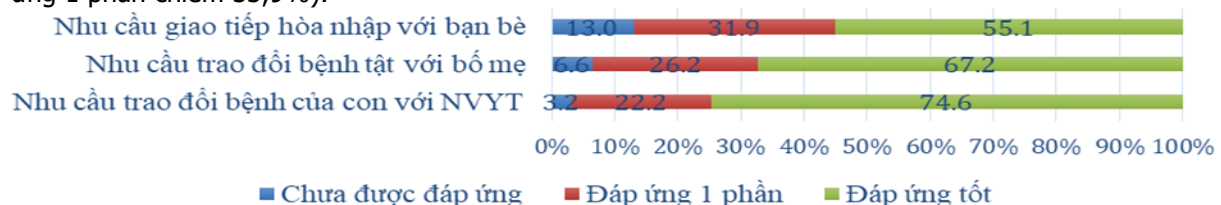
**Nhận xét:** Trong 13 tiểu mục đáp ứng nhu cầu về thể chất cho bệnh nhi, đáp ứng nhu cầu hỗ trợ giảm khó thở, thở gấp, giảm buồn nôn, nôn và giảm tiêu chảy táo bón, chiếm tỷ lệ cao nhất là 100%, tiếp theo đó là đáp ứng nhu cầu

giảm sốt trong đó đáp ứng tốt là 92,3 % và đáp ứng 1 phần là 16,6%, đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tình trạng đi lại khó khăn chiếm tỷ lệ thấp nhất (30,6% đáp ứng 1 phần và 41,7% đáp ứng tốt).



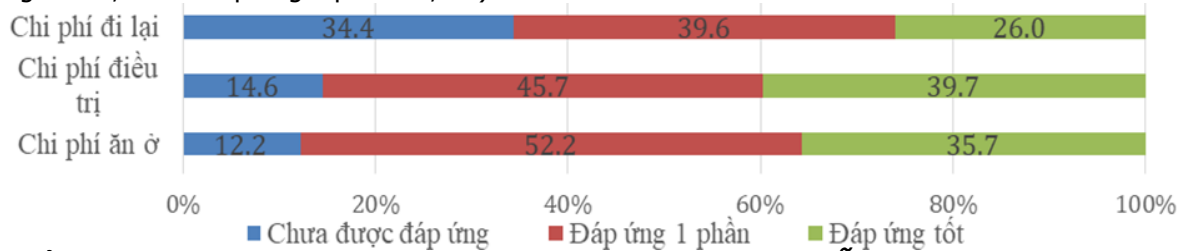
**Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhi theo thực trạng đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tâm lý, tinh thần (n=203)**

**Nhận xét:** Đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tâm lý cao nhất là đáp ứng nhu cầu hỗ trợ bệnh nhi vượt qua giai đoạn khó khăn (đáp ứng tốt chiếm 59,3%, đáp ứng 1 phần là 34,7%), thấp nhất là đáp ứng nhu cầu hỗ trợ bệnh nhi chấp nhận sự thay đổi diện mạo của mình (đáp ứng tốt chiếm 47,2%, đáp ứng 1 phần chiếm 33,9%).



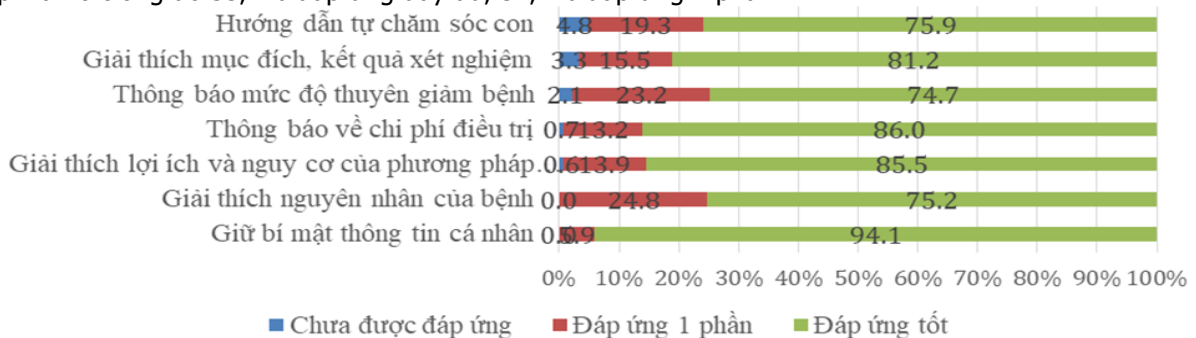
**Biểu đồ 3.3. Phân bố bệnh nhi theo thực trạng đáp ứng nhu cầu hỗ trợ quan hệ, giao tiếp (n=203)**

**Nhận xét:** Đáp ứng nhu cầu trao đổi bệnh của con với nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao nhất (đáp ứng tốt 74,6% và đáp ứng 1 phần 22,2%).



**Biểu đồ 3.4. Phân bố bệnh nhi theo thực tế đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tài chính, phúc lợi xã hội (n=203)**

**Nhận xét:** Đáp ứng nhu cầu tài chính, phúc lợi xã hội cao nhất là đáp ứng nhu cầu hỗ trợ về chi phí ăn ở trong đó 35,7% đáp ứng đầy đủ, 52,2% đáp ứng 1 phần.



**Biểu đồ 3.5. Phân bố bệnh nhi theo thực trạng đáp ứng nhu cầu hỗ trợ thông tin y tế (n=203)**

**Nhận xét:** Đáp ứng nhu cầu hỗ trợ thông tin y tế cao nhất là nhu cầu giữ bí mật thông tin cá nhân (trong đó 94,1% đáp ứng tốt, 5,9% đáp ứng 1 phần). Thấp nhất là hướng dẫn tự chăm sóc con (19,3% đáp ứng 1 phần, 75,9% đáp ứng tốt).

#### IV. BÀN LUẬN

**Đáp ứng nhu cầu chăm sóc hỗ trợ thể chất.** Trong 13 tiểu mục đáp ứng nhu cầu về thể chất cho bệnh nhi, đáp ứng nhu cầu hỗ trợ giảm khó thở, thở gấp chiếm tỷ lệ cao nhất là 100%, tiếp theo đó là đáp ứng nhu cầu giảm sốt trong đó đáp ứng tốt là 92,3% và đáp ứng 1 phần là 16,6%, đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tình trạng đi lại khó khăn chiếm tỷ lệ thấp nhất (30,6% đáp ứng 1 phần và 41,7% đáp ứng tốt). Kết quả đáp ứng này cao hơn so với nghiên cứu trên đối tượng ung thư người lớn của tác giả Phạm Thị Dịu (2020), đáp ứng nhu cầu thể chất chỉ chiếm 74,6% [3]. Sự khác nhau này có thể là do ở đối tượng trẻ em, là một đối tượng rất đặc biệt vì vậy nhân viên y tế luôn trong tâm thế sẵn sàng hỗ trợ trẻ tốt nhất. Kết quả của chúng tôi cho thấy đa phần các vấn đề về thể chất đều được nhân viên y tế đáp ứng nhờ có sự phối hợp giữa bác sĩ điều trị và điều dưỡng, điều dưỡng đóng vai trò lớn trong hỗ trợ chăm sóc cho bệnh nhi.

Đội ngũ bác sĩ và điều dưỡng tại khoa cũng thường xuyên phối hợp với nhau trong công tác điều trị và chăm sóc cho bệnh nhi ung thư, đặc biệt là đội ngũ điều dưỡng có vai trò rất lớn trong việc hỗ trợ chăm sóc thể chất cho bệnh nhi.

Điều dưỡng là đội ngũ tiếp xúc nhiều nhất với bệnh nhi hằng ngày nên có thể nắm bắt được sớm những biểu hiện thể chất bất thường của bệnh nhi; từ đó mới thông báo cho bác sĩ điều trị có phương án hỗ trợ bệnh nhi cho phù hợp.

Vấn đề giảm đau đớn trong quá trình chăm sóc trẻ được điều dưỡng nhấn mạnh hơn cả, nhiều khi thuốc giảm đau thông thường không còn tác dụng mà phải dùng đến thuốc giảm đau gây nghiện. Hiện nay, các loại thuốc giảm đau gây nghiện bị quản lý chặt chẽ, nhà thuốc chỉ được bán khi có đơn của bác sĩ mà bác sĩ đó phải được sự đồng ý của bệnh viện kê đơn thuốc giảm đau gây nghiện. Để thuận tiện trong việc hỗ trợ giảm đau cho bệnh nhi ung thư, bệnh viện cho phép bác sĩ điều trị khoa Nhi được kê đơn thuốc giảm đau gây nghiện cho bệnh nhi khi cần thiết.

Khi thực hiện chăm sóc giảm nhẹ cho trẻ, nhân viên y tế còn có nhiều khó khăn vì vậy mà vẫn còn tỷ lệ bệnh nhi chưa được đáp ứng. Thực tế các hoạt động CSGN chưa hoàn toàn tách biệt

mà chỉ là lồng ghép trong cùng công tác chăm sóc bệnh nhi hằng ngày do thiếu nguồn lực.

Hằng ngày, ngoài công việc làm thủ thuật, chăm sóc bệnh nhi theo phác đồ điều trị cho bệnh nhi, bác sĩ, điều dưỡng của khoa Nhi còn phải lưu ý hỗ trợ bệnh nhi về thể chất như giảm đau, giảm tình trạng ho, nôn trớ, hỗ trợ bệnh nhi đi lại.

**Đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tâm lý, tinh thần.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tâm lý cao nhất (bao gồm đáp ứng 1 phần và đáp ứng tốt) là đáp ứng nhu cầu hỗ trợ bệnh nhi vượt qua giai đoạn khó khăn (đáp ứng tốt chiếm 59,3%, đáp ứng 1 phần là 34,7%) có 5,9% bệnh nhi chưa được đáp ứng, thấp nhất là đáp ứng nhu cầu hỗ trợ bệnh nhi chấp nhận sự thay đổi diện mạo của mình (đáp ứng tốt chiếm 47,2%, đáp ứng 1 phần chiếm 33,9%), có tới 18,9% chưa được đáp ứng. Kết quả trên cho chúng ta thấy, nhân viên y tế đã có sự quan tâm nhằm đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tâm lý cho trẻ, tuy nhiên, cũng còn số bệnh nhi nhất định chưa được đáp ứng, bởi trong công tác chăm sóc giảm nhẹ tại khoa còn một số hạn chế. Thực tế, chúng tôi nhận thấy, hiện tại đã có sự phối hợp giữa điều dưỡng chăm sóc và các bên liên quan cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ, tuy nhiên chỉ trong những trường hợp cần thiết và còn nhiều hạn chế.

Trong CSGN tại khoa Nhi, khoa luôn phải phối hợp với các chuyên khoa khác như bác sĩ dinh dưỡng, bác sĩ tâm lý, CTXH để cùng hỗ trợ bệnh nhi và gia đình bệnh nhi. Tuy nhiên, trong chăm sóc tâm lý, dinh dưỡng cho bệnh nhi ung thư, khoa Nhi và bác sĩ tâm lý, bác sĩ dinh dưỡng mới chỉ phối hợp khi bệnh nhi có nhu cầu và thông tin đến cha mẹ bệnh nhi về dịch vụ này chưa được phổ rộng.

Việc hỗ trợ thể chất cho bệnh nhân được thực hiện nhiều hơn cả, tiếp đến là những nhu cầu hỗ trợ tài chính, các phúc lợi xã hội, còn những nội dung về hỗ trợ tâm lý chỉ được thực hiện khi cần.

Kết quả trên cho chúng ta thấy rằng, vấn đề tâm lý ở trẻ vẫn hiện hữu và cần nhân viên y tế lưu tâm hơn nữa trong việc cung cấp thông tin về bác sĩ tâm lý cho người bệnh nhi ngay khi mới vào đồng thời đánh giá tâm lý trẻ trong quá trình điều trị. Đồng thời cung cấp thông tin về sự hỗ trợ của bác sĩ tâm lý ngay cả khi người bệnh chưa có nhu cầu. Điều này sẽ giúp cha mẹ có thông tin, ý thức trong việc đánh giá quan sát trẻ, khi có bất kỳ những bất thường về tâm lý như chống đối điều trị, khủng hoảng tâm lý, sợ hãi,... thì liên hệ với bác sĩ tâm lý hỗ trợ, thông

báo với điều dưỡng để có sự hỗ trợ động viên trẻ thường xuyên hơn.

**Đáp ứng nhu cầu hỗ trợ giao tiếp, quan hệ.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đáp ứng nhu cầu quan hệ giao tiếp chiếm tỉ lệ cao, đều trên 85%, đáp ứng nhu cầu trao đổi bệnh của con với nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 96,8% (đáp ứng tốt 74,6% và đáp ứng 1 phần 22,2%) chỉ có 3,2% chưa được đáp ứng, thấp nhất là nhu cầu giao tiếp hòa nhập với bạn bè 87% đáp ứng và có 13% chưa được đáp ứng. Để có tỷ lệ đáp ứng cao như vậy, nhân viên y tế của khoa và phòng CTXH cũng hoạt động rất tích cực.

Khoa Nhi đã phối hợp rất tốt với phòng CTXH để hỗ trợ vật chất đầy đủ nhất cho bệnh nhi. Ngoài việc phối hợp trong các trường hợp khó khăn, phòng CTXH còn là cầu nối đứng lên quyên góp, xây dựng, tổ chức để các đơn vị, cá nhân hảo tâm tạo nên những sân chơi bổ ích dành cho các bé, tặng quà những ngày lễ tết cho trẻ. Nhằm thúc đẩy sự giao tiếp, sự hòa nhập của trẻ với bạn bè tại bệnh viện, bệnh nhi còn được hỗ trợ tinh thần khi tham gia Lớp học Hy vọng và tham gia trò chơi văn nghệ trong một số dịp đặc biệt như Quốc tế thiếu nhi 1/6, rằm trung thu,... Tuy nhiên sự tham gia của các cháu còn nhiều hạn chế vì lý do sức khỏe, lịch truyền hóa chất, thuốc, ham sử dụng điện thoại thông minh.

**Đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tài chính, phúc lợi xã hội.** Theo kết quả chúng tôi phân tích, đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tài chính, phúc lợi xã hội cao nhất là đáp ứng chi phí ăn ở chiếm 87,9%, thấp nhất là đáp ứng chi phí đi lại, có 65,6% được đáp ứng. Có được tỷ lệ đáp ứng cao như vậy là nhờ phòng CTXH đã phát huy mạnh mẽ vai trò của mình.

Hằng ngày, nhân viên CTXH cùng tình nguyện viên, các mạnh thường quân đến tận bệnh phòng phát cơm hoặc cháo cho bệnh nhi, đó là những việc làm thiết thực hỗ trợ trực tiếp cho bệnh nhi và gia đình người bệnh hàng ngày.

Bác sĩ điều trị sẽ phối hợp với nhân viên CTXH rà soát các trường hợp có hoàn cảnh khó khăn rồi xác nhận tình trạng bệnh tật cho bệnh nhi theo hướng dẫn của phòng CTXH để bệnh nhi có thể nhận được sự hỗ trợ sớm nhất.

Tuy nhiên, do tính chất bệnh phải điều trị lâu dài, thuốc tự túc lại nhiều với chi phí đắt đỏ nên vẫn có tỷ lệ nhất định chưa được đáp ứng hoặc mới chỉ đáp ứng được một phần, đặc biệt những trường hợp mới vào chưa được đáp ứng do cần thời gian để xét duyệt hồ sơ.

**Đáp ứng nhu cầu hỗ trợ thông tin y tế.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đáp ứng nhu

cầu thông tin y tế chiếm tỷ lệ cao nhất trong 5 nội dung của đáp ứng, tất cả các tiểu mục đều trên 95% được đáp ứng, trong đó đáp ứng nhu cầu hỗ trợ thông tin y tế cao nhất là nhu cầu giữ bí mật thông tin cá nhân 100% đáp ứng, và thấp nhất là hướng dẫn tự chăm sóc con 95,2% được đáp ứng, chưa được đáp ứng là 4,8%, đây là con số nhỏ nhưng cũng cần được cải thiện. Có tỷ lệ đáp ứng cao như vậy là nhờ sự phối hợp chặt chẽ giữa điều dưỡng, bác sĩ điều trị và nhân viên tư vấn ban đầu.

## V. KẾT LUẬN

Đáp ứng chủ yếu là CSGN nhu cầu thể chất, CSGN thông tin y tế và quan hệ giao tiếp. Nội dung CSGN tâm lý, tài chính phúc lợi xã hội vẫn được hỗ trợ nhưng chưa đầy đủ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2009), Ung thư học đại cương, Nguyễn Bá Đức, Nhà xuất bản Giáo dục
2. **Nguyễn Bá Đức** (2006), "Bệnh ung thư ở trẻ em", Nhà xuất bản Y học, tr. 19-20.
3. **Phạm Thu Diệu** (2020), Đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020, Luận văn thạc sĩ, Đại học Điều dưỡng Nam Định, tr.40-50.
4. **Nguyễn Chân Hùng** (2021), Cẩm nang phòng trị ung thư, Nhà xuất bản Tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Nguyễn Thị Thu Tuyết** (2018), "Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ bệnh nhi ung thư tại bệnh viện Nhi Trung ương và một số yếu tố ảnh hưởng", Luận văn
6. **Meaghann Shaw Weaver** (2017), "Pediatric Palliative Care Needs Assessments: From Paper Forms to Actionable Patient Care", Journal Of Palliative Medic

# THỰC TRẠNG TỔN THƯƠNG NIÊM MẠC MIỆNG CỦA BỆNH NHÂN HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Mai Thị Ánh<sup>1</sup>, Hà Ngọc Chiêu<sup>1</sup>, Trần Văn Giang<sup>1,2</sup>,  
Nguyễn Đức Hoàng<sup>1</sup>, Trần Kiều Anh<sup>1</sup>, Mai Tuấn Anh<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tổn thương niêm mạc miệng của bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 261 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhiễm HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương năm 2022-2023. **Kết quả:** Kết quả cho thấy sự biến đổi về số lượng tổn thương niêm mạc miệng ở bệnh nhân HIV, từ không có tổn thương đến ba tổn thương. Các loại tổn thương niêm mạc miệng như nấm Candida, Herpes Simplex, Bạch sản dạng lông, tăng sắc tố, Herpes Zoster, loét áp tơ tái phát và viêm lợi HIV đã được ghi nhận. Tổn thương chiếm tỷ lệ cao nhất là nấm Candida với 43 bệnh nhân (16,5%). Nghiên cứu cũng ghi nhận các thể nhiễm nấm Candida đa dạng, với thể giả mạc chiếm tỷ lệ lớn nhất (58,1%) sau đó là thể ban đỏ (27,9%), thể tăng sản (9,3%) và thể viêm mép (4,7%). Lưỡi và khẩu cái là hai vị trí thường gặp bị nhiễm nấm Candida nhất, với tỷ lệ lần lượt là 56% và 24%, trong khi môi và mép ít phổ biến hơn, với tỷ lệ là 4%. **Kết luận:** Những bệnh nhân bị HIV có từ 0-3 tổn thương niêm mạc miệng, với nhiều loại tổn thương khác nhau trong

đó tổn thương nhiễm nấm Candida và tăng sắc tố chiếm tỷ lệ cao. Thể nấm Candida thường gặp nhất là thể giả mạc. Vị trí Candida hay gặp là tại lưỡi và khẩu cái. **Từ khóa:** HIV/AIDS, Tổn thương niêm mạc miệng, Niêm mạc miệng.

## SUMMARY

### CURRENT SITUATION OF ORAL MUCOSAL LESIONS IN HIV/AIDS PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES IN 2022-2023

**Objective:** Description of the Oral Mucosal Lesions in HIV/AIDS Patients at the National Hospital for Tropical Diseases in 2022-2023. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on 261 patients with a confirmed diagnosis of HIV/AIDS treated at the National Hospital for Tropical Diseases in 2022-2023. **Results:** The results showed variation in the number of oral mucosal lesions in HIV/AIDS patients, from no lesions to three lesions. Types of oral mucosal lesions such as Candidiasis, Herpes Simplex, Hairy Leukoplakia, hyperpigmentation, Herpes Zoster, recurrent aphthous ulcers and HIV gingivitis have been recorded. The most common lesion is Candidiasis with 43 patients (16.5%). The study also recorded diverse types of Candidiasis, with the pseudomembranous accounting for the largest proportion (58.1%), followed by the erythematous (27.9%), and the hyperplastic (9.3%) and angular cheilitis (4.7%). The tongue and palate are the two most common sites of Candidiasis with rates of 56% and 24%, while the lips and corner are less common with rates of 4%. **Conclusion:** HIV-infected patients

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương

<sup>3</sup>Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Ánh

Email: dr.ivymai216@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

can have between 0-3 lesions, with various types of lesions, including Candidiasis and hyperpigmentation account for a high proportion. The most common type of Candidiasis is the pseudomembranous. The most common sites for Candidiasis are the tongue and the palate. **Keywords:** HIV/AIDS, Oral Mucosal Lesions, Oral Mucosa.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS là bệnh truyền nhiễm do vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người – HIV gây ra. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Cục phòng chống HIV/AIDS, năm 2020 số người nhiễm HIV hiện còn sống khoảng trên 215.000 người, năm 2021 số bệnh nhân xét nghiệm mới phát hiện là hơn 13.000 người.<sup>1</sup> Tuy nhiên đây cũng chỉ là con số ghi nhận, con số thực tế có thể còn cao hơn rất nhiều. Với tỷ lệ gia tăng số người nhiễm HIV ở mức cao cùng với việc điều trị thuốc chống virus có hiệu quả nên hiện nay tỷ lệ số người chung sống với HIV ngày càng tăng.

HIV sau khi vào cơ thể người sẽ tấn công chủ yếu vào các tế bào miễn dịch của cơ thể, làm chết hoặc mất chức năng của các tế bào miễn dịch này, đồng thời làm rối loạn quá trình đáp ứng miễn dịch của cơ thể, hậu quả gây suy giảm miễn dịch ngày càng nặng theo thời gian và người nhiễm HIV/AIDS sẽ bị mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội khác nhau, bệnh lý khối u.

Một trong những biểu hiện bệnh lý thường gặp nhất ở người nhiễm HIV/AIDS là tổn thương vùng miệng, có thể là biểu hiện chỉ điểm và có tác dụng gợi ý phát hiện sớm sự xâm nhập của HIV vào cơ thể. Tuy nhiên, bệnh lý miệng không ảnh hưởng đến tính mạng nên bệnh nhân ít chú ý và thường sống chung với bệnh. Theo một số nghiên cứu, hơn 1/3 số những người sống chung với HIV có các bệnh nhiễm trùng cơ hội vùng miệng, thậm chí tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương miệng có thể lên tới 84% trong đó hay gặp nhất là nhiễm nấm Candida miệng.<sup>2</sup> Các tổn thương vùng miệng có thể gây khó chịu, đau đớn, ảnh hưởng đến quá trình ăn uống, dinh dưỡng, giảm chất lượng cuộc sống thậm chí một số nguy hiểm đến tính mạng, mặt khác rất nhiều tổn thương miệng liên quan đến HIV có thể điều trị được. Hiện nay, chúng ta vẫn chưa có thuốc điều trị khỏi bệnh HIV/AIDS vì vậy việc phát hiện sớm các bệnh nhiễm trùng cơ hội đặc biệt các tổn thương miệng có ý nghĩa quan trọng trong việc phát hiện và chẩn đoán HIV cũng như góp phần giảm những khó chịu, kéo dài cuộc sống, nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS.

Với mong muốn góp phần hoàn thiện bức tranh toàn cảnh về thực trạng tổn thương miệng

và nâng cao chất lượng điều trị ở bệnh nhân HIV/AIDS tại Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Thực trạng tổn thương niêm mạc miệng của bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương*" với mục tiêu: "*Mô tả thực trạng tổn thương niêm mạc miệng của bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương năm 2022-2023*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu.

**Đối tượng nghiên cứu:** 261 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định nhiễm HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương năm 2022-2023 có đủ tiêu chuẩn sau:

#### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Tuổi  $\geq 18$ .
- Được chẩn đoán xác định nhiễm HIV theo "Hướng dẫn quốc gia xét nghiệm của Bộ Y tế năm 2018"<sup>3</sup>
- Được theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.
- Bệnh nhân tỉnh táo, hợp tác nghiên cứu.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân mắc các bệnh cấp tính mà phải theo dõi và điều trị tích cực

**Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Vi rút - Ký sinh trùng, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

**Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 05/2022 đến tháng 10/2023.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

**Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Liên hệ bệnh viện và khoa phòng, tìm hiểu phương thức hoạt động và cách quản lý.

Bước 2: Làm bệnh án nghiên cứu phù hợp với đối tượng và mục đích nghiên cứu.

Bước 3: Tập huấn và định chuẩn cho người nghiên cứu về cách phỏng vấn, khám và ghi bệnh án.

Bước 4: Thu thập thông tin bệnh nhân.

Bước 5: Khám, ghi nhận các chỉ số khám lâm sàng, cận lâm sàng.

Bước 6: Tổng kết bệnh án nghiên cứu

#### Xử lý số liệu

- Nhập số liệu vào phần mềm Excel
- Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê IBM SPSS Statistics 26.0

**Vấn đề đạo đức y học.** Nghiên cứu được thực hiện khi có sự cho phép của Trường Đại Học

Y Hà Nội và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Tôn trọng đối tượng nghiên cứu, mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu đều được đảm bảo bí mật.

Không có nguy cơ cho đối tượng nghiên cứu, bệnh nhân vẫn được thăm khám và điều trị thường quy dù có hay không tham gia vào nghiên cứu.

Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được tư vấn về các vấn đề liên quan rằng miệng.

Mọi quy trình nghiên cứu sẽ được tiến hành một cách riêng tư. Mọi thông tin liên quan đến nghiên cứu sẽ được mã hóa và lưu trữ an toàn chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

	n	%
<b>Tuổi</b>		
18-29	26	10,0
30-39	77	29,5
≥40	158	60,5
<b>Giới</b>		
Nam	169	64,8
Nữ	92	35,2
<b>Tình trạng gia đình</b>		
Độc thân	53	20,3
Có gia đình	181	69,3
Ly hôn	6	2,3
Goá	21	8,0
<b>Thời gian nhiễm (năm)</b>		
≤ 2	64	24,5
3-5	27	10,3
6-10	80	30,7
>10	90	34,5
<b>Giai đoạn lâm sàng nhiễm HIV</b>		
1	150	57,5
2	23	8,8
3	41	15,7
4	47	18,0
<b>Đường lây</b>		
Tiêm chích ma túy	50	19,2
Quan hệ tình dục	179	68,5
Tai nạn	2	0,8
Mẹ sang con	1	0,4
Không rõ đường lây	29	11,1
<b>Tổng</b>	<b>261</b>	<b>100</b>

Tổng số 261 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Độ tuổi tham gia nghiên cứu từ 19 cho tới 80

tuổi, số lượng bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi ≥40 tuổi là nhiều nhất, chiếm 60,5%. Kết quả cho thấy số bệnh nhân nam

tham gia nghiên cứu gấp gần 2 lần so với các bệnh nhân nữ, tỷ lệ bệnh nhân nam tham gia nghiên cứu là 64,8%. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là những bệnh nhân có gia đình với tỷ lệ là 69,35%, tiếp đó là những bệnh nhân còn độc thân với tỷ lệ là 20,3%, các bệnh nhân goá chiếm 8,0% và cuối cùng là những bệnh nhân ly hôn chiếm 2,3%.

Thời gian nhiễm HIV trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,5%, thấp nhất là 3-5 năm chiếm 10,3%.

Thêm vào đó, bệnh nhân bị lây HIV qua đường quan hệ tình dục chiếm đa số với 179 bệnh nhân, tỷ lệ tương ứng là 69,5%, lây truyền từ mẹ sang con có 1 bệnh nhân chiếm 0,4%. Tuy nhiên có những bệnh nhân không rõ nguồn lây của mình là 29 bệnh nhân (11,1%). Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu mắc HIV ở giai đoạn lâm sàng 1 (57,5%), tiếp đó là giai đoạn 4, giai đoạn 3 và thấp nhất là giai đoạn 2 với tỷ lệ là 8,8%.

#### 2. Thực trạng tổn thương niêm mạc miệng

**Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng các loại tổn thương miệng**

Số lượng tổn thương	n	%
Không tổn thương	167	63,7
Một tổn thương	68	25,0
Hai tổn thương	23	8,8
Ba tổn thương	4	1,5
<b>Các loại tổn thương</b>		
Nấm Candida	43	16,5
Herpes Simplex	10	3,8
Bạch sản dạng lỏng	6	2,3
Tăng sắc tố	34	13,0
Herpes Zoster	3	1,1
Loét áp tơ tái phát	19	7,3
Viêm lợi - HIV	10	3,8

Số lượng tổn thương ở những bệnh nhân HIV từ không có tổn thương miệng cho đến có 3 tổn thương. Những bệnh nhân có 3 tổn thương chỉ chiếm 1,1%, hầu hết là những bệnh nhân không có tổn thương với tỷ lệ lên đến 70,1%. Các loại tổn thương chúng tôi hay gặp khá đa dạng, chiếm tỷ lệ nhiều nhất là nấm candida với tỷ lệ 16,5%, tiếp đó là những bệnh nhân bị tăng sắc tố với tỷ lệ 13,0%. Ngoài 2 loại tổn thương trên chúng tôi còn gặp Herpes Simplex, Herpes Zoster, bạch sản dạng lỏng, loét áp tơ tái phát, viêm lợi-HIV. Herpes Zoster có tỷ lệ bệnh nhân bị tổn thương ít nhất là 3 bệnh nhân với tỷ lệ 1,1%.

**Bảng 3. Nhiễm nấm Candida**

Nhiễm nấm	N	%
Có	43	16,5
Không	218	83,5

Số bệnh nhân nhiễm nấm Candida là 43 bệnh nhân, tỷ lệ chiếm 16,5%.

**Bảng 4. Các thể nấm Candida**

Thể nấm	N	%
Giả mạc	25	58,1
Tăng sản	4	9,3
Ban đỏ	12	27,9
Viêm mép	2	4,7

Bệnh nhân nhiễm nấm Candida gồm 4 thể: giả mạc, tăng sản, ban đỏ, viêm mép. Thể giả mạc gặp nhiều nhất với tỷ lệ 58,1%, thấp nhất là viêm mép chiếm 4,7%.

**Bảng 5. Vị trí nhiễm nấm Candida**

Vị trí	N	%
Lưỡi	28	56
NM môi	2	4
NM má	6	12
Khẩu cái	12	24
Mép	2	4

Vị trí nhiễm nấm phổ biến nhất là tại lưỡi, với 28 trường hợp (56%). Tiếp theo là ở khẩu cái (24%), niêm mạc má (12%) và thấp nhất là niêm mạc môi và mép.

#### IV. BÀN LUẬN

**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Đa số bệnh nhân trên 40 tuổi (60,5%). Nam giới tham gia gấp đôi số nữ giới (64,8%). Tỷ lệ này phù hợp với xu hướng giới tính được quan sát trong nhiều nghiên cứu trong nước.<sup>4</sup>

Về tình trạng hôn nhân, bệnh nhân có gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất (69,35%). Tỷ lệ bệnh nhân góa là 8,0%, phần lớn là phụ nữ, nguyên nhân chủ yếu do quan hệ tình dục với chồng hoặc bạn tình. Nhiều trường hợp bệnh nhân không hề biết mình mắc bệnh cho tới khi chồng chết. Do đó, phụ nữ nên có những biện pháp bảo vệ phù hợp cho chính mình và cần định kỳ đi khám và kiểm tra sức khỏe.

Liên quan đến nguồn lây nhiễm HIV, hầu hết các trường hợp (69,0%) bị lây qua đường quan hệ tình dục, điều này phù hợp với xu hướng trong báo cáo công tác phòng chống AIDS của Bộ y tế.<sup>5</sup> Đáng chú ý, 29 bệnh nhân không rõ nguồn lây nhiễm, chiếm 11,1%. Do đó yêu cầu bức thiết đẩy mạnh công tác tuyên truyền tư vấn giáo dục phòng chống HIV/AIDS, mở rộng xét nghiệm sàng lọc HIV trong cộng đồng.

Với thời gian nhiễm phần lớn là trên 5 năm, chiếm 65,1%, cho thấy đặc trưng của mẫu nghiên cứu là những bệnh nhân mắc HIV nhiều năm.

Tình trạng HIV của các bệnh nhân phần lớn ở giai đoạn 1 (57,5%) là không có triệu chứng lâm sàng cho thấy bệnh nhân đã có ý thức kiểm

soát và tuân thủ điều trị.

**2. Thực trạng tổn thương niêm mạc miệng.** Sau khi tiến hành nghiên cứu chúng tôi thấy rằng số lượng tổn thương niêm mạc miệng ở bệnh nhân HIV có sự biến đổi từ không có tổn thương đến ba tổn thương. Điều này cho thấy sự đa dạng về mức độ tổn thương trong nhóm này. Các loại tổn thương niêm mạc miệng bao gồm nấm Candida, Herpes Simplex, Herpes Zoster, Bạch sản dạng lông, tăng sắc tố, loét áp tơ tái phát và viêm lợi HIV. Nghiên cứu của K Satyalakshmi và cộng sự vào năm 2022 cũng phát hiện các tổn thương niêm mạc miệng như trên.<sup>6</sup> Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương miệng (36,3%) thấp hơn so với một số nghiên cứu khác trong nước, điều này có thể là do đặc trưng mẫu nghiên cứu có phần lớn bệnh nhân chung sống với HIV trong thời gian dài, có ý thức kiểm soát bệnh tốt hơn, do đó ít có biểu hiện vùng miệng. Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng trong các tổn thương niêm mạc miệng, thường gặp nhất là nhiễm nấm Candida với 43 bệnh nhân tương đương 16,5%. Các nghiên cứu trước đó cũng cho thấy rằng các bệnh nhân HIV bị suy giảm miễn dịch có biểu hiện sớm là bị nhiễm nấm Candida. Nghiên cứu của Ceena E Denny cũng cho thấy tỷ lệ cao của nhiễm nấm Candida và tăng sắc tố.<sup>7</sup> Đối với tổn thương niêm mạc miệng do nấm Candida, chúng tôi đã ghi nhận các thể nhiễm nấm Candida đa dạng, với thể giả mạc chiếm tỷ lệ lớn nhất là 58,1%. Các loại khác bao gồm tăng sản (9,3%), ban đỏ (27,9%), và viêm mép (4,7%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, trong đó bệnh nhân bị tổn thương niêm mạc miệng do nấm Candida thường gặp thể loại giả mạc.<sup>8</sup> Khi thăm khám trên những bệnh nhân nhiễm nấm Candida, chúng tôi thấy các bệnh nhân nhiễm nấm ở các vị trí như lưỡi, môi, má, khẩu cái, mép. Có những bệnh nhân nhiễm nấm ở nhiều vị trí khác nhau cùng lúc. Hai vị trí thường gặp khi bị nhiễm nấm Candida nhiều nhất đó là lưỡi (56%) và khẩu cái (24%). Vị trí ở môi và mép ít gặp nhất đều có tỷ lệ là 4%.

#### V. KẾT LUẬN

Sau khi tiến hành nghiên cứu chúng tôi thấy các loại tổn thương miệng của bệnh nhân rất đa dạng bao gồm nấm Candida, tăng sắc tố, bạch sản dạng lông, loét áp tơ tái phát, Herpes Simplex, Herpes Zoster. Số lượng tổn thương trên bệnh nhân có từ 0-3 tổn thương. Tỷ lệ tổn thương chúng tôi gặp cao nhất đó là nấm Candida (16,5%) sau đó là tăng sắc tố (13%),



đây là 2 thể loại thường gặp nhất ở các bệnh nhân HIV. Đối với những bệnh nhân bị nấm Candida, kết quả thăm khám của chúng tôi cho thấy các thể khác nhau như giả mạc, tăng sản, ban đỏ, viêm mép. Thể giả mạc là thể thường gặp nhất và tương tự đối với các nghiên cứu trước. Có những bệnh nhân nhiễm nấm Candida nhiều vị trí trên miệng, ở vị trí lưỡi hay gặp tổn thương nhất, tiếp đó là khẩu cái.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Kế hoạch tổ chức tháng hành động quốc gia phòng, chống HIV/AIDS năm 2021 (2021).
2. **Adedigba M, Ogunbodede E, Jeboda S, Naidoo S**. Patterns of oral manifestation of HIV/AIDS among 225 Nigerian patients. Oral diseases. 2008;14(4):341-346.
3. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn quốc gia xét nghiệm HIV (Quyết định số 2674/QĐ-BYT ngày 27 tháng 4 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế) (2018).
4. **Nguyễn Thị Hồng Vân**, Nhận xét tình trạng bệnh
- quanh răng và biểu hiện tổn thương niêm mạc miệng ở bệnh nhân HIV/AIDS tại trung tâm y tế Từ Liêm, Hà Nội. Luận văn thạc sỹ Y học. 2010.
5. **Bộ Y tế**, Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2020 (2021).
6. **Satyalakshmi K, Sathyanath D, Muralidharan S**. A systematic review of four decades of prevalence of oral soft tissue infections and conditions among adult HIV patients in India. J Family Med Prim Care. Jul 2022;11(7):3407-3413. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc\_1191\_21
7. **Denny CE, Ramapuram J, Bastian T, Ongole R, Binnal A, Natarajan S**. Oral lesions in HIV/AIDS patients on highly active antiretroviral therapy. World Journal of Dentistry. 2016. 7(2):95-99.
8. **Vohra P, Jamatia K, Subhada B, Tiwari RVC, Althaf MN, Jain C**. Correlation of CD4 counts with oral and systemic manifestations in HIV patients. J Family Med Prim Care. 2019 Oct 31;8(10):3247-3252. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_767\_19. PMID: 31742150; PMCID: PMC6857402.

## TÌNH TRẠNG KIẾT SỨC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN QUẬN 8, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2022

Phan Thị Thanh Hà\*, Võ Thành Liêm\*\*, Trần Đạt Minh\*

#### TÓM TẮT

Kiệt sức nghề nghiệp là hiện tượng cạn kiệt trong công việc, dẫn đến thực hiện công việc kém hiệu quả thường bắt nguồn từ sự căng thẳng trong một thời gian dài. Hậu quả của kiệt sức không chỉ là vấn đề ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và thể chất của bản thân nhân viên y tế, nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng sự kiệt sức còn ảnh hưởng liên lụy đến sự chăm sóc người bệnh như sai sót trong chuyên môn nghề nghiệp – các bác sĩ bị kiệt sức nghề nghiệp có nguy cơ mắc sai sót cao gấp hai lần so với những bác sĩ bình thường khác - làm tăng tỉ lệ khiếu nại, khiếu kiện ở người bệnh hoặc giảm chất lượng chăm sóc bệnh nhân dẫn đến việc giảm sự hài lòng người bệnh, nghiêm trọng hơn là có thể dẫn đến việc tăng tỉ lệ tử vong cao ở người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 66.1% đối tượng tham gia nghiên cứu cảm thấy bị kiệt sức nghề nghiệp chủ quan. Ở khía cạnh suy kiệt cảm xúc 76% nhân viên y tế ở mức độ thấp, 21.1% ở mức độ trung bình và chỉ có 2.9% ở mức độ cao. Khía cạnh thái độ tiêu cực (cảm giác hoài nghi/sai lệch về bản thân) có 34% mức độ thấp. 36.9% mức độ trung bình và 29.1% ở mức độ cao. Khía cạnh thành tích cá nhân suy giảm phần lớn nhân viên ở

mức độ cao là 49.8%, mức độ trung bình là 25.5% và 24.7% ở mức độ thấp. **Từ khóa:** kiệt sức nghề nghiệp, nhân viên y tế, Bệnh viện Quận 8.

#### SUMMARY

#### EXHAUSTION AND RELATED FACTORS OF MEDICAL STAFF AT DISTRICT 8 HOSPITAL, HO CHI MINH CITY IN 2022

Occupational burnout is a phenomenon of exhaustion at work, leading to ineffective work performance that often stems from stress over a long period of time. The consequences of burnout are not only a problem that directly affects the health and physical health of medical staff themselves, many studies have proven that burnout also affects patient care such as: errors in professional expertise - doctors with professional burnout are twice as likely to make errors as other doctors - increasing the rate of complaints and lawsuits from patients or reducing quality Patient care quality leads to reduced patient satisfaction, and more seriously, can lead to increased patient mortality. Research results showed that up to 66.1% of study participants felt subjective professional burnout. In terms of emotional exhaustion, 76% of medical staff were at a low level, 21.1% were at a medium level and only 2.9% were at a high level. The negative attitude dimension (self-doubt/biased feelings) had 34% low levels. 36.9% at moderate level and 29.1% at high level. The aspect of personal performance decreased for most employees at a high level of 49.8%, 25.5% at an average level and 24.7% at a low level. **Keywords:** Occupational burnout, medical staff, District 8 Hospital

\*Bệnh viện Quận 8, Thành phố Hồ Chí Minh

\*\*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thanh Hà  
Email: thanhhagau@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO), kiệt sức nghề nghiệp là hiện tượng cạn kiệt trong công việc, dẫn đến thực hiện công việc kém hiệu quả thường bắt nguồn từ sự căng thẳng trong một thời gian dài <sup>1</sup>.

Tất cả các ngành nghề đều gặp nguy cơ kiệt sức trong công việc, nhất là trong các ngành nghề đòi hỏi sự chịu đựng cao, có khả năng chống chọi với căng thẳng, nỗ lực nhiều, phải đối diện với nhiều vấn đề có tính chất nghiêm trọng; đặc biệt rõ rệt hơn trong lĩnh vực y tế - nghề chăm sóc sức khỏe, ngành nghề có gần như đầy đủ các tính chất công việc nêu trên. Một nghiên cứu phân tích tổng hợp trên 182 công trình nghiên cứu cho thấy kiệt sức ở nhân viên y tế chiếm tỉ lệ khoảng 67% <sup>2</sup>, cao hơn các ngành nghề khác. Tại Việt Nam, theo một nghiên cứu cho thấy gần 20% điều dưỡng lâm sàng tại Việt Nam đang làm việc trong tình trạng kiệt sức được thực hiện năm 2018 <sup>3</sup>. Mức độ căng thẳng gần như liên tục và lặp đi lặp lại có thể tăng lên nhanh khi những nhân viên y tế cảm nhận rằng mình không thể có đủ thời gian hoặc nguồn lực hạn chế để chăm sóc bệnh nhân theo một cách đúng nhất, rõ rệt hơn sau 2 năm phòng chống dịch COVID-19.

Hậu quả của kiệt sức không chỉ là vấn đề ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và thể chất của bản thân nhân viên y tế, nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng sự kiệt sức còn ảnh hưởng liên lụy đến sự chăm sóc người bệnh như sai sót trong chuyên môn nghề nghiệp – các bác sĩ bị kiệt sức nghề nghiệp có nguy cơ mắc sai sót cao gấp hai lần so với những bác sĩ bình thường khác <sup>4</sup> - làm tăng tỉ lệ khiếu nại, khiếu kiện ở người bệnh hoặc giảm chất lượng chăm sóc bệnh nhân dẫn đến việc giảm sự hài lòng người bệnh <sup>5</sup>, nghiêm trọng hơn là có thể dẫn đến việc tăng tỉ lệ tử vong cao ở người bệnh <sup>6</sup>.

Về khía cạnh quản lý, kiệt sức dẫn đến tỉ lệ nghỉ việc cao, giảm động lực làm việc hoặc làm gia tăng suy nghĩ bỏ việc ở nhân viên y tế bao gồm cả bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, nhân viên khối phòng ban. Điều này có thể gây nên tình trạng thiếu hụt nhân lực trong tương lai.

Bệnh viện Quận 8 là bệnh viện đa khoa hạng II được xây dựng từ năm 2002, đến nay cơ sở vật chất đã xuống cấp và cũ kỹ, có 271 nhân sự, với 1000-1200 lượt khám ngoại trú mỗi ngày và cơ sở giường nội trú là 175 giường, nên áp lực trong công việc là vấn đề không thể tránh khỏi. Chỉ trong một thời gian ngắn đơn vị đã có đến 46 viên chức người lao động xin nghỉ việc và vẫn

đang có ý định thôi việc (gồm 6 bác sĩ, 2 dược sĩ, 15 điều dưỡng, 7 nhân viên y tế khối văn phòng... kể cả các cán bộ chủ chốt như trưởng phòng tài chính kế toán, kế toán trưởng và trưởng phòng tổ chức cán bộ bệnh viện). Gần đây với chủ trương nâng cao chất lượng khám và điều trị cho tuyến y tế cơ sở của Bộ Y tế, nhằm góp phần giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên, Bệnh viện đã được Hội đồng nhân dân Thành phố thông qua chủ trương xây mới 14 tầng, để có thể thực hiện tốt nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân Quận 8 và các quận lân cận việc cần thiết phải giữ chân được đội ngũ nhân viên y tế, tạo nguồn nhân lực ổn định cho hiện tại và các dự án, kế hoạch phát triển Bệnh viện trong tương lai gần.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng.** Toàn bộ nhân viên y tế đang làm việc tại Bệnh viện Quận 8 trong thời điểm tiến hành nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn chọn vào:** Nhân viên y tế hiện đang làm việc tại bệnh viện Quận 8: Bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, nhân viên khối các phòng chức năng (Phòng nghiệp vụ, phòng tài chính kế toán, phòng tổ chức – hành chính, phòng công nghệ thông tin...) kể cả nhân viên dạng hợp đồng có thời hạn/không xác định thời

**Tiêu chuẩn loại ra:** Có thời gian làm việc chưa đủ 12 tháng (nhằm đảm bảo thời gian tiếp xúc và thích nghi với công việc).

### 2. Phương pháp

- Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu quan sát cắt ngang.
- Nghiên cứu chọn cỡ mẫu được ước lượng chung là 244, chúng tôi thu thập 245.
- Thu thập số liệu qua bộ câu hỏi tự điền.
- Thời gian dự kiến lấy mẫu: từ tháng 03 năm 2023 đến tháng 05 năm 2023.
- Địa điểm: Bệnh viện Quận 8
- Số liệu định lượng sau khi làm sạch được nhập vào máy tính bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Science) cho các thông tin mô tả và phân tích thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 245).** Chúng tôi tiến hành phân tích dữ liệu của 245 phiếu khảo sát với kết quả như sau: Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 66,1% đối tượng tham gia nghiên cứu cảm thấy bị KSN.

Đối với nhóm nguyên nhân có tính cách cá nhân, đối tượng khảo sát chỉ đưa ra mỗi nguyên

nhân sức khỏe bản thân, tuy nhiên con số là rất nhỏ, chỉ có 0.8% đề cập. Các vấn đề về kỳ vọng phát triển học tập, sở thích hiện không có ai báo cáo là nguyên nhân của KSNN.

Ở nhóm nguyên nhân có yếu tố gia đình này thì nổi bật nhất là vấn đề tài chính – thu nhập với hơn một nửa đối tượng tham gia nghiên cứu quan tâm (59.9%)

Nhóm các yếu tố thuộc về tính chất công việc, khối lượng công việc hiện tại được 66.1% đối tượng tham gia nghiên cứu đề cập đến, liên quan đến việc tiếp xúc người bệnh/khách hàng có 31.4% đối tượng quan tâm và 15.3% đề cập đến bản chất nghề.

Xét ở nhóm các yếu tố thuộc môi trường làm việc, vấn đề về nguồn lực của đơn vị gồm nhân lực, máy móc, vật tư trang thiết bị được 64% đối tượng cho là nguyên nhân góp phần gây KSNN, kể đến là quy trình làm việc rõ ràng tối ưu và sự phối hợp hỗ trợ giữa các khoa, phòng và con người được 31.8% và 18.2% đối tượng cho là có vấn đề.

**Bảng 1. Kết quả thang đo MBI-HSS-MP**

Kiệt sức về mặt cảm xúc/tinh	Số	Tỉ lệ
------------------------------	----	-------

thần	người	%
≤ 17 Mức độ thấp	184	76.0
18 - 29 Mức độ trung bình	51	21.1
≥ 30 Mức độ cao	7	2.9
Thái độ tiêu cực (mất sự đồng cảm/suy giảm nhân tính)	Số người	Tỉ lệ %
≤ 5 Mức độ thấp	83	34.0
6 - 11 Mức độ trung bình	90	36.9
≥ 12 Mức độ cao	71	29.1
Thành tích cá nhân	Số người	Tỉ lệ %
≥ 40 Kiệt sức mức độ thấp	60	24.7
34 - 39 Kiệt sức mức độ trung bình	62	25.5
≤ 33 Kiệt sức mức độ cao	121	49.8

Ở khía cạnh suy kiệt cảm xúc 76% NVYT ở mức độ thấp, 21.1% ở mức độ trung bình và chỉ có 2.9% ở mức độ cao.

Khía cạnh thái độ tiêu cực (cảm giác hoài nghi/sai lệch về bản thân) có 34% mức độ thấp. 36.9% mức độ trung bình và 29.1% ở mức độ cao.

Khía cạnh thành tích cá nhân suy giảm phần lớn nhân viên kiệt sức ở mức độ cao là 49.8%, kiệt sức mức độ trung bình là 25.5% và 24.7% kiệt sức ở mức độ thấp.

**Bảng 2. Phân tích lồng ghép 3 biến số kiệt sức khách quan**

	Kiệt sức về mặt cảm xúc/tinh thần	Thái độ tiêu cực	Thành tích cá nhân suy giảm
Kiệt sức về mặt cảm xúc/tinh thần			
Thái độ tiêu cực	$r = 0.731$ $p < 0.001$		
Thành tích cá nhân suy giảm	$r = -0.161$ $p = 0.012$	$r = -0.213$ $p < 0.001$	

**Bảng 2. Tương quan giữa các loại kiệt sức**

	Kiệt sức về mặt cảm xúc/tinh thần	Cạnh thái độ tiêu cực (mất sự đồng cảm/suy giảm nhân tính)	Thành tích cá nhân
Bản thân anh/ chị có cảm thấy bị kiệt sức nghề nghiệp hay không	0,299 ( $p < 0.001$ )	0,372 ( $p < 0.001$ )	-0,270 ( $p < 0.001$ )

#### IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ KSNN của NVYT tại bệnh viện Quận 8 ở mức độ cao ở cả ba khía cạnh. Đây là điều đáng lưu tâm vì tỉ lệ KSNN cao ở khía cạnh suy giảm thành tích cá nhân có thể ảnh hưởng đến hiệu suất công việc của nhân viên y tế tại đơn vị mình. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có đến 66.1% đối tượng tham gia nghiên cứu cảm thấy bị KSNN. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Trần Ngọc Diễm (2019)<sup>7</sup>, Lê Hà Xuân Sơn (2022)<sup>8</sup>.

**Nhóm nguyên nhân thuộc về yếu tố cá nhân.** Khi được hỏi về nguyên nhân gây nên tình trạng KSNN, chúng tôi ghi nhận rất ít người nhận xét KSNN do nguyên nhân cá nhân. Cả ba

khía cạnh về sở thích, sức khỏe – stress bản thân và kỳ vọng phát triển đều được ghi nhận rất thấp. Điều này có thể hiểu là NVYT đang làm đúng công việc của họ, họ cảm thấy hài lòng với công việc hiện tại.

**Nhóm nguyên nhân thuộc về yếu tố gia đình.** Kết quả định tính cho thấy nổi bật nhất là vấn đề tài chính thu nhập. Rất nhiều người trả lời đó là nguyên nhân của tình trạng kiệt sức, họ phản ánh rằng lương và thu nhập của nhân viên hiện tại chưa thể đáp ứng nhu cầu cuộc sống hàng ngày của họ và gia đình, góp phần làm giảm hiệu quả công việc và gia tăng tình trạng KSNN.

Thu nhập luôn luôn là một trong những vấn đề quan tâm hàng đầu của NVYT. Trong bối

cảnh lương còn thấp, chế độ phụ cấp còn hạn chế và chưa hợp lý, vật giá thị trường leo thang, tổng thu nhập không đủ trang trải cho cuộc sống hàng ngày nên dần dần sẽ khiến cho NVYT mệt mỏi về tinh thần, cảm xúc bị ảnh hưởng. Kết quả nghiên cứu định lượng của chúng tôi cho thấy có đến 70.6% đối tượng tham gia nghiên cứu là người đóng góp thu nhập chính cho gia đình và 48.6% số đối tượng phải làm thêm công việc ngoài giờ để cải thiện thu nhập. Chính tình trạng này càng làm tình trạng kiệt sức về mặt tinh thần và thể chất ngày càng trầm trọng hơn.

**Giờ giấc công việc - gia đình.** Khi được hỏi về nguyên nhân, yếu tố giờ giấc công việc và gia đình cũng được lưu ý là một nguyên nhân.

Nguyễn Thị Thu Hương (2019) cũng cho ra kết quả có mối liên quan giữa tình trạng kiệt sức với thời gian công tác, số ngày trực trong tuần – nhóm Điều dưỡng có thời gian trực dài hơn 2 ngày trong tuần có điểm số cao nhất về tình trạng KSN<sup>9</sup>. Nguyễn Thị Thu Hà và Doãn Ngọc Hải (2016) đã xác định một số yếu tố nguy cơ dự đoán căng thẳng và KSN qua một nghiên cứu thực hiện tại 8 bệnh viện Trung ương là thời gian làm việc kéo dài, trách nhiệm công việc cao, trực đêm<sup>10</sup>.

Như vậy, có thể thấy là qua các nghiên cứu trên và nghiên cứu định tính của chúng tôi có thể nhận định rằng, nhân viên y tế nếu làm việc quá nhiều giờ mỗi tuần rất dễ bị KSN. Đặc biệt nhóm Điều dưỡng làm việc giờ hành chính và tham gia trực 24/24 có tổng số giờ làm việc trong tuần thường khá nhiều (trên 40 giờ/tuần), trực 2 lần mỗi tuần. Nhân lực thiếu hụt trong khi áp lực đông bệnh nhân, có những bệnh nhân trở nặng, NVYT phải xử trí liên tục, không đủ thời gian nghỉ ngơi, ngày làm việc kế tiếp xem như không còn đủ sức lực để làm việc.

**Nhóm nguyên nhân thuộc về tính chất công việc.** Quá tải khối lượng công việc là vấn đề được các đối tượng nghiên cứu đề cập khá nhiều trong hai câu hỏi mở. Khối lượng công việc lớn nhưng NVYT lại luôn bị hạn chế về thời gian, nhân sự không đủ, thủ tục hành chính quá nhiều làm cho họ luôn trong tình trạng chịu áp lực về chuyên môn và hành chính. Nguyên nhân không nhỏ do thiếu hụt nhân lực không chỉ về số lượng mà còn thiếu cả bác sĩ đủ điều kiện, tiêu chuẩn hành nghề đặc biệt các chuyên khoa. tất cả đã ảnh hưởng khá trầm trọng đến hoạt động của đơn vị, là nguyên nhân dẫn đến tình trạng làm thêm giờ, là tình trạng quá tải công việc xảy ra cho khá nhiều bác sĩ, gây nên KSN cả về thể chất và tinh thần, dẫn đến việc giảm chất lượng

chăm sóc cho bệnh nhân, chán nản trong công việc, tăng ý định bỏ việc. Thiếu nhân lực còn gây ra tình trạng bất ổn định trong tổ chức, gây nên áp lực không những cho nhân viên mà cả các nhà quản lý.

Các bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên...đang công tác tại bệnh viện Quận 8 ngoài việc phải thực hiện tốt hoạt động khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh, còn phải đảm nhiệm thêm các công tác quản lý chuyên môn/hành chính và nhiều công việc khác như trực điện thoại, xử lý hồ sơ bệnh án, giải trình bảo hiểm y tế, phụ trách công tác đoàn thể...Nguyên nhân là, do tình trạng thiếu hụt nhân lực, tình hình dịch bệnh và do các nhiệm vụ hành chính ngày càng nhiều, góp phần không nhỏ trong việc làm gia tăng khối lượng công việc và gia tăng căng thẳng...

**Nhóm nguyên nhân thuộc về môi trường làm việc.** Môi trường làm việc bao gồm những điều kiện vật chất như không gian làm việc, các thiết bị hỗ trợ trong công việc...và cả các điều kiện tinh thần như sự tương tác xã hội với đồng nghiệp, lãnh đạo, văn hóa đơn vị và thái độ tinh thần làm việc. Môi trường làm việc là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến năng suất và chất lượng công việc của nhân viên. Khi được hỏi nguyên nhân gây ra tình trạng KSN, rất nhiều đối tượng tham gia nghiên cứu đã trả lời nguồn lực của đơn vị là vấn đề, ngoài ra quy trình làm việc rõ ràng tối ưu và việc phối hợp phòng ban – bộ phận-con người cũng được họ rất quan tâm.

**Nhân lực.** Tình trạng thiếu hụt nhân sự chuyên môn điều trị và nhân viên hỗ trợ là nguyên nhân không nhỏ của KSN. Quá tải công việc phần lớn đều liên quan đến nhân lực, làm gia tăng áp lực thời gian gây nên sự căng thẳng của NVYT. Hầu hết các nhà quản lý đều hiểu rằng, nhằm giảm nguy cơ KSN ưu tiên hàng đầu là cải thiện chất lượng và ưu tiên đủ số lượng nguồn nhân lực.

Từ kết quả nghiên cứu định tính của chúng tôi đã cho thấy sự thiếu hụt nhân viên trong các đơn vị, khoa/phòng đã dẫn đến tình trạng rất nhiều nhân viên phải kiêm nhiệm thêm nhiều công việc ngoài chuyên môn của mình, làm thêm giờ, tăng khối lượng công việc nhưng không được trả phí đúng mức, đã gây nên tình trạng kiệt sức cả về thể chất và tinh thần của đội ngũ NVYT lâu dài sẽ ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc người bệnh, sai sót chuyên môn, không thể đáp ứng đầy đủ nhu cầu của bệnh nhân, làm cho NVYT chán nản trong công việc, cộng thêm lương và thu nhập tăng thêm không đủ trang

trải cho cuộc sống hàng ngày đã góp phần gây nên tình trạng bỏ việc và ý định nghỉ việc trong tương lai gần.

Kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nantsupawat và cộng sự (2015) khi ông cho rằng việc thiếu nhân viên, khối lượng công việc lớn và thời gian làm việc dài hơn dẫn đến sự kiệt sức về cảm xúc, tăng lỗi và giảm sự an toàn của bệnh nhân, giảm năng suất và thăng tiến nghề nghiệp ở NVYT, tăng tình trạng nghỉ việc, không hài lòng trong công việc và cả ý định bỏ việc. Nguyễn Trần Ngọc Diễm (2019) cũng cho ra kết luận tương tự vậy, từ một nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Quận Thủ Đức TPHCM<sup>7</sup>.

**Cơ sở vật chất-trang thiết bị.** Hầu hết đối tượng tham gia nghiên cứu đều than phiền về cơ sở vật chất của bệnh viện. Bệnh viện Quận 8 được xây dựng từ năm 2001, trên cơ sở là Trung tâm Y tế Quận 8, thiết kế xây dựng không phù hợp cho một bệnh viện đa khoa hạng II, các khoa phòng bố trí không phù hợp cho quá trình chuyển bệnh. Sau hơn 20 năm sử dụng nhiều hạng mục cơ sở xuống cấp trầm trọng, đặc biệt là tình trạng thấm dột, đọng nước và hư hỏng các công trình phụ, phòng ốc chật hẹp, nóng bức, thiếu nhà vệ sinh riêng và chỗ nghỉ cho nhân viên.

**Sự quan tâm của lãnh đạo quản lý – Chế độ.** Các đối tượng nghiên cứu cũng cho rằng việc quan tâm của lãnh đạo - chế độ và quy trình làm việc rõ ràng cũng như sự phối hợp nhịp nhàng giữa các phòng ban cũng là nguyên nhân quan trọng liên quan đến KSNN.

Thực tế phổ biến trong hệ thống y tế tại Việt Nam hiện nay là, nhân lực thiếu hụt (đặc biệt đội ngũ điều dưỡng), trang thiết bị chưa đầy đủ, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng cao, việc đoàn kết và hỗ trợ nhau trong công việc của nhân viên y tế là thực sự cần thiết. Sự phối hợp chặt chẽ giữa các khoa phòng trong bệnh viện, mối quan hệ tốt giữa bác sĩ với bác sĩ, giữa bác sĩ với điều dưỡng/nữ hộ sinh/kỹ thuật viên..., giữa các nhân viên trong cơ quan sẽ giúp xây dựng bệnh viện thành một khối đoàn kết thống nhất, công việc sẽ hiệu quả nhờ giảm bớt gánh nặng công việc, góp phần giảm sai sót chuyên môn.

## V. KẾT LUẬN

### 1. Tình trạng kiệt sức của NVYT đang công tác tại bệnh viện quận 8 năm 2023:

**Kết quả nghiên cứu cho thấy** yếu tố kiệt sức chủ quan không có tương quan với tất cả các chỉ số hành chính như giới tính, trình độ học vấn, trình độ chuyên môn thuộc chuyên ngành y

tế và biến số chức danh hiện tại.

### 2. Kết quả nghiên cứu định tính từ 2 câu hỏi mở:

**Không có nhiều người nói** là kiệt sức do yếu tố cá nhân, điều này phù hợp vì họ đang làm theo nghề của họ. Có 0,8% nói là do sức khỏe – stress bản thân.

**Kết quả cho thấy nổi bật nhất là vấn đề tài chính thu nhập.** Có 145 đối tượng nghiên cứu (59.9%) cho là có vấn đề với tình trạng kiệt sức

**Kết quả cho thấy** có 160 đối tượng tham gia nghiên cứu (66.1%) trả lời khối lượng công việc hiện tại/ca kíp là vấn đề đối với tình trạng kiệt sức của họ, 76 đối tượng (31.4%) cho là có liên quan đến việc tiếp xúc người bệnh và bản chất nghề

**Kết quả cho thấy** có 155 đối tượng tham gia nghiên cứu (64%) trả lời nguồn lực của đơn vị là vấn đề liên quan đến tình trạng kiệt sức nghề nghiệp của họ, với quy trình làm việc rõ ràng tối ưu có 77 người (31.8%) và việc phối hợp phòng ban – bộ phận – con người có 44 người (18.2%) cho là có vấn đề.

**Kết quả cho thấy** các yêu cầu của nhân viên cần cải thiện các chỉ số, đáng lưu ý là cải thiện cơ sở vật chất (99 người/40.9%), bổ sung nguồn nhân lực (111 người/45.9%) và cải thiện quy trình làm việc (86/35.5%), sự quan tâm của lãnh đạo trong các hoạt động của đơn vị hay những chế độ như nghỉ mát, nghỉ dưỡng, ra trực nguyên ngày hôm sau... cũng được 39 đối tượng được khảo sát (16.1%) trả lời là những yếu tố cần cải thiện. Hầu như không có ai trả lời về cơ hội phát triển tương lai là vấn đề cần cải thiện.

Với tỉ lệ 41.3% đối tượng được khảo sát trả lời họ quan tâm đến việc cải thiện lương bổng, 47.9% họ cần cải thiện các mức thưởng và phụ cấp phù hợp. Họ cũng yêu cầu cải thiện giờ giấc công việc, lịch trực và lịch làm thêm ngoài giờ phù hợp (23%). Rất ít người cho là việc học tập đào tạo là vấn đề cần cải thiện. Không có ai nghĩ là việc tiến cử, đề cử là vấn đề cần cải thiện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **TP. R. Burnout in United States Healthcare Professionals:** A Narrative Review.2168-8184
2. **Rotenstein LS TM, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al.** Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review.1538-3598.
3. **Nguyen HTT KK, Sukigara M, Thai AL.** Burnout Study of Clinical Nurses in Vietnam: Development of Job Burnout Model Based on Leiter and Maslach's Theory.2093-7482
4. **Sinsky CA W-GR, Schutzbank AM, Sinsky TA, Margolius D.** Bodenheimer T. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. Ann Fam Med. May-Jun 2013;

5. **Balch CM OMF-DL, Dyrbye Ln Fau** - Colaiano JM, Colaiano Jm Fau - Satele DV, Satele Dv Fau - Sloan JA, Sloan Ja Fau - Shanafelt TD, et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons.1879-1190.
6. **Welp A ML, Manser T.** Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety.1664-1078
7. **Nguyễn Trần Ngọc D.** Thực trạng mức độ kiệt sức nghề nghiệp và một số yếu tố ảnh hưởng đến mức độ kiệt sức nghề nghiệp ở nhân viên y tế Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2019. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II chuyên ngành Tổ chức quản lý y tế, Trường Đại học y tế công cộng. 2019;
8. **Lê Hà Xuân S.** Tỉ lệ kiệt sức nghề nghiệp và các yếu tố liên quan trên bác sĩ tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. 2022;
9. **Nguyễn Thị Thu HPMK, Nguyễn Thị Minh Ngọc, Phạm Thanh Hải.** Tình trạng kiệt sức của điều dưỡng viên lâm sàng tại Bệnh viện Việt Tiệp, Thành phố Hải Phòng năm 2019. Tạp chí y học dự phòng. 2019;
10. **Nguyễn Thị Thu HDNH.** Điều tra Stress nghề nghiệp ở nhân viên y tế. Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường. 2016;

## KẾT QUẢ TRUNG HẠN CAN THIỆP NỘI MẠCH TẮC ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Lê Đức Tín\*, Lâm Văn Nút\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh đái tháo đường là yếu tố chính gây nên bệnh lý mạch máu chi dưới, góp phần làm tổn thương lớp nội mạc mạch máu, tăng nguy cơ đoạn chi [5], [9]. Nhóm bệnh nhân đái tháo đường phối hợp bệnh tắc động mạch chi dưới có tính chất nghiêm trọng hơn với các biểu hiện lâm sàng nặng hơn như loét, hoại tử kèm nhiễm trùng và nhiễm trùng huyết. Tuy nhiên, Việt Nam vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu về kết quả can thiệp nội mạch tắc động mạch chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường, đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả trung hạn can thiệp trên bệnh nhân tắc động mạch chi dưới mạn tính kèm đái tháo đường. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả loạt ca. **Kết quả:** Nghiên cứu có tuổi trung bình  $72,3 \pm 11,2$ ; nam giới chiếm 65,2% mẫu nghiên cứu. Phân loại Rutherford 4,5 và 6 lần lượt chiếm 28,1%; 40,4% và 23,6% mẫu nghiên cứu. Tổn thương đa tầng với tầng chủ chậu có tỷ lệ TASC II A chiếm 58,4%; tầng dưới gối có tỷ lệ TASC II B chiếm 24,7% mẫu nghiên cứu. Nong bóng chiếm tỷ lệ cao ở các tầng, tầng chủ chậu chiếm 80,9%; tầng đùi khoeo chiếm 52,8% và tầng dưới gối chiếm 40,5% mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt 94,4%. Tai biến gồm có tắc mạch, tụ máu, gãy giá đỡ, đoạn chi lớn, nhồi máu cơ tim và suy thận cấp lần lượt chiếm 2,3%; 2,3%; 1,1%; 1,1%; 2,3%; và 3,4% mẫu nghiên cứu. Theo dõi trung hạn, ghi nhận tỉ lệ lưu thông mạch máu thì đầu đạt 79,1%, tỉ lệ đoạn chi lớn là 18,6% và tỉ lệ đột quỵ não là 10,5% mẫu nghiên cứu. **Kết luận:** phương pháp can thiệp điều trị tắc động mạch chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường cho kết quả khả quan với các triệu chứng lâm sàng cải

thiện, lưu thông mạch máu trung hạn chiếm tỷ lệ cao, ít biến chứng theo dõi. **Từ khóa:** động mạch chi dưới, can thiệp nội mạch, nong bóng, đặt giá đỡ.

### SUMMARY

#### MID-TERM RESULTS OF ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR LOWER EXTREMITY ARTERY OCCLUSIVE DISEASES IN DIABETIC MELLITUS PATIENTS

**Background:** Diabetes is the main factor causing lower limb vascular disease, contributing to damage to the vascular endothelium and increasing the risk of amputation [5], [9]. The group of patients with diabetes combined with occlusive disease of the lower extremities has more serious symptoms with more severe clinical manifestations such as ulcers, necrosis with infection, and sepsis. However, Vietnam still does not have many studies on the results of endovascular intervention for lower limb artery occlusion in diabetic patients, which is why we surveyed the mid-term results of this intervention. Patients with chronic lower limb arterial occlusion with diabetes. **Methods:** Retrospective description of case series. **Results:** The study had a mean age of  $72.3 \pm 11.2$  years; Men accounted for 65.2% of the sample. Rutherford classifications 4,5 and 6 accounted for 28.1%, 40.4%, and 23.6% of the sample, respectively. Multi-level lesions with the aortic-iliac have a TASC II A rate of 58.4%; The femoropopliteal floor has a TASC II A rate of 58.4%; The below-the-knee has a TASC II B rate, accounting for 24.7% of the sample. Balloon dilatation accounts for a high proportion of all levels; the aortic-iliac accounts for 80.9%; The femoropopliteal level accounts for 52.8%, and the below-the-knee level accounts for 40.5% of the sample. The technical success rate reached 94.4%. Complications include embolism, hematoma, stent fracture, major amputation, myocardial infarction, and acute renal failure, accounting for 2.3% respectively, 2.3%, 1.1%, 1.1%, 2.3%, and 3.4% of the sample. At medium-term follow-up, the rate of head vascular circulation was 79.1%, significant major amputation was 18.6%,

\*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: ductin@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

and stroke rate was 10.5% of the sample.  
**Conclusion:** Interventional methods to treat lower limb artery occlusion in diabetic patients have shown positive results, improved clinical symptoms, a medium-term primary patency revascularization rate, and few follow-up complications.

**Keywords:** lower extremity, endovascular intervention, balloon, stent placement.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường là yếu tố chính gây nên bệnh lý mạch máu chi dưới, góp phần làm tổn thương lớp nội mạc mạch máu, tăng nguy cơ đoạn chi [5], [9]. Bệnh nhân bị tắc động mạch chi dưới mạn tính kèm đái tháo đường có biểu hiện nặng nề, nhưng vẫn có thể điều trị được. Trước đây, bệnh nhân được phát hiện bệnh trễ nên tỷ lệ đoạn chi khá cao. Điều trị ngoại khoa bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới gồm phẫu thuật và can thiệp nội mạch. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là bắc cầu mạch máu với mảnh ghép tự thân hoặc nhân tạo. Phương pháp này có tỷ lệ thành công cao, tuy nhiên thời gian mổ kéo dài, tỷ lệ biến chứng cao, hậu phẫu nặng nề, nhất là đối với những bệnh nhân lớn tuổi, nguy cơ phẫu thuật cao. Can thiệp nội mạch đã từng bước phát triển và đem lại nhiều ưu điểm như ít xâm lấn, can thiệp tổn thương đa tầng và hồi phục nhanh, thời gian xuất viện sớm. Do đó, có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới đánh giá về hiệu quả của can thiệp nội mạch trong điều trị tắc động mạch chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường.

Ở Việt Nam, nhiều trung tâm bắt đầu áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch trong điều trị tắc động mạch chi dưới. Tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá kết quả can thiệp trên bệnh nhân động mạch chi dưới mạn tính kèm đái tháo đường. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: Đánh giá kết quả trung hạn can thiệp nội mạch trong điều trị tắc động mạch chi dưới mạn tính trên bệnh nhân đái tháo đường.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu mô tả.

**Thời gian nghiên cứu:** lấy mẫu từ tháng 09 năm 2014 đến tháng 09 năm 2018.

**Địa điểm nghiên cứu:** bệnh viện Chợ Rẫy.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả trường hợp can thiệp nội mạch tắc động mạch chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Can thiệp tắc động mạch chi dưới có đoạn chi lớn.
- Can thiệp nội mạch tắc động mạch chi

dưới có phối hợp mổ mở (hybrid).

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Đánh giá kết quả:**

**Đánh giá kết quả can thiệp:** nhỏ hơn 01 tháng sau can thiệp.

- Đánh giá kết quả can thiệp: tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp, phân độ Rutherford, ABI, TASC II, phương pháp vô cảm, đường vào, loại bóng và giá đỡ.

- Đánh giá tỷ lệ thành công, thất bại về kỹ thuật: Thành công về kỹ thuật khi: đường kính lòng mạch sau can thiệp hẹp tồn lưu < 30%, không có bóc tách, vỡ mạch và tụ máu sau nong bóng, không xoắn vặn hoặc gập gãy giá đỡ, không gây huyết khối tắc đầu xa khi chụp DSA ngay sau can thiệp, không có biến chứng cắt cụt chi [7].

- Đánh giá các tai biến can thiệp: tắc mạch, thủng ĐM can thiệp, tụ máu đường vào, suy thận cấp, cắt cụt chi, giả phình đường vào, nhồi máu cơ tim và tử vong.

**Đánh giá kết quả theo dõi:** theo dõi đến tháng 09 năm 2023.

- Đánh giá kết quả: lưu thông mạch máu thì đầu.

- Biến chứng theo dõi.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu có 89 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

**Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp:**

**Bảng 1. Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp**

Biến số	N (%)
Tuổi	72,3 ± 11,2 (43– 86)
Giới: Nam (%) / Nữ (%)	58 (65,2) / 31 (34,8)
Hút thuốc lá	61 (68,5)
Tăng huyết áp	68 (76,4)
RLCH lipid máu	72 (80,9)
Bệnh mạch vành	25 (28,1)
Bệnh động mạch cảnh	27 (30,3)
Suy thận mạn	5 (5,6)
Suy tim	3 (3,4)
Tai biến mạch máu não	1 (1,1)

**Phân loại Rutherford:**

**Bảng 2. Phân loại theo Rutherford.**

Giai đoạn	Độ	N (%) trước	N (%) trung hạn
0	0	0 (0)	7 (7,9)
I	1	0 (0)	12 (13,5)
	2	0 (0)	25 (28,1)
	3	7 (7,9)	28 (31,5)
II	4	25 (28,1)	9 (10,1)
III	5	36 (40,4)	5 (5,6)



IV	6	21 (23,6)	3 (3,4)
<b>Tổng</b>		<b>89 (100)</b>	<b>89 (100)</b>

**Phân loại TASC II:****Bảng 3: Phân loại theo TASC II tăng chủ chậu, đùi khoeo và dưới gối.**

Biến số	Chủ chậu N (%)	Đùi khoeo N (%)	Dưới gối N (%)
A	68 (76,4)	52 (58,4)	14 (15,7)
B	12 (13,5)	15 (16,9)	22 (24,7)
C	9 (10,1)	10 (11,2)	7 (7,9)
Không tổn thương	0 (0)	12 (13,5)	46 (26)
<b>Tổng</b>	<b>89 (100)</b>	<b>89 (100)</b>	<b>89 (100)</b>

**Chỉ số ABI trước và sau can thiệp:****Bảng 4. Chỉ số ABI trước và sau can thiệp**

	Trước	Sau can thiệp	Trung hạn
ABI	0.29 ± 0.17	0.64 ± 0.8	0.52 ± 0.3

**Đường vào can thiệp:****Bảng 5: Đường vào can thiệp**

Biến số	N	(%)
Bên cùng bên	54	60,7
Bên đối bên	24	27
Ngược dòng	11	12,4
<b>Tổng</b>	<b>89</b>	<b>100.0</b>

**Phương pháp điều trị****Bảng 6. Phương pháp điều trị**

Biến số	Chủ chậu N (%)	Đùi khoeo N (%)	Dưới gối N (%)
Nong bóng	72 (80,9)	47 (52,8)	36 (40,5)
Nong bóng + đặt giá đỡ	17 (19,1)	30 (33,7)	0 (0)
Không can thiệp	0 (0)	12 (13,5)	46 (26)
<b>Tổng</b>	<b>89 (100)</b>	<b>89 (100)</b>	<b>89 (100)</b>

**Thời gian nằm viện****Bảng 7. Thời gian can thiệp, thời gian nằm viện**

Thời gian	Trung bình
Thời gian phẫu thuật (phút)	180,5 ± 25,1
Thời gian nằm viện (ngày)	4,2 ± 1,8 (4- 6)

**Thành công, thất bại về kỹ thuật:****Bảng 8. Tỷ lệ thành công, thất bại kỹ thuật**

Biến số	N	(%)
Thành công	84	94,4
Thất bại	5	5,6
<b>Tổng</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Tai biến can thiệp mạch máu****Bảng 9. Tai biến can thiệp mạch máu**

Biến số	N = 89	(%)
Tắc mạch	2	2,3
Tụ máu	2	2,3
Gập, gãy giá đỡ	1	1,1
Nhồi máu cơ tim	1	1,1
Đoạn chi lớn	2	2,3

Suy thận cấp	3	3,4
Đột quỵ não	0	0
Tử vong	3	3,4

**Kết quả trung hạn****Bảng 10. Tỷ lệ lưu thông mạch máu thì đầu**

Biến số	N	(%)
Có	68	79,1
không	18	20,9
<b>Tổng</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

**Bảng 11. Biến chứng trung hạn**

Biến số	N = 86	(%)
Đoạn chi lớn	16	18,6
Đột quỵ não	9	10,5
Giả phình	1	1,2
Thông động tĩnh mạch	0	0
Tử vong	0	0

**IV. BÀN LUẬN**

**Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ:** Nghiên cứu có tỷ lệ nam chiếm hầu hết với tuổi trung bình 65 tuổi. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận rối loạn chuyển hoá lipid, tăng huyết áp và hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 80,9%; 76,4% và 68,5% mẫu nghiên cứu. Qua đây cho thấy, nhóm bệnh trong nghiên cứu là nhóm lớn tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ cao bên cạnh bệnh đái tháo đường kèm theo. Kết quả này cũng tương tự một số tác giả khác [1], [2], [5]. Bệnh nhân với tình trạng thiếu máu chi đe dọa chiếm tỷ lệ cao, 64% mẫu nghiên cứu. Hầu hết bệnh nhân có phân độ Rutherford mức độ 4,5 và 6. Triệu chứng đau cánh hồi chiếm tỷ lệ cao hơn đau khi nghỉ. Kết quả này cũng tương tự kết quả của các tác giả khác. Tác giả Micheal S Lee và cộng sự (N=239), so sánh hai nhóm có đái tháo đường và không đái tháo đường trên bệnh nhân can thiệp động mạch chi dưới, theo dõi trong 2 năm, ghi nhận triệu chứng đau khi nghỉ có thiếu máu đe dọa chi nghiêm trọng chiếm 81% mẫu nghiên cứu [3]. Còn nghiên cứu của tác giả Liang Xiao và cộng sự (N=139), cũng so sánh kết quả điều trị can thiệp chi dưới của hai nhóm đái tháo đường và không đái tháo đường, ghi nhận triệu chứng thiếu máu đe dọa chi nghiêm trọng chiếm 77% mẫu nghiên cứu [10]. Các nghiên cứu của tác giả khác có tỷ lệ thấp hơn nhưng vẫn chiếm khoảng 50% mẫu nghiên cứu [1], [8]. Tổn thương trong nhóm bệnh nghiên cứu là những tổn thương đa tầng. Điều này cũng cho thấy bệnh đái tháo đường có liên quan đến bệnh lý mạch máu chi dưới nói riêng và bệnh mạch máu toàn thân nói chung. Trong nghiên cứu chúng tôi, ghi nhận tổn thương ở tầng chậu chủ yếu là TASC II A, chiếm 76,4%. Tổn thương tăng

đùi khoeo cũng tương tự, TASC II A chiếm 58,4%. Tuy nhiên, tầng dưới gối thì tỷ lệ tổn thương TASC II B là ưu thế, chiếm 24,7% mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, trong tổn thương đa tầng cầu nghiên cứu thì hầu hết tầng chậu là có tổn thương, tuy nhiên tầng dưới gối thì nhiều bệnh nhân không ghi nhận tổn thương, chiếm 26% (46 trường hợp). Qua đây cho thấy, mặc dù tổn thương riêng biệt từng tầng không nặng nhưng để cung cấp đủ máu cho đầu xa thì tổn thương đa tầng của chi đã ảnh hưởng rõ rệt đến vấn đề này, đặc biệt trên những bệnh nhân có đái tháo đường lâu năm kèm theo.

**Phương pháp can thiệp:** Hầu hết chúng tôi dùng vị trí tiếp cận đường vào cùng bên với tổn thương, ngược dòng để can thiệp tầng chậu và xuôi dòng để can thiệp tầng đùi khoeo và dưới gối, tỷ lệ này chiếm 60,7% mẫu nghiên cứu. Bên cạnh đó, tỷ lệ tiếp cận đường vào từ bên đối bên chiếm 27% (24 trường hợp). Chúng tôi thường dùng cách tiếp cận này khi mà tổn thương ở hai tầng chậu và đùi khoeo. Khi đó, tiếp cận xuôi dòng sẽ dễ dàng hơn cho dây dẫn và dụng cụ đi vào trong lòng mạch, hạn chế tối đa đi dưới lớp nội mạc mạch máu. Một số trường hợp chúng tôi sử dụng vị trí tiếp cận đường vào từ khoeo hoặc chày sau lên để đi qua thương tổn. Cách tiếp cận này chỉ được dùng khi mà các cách tiếp cận khác không thực hiện được dễ dàng. Không nên ưu tiên dùng cách tiếp cận này ngay từ đầu vì kỹ thuật này cũng đòi hỏi phải có máy siêu âm, có kỹ năng can thiệp tốt vì nếu thất bại dễ gây tắc mạch đầu xa, điều này hết sức nguy hiểm vì mục đích can thiệp là cấp máu đầu xa của chi.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận hầu hết là nong bóng ở cả ba tầng can thiệp chi dưới gồm tầng chủ chậu, đùi khoeo và dưới gối lần lượt chiếm 80,9%; 52,8% và 40,5% mẫu nghiên cứu. Kết quả này cho thấy hầu hết các tổn thương của can thiệp đều tiến hành nong bóng đầu tiên, nếu có bóc tách hoặc lòng mạch còn hẹp trên 50% đường kính thì mới tiến hành nong bóng lại hoặc đặt giá đỡ nội mạch. Bên cạnh đó, chúng tôi có phối hợp đặt giá đỡ cho các tổn thương tầng chủ chậu và đùi khoeo lần lượt chiếm 19,1% và 33,7% mẫu nghiên cứu. Riêng đối với tầng dưới gối, chúng tôi chỉ nong bóng đơn thuần mà không dùng giá đỡ vì những tổn thương dưới gối có đường kính nhỏ, chỉ định đặt giá đỡ vẫn còn đang nhiều bàn cãi. Để khắc phục những vấn đề này, nhiều dụng cụ mới được ra đời nhằm đem đến hiệu quả can thiệp cao hơn như bóng phủ thuốc. Đây là hướng đi

mới cho những tổn thương chống chỉ định hoặc hạn chế của đặt giá đỡ nội mạch. Theo tác giả Liistro F và cộng sự (N=132), nghiên cứu về hiệu quả cầu bóng phủ thuốc so với bóng không phủ thuốc trong can thiệp động mạch dưới gối ghi nhận bóng phủ thuốc có khả năng tái hẹp thấp hơn bóng không phủ thuốc tại thời điểm 1 năm theo dõi, lần lượt chiếm 27% và 74% ( $P<0.001$ ) [4].

Can thiệp nội mạch từ lâu đã là xu hướng tất yếu, đem lại những lợi ích nhất định cho bệnh nhân tắc động mạch chi dưới, đặc biệt trên những trường hợp tổn thương đa tầng và có nhiều bệnh phối hợp, nhiều yếu tố nguy cơ. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thành công về kỹ thuật đạt 94,4% mẫu nghiên cứu. Tác giả Liang Xiao và cộng sự (N=139), ghi nhận thành công về kỹ thuật đạt 98,4% mẫu nghiên cứu khi so sánh 2 nhóm can thiệp chi dưới có đái tháo đường và không đái tháo đường [10]. Điều này cho thấy, thành công về kỹ thuật của can thiệp nội mạch trên bệnh nhân đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao. Bên cạnh đó, các biểu hiện về cận lâm sàng của chúng tôi cũng cải thiện đáng kể sau can thiệp so với trước can thiệp, lần lượt chiếm 0,64 so với 0,29 mẫu nghiên cứu. Theo tác giả Lin Y và cộng sự (N=59), ghi nhận giá trị ABI cải thiện rõ rệt trước can thiệp so với sau can thiệp, 0,35 so với 0,89 ( $P<0,001$ ) [6]. Còn theo Liang Xiao và cộng sự (N=139), giá trị ABI trước can thiệp so với sau can thiệp lần lượt chiếm 0,4 và 0,8 ( $p<0,001$ ) [10]. Các biến chứng trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ thấp, tỷ lệ tụ máu ngay vị trí tiếp cận đường vào và đoạn chi lớn chiếm lần lượt 2,3% và 2,3%; tỷ lệ gãy giá đỡ và nhồi máu cơ tim chiếm lần lượt 1,1% và 1,1% và có 3 trường hợp suy thận cấp (3,4%) mẫu nghiên cứu. Tử vong trong nghiên cứu có 3 trường hợp. Một trường hợp tử vong xảy ra trên bệnh nhân có nhồi máu cơ tim và hai trường hợp xảy ra trên bệnh nhân đoạn chi.

**Theo dõi:** ở giai đoạn trung hạn, chúng tôi theo dõi được 86 trường hợp của mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ lưu thông mạch máu thì đầu chiếm 79,1% mẫu nghiên cứu. Theo Abularrage và cộng sự (N=920), đánh giá kết quả can thiệp chi dưới trên bệnh nhân có đái tháo đường và không có đái tháo đường, ghi nhận lưu thông mạch máu thì đầu của nhóm có đái tháo đường chiếm 72% mẫu nghiên cứu [1]. Tác giả DeRubertis B và cộng sự (N= 291), ghi nhận lưu thông mạch máu thì đầu ở trung hạn chiếm 82% mẫu nghiên cứu [2]. Do đó, kết quả lưu thông mạch máu thì đầu trong nhiều nghiên cứu giống kết quả chúng tôi và chiếm tỷ lệ cao. Điều này cho thấy,

phương pháp can thiệp nội mạch trên bệnh nhân đái tháo đường đã đem lại sự tươi máu chi trung hạn hiệu quả, giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Bên cạnh đó, một số tác giả khác cũng ghi nhận nhóm có đái tháo đường có tỷ lệ lưu thông mạch máu thấp hơn nhóm không có đái tháo đường [1], [2], [3], [8]. Điều này cho thấy, đái tháo đường đã ảnh hưởng rõ rệt và có quan hệ mật thiết đến kết quả can thiệp động mạch chi dưới. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận biến chứng hầu hết ở giai đoạn trung hạn là đoạn chi lớn và đột quỵ não, chiếm 18,6% và 10,5% mẫu nghiên cứu. Ngoài ra, cũng có một số ít biến chứng giả phình chiếm 1,2% mẫu nghiên cứu. Nhiều tác giả khác cũng cho thấy kết quả tương tự chúng tôi [1], [3], [8]. Qua đây cho thấy, kết quả lưu thông mạch máu ở giai đoạn trung hạn của phương pháp can thiệp nội mạch đã đem lại hiệu quả cao, cải thiện được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái trên bệnh nhân đặt stent graft điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực được thực hiện an toàn, hiệu quả, ít biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abularrage C. J., M. F. Conrad, và cs. (2010), Long-term outcomes of diabetic patients undergoing endovascular infrainguinal interventions, *J Vasc Surg*, số 52(2), tr. 314-22.e1-4.
2. DeRubertis B. G., M. Pierce, và cs. (2008), Reduced primary patency rate in diabetic patients after percutaneous intervention results from more frequent presentation with limb-threatening

- ischemia, *J Vasc Surg*, số 47(1), tr. 101-8.
3. Lee M. S., S. W. Rha, và cs. (2015), Comparison of diabetic and non-diabetic patients undergoing endovascular revascularization for peripheral arterial disease, *J Invasive Cardiol*, số 27(3), tr. 167-71.
4. Liistro F., I. Porto, và cs. (2013), Drug-eluting balloon in peripheral intervention for below the knee angioplasty evaluation (DEBATE-BTK): a randomized trial in diabetic patients with critical limb ischemia, *Circulation*, số 128 (6), tr. 615-21.
5. Mueller T., F. Hinterreiter, và cs. (2016), Mortality rates at 10 years are higher in diabetic than in non-diabetic patients with chronic lower extremity peripheral arterial disease, *Vasc Med*, số 21(5), tr. 445-452.
6. Lin Y, Li W, Liu W, Liu M, Li Y, Chen Y. Mid-term outcomes of endovascular treatment and risk factors for recurrence in patients with Trans-Atlantic-Inter-Society II C/D femoropopliteal lesions. *Quant Imaging Med Surg*. 2021 May;11(5):2028-2039.
7. Norgren L., W. R. Hiatt, và cs. (2007), Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II), *J Vasc Surg*, số 45 Suppl S, tr. S5-67.
8. Shammass A. N., H. Jeon-Slaughter, và cs. (2017), Major Limb Outcomes Following Lower Extremity Endovascular Revascularization in Patients With and Without Diabetes Mellitus, *J Endovasc Ther*, số 24(3), tr. 376-382.
9. Shah AD, Langenberg C, Rapsomaniki E, et al. Type 2 diabetes and incidence of cardiovascular diseases: a cohort study in 1.9 million people. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3:105-113.
10. Xiao Liang, De-sheng Huang, và cs. (2012), Efficacy of endoluminal interventional therapy in diabetic peripheral arterial occlusive disease: a retrospective trial, *Cardiovascular Diabetology*, số 11, tr. 17-17.

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẦN KINH TRÊN LÂM SÀNG VÀ ĐIỆN CƠ Ở BỆNH NHÂN RẮN CẠP NIA CẤP

Nguyễn Huy Tiến<sup>1</sup>, Trần Hữu Thông<sup>2</sup>, Hà Trần Hưng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và điện cơ của tổn thương thần kinh ở bệnh nhân bị rắn Cạp nia cấp. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 19 bệnh nhân bị rắn Cạp nia cấp điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Kết**

**quả:** Liệt thần kinh sọ và thần kinh vận động ngoại vi bao gồm sụp mí (100%), nhìn đôi (89,5%), giãn đồng tử (100%), liệt vận nhãn (89,5%), hạn chế há miệng (100%), liệt cơ nâng cổ (100%), cơ chi trên, chi dưới (89,5%), giảm phản xạ gân xương (89,5%). Triệu chứng sụp mí ở nhóm dùng huyết thanh kháng nọc tồn tại trung bình  $4,0 \pm 1,83$  ngày ngắn hơn so với nhóm không dùng huyết thanh kháng nọc ( $7,86 \pm 3,13$  ngày), với  $p = 0,013$ . Điện cơ trong ngày đầu vào viện cho thấy: Trung bình thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền vận động trong giới hạn bình thường tuy nhiên có trung vị biên độ sóng vận động giảm, trung bình thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền cảm giác, biên độ sóng cảm giác dây thần kinh giữa, trụ trong giới hạn bình thường. 10,0% bệnh nhân có test kích thích

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Tiến

Email: drtien97tn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

lập lại dương tính, 30,0% bệnh nhân có nghi ngờ dương tính. **Kết luận:** Điện cơ trong ngày đầu của bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn bước đầu cho thấy phát hiện tổn thương synap thần kinh cơ, phù hợp với cơ chế của alpha neurotoxin và beta-neurotoxin có trong nọc độc của rắn cạp nia.

**Từ khóa:** rắn Cạp nia cắn, điện cơ

## SUMMARY

### CLINICAL FEATURES AND ELECTROMYOGRAPHIC CHANGES OF NERVE DAMAGE IN PATIENTS ENVENOMED BY BUNGARUS MULTICINCTUS

**Objective:** To describe the clinical features and electromyographic changes of nerve damage in patients bitten by Bungarus multicinctus. **Method:** A descriptive study of 19 snakebite patients treated at Poison Control Center of Bach Mai Hospital. **Results:** Symptoms of cranial nerve and peripheral motor nerve paralysis included ptosis (100%), diplopia (89.5%), mydriasis (100%), extraocular muscle paralysis (89.5%), limited mouth opening (100%), neck muscle paralysis (100%), upper and lower limb muscle weakness (89.5%), and decreased deep tendon reflexes (89.5%). The duration of ptosis in the antivenom group was significantly shorter with a mean of  $4.0 \pm 1.83$  days compared to the non-antivenom group with a mean of  $7.86 \pm 3.13$  days, with a statistically significant difference of  $p = 0.013$ . Electromyography on the first day of hospital admission showed that the average latent period, conduction velocity of motor nerves were within normal limits, but the amplitude of motor nerve wave was reduced. The average latent period, conduction velocity of sensory nerves, and the amplitude of sensory nerve wave in the intermediate nerve were within normal limits. Among the patients who underwent repetitive stimulation tests on the first day, 10.0% had a positive result, and 30.0% had suspected positive results. **Conclusion:** Electromyography on the first day of patients bitten by Bungarus multicinctus initially indicates the detection of synaptic motor nerve damage, which is consistent with the mechanism of alpha-neurotoxin and beta-neurotoxin found in krait venom. **Keywords:** Bungarus multicinctus, Electromyography

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn độc cắn là một cấp cứu thường gặp ở các nước có khí hậu nhiệt đới. Theo Joerg Blessman tại Đông Nam Á năm 2019 có 242.648 nạn nhân bị rắn cắn trong đó 15.909 nạn nhân đã chết<sup>3</sup>. Tại Việt Nam rắn Cạp Nia cắn thường gây bệnh cảnh nặng nề nhất, bệnh nhân dễ tử vong do liệt cơ hô hấp nếu không được cấp cứu kịp thời. Nọc rắn cạp nia có chứa nhiều chất độc thần kinh khác nhau, gây ra các rối loạn dẫn truyền thần kinh, gây ra yếu, liệt vận động từ nhẹ đến nặng, trong đó nặng nhất là liệt cơ hô hấp, khiến cho bệnh nhân phụ thuộc máy thở dài ngày, có nhiều biến chứng, thậm chí là tử vong.

Ghi điện cơ là một phương pháp hiệu quả đánh giá dẫn truyền thần kinh cơ cho phép ta xác định được vị trí tổn thương thần kinh, giai đoạn tổn thương cấp hay mạn tính. Do đó, việc đánh giá điện cơ nhằm xác định các tổn thương thần kinh - cơ do rắn cạp nia cắn thực sự có ý nghĩa giúp cho quá trình điều trị, tiên lượng bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn. Nghiên cứu của Trevett và cs (1995) cho kết quả bệnh nhân bị rắn độc cắn có đáp ứng giảm biên độ điện cơ sau đo điện thế kích thích lặp lại liên tiếp với tần số (3Hz/s)<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Panduranga và cs (2015) trên bệnh nhân bị rắn độc cắn cũng khẳng định có tình trạng giảm đáp ứng biên độ điện cơ sau đo điện thế kích thích lặp lại liên tiếp (3Hz/s) do tổn thương thần kinh - cơ hậu synap và tiền synap<sup>5</sup>. Hiện ở Việt Nam còn ít nghiên cứu đánh giá, theo dõi về các đặc điểm tổn thương thần kinh - cơ, thay đổi trên điện cơ ở các bệnh nhân nhập viện, điều trị trong viện sau khi bị rắn cạp nia cắn. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá các đặc điểm lâm sàng và điện cơ của tổn thương thần kinh ở bệnh nhân bị rắn Cạp nia cắn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn điều trị tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai có chỉ định điện cơ từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Chẩn đoán xác định rắn cạp nia cắn theo Hướng dẫn của Bộ Y Tế năm 2015<sup>1</sup>, Hướng dẫn chẩn đoán rắn cắn của WHO năm 2016<sup>6</sup>

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tiền sử hoặc bệnh sử bị mắc các bệnh lý thần kinh - cơ.
- Bệnh nhân đang cấy ghép các thiết bị điện tử
- Bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng kèm theo

**2.2. Địa điểm nghiên cứu.** Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai.

**2.3. Thời gian nghiên cứu.** Từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu

**Chọn mẫu:** Chọn tất cả các bệnh nhân bị rắn Cạp nia cắn thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai, thực tế chúng tôi thu thập được 19 bệnh nhân.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Dữ liệu thu thập được ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

### Các biến số, chỉ số nghiên cứu: