

KẾT QUẢ LÂU DÀI PHẪU THUẬT GIẢM KHỐI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN IV

Võ Duy Long^{1,2}, Nguyễn Hoàng Bắc^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vai trò của phẫu thuật cắt giảm khối chưa rõ trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn IV. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm và lâu dài về mặt ung thư của phẫu thuật cắt giảm khối ở bệnh nhân ung thư dạ dày không còn chỉ định phẫu thuật triệt để. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đoàn hệ, hồi cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 132 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển, không còn chỉ định phẫu thuật triệt để được phẫu thuật cắt dạ dày giảm khối, từ tháng 01/2013 đến tháng 6/2020 tại Khoa Ngoại Tiêu hoá, Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Tuổi trung bình 59,5. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 21.2%, trong đó biến chứng nặng là 5.3%. Thời gian sống còn toàn bộ trung bình sau mổ là 21,3 ± 9,6 tháng. Thời gian sống còn sau mổ ở nhóm có hoá trị tốt hơn nhóm không hoá trị. Tỷ lệ sống còn trung vị sau 1 năm, 3 năm, 5 năm lần lượt là 49%; 11% và 6%. Đặc điểm giải phẫu bệnh, có di căn hạch và có hoá trị sau mổ là các yếu tố độc lập ảnh hưởng đến thời gian sống sau mổ của bệnh nhân. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt dạ dày giảm khối an toàn trong điều trị ung thư dạ dày không còn chỉ định phẫu thuật triệt để.

Từ khóa: cắt dạ dày giảm khối, ung thư dạ dày, thời gian sống còn.

SUMMARY

ROLE OF THE REDUCTION GASTRECTOMY FOR UNRESECTABLE GASTRIC CANCER

Background: Role of reduction gastrectomy in the treatment of stage IV gastric cancer remains unclear. This study aims to evaluate the short- and long-term oncologic outcomes of reduction gastrectomy for unresectable gastric cancer. **Method:** This was a retrospective cohort study including 132 patients with stage IV gastric cancer patients who underwent reduction gastrectomy from Jan 2013 to Jun 2020 at the Department of Gastro-Intestinal Surgery, University Medical Center at Ho Chi Minh City. **Results:** The mean age was 59.5 years. The rate of overall postoperative complication was 21.2%, and the rate of severe complications was 5.3%. The overall survival time was 21.3 ± 9.6 months. The one-, three-, and five-year overall survival rates were 49%, 11%, and 6%, respectively. Differentiation, lymph nodes metastasis, and adjuvant chemotherapy were identified as independent risk factors associated with overall survival. **Conclusion:**

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Long

Email: long.vd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

Reduction gastrectomy was safe for the treatment of stage IV gastric cancer. **Keywords:** reduction gastrectomy; gastric cancer; overall survival

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, theo đa số tác giả, bệnh nhân UTDD vào viện thường ở giai đoạn muộn, chiếm tỉ lệ 70 – 85%. Trong số này, có 23,8% - 32% bệnh nhân không còn khả năng cắt được dạ dày triệt để [1,3,4].

Biến chứng hẹp môn vị xảy ra khi ung thư ở hang môn vị đủ lớn gây bít tắc lối ra của dạ dày. Đây là biến chứng thường gặp nhất của UTDD vì có 2/3 trường hợp UTDD nằm ở vùng hang môn vị. Theo y văn, điều trị hẹp môn vị do ung thư chủ yếu phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày hoặc nối vị tràng, hoặc mở thông hồng tràng [1,5,6,7].

Chỉ định cắt dạ dày giảm khối ở những bệnh nhân ung thư giai đoạn IV nếu không có biến chứng vẫn còn tranh cãi. Theo hướng dẫn của Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản (JGCA), giá trị sống còn của phẫu thuật này không khác biệt so với việc điều trị chỉ hoá trị đơn thuần. Cắt dạ dày giảm thiểu tế bào ung thư ở bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển có thể giúp người bệnh ăn được qua đường miệng, làm giảm các triệu chứng của hẹp môn vị và chảy máu. Một số báo cáo cho rằng [6] phẫu thuật cắt dạ dày làm sạch có thể kéo dài tiên lượng sống thêm sau mổ, giảm các triệu chứng, giảm thiểu tế bào ung thư và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nhưng vẫn chưa có đồng thuận rõ ràng về chiến lược điều trị phù hợp nhất.

Vậy câu hỏi đặt ra phẫu thuật cắt dạ dày giảm khối có an toàn ở bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IV hay không và thời gian sống thêm sau mổ là bao lâu? Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ tại biến, biến chứng và thời gian sống còn ở bệnh nhân UTDD giai đoạn IV được phẫu thuật cắt dạ dày giảm khối.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả, 132 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn IV được phẫu thuật tại khoa Ngoại Tiêu hoá, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 01/2013 đến 6/2020. Tiêu chuẩn chọn bệnh gồm: (1) chẩn đoán ung thư dạ dày bằng giải phẫu bệnh, (2) chẩn đoán sau

mổ là giai đoạn IV. Tiêu chuẩn loại trừ: (a) có một trong những bệnh nội khoa đi kèm làm ảnh hưởng đến tiên lượng như: suy tim, đái tháo đường, xơ gan, suy thận...(b) bệnh nhân đã phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư trước đây.

Các yếu tố thu thập bao gồm: tuổi, giới, triệu chứng trên lâm sàng, các biến chứng bệnh (thủng dạ dày, hẹp môn vị), vị trí u, kích thước u, giai đoạn khối u, hạch, phương pháp mổ, các yếu tố liên quan đến phẫu thuật: các tai biến, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, và thời gian sống còn sau mổ.

Số liệu được phân tích và xử lý bằng các phần mềm SPSS 18.0. Sự phân tích yếu tố liên quan được tiến hành bằng phép kiểm Chi bình phương với hiệu chỉnh Yates. Phép kiểm Fisher được dùng như một phép kiểm thay thế khi có một giá trị kỳ vọng trong bảng Chi bình phương < 5. So sánh sự khác nhau giữa các biến định lượng liên tục độc lập bằng phép kiểm t với phân phối chuẩn và phương sai đồng nhất. Phân tích các yếu tố liên quan đến thời gian sống còn được tiến hành bằng phép kiểm log-rank.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân. Các đặc điểm bệnh nhân của nghiên cứu như mô tả ở bảng 1.

Trong số 132 bệnh nhân có 78 nam (59.1%) và 54 nữ (40.9%), với tuổi trung bình là 59.5 ± 14.5. Gần 50% số bệnh nhân có biến chứng của ung thư dạ dày. Đa số có thương tổn ở 1/3 dưới và giữa. 92% bệnh nhân có khối u ở giai đoạn T4a hoặc T4b. Có 83 bệnh nhân (62.9%) đã có di căn xa (M1).

Bảng 1: Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Đặc điểm dân số nghiên cứu	Số bệnh nhân (tỉ lệ)
Tuổi, mean ± SD (năm)	59.5 ± 14.5
Giới	
Nam	78 (59.1%)
Nữ	54 (40.9%)
Biến chứng	
Hẹp môn vị	45 (34.1%)
Chảy máu tiêu hóa trên	10 (7.6%)
Hẹp tâm vị	4 (3.0%)
Thủng dạ dày	3 (2.3%)
Vị trí u	
1/3 trên	5 (3.8%)
1/3 giữa	42 (31.8%)
1/3 dưới	85 (64.4%)
Phân loại Borrmann	
I	8 (6.1%)
II	62 (47.0%)
III	42 (31.8%)
IV	20 (15.2%)

Mức độ xâm lấn tại chỗ	
T3	8 (6.1%)
T4a	29 (22.0%)
T4b	95 (72.0%)
Hạch bulky	32 (24.2%)
Di căn xa	83 (62.9%)
Độ biệt hoá tế bào	
Ung thư tuyến biệt hóa tốt	10 (7.6%)
Ung thư tuyến biệt hóa vừa	22 (16.7%)
Ung thư tuyến biệt hóa kém	73 (55.3%)
Ung thư tuyến tế bào nhân	27 (20.5%)
Hoá trị hỗ trợ sau mổ	
Đầy đủ 6 – 8 chu kỳ	35 (26.5%)
Không đầy đủ	52 (39.5%)
Không hoá trị sau mổ	45 (34.1%)

Biến chứng sớm sau mổ. Biến chứng sớm sau mổ như mô tả ở bảng 2.

Tỉ lệ biến chứng chung sau mổ là 21.2%, trong đó biến chứng nặng là 5.3%. Có 6 trường hợp (4.5%) phải mổ lại để xử trí biến chứng. Có 2 bệnh nhân (1.5%) tử vong sau mổ do sốc nhiễm độc.

Bảng 2. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sớm sau mổ	Số bệnh nhân (tỉ lệ)
Nhiễm trùng vết mổ	6 (4.5%)
Chảy máu miệng nối dạ dày	2 (1.5%)
Chảy máu sau mổ	3 (2.3%)
Tụ dịch dưới gan	5 (3.8%)
Viêm phổi	6 (4.5%)
Xì miệng nối	3 (2.3%)
Xì mòm tá tràng	2 (1.5%)

Thời gian sống thêm sau phẫu thuật

Thời gian sống còn toàn bộ trung bình sau mổ là 21,3 ± 9,6 tháng. Thời gian sống ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 73 tháng, trung bình 19,5 ± 14,8 tháng. Thời gian sống thêm sau mổ như ở bảng 3.

Bảng 3. Thời gian sống thêm

	Kaplan-Meier probability (95% CI)		
	1 năm	3 năm	5 năm
Thời gian sống thêm	49% (45%; 53%)	11% (9%; 13%)	6% (4%; 9%)

Liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống sau mổ. Phân tích đa biến cho thấy các yếu tố sau ảnh hưởng đến thời gian sống sau mổ: Đặc điểm giải phẫu bệnh (OR = 1.23, 95% CI: 1.04 – 1.97, p = 0.012)

Có di căn hạch (OR = 1.56, 95% CI: 1.12 – 2.13, p = 0.02)

Có hoá trị sau mổ (OR = 0.66, 95% CI: 0.46 – 0.87, p = 0.012).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung

binh là $59,5 \pm 14,5$ tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 32 tuổi, và lớn tuổi nhất là 91 tuổi. Tỷ lệ nam là 69,6%, tỷ lệ nữ là 29,4% và tỷ lệ nam/nữ là 2,37/1. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu trước đây [4,6,7]. Việc xuất hiện nhiều bệnh nhân trẻ tuổi, có lẽ báo động về tình hình môi trường và thói quen ăn uống ở nước ta.

Ung thư dạ dày là một trong số các loại ung thư mà phẫu thuật là phương pháp điều trị được lựa chọn. Ở giai đoạn khối u còn giới hạn tại chỗ và vùng (T1-T4a), phẫu thuật được lựa chọn là phương pháp điều trị triệt căn, riêng u T1 có thể chọn lựa các phương pháp khác như cắt niêm mạc qua nội soi hoặc cắt dạ dày qua phẫu thuật nội soi...Đối với trường hợp u T4b xâm lấn cấu trúc lân cận có thể chỉ cắt dạ dày với ý nghĩa làm sạch hoặc phẫu thuật tạm thời. Ở giai đoạn muộn hơn nữa ung thư giai đoạn tiến xa đã có di căn xa hay di căn phúc mạc, phẫu thuật được coi là phương pháp điều trị triệu chứng có thể kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân hoặc chỉ điều trị nội khoa như hóa trị hoặc điều trị hướng đích.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 132 bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt dạ dày không triệt căn, cắt các tạng kèm theo với ý nghĩa làm sạch, giảm thiểu khối tế bào ung thư. Một số nghiên cứu cho thấy kết quả ích lợi của phẫu thuật này. Bên cạnh đó, một số nghiên cứu khác chưa cho thấy bằng chứng chắc chắn trong chiến lược điều trị ung thư dạ dày khi mà hiệu quả khá tốt của điều trị hóa trị hiện nay. Trong nghiên cứu của Kobayashi và cs [3], phẫu thuật giảm thiểu tạm thời không kéo dài tiên lượng sống thêm khi bệnh nhân có nhiều các yếu tố mà không thể cắt dạ dày điều trị triệt căn so với bệnh nhân chỉ có một yếu tố. Hiện nay Nhật Bản và Hàn Quốc đang tiếp tục nghiên cứu so sánh phẫu thuật giảm thiểu ở bệnh nhân ung thư dạ dày kết hợp với điều trị hóa trị, hoặc chỉ điều trị hóa trị đơn thuần ở bệnh nhân với, hoặc có các yếu tố như: di căn gan, di căn phúc mạc hoặc di căn quanh động mạch.

Biến chứng sớm sau mổ là biến chứng xảy ra trong vòng 30 ngày đầu sau mổ mà cần mổ lại, cần làm thêm thủ thuật, hoặc thời gian nằm viện kéo dài so với những trường hợp mổ thường quy. Biến chứng muộn sau mổ xảy ra sau 30 ngày mà cần phải nhập viện lại hoặc cần làm bất kì một thủ thuật, phẫu thuật lại. Mặc dù các tai biến, biến chứng sau mổ và tử vong sau phẫu thuật ung thư dạ dày đã giảm đáng kể trong những năm qua nhưng tỷ lệ tai biến, biến chứng vẫn còn cao [4,8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi do ung thư

giai đoạn III-IV, khối u to, có thể xâm lấn các tạng lân cận nên việc phẫu tích sẽ khó khăn. Theo Ruy [4], biến chứng sớm sau mổ được định nghĩa là biến chứng xảy ra trong vòng 30 ngày đầu sau mổ mà cần mổ lại, cần làm thêm thủ thuật, hoặc thời gian nằm viện kéo dài so với những trường hợp mổ thường quy. Biến chứng muộn sau mổ xảy ra sau 30 ngày mà cần phải nhập viện lại hoặc cần làm bất kì một thủ thuật, phẫu thuật lại.

Chảy máu ở phần đóng mồm cắt dạ dày nguyên nhân do cầm máu không kỹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 trường hợp chảy máu ở miệng nối dạ dày hậu phẫu ngày thứ 3 và 5 và đã được mổ lại khâu cầm máu, làm lại miệng nối. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ 6 trường hợp, được điều trị nội khoa, chăm sóc vết mổ. Ba trường hợp chảy máu lách mổ lại vào hậu phẫu ngày 5 và được xử trí khâu cầm máu.

Theo Kobayashi (2004) [3], trên 1638 bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày trong 7 năm ở bệnh viện trung tâm ung thư quốc gia miền Đông Nhật Bản, tỷ lệ biến chứng sau mổ từ 17,8% đến 33%, rò tụy là biến chứng hay gặp nhất. Một nghiên cứu khác của Ozer [7] cũng ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau mổ là 33,3% ở 18 bệnh nhân trên 70 tuổi và dưới 70 tuổi.

Thời gian sống thêm sau mổ phản ánh kết quả của phẫu thuật, là tiêu chuẩn cơ bản để đánh giá việc tầm soát, phát hiện và chẩn đoán sớm ung thư dạ dày vì có liên quan chặt chẽ đến giai đoạn tiến triển hoặc tiến xa của bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 73 tháng sau khi bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị. Nguyên nhân tử vong do tuổi cao, ung thư di căn, tái phát. Tỷ lệ sống thêm 1 năm, 3 năm, 5 năm tương đương các tác giả khác.

Theo Fujitani [8], có sự khác biệt về thời gian sống còn dựa vào vị trí khối u, u ở vị trí đoạn xa tương ứng 1/3 dưới thường có tiên lượng sống sau mổ tốt hơn. Một nghiên cứu của Zhong [5], so sánh kết quả phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày kèm nạo hạch D2 điều trị ung thư dạ dày ở người trẻ và trung niên, tỷ lệ sống 5 năm theo vị trí khối u ở nghiên cứu này cao trên 60%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt dạ dày giảm khối an toàn và phần nào cải thiện thời gian sống thêm cho bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IV. Chiến lược điều trị đa mô thức với hiệu quả điều trị cao và tốt hơn đang là mục tiêu của những nghiên cứu hướng tới trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hồng Sơn** (2001). Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Jingxu S, Yongxi S et al** (2013). Clinical significance of palliative gastrectomy on the survival of patient with incurable advanced gastric cancer: a system review and meta-analysis. BMC Cancer 2013, 13, pp. 577.
3. **Kobayashi A, Nakagohri T et al** (2004). Aggressive surgical treatment for T4 gastric cancer. J Gastrointest Surg, 8(4), pp. 464-470.
4. **Ruy K W, Kim Y W, Lee J H, Nam B H** (2008). Surgical complications and the risk factors of laparoscopy – assisted distal gastrectomy for advanced gastric cancer. Ann Surg Oncol, 15, pp. 1625-1631.
5. **Zhong Zhang J, Shan Lu H et al** (2011), "Outcome of palliative total gastrectomy for stage IV proximal gastric cancer", Am J Surg, 202(1), pp. 91-96.
6. **Yang K, Liu K et al** (2015), "The value of palliative gastrectomy for gastric cancer patients with intraoperatively proven peritoneal seeding". Medicine, 94(27), pp. 1-9.
7. **Ozer I, Birol Bostanci E et al** (2009), "Surgical outcomes and survival after multiorgan resection for locally advanced gastric cancer", Am J Surg, 198(1), pp. 25-30.
8. **Fujitani K, Kwang Yang H et al** (2016), "Gastrectomy plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric cancer with a single non- curable factor (REGATTA): a phase 3, randomized controlled trial", The Lancet Oncology, s1470-2045 (15), pp. 1-10.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIM NGẮN HẠN SAU CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Hoàng Thị Diệu Nguyên², Trần Thị Huỳnh Nga¹, Lưu Minh Tú¹
Nguyễn Trung Hiếu², Phạm Đình Ngân Thanh², Tô Trường Duy²
Dương Thị Trang³, Nguyễn Ngọc Phương Thu⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp mạch vành qua da đã giúp cải thiện được tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên gánh nặng bệnh tật sau đó như tỉ lệ tái nhồi máu, tỉ lệ tái thông cũng như tỉ lệ tử vong chung vẫn còn cao, lên đến 20% trong năm đầu và 12,2% trong 3 năm sau nhồi máu cơ tim. Phục hồi chức năng tim đã được chứng minh một biện pháp điều trị có thể giúp giảm tỷ lệ tử vong, giảm triệu chứng và cải thiện chức năng vận động ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tính hiệu quả của chương trình phục hồi chức năng tim ngắn hạn cho bệnh nhân sau can thiệp mạch vành qua da điều trị nhồi máu cơ tim cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca trên 5 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đã can thiệp mạch vành qua da ổn định đến khám và tập phục hồi chức năng tim tại Khoa Phục hồi chức năng – Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 6/2023 đến tháng 09/2023. **Kết quả:** Phục hồi chức năng tim giúp cải thiện VO₂ tối đa 3,6 ml/kg.phút, KTC 95% [-0,9; 8,1] và tăng khoảng cách đi bộ 6 phút 117m, KTC 95% [92; 142]. Chương trình phục hồi chức năng tim

chưa ghi nhận biến cố nào xảy ra trong quá trình thực hiện. **Kết luận:** Chương trình phục hồi chức năng tim ngắn hạn an toàn và có hiệu quả trên kết quả lượng giá chức năng tim mạch cho bệnh nhân sau can thiệp mạch vành qua da điều trị nhồi máu cơ tim cấp.

Từ khoá: Phục hồi chức năng tim, nhồi máu cơ tim cấp, VO₂ tối đa, khoảng cách đi bộ 6 phút

SUMMARY

EFFECTS OF SHORT-TERM CARDIAC REHABILITATION PROGRAM FOLLOWING ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION POST PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Background: Percutaneous coronary intervention (PCI) has proven to improve the 30-day mortality rate following acute myocardial infarction (AMI). However, the burden of disease afterward, such as the rate of reinfarction, restenosis, and all-cause mortality, remains high, reaching up to 20% in the first year and 12.2% within 3 years after myocardial infarction. Cardiac rehabilitation is a intervention that has been shown to help mortality reduction, symptom relief and improved exercise tolerance. **Objective:** To assess the effectiveness of short-term cardiac rehabilitation programs for AMI patients post PCI. **Materials and methods:** Case series report of five AMI patients who underwent PCI have been stable and attended cardiac rehabilitation at the Rehabilitation Department of Heart Institute, Ho Chi Minh City from June 2023 to September 2023. **Results:** Cardiac rehabilitation contributed to improving maximum oxygen consumption (VO₂ max) by 3.6 ml/kg/min, 95% CI [-0.9; 8.1], and increasing the 6-minute walking

¹Viện Tim TP.HCM

²Đại học Y dược TP.HCM

³Bệnh viện Quận 6

⁴Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Diệu Nguyên

Email: dieunguyen105@hotmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 18.3.2024

distance by 117 meters, 95% CI [92; 142]. No recorded events occurred during the implementation of the cardiac rehabilitation program. **Conclusions:** The short-term cardiac rehabilitation program is safe and effective in improving cardiac functional outcomes for patients undergoing PCI in the treatment of AMI.

Keywords: Cardiac rehabilitation, acute myocardial infarction, VO₂ max, 6MWT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim thiếu máu cục bộ là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu theo báo cáo năm 2019 của WHO [8]. Thống kê đến năm 2017 tử vong do tim mạch chiếm 31% tử vong chung [8]. Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là thể bệnh mạch vành cần điều trị cấp cứu kết hợp dự phòng lâu dài để phòng ngừa biến cố thứ phát. Mặc dù can thiệp mạch vành qua da (PCI) trên bệnh nhân NMCT cấp đã giúp giảm tỉ lệ tử vong 30 ngày, tuy nhiên gánh nặng bệnh tật sau đó như tỉ lệ tái nhồi máu, tỉ lệ tái thông, tỉ lệ tử vong chung vẫn còn cao, lên đến 20% trong năm đầu và 12.2% trong 3 năm sau NMCT [8]. Phục hồi chức năng tim (PHCNT) là một biện pháp điều trị nhằm giúp cải thiện các khoảng trống lâm sàng nêu trên và được khuyến cáo nhóm I mức chứng cứ A cho các bệnh nhân sau NMCT cấp.

Theo Hướng dẫn của các Hiệp hội tim mạch trên thế giới, PHCNT được chỉ định cho hầu hết các bệnh lý tim mạch sau PCI hoặc bắc cầu động mạch vành (CABG), phẫu thuật thay thế van tim và suy tim. PHCNT được chứng minh là một can thiệp hiệu quả và là một thành phần không thể thiếu trong điều trị dự phòng thứ phát. Ở Việt Nam, PHCNT vẫn còn là một lĩnh vực rất mới, đã có những bước đi đầu tiên trong quá trình phát triển và hoàn thiện. Tại thành phố Hồ Chí Minh, nhiều bệnh viện lớn đã có đơn vị PHCNT, tuy nhiên theo hiểu biết của chúng tôi cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu khoa học được công bố về hiệu quả của PHCNT trên bệnh nhân NMCT cấp. Nhận thấy tính quan trọng và cấp thiết của vấn đề, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả chương trình phục hồi chức năng tim ngắn hạn sau can thiệp mạch vành qua da điều trị nhồi máu cơ tim cấp".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân NMCT cấp đã PCI ổn định đến khám và tập PHCNT tại Khoa Phục hồi chức năng – Viện Tim Tp.HCM, từ tháng 6/2023 đến tháng 09/2023.

Tiêu chuẩn chọn vào

- Bệnh nhân NMCT cấp, đã được can thiệp mạch vành qua da ổn định, xuất viện \geq 2 tuần
- Đủ 18 tuổi trở lên;
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có chống chỉ định tập PHCNT;
- Bệnh nhân có chống chỉ định của nghiệm pháp gắng sức tim mạch-hô hấp (CPET) và nghiệm pháp đi bộ 6 phút (6MWT).

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Tiền cứu mô tả loạt ca

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân tham gia PHCNT đều được đo CPET và 6MWT trước và sau tập. Quá trình PHCNT thực hiện theo chương trình cá thể hoá cường độ tập luyện, dựa trên kết quả CPET lần đầu, kéo dài 6 tuần, tần suất tập luyện 3 – 5 buổi/ tuần, nội dung tập luyện là tập sức bền, sức mạnh, sức dẻo, thăng bằng, điều hợp, với các bài tập được thiết kế sẵn, khởi đầu với các bài tập dễ ở cường độ thấp và tăng tiến dần theo sự dung nạp của từng bệnh nhân.

Tập sức bền: Tần suất 3–5 buổi/ tuần, và hướng dẫn tập luyện tại nhà thêm tùy khả năng của từng bệnh nhân; cường độ dựa trên kết quả CPET ban đầu, ở mức 40–80 % tần số tim dự trữ, hoặc Borg 12–16 (thang điểm 6-20); thời lượng 20–60 phút đủ 3 giai đoạn vận động theo thứ tự: khởi động - tập luyện - phục hồi; loại bài tập là xe đạp, có bộ phận theo dõi nhịp tim và công thực hiện (watt). Khởi đầu bằng 15 lần/ phút và tăng dần đến khi đạt nhịp tim mục tiêu.

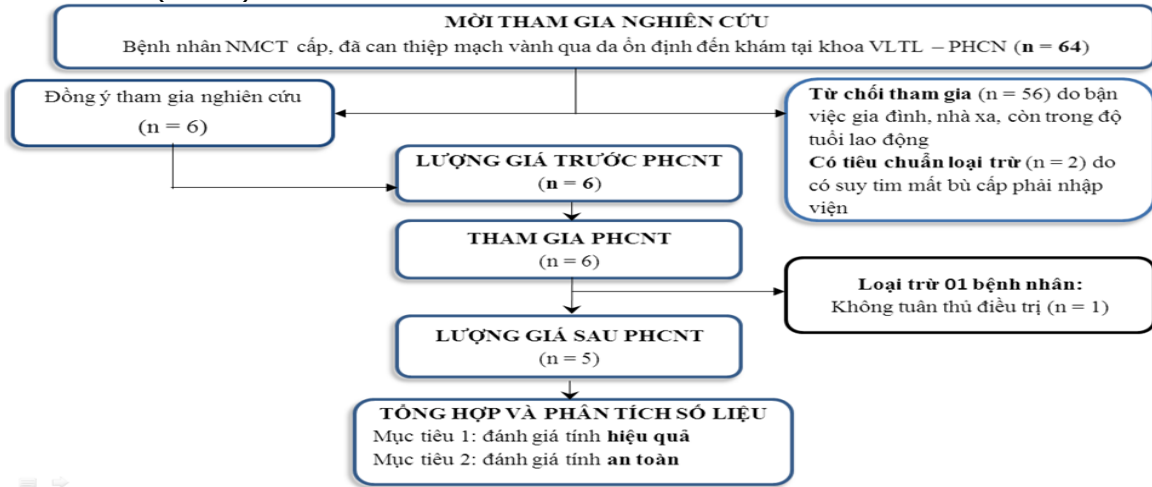
Tập sức mạnh: tần suất 2–3 lần/ tuần, cách ngày, 10–15 lần lặp lại/hiệp x 1–3 hiệp/bài với 8–10 bài tập khác nhau ở các nhóm cơ lớn, mà không quá mệt, thang điểm Borg 11–13 hoặc 40–60% RPM với các dụng cụ an toàn và thuận tiện cho bệnh nhân.

Tập sức dẻo: tần suất \geq 2–3 lần/ tuần, cường độ đạt đến vị trí cảm thấy căng và khó chịu nhẹ, giữ 15 giây đối với bài kéo dẫn tĩnh và lặp lại \geq 4 lần. Các bài tập gồm: kéo dẫn tĩnh hoặc động tập trung ở những khớp lớn của chi và vùng lưng dưới, tập tạo thuận cảm thụ bản thể PNF.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng trước can thiệp. Từ tháng 06–09/2023, có 64 bệnh nhân sau NMCT cấp đã PCI ổn định được chuyển đến Khoa Phục hồi chức năng – Viện Tim để tư vấn tham gia PHCNT, tuy nhiên do hoàn cảnh cá nhân (nhà xa, bận công việc,...) và do tiêu chuẩn loại trừ (suy tim cấp nhập viện và huyết khối mồm thất trái mới xuất hiện sau NMCT) nên chỉ có 6 bệnh nhân tham gia, chiếm tỷ lệ 9.4%. Trong quá trình nghiên cứu, 1 bệnh nhân không tuân thủ điều trị do bận công việc nên bị loại trừ. Còn lại 5 bệnh nhân hoàn thành chương trình

PHCNT 6 tuần (Hình 1).



Hình 4. Sơ đồ nghiên cứu

✓ **Ca lâm sàng 1:** Bệnh nhân nam, 53 tuổi, chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên, đã đặt stent phủ thuốc lần đầu ngày 10/05/2023 trên đoạn gần-giữa nhánh LAD, lần hai ngày 16/05/2023 trên đoạn gần-giữa nhánh RCA, trên nền ĐTĐ típ 2 và RLLM.

✓ **Ca lâm sàng 2:** Bệnh nhân nam, 66 tuổi, chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên đã được đặt stent phủ thuốc đoạn xa nhánh RCA (ngày 20/05/2023), trên nền THA, RLLM, suy tim NYHA II.

✓ **Ca lâm sàng 3:** Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, chẩn đoán NMCT cấp không ST chênh lên, đã

đặt stent phủ thuốc ngày 26/05/2023 trên đoạn gần nhánh LAD và đoạn giữa nhánh LCx, trên nền THA, ĐTĐ típ 2, RLLM, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, suy tim NYHA III.

✓ **Ca lâm sàng 4:** Bệnh nhân nam, 57 tuổi, chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên, biểu chứng nhịp nhanh thất, đã đặt stent phủ thuốc ngày 19/06/2023 trên đoạn giữa nhánh LAD, trên nền RLLM, thoái hoá khớp gối độ III.

✓ **Ca lâm sàng 5:** Bệnh nhân nam, 49 tuổi, chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên đã đặt 1 stent phủ thuốc trên đoạn giữa nhánh LAD ngày 26/07/2023, trên nền RLLM.

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng trước PHCNT của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5
Tuổi	53	66	65	57	49
Chiều cao (cm)	158	160	150	169	168
Cân nặng (kg)	62	54	55	64	60
BMI (kg/m ²)	25	21	24	22	21
Vòng eo (cm)	89	88	90	88	93
Yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành					
Hút thuốc lá	.	.	.	.	.
Ít vận động	.	.	.	.	.
Béo phì	.	.	.	.	.
RLLM	.	.	.	.	.
THA	.	.	.	.	.
ĐTĐ	.	.	.	.	.
Bệnh cơ xương khớp mạn tính	.	.	.	.	.
Phân độ NYHA	1	2	3	1	2
PSTM thất trái	65%	53%	62%	66%	65%
Phân tầng nguy cơ	Thấp	TB	Cao	Thấp	TB
Đặc điểm	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5
Xét nghiệm sinh hoá					
Total cholesterol (mmol/L)	6,0	2,9	4,6	4,8	4,8
LDL - C (mmol/L)	3,3	2,0	2,9	3,2	3,1
HDL - C (mmol/L)	1,1	0,8	1,2	1,1	1,2
Triglyceride (mmol/L)	7,3	0,8	1,9	2,9	1,8

Glucose (mmol/L)	8,8	-	-	5	-
HbA1C (%)	7,8	-	-	5,6	-
Toa thuốc lúc xuất viện					
Kháng kết tập tiểu cầu kép	.	.	.	.	.
ACEi/ARB	.	.	.	.	.
Chẹn beta	.	.	.	.	.
Chẹn kênh Calci	.	.	.	.	.
SGLT2	.	.	.	.	.
Statin/ Ezetimibe	.	.	.	.	.
Nitrat	.	.	.	.	.
Ức chế bơm proton	.	.	.	.	.

3.2. Kết quả phục hồi chức năng tim

Bệnh nhân được khám, lượng giá, phân tầng nguy cơ trước tập luyện và xác định cường độ tập luyện cá thể hoá trước khi tập, đồng thời được theo dõi cường độ tập luyện bằng nhịp tim

bluetooth và thang điểm Borg. Trong 6 tuần, không ghi nhận bất kỳ biến cố bất lợi nào xảy ra trong quá trình tập luyện và thực hiện nghiêm nghiệm pháp gắng sức. Hiệu quả của PHCNT được ghi nhận trong Bảng 2.

Bảng 6. Kết quả PHCNT 6 tuần của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Biến số	BN	BN 1		BN 2		BN 3		BN 4		BN 5	
	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau	
VO ₂ tối đa (ml/kg.phút)	27	28	29	37	15	16	36	34	22	32	
METs	7,8	8,1	8,4	10,6	4,4	4,7	10,4	9,8	6,4	9,2	
VT1 (Watt)	54	63	80	105	54	65	94	97	59	66	
HRR (nhịp/phút)	18	18	23	5	5	16	13	26	25	30	
Ve/VCO ₂	41	40	41	37	34	40	39	43	37	36	
Tải tối đa (Watt)	108	119	89	124	50	65	114	141	97	121	
6MWT (mét)	540	651	400	510	375	462	549	660	465	630	
EQ-5D-5L	0,793	1	0,867	0,857	0,482	0,463	0,661	0,709	0,724	0,742	

IV. BÀN LUẬN

Tuy PHCNT đã được khuyến cáo ở mức cao nhất cho hầu hết các bệnh lý tim mạch nhưng ở Việt Nam, lĩnh vực này cũng còn khá mới, các bác sĩ chuyên khoa PHCN và kỹ thuật viên VLTL chưa được đào tạo nhiều về lĩnh vực tim mạch, bác sĩ chuyên khoa Tim mạch cũng chưa có thói quen chỉ định PHCNT như một liệu pháp điều trị. Những rào cản trên bao gồm thiếu chỉ định của bác sĩ cũng như thiếu nhân lực được đào tạo và cơ sở thực hành PHCNT, đều là những trở ngại lớn không chỉ ở Việt Nam mà còn ở các nước trên thế giới. Nghiên cứu của Chindhy tại Mỹ năm 2020 ghi nhận trung bình chỉ có 60% bệnh nhân sau PCI được kê toa PHCNT, thấp hơn nhiều nếu so sánh với tỉ lệ được kê toa các thuốc như Aspirin (98%) và Statin (89%) [6].

Mặt khác bệnh nhân tim mạch trên thực tế không bị mất chức năng rõ rệt dễ nhận thấy như đột quỵ hay chấn thương, nên chưa hiểu rõ về sự suy giảm chức năng tim phổi. Bệnh nhân cũng có sự lo lắng về vận động sau khi gặp biến cố tim mạch cấp. Điều này cũng được ghi nhận trên y văn và được biết đến như chứng sợ vận động. Tỉ lệ bệnh nhân sau NMCT được tư vấn về PHCNT đồng ý tham gia nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 9,4%, tương đương với các nước châu

Á là 12,3% ở Singapore và 1,5% ở Hàn Quốc [5]. Tuy không có số liệu thống kê, nhóm nghiên cứu cũng ghi nhận được một vài lý do không tham gia PHCNT như nhà xa, phải quay trở lại công việc sớm, bệnh lý nền chưa kiểm soát, bảo hiểm y tế chưa thanh toán,...

Về tính hiệu quả của PHCNT, tuy nghiên cứu có cỡ mẫu rất nhỏ, nhưng nhìn chung vẫn thấy được xu hướng cải thiện sức khoẻ tim phổi. Vì chưa có ý nghĩa thống kê, chúng tôi so sánh với ngưỡng ý nghĩa lâm sàng (MCID), với sự thay đổi VO₂ tối đa tăng > 1ml/kg.phút là có ý nghĩa [4]. Bệnh nhân thứ 2 và thứ 5 cải thiện được chỉ số này có ý nghĩa lâm sàng (tăng 8 và 10ml/kg.phút), bệnh nhân thứ 1 và thứ 3 có sự thay đổi ít (chỉ tăng 1ml/kg.phút). Riêng bệnh nhân thứ 4 có giảm 2 ml/kg.phút VO₂ tối đa. Lý giải điều này chúng tôi cho rằng lý do của sự giảm chức năng có thể là do hệ cơ xương khớp. Chức năng tim phổi (biểu hiện qua chỉ số VO₂ tối đa) vốn được cấu thành từ hệ hô hấp, tim mạch và cả hệ cơ xương. Phân tích trên các thông số CPET của bệnh nhân cho thấy ở lần lượng giá sau, đau khớp gối là nguyên dẫn đến việc ngừng nghiệm pháp. Có thể giải thích rằng việc tập luyện 6 tuần trên bệnh nhân ít vận động làm kích hoạt đợt cấp của thoái hoá khớp gối, khiến

bệnh nhân giảm khả năng gắng sức. Vì vậy chương trình tập luyện, bên cạnh mục tiêu cải thiện chức năng tim phổi, cũng cần được thiết kế cá thể hoá để phù hợp với bệnh lý của mỗi bệnh nhân. Cụ thể đối với bệnh nhân này, tập luyện ở giai đoạn duy trì tiếp theo nên chọn những hình thức không chịu tải trên khớp như đạp xe hoặc bơi lội. Bên cạnh VO_2 tối đa, các thông số CPET khác như METs, VT1, tải tối đa đều tăng, phù hợp với y văn. Tất cả 5 bệnh nhân đều cải thiện khoảng cách đi bộ 6 phút đạt MCID là 25m (bệnh nhân cải thiện ít nhất là 87m) [3].

Tuy nhiên Ve/VCO_2 lại không cho thấy sự cải thiện. So với mức bình thường là 25–30, thì $Ve/VCO_2 >34$ thường thấy ở người bệnh tim phổi nặng. Đây cũng là ngưỡng cắt phát hiện suy giảm chức năng tim phổi và tiên lượng tử vong do tim mạch ở bệnh nhân suy tim. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ngay từ trước khi bắt đầu vào chương trình PHCNT Ve/VCO_2 đã khá cao (TB là $38,5 \pm 3$), và hầu như không đổi sau tập luyện (39 ± 3). Kết quả này cũng gần giống tác giả Vilela [7] với thay đổi Ve/VCO_2 sau PHCNT ở hai nhóm trẻ và già lần lượt là $-0,2$ và $-0,1$ ($p=0,367$). Có thể thấy, chưa tìm được mối liên hệ của tập luyện lên sự thay đổi Ve/VCO_2 . Do đó, với bệnh nhân có Ve/VCO_2 cao, thì bên cạnh tập luyện, vẫn nên được quản lý tối ưu bằng điều trị dùng thuốc hoặc thủ thuật/phẫu thuật (nếu cần).

Hồi phục tần số tim (HRR) là một chỉ số phản ánh chức năng thần kinh tự chủ (trương lực hệ thần kinh phó giao cảm sau khi gắng sức). Nhiều y văn cho rằng HRR <12 nhịp/phút là chỉ báo độc lập dự đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân suy tim và TMCB [1]. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi chưa thấy rõ ảnh hưởng của tập luyện lên HRR.

Bên cạnh các chỉ số khách quan (kết quả lượng giá chức năng tim phổi), nhóm nghiên cứu cũng đánh giá chỉ số chủ quan là chất lượng cuộc sống (CLCS). Nhưng kết quả ghi nhận sự tăng rất ít thang điểm EQ-5D-5L, trước và sau tập lần lượt là 0,71 và 0,75 trên thang điểm 1. Tương đồng với báo cáo của Ferrer-Sargues [2] cho thấy EQ-5D-5L là 0,9 [0,7; 1,1] trước tập cũng bằng sau tập là 0,9 [0,8; 1,1]. Có thể do chương trình PHCNT ngắn hạn chưa đủ làm thay đổi CLCS, bệnh nhân sau NMCT cấp cũng không bị suy giảm chức năng rõ rệt. Vì vậy mà sự cải thiện CLCS trong nghiên cứu không ghi nhận được. Mặt khác, 2 bệnh nhân có giảm số điểm EQ-5D-5L là do yếu tố đau. Do thói quen ít vận động lâu ngày nên khi bắt đầu tập luyện sẽ có tình trạng đau cơ thoáng qua có hồi phục.

Nhưng đây là phản ứng bình thường, nên chúng tôi kì vọng nếu bệnh nhân giữ thói quen tập luyện trong giai đoạn duy trì như khuyến cáo, có thể cải thiện CLCS dài hạn.

Để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, nhóm nghiên cứu đã nỗ lực thực hành theo đúng khuyến cáo của các tổ chức như Hiệp hội Y học Thể thao Hoa Kỳ (ACSM), Hội Tim mạch Châu Âu (ESC), Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA/ACC), đặc biệt là vấn đề khám và phân tầng nguy cơ, đồng thời xác định cường độ tập luyện thích hợp cho từng bệnh nhân. Trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận bất kì biến chứng bất lợi nào xảy ra trong và sau quá trình PHCNT, kể cả biến chứng khi đo CPET. Kết quả không có biến chứng này cũng tương đồng với các nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp gần đây về PHCNT của tác giả Qin [6] và Pattyn [5].

V. KẾT LUẬN

PHCNT ngắn hạn có hiệu quả cải thiện chức năng vận động cho bệnh nhân sau NMCT cấp có PCI. Chương trình tập luyện thể dục có lượng giá, phân tầng nguy cơ và xác định cường độ tập luyện bằng CPET là an toàn sau NMCT cấp. Tuy vậy, tỉ lệ tham gia thấp vẫn còn là một thách thức rất lớn đối với sự phát triển của chuyên ngành này tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dewar A, Kass L, Stephens RCM, et al. Heart Rate Recovery Assessed by Cardiopulmonary Exercise Testing in Patients with Cardiovascular Disease: Relationship with Prognosis. *Int J Environ Res Public Health*. Mar 7 2023;20(6).
2. Ferrer-Sargues FJ, Fabregat-Andrés Ó, Martínez-Hurtado I, et al. Effects of neuromuscular training compared to classic strength-resistance training in patients with acute coronary syndrome: A study protocol for a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2020;15(12):e0243917.
3. Gremeaux V, Troisgros O, Benaïm S, et al. Determining the minimal clinically important difference for the six-minute walk test and the 200-meter fast-walk test during cardiac rehabilitation program in coronary artery disease patients after acute coronary syndrome. *Arch Phys Med Rehabil*. Apr 2011;92(4):611-9.
4. Kerrigan DJ, Williams CT, Ehrman JK, et al. Cardiac rehabilitation improves functional capacity and patient-reported health status in patients with continuous-flow left ventricular assist devices: the Rehab-VAD randomized controlled trial. *JACC Heart Fail*. Dec 2014;2(6):653-9.
5. Pattyn N, Beulque R, Cornelissen V. Aerobic Interval vs. Continuous Training in Patients with Coronary Artery Disease or Heart Failure: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis with a Focus on Secondary Outcomes. *Sports Med*. May 2018;48(5):1189-1205.

6. **Qin Y, Kumar Bundhun P, Yuan ZL, Chen MH.** The effect of high-intensity interval training on exercise capacity in post-myocardial infarction patients: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* Mar 25 2022;29(3):475-484.
7. **Vilela EM, Ladeiras-Lopes R, João A, et al.** Cardiac rehabilitation in elderly myocardial

- infarction survivors: focus on circulatory power. *Rev Cardiovasc Med.* Sep 24 2021;22(3):903-910.
8. **World Health Organization.** Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Accessed Oct 30, 2023. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỈ LỆ BẢO TỒN TỬ CUNG TRONG XỬ TRÍ RAU CÀI RĂNG LỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Đức Việt¹, Nguyễn Thị Thu Hà¹,
Lương Hoàng Thành^{1,2}, Lê Văn Đạt^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ bảo tồn tử cung trong xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 93 sản phụ được chẩn đoán và xử trí RCRL tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2020 đến hết 30/04/2022. **Kết quả:** Phần lớn sản phụ RCRL không biểu hiện triệu chứng lâm sàng, chiếm 69,9%. Có 95,7% sản phụ RCRL được chẩn đoán trước mổ trên siêu âm. Rau bám tại mặt trước tử cung chiếm tỉ lệ 76,3%. RCRL độ 2 chiếm tỉ lệ 75,3%. Tỉ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật RCRL là 23,7%. **Kết luận:** Phần lớn các sản phụ rau cài răng lược không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Rau cài răng lược độ 2 chiếm 75,3%. Tỉ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật rau cài răng lược là 23,7%. **Từ khóa:** rau cài răng lược, rau tiền đạo, bảo tồn tử cung.

SUMMARY

DESCRIBE CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND PREVALENCE THE RATE OF UTERINE PRESERVATION IN THE TREATMENT OF PLACENTA ACCRETA AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics and prevalence the rate of uterine preservation in the treatment of placenta accreta at Hanoi obstetrics and gynecology hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 93 pregnant women diagnosed and treated with placenta accreta at Hanoi Hospital from January 1, 2020 to April 30, 2022. **Results:** Most pregnant women with placenta accreta do not show clinical symptoms, accounting for 69.9%. There are 95.7% of

pregnant women with placenta accreta diagnosed preoperatively on ultrasound. Placenta attached to the front of the uterus accounts for 76.3%. The grade 2 placenta accreta accounts for 75.3%. Prevalence the rate of uterine preservation in placenta accreta surgery is 23.7%. **Conclusions:** Most pregnant women with placenta accreta do not show clinical symptoms. The grade 2 placenta accreta accounts for 75.3%. Prevalence the rate of uterine preservation in placenta accreta surgery is 23.7%.

Keywords: placenta accreta, placenta previa, uterine preservation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược (RCRL) là bệnh lý do các gai rau bám bất thường đến lớp cơ tử cung hoặc đâm xuyên qua thành tử cung tới lớp thanh mạc, có thể lan đến cơ quan xung quanh như bàng quang, trực tràng,... RCRL là biến chứng hiếm gặp, tuy nhiên trong những năm gần đây số sản phụ mắc bệnh lý này ngày càng gia tăng. Tại Hoa Kỳ, giai đoạn 1996 - 2002 tỉ lệ này là 0,08% đến giai đoạn 2015 - 2017 là 0,29% [1]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2007 - 2011 tỉ lệ RCRL quan sát trên tổng số ca đẻ là 0,1%, năm 2015 là 0,29% và đến năm 2017 là 0,39% [2][3][4].

RCRL thường xảy ra ở phụ nữ mang thai có các yếu tố nguy cơ như đẻ nhiều lần, nạo hút thai nhiều lần, tiền sử viêm niêm mạc tử cung, đặc biệt hay gặp ở những bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai với hình thái RCRL đâm xuyên qua cơ tử cung, xâm lấn vào các cơ quan xung quanh.

RCRL tuy là bệnh hiếm gặp nhưng biến cố chảy máu tối cấp trong RCRL lại là lý do hàng đầu dẫn đến chỉ định cắt tử cung cấp cứu và cũng là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây tử vong mẹ và sơ sinh trong sản khoa. Việc chẩn đoán sớm để chủ động xử trí RCRL là vô cùng quan trọng để tránh biến chứng nặng nề cho sản phụ như chảy máu ồ ạt, rối loạn đông máu, có thể làm tổn thương các cơ quan xung quanh như bàng quang, ruột, trực tràng trong

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Trường đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Đạt

Email: lvdat.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024

khi phẫu thuật, thậm chí tử vong.

Hiện nay tiên lượng cho RCRL đã tốt hơn trước rất nhiều nhờ những tiến bộ trong y học về chẩn đoán sớm và điều trị. Tuy nhiên sản phụ và sơ sinh vẫn còn phải chịu rất nhiều tai biến và biến chứng, nặng nhất là tử vong. Nhằm góp phần đánh giá thực trạng chẩn đoán cũng như điều trị RCRL tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỉ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật RCRL tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các trường hợp được chẩn đoán và điều trị RCRL tại BVPSHN có bệnh án lưu trữ tại phòng Kế hoạch Tổng hợp của bệnh viện từ ngày 01/01/2020 đến hết ngày 30/4/2022.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những sản phụ được chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và giải phẫu bệnh là RCRL đã phẫu thuật tại BVPSHN.

- Tuổi sản phụ từ 18 - 45 tuổi.

- Tuổi thai từ 28 - 42 tuần

- Có đủ các thông tin của bệnh nhân bao gồm: tiền sử sản phụ khoa, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm, giải phẫu bệnh, thông tin cuộc mổ, đánh giá kết quả xử trí.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Các hồ sơ bệnh án không có đầy đủ các thông tin cần cho nghiên cứu

- Các sản phụ được chẩn đoán trước mổ là RCRL nhưng sau mổ không phải RCRL như: RTĐ, rau bong non....

- Các sản phụ dưới 18 tuổi và trên 45 tuổi.

- Các tuổi thai dưới 28 tuần tuổi.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian làm nghiên cứu: từ tháng 11/2022 – 6/2022.

- Thời gian thu thập số liệu: từ tháng 3/2022 – 4/2022.

- Thời gian bệnh án được hồi cứu: Từ 01/01/2020 – 30/4/2022.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2.3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

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

* Cơ mẫu nghiên cứu

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, lấy toàn bộ các hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

- Trên thực tế, chúng tôi đã thu thập được thông tin của 93 hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu

chuẩn lựa chọn của nghiên cứu.

* Xử lý số liệu

- Sử dụng phiếu thu thập số liệu để lấy thông tin từ hồ sơ bệnh án theo các biến số và chỉ số của nghiên cứu.

- Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán sau:

+ Thống kê mô tả các biến định lượng bao gồm trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất.

+ Thống kê mô tả các biến định tính bao gồm tỉ lệ phần trăm.

+ Thống kê suy luận cho biến định lượng được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được sử dụng trong thống kê suy luận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Ra máu	23	24,7
Đau bụng	2	2,2
Ra máu + đau bụng	3	3,2
Không có triệu chứng	65	69,9
Tổng	93	100

Nhận xét: Phần lớn sản phụ không có triệu chứng, chiếm tỉ lệ 69,9%. Sản phụ có triệu chứng ra máu chiếm tỉ lệ 24,7%. Chỉ có 2,2% có triệu chứng đau bụng. Sản phụ có cả triệu chứng đau bụng và ra máu chiếm tỉ lệ 3,2%.

Bảng 2: Tỉ lệ rau cài răng lược được chẩn đoán trước mổ qua siêu âm

Hình ảnh siêu âm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Chẩn đoán RCRL	89	95,7
Không chẩn đoán RCRL	4	4,3
Tổng	93	100

Nhận xét: Có 89 sản phụ được chẩn đoán RCRL trên siêu âm, chiếm 95,7%. Tỉ lệ sản phụ không được chẩn đoán RCRL trên siêu âm chiếm 4,3%.

Bảng 3. Vị trí rau bám và mức độ RCRL

Đặc điểm siêu âm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Vị trí rau bám	Mặt trước	71	76,3
	Mặt sau	16	17,2
	Mặt đáy	3	3,2
	Cả mặt trước và mặt sau	3	3,2
Tổng	93	100	
Mức độ RCRL	Độ 1	18	19,4
	Độ 2	70	75,3
	Độ 3	5	5,4
Tổng	93	100	

Nhận xét: Tỉ lệ rau bám mặt trước chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ là 76,3%. Tỉ lệ rau bám mặt

sau chiếm tỉ lệ đứng thứ 2 với 17,2%. Rau bím cả mặt trước và mặt sau, rau bím mặt đáy chiếm tỉ lệ bằng nhau và thấp nhất là 3,2%. RCRL độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất là 75,3%. RCRL độ 3 chiếm tỉ lệ thấp nhất là 5,4%.

Bảng 4: Nồng độ Hemoglobin trước mổ và sau mổ

Hemoglobin	Trước mổ		Sau mổ		p
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
< 70 g/l	0	0,0	5	5,4	> 0,05
70 – 90 g/l	10	10,8	19	20,4	
91-110 g/l	22	23,7	29	31,2	
> 110 g/l	61	65,6	40	43,0	
Tổng	93	100	93	100	

Nhận xét: Tỉ lệ thiếu máu trước mổ là 34,4%. Tỉ lệ thiếu máu sau mổ là 57,0%, trong đó có 31,2% có thiếu máu nhẹ, 20,4% có thiếu máu vừa và 5,4% thiếu máu nặng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 5. Thời điểm mổ lấy thai và phương pháp vô cảm

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Thời điểm mổ lấy thai	Mổ cấp cứu	11	11,8
	Mổ chủ động	82	88,2
Tổng		93	100
Phương pháp vô cảm	Gây tê tủy sống	8	8,6
	Gây mê nội khí quản	83	89,2
	Gây mê tĩnh mạch	2	2,2
Tổng		93	100

Nhận xét: Đa số sản phụ có chỉ định mổ lấy thai chủ động với tỉ lệ 88,2%. Sản phụ có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu chiếm 11,8%. Phương pháp vô cảm được sử dụng nhiều nhất là gây mê nội khí quản với tỉ lệ 89,2%. Đứng thứ hai là phương pháp gây tê tủy sống với tỉ lệ 8,6%. Chỉ có 2,2% được tiến hành vô cảm bằng phương pháp gây mê tĩnh mạch.

Bảng 6. Đường rạch da và đường rạch tử cung

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đường rạch da	Đường ngang trên vệ	47	50,5
	Đường trắng giữa rốn	46	49,5
Tổng		93	100
Đường rạch tử cung	Rạch ngang đoạn dưới tử cung	33	35,5
	Rạch dọc thân tử cung	60	64,5
Tổng		93	100

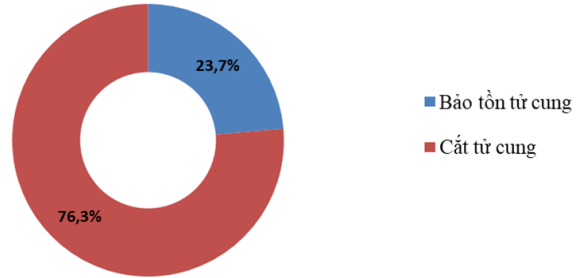
Nhận xét: Đường rạch da ngang trên vệ chiếm tỉ lệ 50,5%. Đường rạch da trắng giữa dưới rốn chiếm 49,5%. Đường mổ vào tử cung thường dùng là rạch dọc thân tử cung với tỉ lệ

64,5%. Đường mổ vào tử cung là rạch ngang đoạn dưới tử cung để vào tử cung chiếm tỉ lệ thấp hơn với 35,5%.

Bảng 7: Mối liên quan giữa đường rạch vào tử cung và thời điểm mổ lấy thai

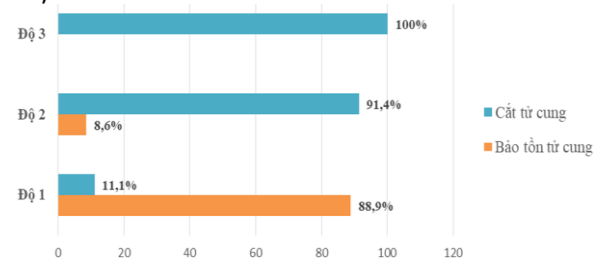
Thời điểm mổ lấy thai	Mổ cấp cứu		Mổ chủ động		p
	n	%	n	%	
Rạch ngang đoạn dưới tử cung	3	27,3	30	36,6	> 0,05
Rạch dọc thân tử cung	8	72,7	52	63,4	
Tổng	11	100	82	100	

Nhận xét: Tỉ lệ rạch dọc thân tử cung để vào tử cung ở nhóm mổ cấp cứu cao hơn nhóm mổ chủ động với tỉ lệ lần lượt là 72,7% và 63,4%. Tỉ lệ rạch ngang đoạn dưới thân tử cung ở nhóm mổ chủ động cao hơn ở nhóm mổ cấp cứu với tỉ lệ lần lượt là 36,6% và 27,3%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.



Biểu đồ 1: Phương pháp xử trí tử cung

Nhận xét: Có 71 sản phụ có chỉ định cắt tử cung, chiếm 76,3%. Tỉ lệ bảo tồn tử cung chiếm 23,7%.



Biểu đồ 2: Mức độ RCRL và phương pháp xử trí

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ra máu âm đạo chiếm 27,9% trong đó có 3,2% ra máu âm đạo kèm đau bụng. Tỷ lệ sản phụ có triệu chứng ra máu âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trong nước trước đó. Điều này là do thời điểm nghiên cứu và nghiên cứu trên những

đối tượng có đặc điểm khác nhau nên cho kết quả khác nhau.

Nghiên cứu ghi nhận 5,4% sản phụ có triệu chứng đau bụng trong đó có 3,2% sản phụ đau bụng kèm ra máu âm đạo. Với những sản phụ có triệu chứng đau bụng, các thầy thuốc cần hết sức thận trọng vì đây có thể là một trong những dấu hiệu cảnh báo nguy cơ chảy máu nặng cho sản phụ.

Chiếm tỉ lệ nhiều nhất là nhóm sản phụ không có triệu chứng chiếm 69,9%. Kết quả của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác do những năm gần đây việc quản lý thai nghén ngày càng được chú trọng nhiều hơn, giúp phát hiện sớm những trường hợp thai nghén nguy cơ cao như rau tiền đạo, RCRL trước khi có biểu hiện triệu chứng. Tuy nhiên, việc không biểu hiện triệu chứng cũng gây rất nhiều khó khăn cho các thầy thuốc trong việc định hướng chẩn đoán và phát hiện chính xác bệnh. Bởi vậy để chẩn đoán chính xác các trường hợp RCRL còn phải dựa vào sự hỗ trợ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cũng như phụ thuộc rất nhiều vào trình độ của người làm siêu âm.

4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Hình ảnh siêu âm. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ RCRL được chẩn đoán trên siêu âm trước mổ là 94,3%. Tỉ lệ RCRL được chẩn đoán trên siêu âm qua các nghiên cứu rất khác nhau, điều đó nói lên rằng để siêu âm chẩn đoán chính xác RCRL phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, đặc biệt là trình độ và kinh nghiệm của người làm siêu âm.

Qua nghiên cứu có thể thấy tỉ lệ rau bám mặt trước chiếm ưu thế hơn trong bệnh cảnh RCRL. Các đặc điểm thường được mô tả trên siêu âm là: mất khoảng sáng sau rau, nhiều hốc tăng sinh mạch, tăng tín hiệu mạch từ bánh rau vào cơ tử cung và thành bàng quang.

Mức độ RCRL được chẩn đoán sau mổ. Kết quả nghiên cứu cho thấy RCRL độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất với 75,3%, đứng thứ 2 là RCRL độ 1 với 19,4% và thấp nhất là RCRL độ 3 với 5,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với nghiên cứu của các nghiên cứu trước đây, phần lớn là RCRL độ 2, có ít hoặc không có RCRL độ 3.

Theo phân loại mới của FIGO (2018), RCRL được chia làm 3 mức độ: độ 1,2,3 lần lượt tương ứng với thể placenta accrete, placenta increta và placenta percreta [6]. Có thể chẩn đoán RCRL theo thể dựa vào kết quả siêu âm. Tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ chẩn đoán RCRL theo mức độ RCRL dựa trên kết quả giải phẫu bệnh.

Kết quả xét nghiệm. Trước phẫu thuật có 65,6% sản phụ không thiếu máu, sau mổ tỉ lệ này giảm còn 43,0%. Có 57,0% sản phụ thiếu máu sau phẫu thuật, trường hợp sản phụ có nồng độ Hemoglobin sau mổ thấp nhất là 45 g/l. Tỉ lệ thiếu máu sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác. Điều này có thể lý giải vì nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ phát hiện RCRL rất cao (95,7%) nên đã được dự trữ máu và chuẩn bị kĩ lưỡng trước mổ.

Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt về nồng độ Hemoglobin trước mổ và sau mổ với $p > 0,05$, điều này không có nghĩa rằng phẫu thuật RCRL không gây chảy máu mà thậm chí chảy máu rất nhiều, kết quả thể hiện rằng các sản phụ thiếu máu trước mổ và trong mổ đã được bồi phụ số lượng máu cần thiết. Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, việc dự trữ máu trước mổ đã trở thành thường quy đối với các bệnh nhân chẩn đoán RCRL.

4.2. Tỷ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật RCRL

Thời điểm mổ lấy thai. Chỉ định mổ lấy thai cấp cứu hay chủ động trên các sản phụ bị RCRL được lựa chọn dựa trên nhiều yếu tố như tiền sử mổ lấy thai, tuổi mẹ, tuổi thai, vị trí rau bám, mức độ xâm lấn vào cơ tử cung, tình trạng của mẹ và thai nhi... Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 5, cho thấy phần lớn các trường hợp RCRL được chỉ định MLT chủ động với 88,2%. Tỉ lệ MLT chủ động trong nghiên cứu của tôi cao hơn so với các nghiên cứu trước có thể do trong những năm trở lại đây, công tác quản lý và chăm sóc thai nghén ngày càng được quan tâm và có nhiều tiến bộ, giúp phát hiện sớm và theo dõi kịp thời những trường hợp mắc RCRL, hạn chế những ảnh hưởng cũng như những biến chứng của RCRL đến thai nghén.

Phương pháp vô cảm. Theo bảng 5 phương pháp vô cảm được sử dụng nhiều là gây mê nội khí quản với tỉ lệ 89,2%; gây tê tuỷ sống được sử dụng với tỉ lệ 8,6% và có 2,2% sử dụng phương pháp gây mê tĩnh mạch.

Lựa chọn phương pháp gây mê tốt nhất ở phụ nữ mắc RCRL trong nghiên cứu của các tác giả trên thế giới còn nhiều tranh cãi. Hiệp hội Bác sĩ gây mê Hoa Kỳ về sản khoa cũng cho rằng gây mê toàn thân có thể là lựa chọn thích hợp nhất [7]. Trong khi đó, Chestnut và các cộng sự lại cho rằng gây tê ngoài màng cứng có thể là một lựa chọn thích hợp cho những bệnh nhân này [8]. Tuy nhiên, quyết định lựa chọn phương pháp gây mê nên được cá nhân hóa và chỉ được đưa ra sau khi xem xét tiền sử thích hợp, kiểm

tra thể trạng và xét nghiệm thích hợp.

Đường rạch da và đường rạch tử cung.

Nghiên cứu cho kết quả tỉ lệ đường rạch da ngang trên vệ chiếm 50,5% và đường rạch da theo đường trắng giữa dưới rốn chiếm tỉ lệ 49,5%. Về kiểm soát trong mổ, các tác giả khuyến cáo nên rạch da theo đường dọc dưới rốn để bộc lộ tốt hơn. Trường hợp rạch ngang làm cho phẫu trường chật hẹp khó quan sát và khó thao tác, nhất là thao tác buộc động mạch hạ vị; đồng thời nhất trí rằng đường rạch tử cung lấy thai cũng nên là đường dọc và tránh đi qua bánh rau. Tuy nhiên vì các sản phụ phần lớn đã MLT trước đó nên đường rạch da theo đường mổ cũ. Do vậy trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt lớn giữa tỉ lệ rạch da theo đường ngang trên vệ và đường trắng giữa dưới rốn.

Theo bảng 6 đường rạch vào tử cung thường là đường rạch dọc với tỉ lệ 64,5% và đường rạch ngang tử cung để vào tử cung chiếm tỉ lệ 35,5%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hùng, đường rạch vào tử cung là đường rạch dọc chiếm tỉ lệ 61,1% và trong nghiên cứu của Trần Khánh Hoa tỉ lệ này chiếm 86,6% [4][5]. Kỹ thuật mở tử cung theo đường rạch dọc ở nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự như các nghiên cứu trên và chiếm ưu thế hơn, được các phẫu thuật viên lựa chọn nhiều hơn có thể được lý giải như sau: RCRL là yếu tố nguy cơ gây chảy máu nhiều trong đẻ vì vậy các phẫu thuật viên cần lấy thai dễ dàng và nhanh chóng, ít tổn thương động mạch tử cung và ít tổn thương các cơ quan xung quanh.

Khi phân tích liên quan giữa thời điểm MLT và đường rạch vào tử cung (bảng 7) đường rạch dọc thân tử cung ở nhóm mổ cấp cứu chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm mổ chủ động với tỉ lệ lần lượt là 72,7% và 63,4%. Kết quả này ngược với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Khánh Hoa [5], tỉ lệ rạch dọc tử cung để vào tử cung ở nhóm mổ chủ động cao hơn nhóm mổ cấp cứu với tỉ lệ 87,18% và 84,62%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ ở cả 2 nghiên cứu. Sự khác biệt này có thể do thời điểm điểm nghiên cứu khác nhau, đối tượng nghiên cứu khác nhau.

Phương pháp xử trí tử cung. Trong phẫu thuật RCRL, cắt tử cung là biện pháp cầm máu cuối cùng nhằm cứu sống sản phụ thoát khỏi tình trạng chảy máu, mất máu nặng nề do chảy máu sau đẻ, khi mà thực hiện các biện pháp khác không có kết quả. Đối với những trường hợp RCRL độ 2 và RCRL độ 3, mổ lấy thai và cắt tử cung ngay mà không bóc rau là biện pháp xử trí được nhiều tác giả ủng hộ. Theo biểu đồ 1,

phần lớn phương pháp xử trí RCRL là cắt tử cung với tỉ lệ 76,3% và bảo tồn tử cung với tỉ lệ 23,7%. Theo biểu đồ 2, tỉ lệ bảo tồn tử cung ở RCRL độ 1 lên tới 88,9%, tỉ lệ bảo tồn tử cung ở RCRL độ 2 là 8,9% và 100% RCRL độ 3 được xử trí cắt tử cung 100%.

Như vậy khả năng bảo tồn tử cung trong các trường hợp RCRL phụ thuộc vào mức độ RCRL, nếu bánh rau ăn sâu vào lớp cơ, thậm chí xuyên vào bàng quang thì không thể giữ được tử cung.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu từ 1/1/2020 đến 30/4/2022 trên 93 bệnh nhân RCRL thực hiện phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội chúng tôi có một số kết luận sau:

- Phần lớn sản phụ RCRL không biểu hiện triệu chứng lâm sàng, chiếm 69,9%
- Có 95,7% sản phụ RCRL được chẩn đoán trước mổ trên siêu âm. Rau bám tại mặt trước tử cung chiếm tỉ lệ 76,3%
- RCRL độ 2 chiếm tỉ lệ 75,3%
- Tỉ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật RCRL là 23,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Porter TF, Eller AG., Soisson P., et al** (2009), "Optimal management strategies for placenta accreta", *BJOG* 2009, 116, tr. 648.
2. **Lê Thị Hương Trà** (2012), "Nghiên cứu về rau cài răng lược có can thiệp phẫu thuật tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm (2007 - 2011)", Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Liên Phương, Trần Danh Cường, Vũ Bá Quyết** (2017), "Nhận xét về chẩn đoán và xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017", *Tạp chí sản phụ khoa*, 2018, 16(01), tr. 87 - 91.
4. **Nguyễn Mạnh Hùng** (2017), "Nghiên cứu kết quả điều trị rau cài răng lược trên sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội", Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
5. **Trần Khánh Hoa** (2019), "Nghiên cứu thái độ xử trí rau tiền đạo rau cài răng lược trên sẹo mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **FIGO** (2018), "FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders", *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*.
7. **Arens JF, Hawkins JL, Bucklin BA, et al** (2007), "Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on obstetric anesthesia", *Anesthesiology*, 106(4), tr. 843 - 863.
8. **Dewan DM, Chestnut DH, Redick LF, et al** (1989), "Anesthetic management for obstetric hysterectomy: a multi-institutional study", *Anesthesiology*, 70(4), tr. 607 - 610.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT C MẠN BẰNG THUỐC KHÁNG VI RÚT TRỰC TIẾP (DAAS) Ở BỆNH NHÂN HIV TẠI KHOA BỆNH NHIỆT ĐỚI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Đinh Ngọc Hưng¹, Nguyễn Thị Thanh Lý¹, Trần Văn Giang²

TÓM TẮT

Bối cảnh: Đồng nhiễm HIV/HCV là phổ biến và đặt ra nhiều vấn đề thách thức cho bệnh nhân và nhân viên y tế. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị viêm gan vi rút C mạn bằng thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) ở bệnh nhân HIV tại khoa Bệnh Nhiệt Đới - Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả kết quả điều trị 46 bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan vi rút C mạn ở bệnh nhân HIV, có chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs). **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu chủ yếu trong nhóm tuổi 40 - < 50, chiếm 63,0%. Độ tuổi trung bình là 44,9 ± 5,8 tuổi. Nam giới chiếm 89%. 52,1% bệnh nhân có thói quen sử dụng nhiều rượu. Đường lây truyền HCV qua tiêm chích ma túy, chiếm 86,9%. Chủ yếu có nồng độ AST huyết thanh tăng > 40 U/l chiếm 68,1%. Nồng độ ALT của bệnh nhân tăng chiếm tỷ lệ 66%. Giá trị chỉ số GGT huyết thanh cao với mức >200 U/l là 31,9%. Có 39,1% số bệnh nhân có mức độ xơ hoá gan F4. Số bệnh nhân có mức định lượng vi rút 4 - 6 (log₁₀ copies/ml) là cao nhất chiếm 53,2%. 97,8% (45/46) bệnh nhân đáp ứng vi rút kéo dài sau 12 tuần điều trị. Giá trị hemoglobin, bạch cầu, tiểu cầu, creatinin, billirubin, albumin không có sự khác biệt sau 12 tuần điều trị, p>0,05. Giá trị trung bình AST, ALT, GGT, giá trị chỉ số APRI và Fib-4 thay đổi xu hướng giảm có ý nghĩa thống kê với p< 0,05. Giá trị định lượng vi rút sau 12 tuần điều trị có sự thay đổi rõ rệt có ý nghĩa thống kê, p< 0,001. Không ghi nhận tác dụng không mong muốn nghiêm trọng. **Kết luận:** Bước đầu đánh giá tính hiệu quả tốt của nhóm thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) trong điều trị nhiễm HCV ở bệnh nhân HIV. Đáp ứng vi rút tốt sau 12 tuần điều trị, cải thiện về chỉ số enzym gan và chỉ số xơ hoá gan. Không ghi nhận tác dụng không mong muốn nghiêm trọng.

Từ khoá: thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs), đồng nhiễm HIV/HCV.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C WITH DIRECT ANTIRETROVIRAL DRUGS (DAAS) IN HIV PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF TROPICAL DISEASES, PHU THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

¹Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

Background: HIV/HCV co-infection is common and poses many challenges for patients and healthcare workers. We did this research to:

Objective: To evaluate the results of treatment of chronic hepatitis C with direct antiretroviral drugs (DAAs) in HIV patients at the Department of Tropical Diseases, Phu Tho Provincial General Hospital.

Subjects and methods: a descriptive study of 46 patients diagnosed with HIV/HCV co-infection, who were indicated for direct antiretroviral therapy (DAAs).

Results: The study subjects were mainly in the age group 40 - <50, accounting for 63.0%. The mean age was 44.9 ± 5.8 years old. Men with 89%. 52.1% of patients have a habit of using a lot of alcohol. The route of HCV transmission were through injecting drugs, accounting for 86.9%. The serum AST level increased by >40, accounting for 68.1%. The patient's ALT level increased, accounting for 66%. The high serum GGT index with a level > 200 is 31.9%. There were 39.1% of patients with liver fibrosis level F4. The number of patients with the virus level 4-6 (log₁₀ copies/ml) was the highest, accounting for 53.2%. 97.8% (45/46) of the patients had a sustained virological response after 12 weeks of treatment. The values of hemoglobin, white blood cells, platelets, creatinine, billirubin, and albumin did not have any difference after 12 weeks of treatment p> 0.05. The average value of AST, ALT, GGT, APRI, and Fib-4 index changed to the downtrend statistically significant with p < 0.05. Viral quantification value after 12 weeks of treatment has a significant change with statistical significance (p < 0.001). No serious adverse effects have been recorded. **Conclusion:** Initial evaluation of the good efficacy of direct antiretroviral drugs (DAAs) in the treatment of HCV infection in HIV patients. The sustained virological response was good after 12 weeks of treatment, and the liver enzyme index and liver fibrosis index were improved. No serious adverse effects have been recorded.

Keywords: Direct antiretroviral drugs (DAAs), HIV/HCV co-infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự đồng nhiễm HIV và viêm gan vi rút C (HIV/HCV) là tình trạng bệnh có ý nghĩa lâm sàng, đặt ra nhiều vấn đề thách thức cho bệnh nhân và nhân viên y tế. Đồng nhiễm HIV/HCV là phổ biến vì cả hai bệnh đều có chung các đường lây truyền. Ở những bệnh nhân nhiễm HCV mạn tính, nhiễm HIV đồng thời có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong liên quan đến bệnh gan cao hơn.¹ Bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV ít có khả năng tự đào thải tự nhiên vi rút hơn, có tốc độ xơ hóa nhanh hơn và có nguy cơ mất bù ở gan cao hơn so với bệnh nhân đơn nhiễm HCV.

Vì vậy, tất cả những người nhiễm HIV nên được sàng lọc để tìm nhiễm HCV bằng xét nghiệm miễn dịch enzym.

Mục tiêu của điều trị kháng vi rút là chữa khỏi nhiễm HCV, được phản ánh bằng một đáp ứng vi rút bền vững, có liên quan đến việc giảm đáng kể tỷ lệ mắc bệnh và tử vong liên quan đến bệnh gan.² Lựa chọn phác đồ kháng vi rút HCV cho bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV nói chung cũng giống như đối với bệnh nhân đơn nhiễm HCV, và hầu hết các bằng chứng hỗ trợ cho các phác đồ thuốc kháng vi rút trực tiếp này là từ các nghiên cứu trên bệnh nhân đơn nhiễm HCV.³

Tại khoa Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, trong nhiều năm nay đã được tiếp cận và sử dụng thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) cho bệnh nhân, bước đầu ghi nhận kết quả tích cực. Do đó, chúng tôi tiến hành làm nghiên cứu đánh hiệu quả của nhóm thuốc này lên nhóm bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV là dữ liệu cho điều trị lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả có 46 bệnh nhân được chẩn đoán đồng nhiễm viêm gan vi rút C mạn tính và HIV, có chỉ định điều trị nhiễm HCV bằng thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs).

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV có chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút HCV. Tuổi > 18. Đồng ý điều trị tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có kèm bệnh gan đang tiến triển do các nguyên nhân khác: do nhiễm độc, do thuốc, bệnh gan tự miễn, viêm gan vi rút khác. Bệnh nhân là phụ nữ mang thai, phụ nữ đang cho con bú.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: khoa Bệnh Nhiệt Đới - Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, nghiên cứu hồi cứu. Cỡ mẫu toàn bộ.

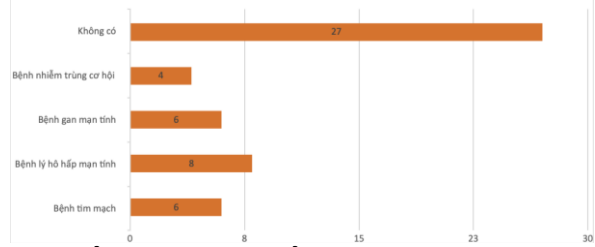
2.4. Quy trình nghiên cứu: Đánh giá so sánh các chỉ tiêu nghiên cứu của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm bắt đầu và sau 12 tuần điều trị thuốc kháng vi rút.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2021 đến tháng 09/2022 chúng tôi đã lựa chọn được 46 bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV đủ tiêu chuẩn nghiên cứu tại Khoa Bệnh Nhiệt Đới - Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu trong nhóm tuổi 40- <50, chiếm 63,0%. Độ tuổi trung bình là 44,9±5,8tuổi. Chủ yếu là nam giới

với tỷ lệ 89%.



Biểu đồ 1. Đặc điểm bệnh lý kèm theo

Nhận xét: Trong 46 bệnh nhân nghiên cứu, 26 bệnh nhân không có bệnh kèm theo, 8 bệnh nhân có bệnh hô hấp mạn tính, và có 4 bệnh nhân đang có bệnh nhiễm trùng cơ hội.

Bảng 1. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ

Đặc điểm	Số lượng	%
Sử dụng nhiều rượu (>80g/ngày)	24	52,1
Hút thuốc lá	20	43,5
Tiêm chích ma túy	23	50,0
Săm hình	8	17,4
Không có	14	30,4

Nhận xét: 51,1% bệnh nhân có thói quen sử dụng nhiều rượu (> 80g/ngày), hút thuốc lá và tiêm chích ma túy là yếu tố nguy cơ lần lượt chiếm 43,5% và 50,0%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị sau 12 tuần. Tất cả 46 bệnh nhân đều được điều trị HCV bằng thuốc kháng vi rút trực tiếp loại Sofosbuvir/ Daclactavir 400mg/60mg.

Bảng 2. Đánh giá đặc điểm huyết học, sinh hoá sau 12 tuần điều trị

Đặc điểm (Mean)	T0	T12	p
Hemoglobin (g/l)	148±16,9	151,5±13,4	0,236
Bạch cầu (g/l)	7,3±2,4	7,5±1,9	0,721
Tiểu cầu (g/l)	197,1±75,8	194,0±51,8	0,814
Creatinin (mmol/l)	86,4±15,9	81,6± 22,6	0,207
Albumin (g/l)	42,3 ± 6,4	42,3±4,4	0,974
BillirubinTP (µmol/l)	14,2 ± 6,2	12,9±2,6	0,688

(Mean: giá trị trung bình;

SD: độ lệch chuẩn; Paired Sample T-test)

Nhận xét: Sau 12 tuần điều trị, giá trị trung bình hemoglobin là 151,5 ± 13,4 g/l. Giá trị hemoglobin không thay đổi sau 12 tuần điều trị (p > 0,05). Giá trị trung bình bạch cầu sau 12 tuần điều trị là 7,5 ± 1,9 G/L, không có khác biệt so với thời điểm bắt đầu điều trị (p > 0,05). Giá trị trung bình tiểu cầu sau 12 tuần điều trị là 194,0 ± 51,8G/L, không khác biệt so với thời điểm bắt đầu điều trị. Không thấy có sự khác biệt về chỉ số creatinin huyết thanh (p > 0,05), giá trị trung bình có xu hướng giảm từ 86,4 ± 15,9µmol/l xuống 81,6 ± 22,6 µmol/l.

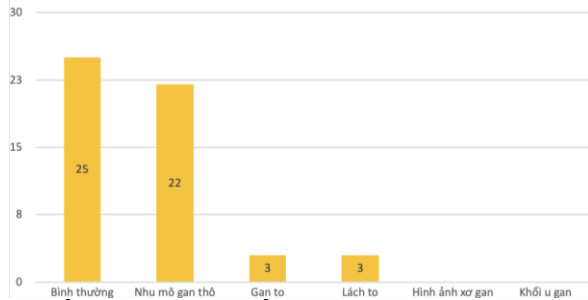
Bảng 3. Đánh giá đặc điểm xét nghiệm

enzym transaminase huyết thanh sau 12 tuần điều trị

Đặc điểm	T0		T12		p ⁽¹⁾	
	n	%	n	%		
AST (U/l)	≤ 40	15	32,6	30	65,2	0,002
	> 40 – 80	13	28,3	11	23,9	
	> 80 – 200	14	30,4	4	8,7	
	> 200	4	8,7	1	2,2	
	Mean ± SD	88,9 ± 77,8	52,4 ± 64,8			
ALT (U/l)	≤ 40	16	16	29	63,0	0,008
	> 40 – 80	11	11	13	28,3	
	> 80 – 200	14	14	3	6,5	
	> 200	5	5	1	2,2	
	Mean ± SD	93,8 ± 83,6	47,7 ± 50,4			
GGT (U/l)	≤ 40	12	26,1	18	39,1	0,003
	> 40 – 80	8	17,4	9	19,6	
	> 80 – 200	12	26,1	14	30,4	
	> 200	14	30,4	5	10,9	
	Mean ± SD	205,6 ± 231,0	119,1 ± 172,5			

(Mean: giá trị trung bình; SD: độ lệch chuẩn; ⁽¹⁾Paired Sample T-test)

Nhận xét: Thay đổi các chỉ số enzym gan giảm có ý nghĩa thống kê từ thời điểm bắt đầu đến 12 tuần điều trị thuốc kháng vi rút.



Biểu đồ 2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm gan sau 12 tuần điều trị

Nhận xét: 25/46 bệnh nhân có siêu âm nhu mô gan bình thường, 22/46 bệnh nhân có siêu âm nhu mô gan thô.

Bảng 4. Đặc điểm biến đổi thang điểm APRI, Fib-4, Fibroscan sau 12 tuần điều trị

Đặc điểm	T0		T12		p ⁽¹⁾	
	n	%	n	%		
APRI	< 0,5	14	30,4	26	56,5	0,000
	0,5 - <1	9	19,6	14	30,4	
	1-<2	11	23,9	3	6,5	
	≥ 2	12	26,1	3	6,5	
	Mean ± SD	1,5 ± 1,5	0,8 ± 1,3			
Fib-4	<1,45	16	34,8	25	54,3	0,002
	1,45-<3,75	18	39,1	17	37,0	
	>3,75	12	26,1	4	8,7	

	Mean ± SD	2,6 ± 2,2	1,9 ± 1,7			
Fibroscan	F0-F1	20	43,5	15	31,9	0,696
	³ F2	26	46,5	31	58,1	
	Mean ± SD	12,0 ± 12,6	11,1 ± 8,9			

(Mean: giá trị trung bình; SD: độ lệch chuẩn; ⁽¹⁾Paired Sample T-test)

Nhận xét: Sau 12 tuần điều trị, giá trị chỉ số APRI và Fib-4 giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5. Đặc điểm biến đổi chỉ số định lượng HCV-ARN sau 12 tuần điều trị

Đặc điểm	T0		T12		p ⁽¹⁾	
	n	%	n	%		
HCV-ARN (log10 copies/ml)	Dưới ngưỡng phát hiện	0	0	45	97,8	0,000
	< 4	7	14,9	1	3,2	
	4 – 6	24	53,2	0	0	
	> 6	15	31,9	0	0	
	Mean ± SD	5,2 ± 1,4	0,06 ± 0,44			

(Mean: giá trị trung bình; SD: độ lệch chuẩn; ⁽¹⁾Paired Sample T-test)

Nhận xét: Khi sử dụng trong 12 tuần, tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài là 97,8%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,001.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu trong nhóm tuổi 40- <50, chiếm 63,0%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả Juan Berenguer với tỷ lệ nam/nữ là 4/1, độ tuổi trung bình là 40 tuổi.⁴ Trong 46 bệnh nhân trong nghiên cứu này, 26 bệnh nhân không có bệnh kèm theo, 8 bệnh nhân có bệnh hô hấp mạn tính, và có 4 bệnh nhân đang có bệnh nhiễm trùng cơ hội.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 51,1% bệnh nhân có thói quen sử dụng nhiều rượu (> 80g/ngày). Trong nghiên cứu của Prakash O, gần 1/2 số bệnh nhân HIV/HCV sử dụng nhiều rượu, dẫn đến nhiều đợt viêm gan mạn tính và tăng nguy cơ tiến triển ung thư gan.⁵

4.2. Kết quả điều trị sau 12 tuần. Trong số 46 bệnh nhân có 97,8% số bệnh nhân đáp ứng vi rút tốt sau 12 tuần điều trị. Trong thời kỳ trước DAAs, khi HCV được điều trị bằng liệu pháp PR kép, tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài ở bệnh nhân HIV đồng nhiễm thấp, nhất là với HCV kiểu gen 1. Tuy nhiên, khi DAAs được sử dụng như một phần của liệu pháp điều trị HCV, tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài dường như gần như giống với tỷ lệ đạt được ở bệnh nhân nhiễm HCV đơn độc

có cùng kiểu gen HCV nhận cùng chế độ DAA, cho dù chế độ đó có chứa interferon hay không. Cũng không có bằng chứng cho thấy tác dụng phụ của liệu pháp HCV xảy ra với tần suất khác nhau hoặc với mức độ nghiêm trọng khác nhau ở người đồng nhiễm HIV. Ngoài ra, mất kiểm soát vi rút HIV trong máu không phải là vấn đề ở những bệnh nhân được điều trị nhiễm HCV tiếp tục được điều trị bằng thuốc kháng HIV.⁶

Sau 12 tuần điều trị, giá trị trung bình hemoglobin là $151,5 \pm 13,4\text{g/l}$. Giá trị trung bình bạch cầu sau 12 tuần điều trị là $7,5 \pm 1,9\text{G/L}$. Giá trị trung bình tiểu cầu sau 12 tuần điều trị là $194,0 \pm 51,8\text{G/L}$. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự thay đổi ý nghĩa về chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu trước và sau điều trị. Trong một nghiên cứu tính an toàn của thuốc, giảm huyết sắc tố dưới $8,5\text{g/dl}$ được báo cáo ở 2% trong nhóm 24 tuần và dưới 1% ở nhóm 12 tuần. Giảm tiểu cầu ($< 50.000/\text{mm}^3$) cũng được báo cáo ở 7% nhóm 24 tuần so với 0 trường hợp trong nhóm 12 tuần. Giảm bạch cầu trung tính (bạch cầu: 1000 đến $1500/\text{mm}^3$) là 4% chỉ ở nhóm 24 tuần.⁷ Các tác nhân kháng vi rút trực tiếp là một cột mốc quan trọng trong việc quản lý vi rút viêm gan C. Các tác nhân này cho thấy kết quả xuất sắc trong việc đáp ứng vi rút bền vững, chúng không có tác dụng phụ từ nhẹ đến nghiêm trọng. Các tác nhân này cũng có nhiều tương tác thuốc cần phải được xem xét nhiều hơn.⁷ Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về chỉ số creatinin huyết thanh trong nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy tính an toàn của thuốc với chức năng thận trong suốt quá trình điều trị. Chỉ số albumin huyết thanh không thay đổi sau 12 tuần điều trị ($p > 0,05$). Chỉ số bilirubin TP cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa so với thời điểm bắt đầu điều trị ($p > 0,05$). Giá trị trung bình có xu hướng giảm từ $14,2 \pm 6,2 \mu\text{mol/l}$ xuống $12,9 \pm 2,6 \mu\text{mol/l}$. Điều này cho thấy các bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV của chúng tôi được sàng lọc và phát hiện sớm sự nhiễm HCV khi chưa có tổn thương gan, suy gan và xơ gan. Đó cũng là một yếu tố tiên lượng tốt cho quá trình điều trị đặc hiệu HCV và HIV đạt kết quả tốt.

Sự ra đời của các liệu pháp DAAs đã dẫn đến những cải thiện đáng kể về tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài ở những đối tượng đồng nhiễm HIV/HCV. Trên thực tế, các thử nghiệm lâm sàng cho thấy tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài hơn 90% ở bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV được điều trị bằng DAAs. Tuy nhiên, dữ liệu thực về hiệu quả của DAAs ở bệnh nhân đồng nhiễm và về các yếu tố liên quan đến đáp ứng vi rút kéo dài còn

rất ít. Trong 1 nghiên cứu thuần tập khác, 243 đối tượng đồng nhiễm HIV/HCV đã được điều trị tại 9 Trung tâm Bệnh Truyền nhiễm ở miền nam nước Ý với các thể hệ phác đồ DAA mới nhất; hầu hết các bệnh nhân đã kiểm soát được việc lây nhiễm HIV, có 37,4% có bệnh gan tiến triển (xơ gan hoặc HCC). Tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài rất cao (hơn 95%), không có yếu tố nhân khẩu học, sinh hóa, lâm sàng hoặc vi rút học liên quan độc lập với không đáp ứng vi rút kéo dài.⁸

APRI, FIB – 4 và Fibroscan là phương pháp đơn giản, gián tiếp xác định tình trạng xơ hoá gan được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi. Các xét nghiệm sinh hoá, tiểu cầu có sẵn trong phòng thí nghiệm thay vì sinh thiết gan. Các chỉ số này đề xuất các mức giới hạn khác nhau xác nhận mức độ xơ hoá. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 12 tuần điều trị, giá trị chỉ số APRI và Fib-4 giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Khi sử dụng trong 12 tuần, tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài là 97,8%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Shafran SD và cộng sự, sau điều trị 12 tuần, tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài là 97% (417/430) ở bệnh nhân chưa điều trị và 94% (102/109) ở bệnh nhân thất bại trước đó. Trong một nghiên cứu ở giai đoạn 2, 50 bệnh nhân chưa nhiễm HCV không bị xơ gan có đồng nhiễm HIV/HCV kiểu gen 1 đã được điều trị bằng sofosbuvir cộng với ledipasvir trong 12 tuần và 49 bệnh nhân (98%) đã đạt được đáp ứng vi rút kéo dài.⁶ Trong 46 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào gặp phải phản ứng không mong muốn của thuốc phải dừng thuốc. Không ghi nhận trường hợp nào có phản ứng với thuốc ARV đang sử dụng phải thay đổi thuốc.

V. KẾT LUẬN

Bước đầu đánh giá tính hiệu quả tốt của nhóm thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) trong điều trị nhiễm HCV ở bệnh nhân HIV. Đáp ứng vi rút tốt sau 12 tuần điều trị, cải thiện về chỉ số enzym gan và chỉ số xơ hoá gan. Không ghi nhận tác dụng không mong muốn nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bica I, McGovern B, Dhar R, et al.** Increasing Mortality Due to End-Stage Liver Disease in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. *Clin Infect Dis.* 2001;32(3):492-497. doi:10.1086/318501
2. **Smith CJ, Ryom L, Weber R, et al.** Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D:A:D): a multicohort collaboration. *The Lancet.* 2014;384(9939):241-

248. doi:10.1016/S0140-6736(14)60604-8
3. **Pawlotsky JM, Negro F, Aghemo A, et al.** EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series☆. *J Hepatol.* 2020; 73(5): 1170-1218. doi:10.1016/j.jhep.2020. 08.018
 4. **Berenguer J, Rodriguez E, Miralles P, et al.** Sustained Virological Response to Interferon Plus Ribavirin Reduces Non-Liver-Related Mortality in Patients Coinfected With HIV and Hepatitis C Virus. *Clin Infect Dis.* 2012;55(5):728-736. doi:10.1093/cid/cis500
 5. **Prakash O, Mason A, Luftig RB, Bautista AP.** Hepatitis C Virus (Hcv) And Human Immunodeficiency Virus Type 1 (Hiv-1) Infections In Alcoholics.
 6. **Shafraan SD.** HIV Coinfected Have Similar SVR Rates as HCV Monoinfected With DAAs: It's Time to End Segregation and Integrate HIV Patients Into HCV Trials. *Clin Infect Dis.* 2015;61(7):1127-1134. doi:10.1093/cid/civ438
 7. **El Kassas M, Elbaz T, Hafez E, et al.** Safety of direct antiviral agents in the management of hepatitis C. *Expert Opin Drug Saf.* 2016;15(12): 1643-1652. doi:10.1080/14740338.2017.1240781.
 8. **Alessio L, Onorato L, Sangiovanni V, et al.** DAA-Based Treatment for HIV-HCV-Coinfected Patients: Analysis of Factors of Sustained Virological Response in a Real-Life Study. *Antivir Ther.* 2020;25(4):193-201. doi:10.3851/IMP3353

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM QUANH RĂNG GIAI ĐOẠN 3

Trần Đức Trinh¹, Nguyễn Thanh Bình¹,
Trần Thị Nga Liên², Nguyễn Thị Hồng Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm quanh răng giai đoạn 3 trên nhóm bệnh nhân tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 40 bệnh nhân bị viêm quanh răng giai đoạn 3 đến khám và điều trị tại khoa Nha chu bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. **Kết quả:** Phần lớn đối tượng là nam giới; tuổi trên 35. Lý do đến khám chủ yếu là chảy máu lợi chiếm 40%, sau đó đến lung lay răng chiếm 25%. Tỷ lệ đối tượng viêm lợi mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 65,0%; có 12,5% viêm lợi mức độ nặng. Chỉ số lợi GI trung bình 1,9±0,6. Độ sâu túi quanh răng trung bình 7,1±1,2mm, mức mất bám dính 7,8±1,3mm, độ sâu khuyết hồng xương 5,7±1,3mm.

Từ khóa: lâm sàng/cận lâm sàng, viêm quanh răng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PERIODONTITIS STAGE 3

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics of stage 3 periodontitis in a group of Hanoi Central Dental Hospital patients. **Methods:** The study was conducted on 40 patients with stage 3 periodontitis who came for examination and treatment at the Department of Periodontology, Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital. **Results:** The majority of subjects were male, aged over 35. The main reason for coming for examination is bleeding gums, which

account for 40%, followed by loose teeth, which account for 25%. The highest proportion of subjects with moderate gingivitis was 65.0%; 12.5% had severe gingivitis. Mean of GI index is 1.9±0.6. Average periodontal pocket depth 7.1±1.2mm, attachment loss 7.8±1.3mm, bone defect depth 5.7±1.3mm.

Keywords: clinical/paraclinical, periodontitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh răng là bệnh viêm nhiễm mô nâng đỡ răng do vi khuẩn đặc hiệu gây ra, dẫn đến phá hủy dây chằng quanh răng, xương ổ răng với sự thành lập túi lợi bệnh lý, tụt lợi hay cả hai. Bệnh viêm quanh răng giai đoạn 3 là giai đoạn nặng của bệnh viêm quanh răng. Trong giai đoạn này, vi khuẩn đã xâm nhập sâu vào mô nha chu và gây ra viêm nhiễm nặng, có thể dẫn đến tổn thương nghiêm trọng cho răng và xương hàm. Bệnh được đặc trưng bởi nướu chảy máu hoặc sưng (viêm nướu), đau và đôi khi hơi thở có mùi hôi. Ở dạng nặng hơn, nướu có thể rời khỏi răng và xương hỗ trợ, gây ra tình trạng răng lung lay và mất. Viêm quanh răng nặng được ước tính ảnh hưởng khoảng 19% dân số người lớn trên toàn cầu, tương đương với hơn 1 tỷ trường hợp trên toàn thế giới. Các yếu tố nguy cơ chính cho bệnh nha chu là vệ sinh miệng kém và sử dụng thuốc lá [1]. Cho đến nay việc điều trị bệnh viêm quanh răng vẫn còn hạn chế vì đây là bệnh mạn tính và có tính chất âm thầm. Để có phương pháp điều trị phù hợp, việc tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng của bệnh là cần thiết, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm quanh răng giai đoạn 3

¹Trường Đại Học Kinh Doanh Và Công Nghệ Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Trinh

Email: bstrinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024

trên nhóm bệnh nhân tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân bị viêm quanh răng giai đoạn 3 đến khám và điều trị tại khoa Nha chu bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. Tiêu chuẩn chẩn đoán: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm quanh răng giai đoạn 3 theo phân loại của Viện hàn lâm nha chu Mỹ và Liên đoàn nha chu Châu Âu (2017) [2]. Tiêu chuẩn loại trừ: Có bệnh lý toàn thân chống chỉ định phẫu thuật nha chu như: suy giảm miễn

dịch (HIV/AIDS, ung thư, suy dinh dưỡng...), bệnh về máu, nhiễm trùng cấp..., phụ nữ có thai, khuyết xương hồng còn 1 thành, đã được điều trị các phẫu thuật quanh răng trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 40 bệnh nhân bị viêm quanh răng giai đoạn 3 đến khoa khám thỏa mãn điều kiện lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

Các biến số và các chỉ số nghiên cứu:

Tên biến	Phân loại biến	Giá trị biến
Chỉ số lợi (GI)	Phân loại	Có 4 giá trị: 0: Lợi bình thường 1: Lợi viêm nhẹ 2: Lợi viêm trung bình 3: Lợi viêm nặng
Độ sâu túi quanh răng (PD)	Liên tục	Tính bằng mm được đo từ khoảng cách từ bờ viền lợi tới đáy túi lợi
Mất bám dính quanh răng (CAL)	Liên tục	Tính bằng mm được đo từ khoảng cách từ CEJ đến đáy túi lợi
Độ sâu khuyết hồng xương (IBD)	Liên tục	Tính bằng mm được đo từ đỉnh mào xương ổ đến đáy khuyết xương ổ răng theo trục chân răng

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu thu được xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 20. Số liệu được trình bày dưới dạng số lượng và tỉ lệ %; với biến định lượng là giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông quan Hội đồng đề cương nghiên cứu Luận văn chuyên khoa cấp II trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương. Tất cả các thông tin về người bệnh được đảm bảo bí mật, luôn tôn trọng sự riêng tư cá nhân của mỗi người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

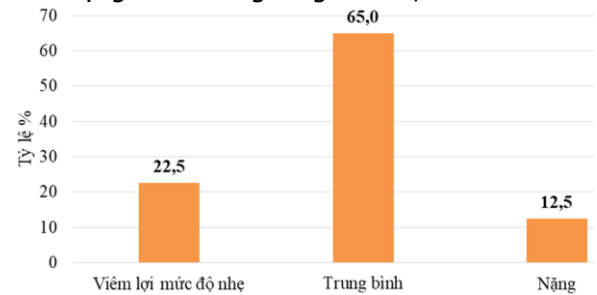
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=40)

Đặc điểm	n	%	
Giới tính	Nam	26	65,0
	Nữ	14	35,0
Nhóm tuổi	18-34	10	25,0
	35-60	30	75,0
Lý do vào viện	Chảy máu lợi	16	40,0
	Lung lay răng	10	25,0
Phân bố răng bị tổn thương	Răng trước	3	7,5
	Răng sau	37	92,5
	Tổng	40	100

Tỷ lệ nam giới là 65,0% cao hơn so với nữ giới 35,0%. Phần lớn đối tượng có tuổi trên 35 chiếm 75,0%; 25,0% đối tượng dưới 35 tuổi.

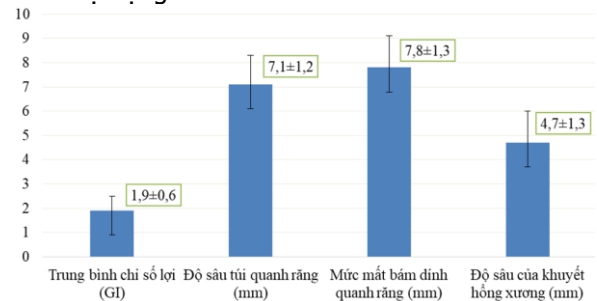
Lý do đến khám chủ yếu là chảy máu lợi chiếm 40%, sau đó đến lung lay răng chiếm

25%. Ít gặp ở những bệnh nhân đi khám vì hôi miệng hoặc vì những nguyên nhân khác. Đa số đối tượng tổn thương răng sau 92,5%.



Bảng 2. Tình trạng viêm lợi, chỉ số lợi của đối tượng nghiên cứu (n=40)

Tỷ lệ đối tượng viêm lợi mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 65,0%; có 12,5% viêm lợi mức độ nặng.



Biểu đồ 1. Đặc điểm về chỉ số lợi, độ sâu túi quanh răng, mức mất bám dính, độ sâu khuyết hồng xương (n=40)

Trung bình chỉ số lợi GI $1,9 \pm 0,6$. Độ sâu túi quanh răng trung bình $7,1 \pm 1,2$ mm, mức mất bám dính $7,8 \pm 1,3$ mm, độ sâu khuyết hồng xương $5,7 \pm 1,3$ mm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 40 đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ nam giới chiếm 65% cao hơn so với nữ giới chỉ chiếm 35%. Tỷ lệ mắc bệnh viêm quanh răng ở một số nghiên cứu khác cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Như nghiên cứu của Trần Yến Nga (2021) [3] 65% là nam giới, bệnh nhân nữ chiếm 35%; tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Anh Vũ Thụy (2021) là 73,0% và 27,0% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi thấp nhất là 25, tuổi cao nhất là 52, số bệnh nhân ở nhóm 35 – 59 tuổi là chủ yếu, chiếm 75%. Kết quả điều tra của nước ta cũng như các nước khác đều cho thấy tỷ lệ mắc bệnh quanh răng tăng dần theo tuổi. Năm 2002, nghiên cứu dịch tễ học của viêm lợi và viêm quanh răng ở Việt Nam, tỷ lệ mắc của nhóm tuổi 18 – 34 là 21,9%, 35 – 44 tuổi là 36,4%, > 45 là 46,2%.

Lý do thường gặp nhất là chảy máu lợi, chiếm 40%, tiếp đến là lung lay răng 25%. Còn lại các nguyên nhân khác như hôi miệng, tụt lợi hoặc đau nhức răng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với Nguyễn Thị Hạnh (2009) [5] lý do chảy máu lợi chiếm tỷ lệ nhiều nhất 41,6%. Nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân viêm quanh răng thể mạn tính nên triệu chứng thường gặp là biểu hiện chảy máu lợi do viêm. Bệnh nhân thường lo sợ khi chảy máu răng và điều đầu tiên họ nghĩ đến là có phải họ bị ung thư miệng hay không. Vì thế mà phần lớn nguyên nhân mà họ đi khám là chảy máu lợi. Đau nhức răng thường gặp ở giai đoạn viêm quanh răng tiến triển nên ít gặp hơn. Răng nghiên cứu của chúng tôi là những răng có tiêu xương chéo nên biểu hiện lâm sàng cũng hay gặp là lung lay răng. Lung lay răng có thể khiến họ lo sợ mất răng hoặc ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai nên họ đi khám. Với những bệnh nhân khám định kỳ thì tình trạng bệnh thường không bị viêm nặng hoặc bị viêm quanh răng nặng đã được kiểm soát nên có thể là lý do trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân đến khám định kỳ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ lựa chọn những túi quanh răng còn 2 hoặc 3 thành xương vì số lượng thành xương còn nhiều mới có khả năng bảo vệ và duy trì mảnh ghép trong khuyết hồng xương [6]. Có nhiều chỉ số để đánh giá bệnh viêm quanh răng tuy nhiên trong nghiên

cứu của chúng tôi chỉ lấy các chỉ số trong lâm sàng: chỉ số lợi, độ sâu túi quanh răng, mức mất bám dính.

Để đánh giá tình trạng viêm của lợi, chúng tôi sử dụng chỉ số lợi của Loe và Silness 1967 với 4 mức độ từ 0 đến 3, chúng tôi ghi nhận chỉ số lợi trung bình $1,9 \pm 0,6$. Chảy máu lợi khi thăm khám là một dấu hiệu luôn đi kèm với viêm quanh răng tiến triển tuy vẫn có thể xảy ra ở những vị trí có vùng quanh răng khỏe mạnh [37]. Chảy máu lợi khi thăm khám là một dấu hiệu luôn đi kèm với viêm quanh răng tiến triển tuy vẫn có thể xảy ra ở những vị trí có vùng quanh răng khỏe mạnh. Tình trạng chảy máu lợi khi thăm khám được ghi nhận trong nghiên cứu này tại các vị trí lấy mẫu theo tiêu chí có hoặc không có chảy máu lợi khi thăm khám bằng thám tâm nha chu với lực khoảng 0,25 niu-tơn. Kết quả cho thấy 98,6% bệnh nhân VQR nhóm can thiệp và 97,5% bệnh nhân VQR ở nhóm đối chứng.

Độ sâu túi quanh răng là dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu và điển hình của tổn thương viêm quanh răng. Tổn thương mô quanh răng có thể chỉ xảy ra ở một hay hai phía hay toàn bộ xung quanh chân răng. Mức mất bám dính phản ánh mức độ tổn thương vùng quanh răng, phản ánh gián tiếp mức tiêu xương ổ răng, là chỉ số đại diện có giá trị nhất đánh giá mức độ phá hủy tổ chức quanh răng trầm trọng trong bệnh viêm quanh răng. Khi đo túi quanh răng, đồng thời đo mức mất bám dính lâm sàng.

Độ sâu túi quanh răng: Dấu hiệu lâm sàng điển hình ở những bệnh nhân bị viêm quanh răng là túi quanh răng. Vì vậy đo độ sâu túi quanh răng có giá trị cho việc chẩn đoán bệnh và mức giảm độ sâu túi quanh răng có thể cho phép đánh giá hiệu quả của việc điều trị bệnh. Độ sâu túi quanh răng trung bình $7,1 \pm 1,2$ mm, tương đồng với nghiên cứu của Phạm Anh Vũ Thụy [4]; Rosamma và cộng sự [7].

Mất bám dính quanh răng lâm sàng là yếu tố quan trọng để đánh giá mức độ phá hủy tổ chức quanh răng và gián tiếp phản ánh mức độ tiêu xương ổ răng. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy mức mất bám dính $7,8 \pm 1,3$ mm.

Ngoài ra, trên xquang chúng tôi đánh giá độ sâu khuyết hồng xương. Tiêu xương theo hướng dọc sẽ tạo nên các khuyết hồng xương do tổn thương xương ổ nguyên nhân từ viêm quanh răng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả trong nước và thế giới. Nguyễn Mèo và Hoàng Tử Hùng (2018) cho kết quả $4,71 \pm 1,62$ mm ở nhóm thử nghiệm và $4,32 \pm 1,46$ mm ở nhóm chứng [8].

V. KẾT LUẬN

Phần lớn đối tượng là nam giới; tuổi trên 35. Lý do đến khám chủ yếu là chảy máu lợi chiếm 40 %, sau đó đến lung lay răng chiếm 25 %. Tỷ lệ đối tượng viêm lợi mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 65,0%; có 12,5% viêm lợi mức độ nặng. Chỉ số lợi GI trung bình 1,9±0,6. Độ sâu túi quanh răng trung bình 7,1±1,2mm, mức mất bám dính 7,8±1,3mm, độ sâu khuyết hổng xương 5,7±1,3mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, Oral health. 2023.
2. Caton, J.G., et al., A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions—Introduction and key changes from the 1999 classification. Journal of periodontology, 2018. 89: p. S1-S8.
3. Nga, T.Y. Tác động của laser công suất thấp lên nguyên bào sợi nướu người và ứng dụng lâm

sàng: Đại học Y Hà Nội.

4. Thuy, P.A.V., Comparison of platelet rich fibrin and guided tissue regeneration in the treatment of periodontal intrabony defects. VNUHCM Journal of Health Sciences, 2021. 2(2): p. 162-170.
5. Hạnh, N.T., Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh viêm quanh răng bằng phương pháp bảo tồn có sử dụng gel Metrogyl Denta 2009: Đại học Y Hà Nội.
6. Blumenthal, N.M., et al., Defect-determined regenerative options for treating periodontal intrabony defects in baboons. Journal of periodontology, 2003. 74(1): p. 10-24.
7. Joseph, V.R., A. Raghunath, and N. Sharma, Clinical effectiveness of autologous platelet rich fibrin in the management of infrabony periodontal defects. Singapore Dental Journal, 2012. 33(1): p. 5-12.
8. Nguyễn Mạo, H.T.H., Hiệu quả của fibrin giàu tiểu cầu kết hợp hydroxyapatite – β tricalcium phosphate trong điều trị viêm nha chu có tiêu xương theo chiều dọc. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2018: p. 153-160.

BÁO CÁO CASE LÂM SÀNG U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HOÁ ÁC TÍNH Ở TRỰC TRÀNG

Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Xuân Hiền¹, Nguyễn Duy Trinh¹,
Lê Văn Khánh¹, Đặng Khánh Huyền¹, Đỗ Thị Trang¹

TÓM TẮT

U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal Stromal Tumor – GIST) là u trung mô hiếm gặp của đường tiêu hóa, hầu hết nằm ở dạ dày, ruột non, đại tràng, hiếm gặp ở vị trí trực tràng. GIST trực tràng thường chẩn đoán muộn hơn so với các vị trí khác. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam trung niên có biểu hiện triệu chứng tiết niệu do một khối u trực tràng lớn được nút mạch tiền phẫu, sau đó phẫu thuật cắt bỏ với kết quả mô bệnh học GIST ác tính mức độ cao. **Từ khóa:** U mô đệm đường tiêu hóa, GIST, trực tràng.

SUMMARY

MALIGNANT GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF RECTUM: A CASE REPORT

Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) is a rare mesenchymal tumor of the digestive tract, mostly located in the stomach, small intestine, colon, and rarely in the rectum. Rectal GISTs are often diagnosed later than other sites. We report a case of a middle-aged male patient presenting with urinary symptoms due to a large rectal tumor that was preoperatively embolized and then surgically removed with

histopathological results of high-grade malignant GIST. **Keywords:** Gastrointestinal stromal tumor, GIST, Rectum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) lần đầu tiên được mô tả bởi Mazur và cộng sự năm 1983¹. GIST là các khối u trung mô phổ biến có nguồn gốc từ các tế bào kẽ Cajal, nằm ở lớp dưới niêm mạc và đám rối thần kinh Auerbach của ống tiêu hóa. GIST chiếm 0,1 - 3% các u đường tiêu hóa, được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học và hoá mô miễn dịch¹. Trong đó, GIST ác tính chiếm khoảng 10%, với tỷ lệ ác tính khoảng 0.3/100 000. GIST chủ yếu xuất hiện ở tuổi trung niên hoặc tuổi già với 2 vị trí hay gặp nhất là dạ dày (60–70%) và ruột non (20–25%), trong khi hiếm gặp ở trực tràng (2%). Hơn nữa, GIST cũng có thể xuất hiện dưới dạng các khối u nguyên phát bên ngoài đường tiêu hóa như các vị trí trong ổ bụng ở mạc treo, mạc nối, sau phúc mạc hoặc khung chậu^{1, 2}. GIST là một khối u thường lồi ra ngoài, trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) khối ngấm thuốc cản quang không đồng nhất, thường có hoại tử². Cộng hưởng từ (MRI) hữu ích trong việc xác định nguồn gốc khối u và đánh giá sự xâm lấn của các cơ quan lân cận chi tiết hơn so với CLVT². GIST trực tràng thường có các triệu chứng lâm sàng tương tự

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: nguyenganhtuan11121990@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

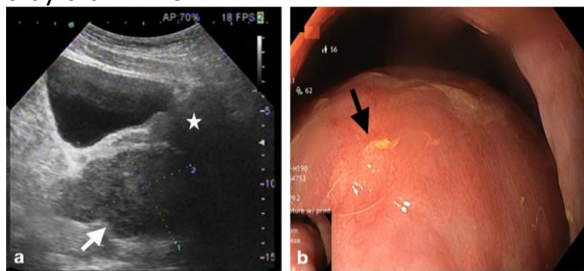
Ngày phản biện khoa học: 23.2.2021

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

như các khối u trực tràng khác như đi ngoài ra máu, táo bón và đau hậu môn và các triệu chứng tiết niệu có thể xảy ra thường xuyên hơn so với GIST tại các vị trí khác². Chúng tôi báo cáo một trường hợp u GIST hiếm gặp ở trực tràng, được chụp CLVT, MRI, nút mạch tiền phẫu sau đó phẫu thuật và chẩn đoán xác định dựa trên mô bệnh học.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

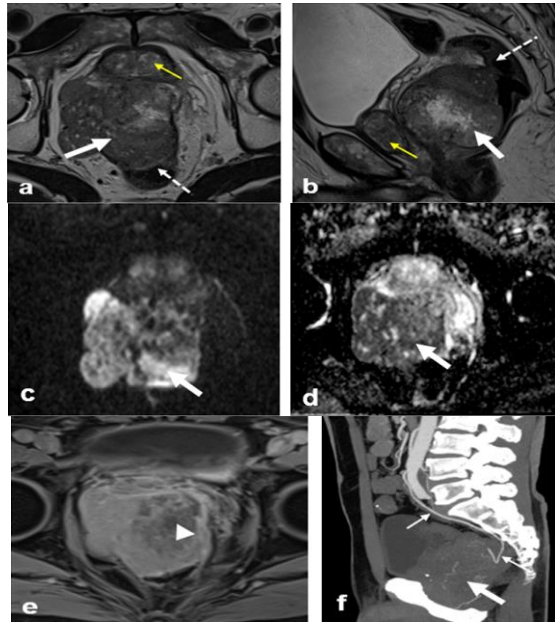
Bệnh nhân (BN) nam, 56 tuổi, khám tại bệnh viện chúng tôi với triệu chứng bệnh lý hệ tiết niệu đau tức vùng hạ vị và đái khó, tia nước tiểu yếu. Khám trực tràng sờ thấy khối u cách rìa hậu môn 3cm, mật độ cứng chắc, không sờ thấy hạch ben. Xét nghiệm công thức máu, chỉ số PSA, CEA đều trong giới hạn bình thường. Siêu âm ổ bụng (hình 1a) thấy vùng tiểu khung có khối giảm âm không đồng nhất, kích thước khoảng 78x75x69mm, bờ thùy múi, ranh giới rõ, đè đẩy tuyến tiền liệt ra phía trước. MRI tiểu khung có tiêm thuốc đối quang (Hình 2 a,b,c,d,e) thấy có khối tổ chức phát triển từ thành trước - phải trực tràng, tín hiệu không đồng nhất, bờ thùy múi, ranh giới rõ, đè đẩy tuyến tiền liệt, túi tinh hai bên và niệu đạo ra trước. CLVT ổ bụng (Hình 2f) thấy khối u vùng tiểu khung tăng sinh mạch mạnh, được cấp máu từ động mạch (ĐM) mạc treo tràng dưới, không thấy hạch to vùng bụng - tiểu khung. Gan và đáy phổi hai bên không thấy khối bất thường. Nội soi đại trực tràng (hình 1b) thấy mặt trước trực tràng có khối lớn đè đẩy từ ngoài vào gây hẹp không hoàn toàn lòng trực tràng, cực dưới khối sát đường lược, đường kính 6-7cm, bề mặt khối xung huyết nhẹ, không sùi, không loét, không thấy thâm nhiễm.



Hình 1. Hình ảnh siêu âm ổ bụng và nội soi đại trực tràng

(a) siêu âm ổ bụng: khối giảm âm không đồng nhất vùng tiểu khung (mũi tên trắng), ranh giới rõ, đè đẩy tuyến tiền liệt (dấu sao) ra phía trước.

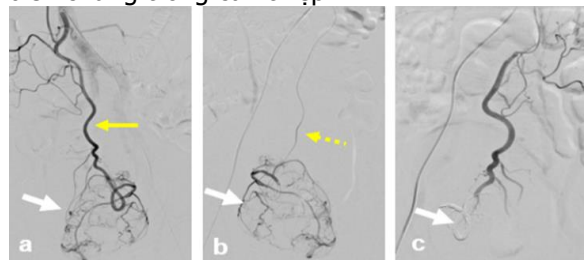
(b) nội soi đại trực tràng khối u đè đẩy lồi dưới niêm mạc thành trước trực tràng (mũi tên đen) gây hẹp không hoàn toàn lòng trực tràng, bề mặt xung huyết nhẹ.

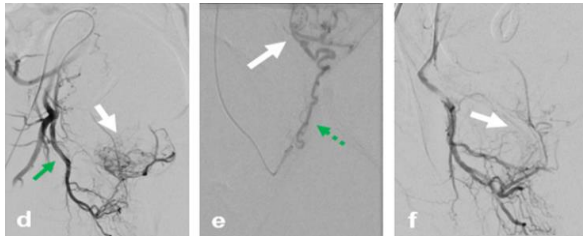


Hình 2. Hình ảnh MRI tiểu khung

(a,b) thấy khối tổ chức trong tiểu khung (mũi tên trắng lớn) phát triển từ thành trước - phải trực tràng thấp và giữa (mũi tên trắng nhỏ), tín hiệu tăng không đồng nhất (mũi tên trắng nhỏ), tín hiệu tăng không đồng nhất trên T2W (c, d) hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, (e) sau tiêm ngấm thuốc không đồng nhất, có hoại tử ở trung tâm (đầu mũi tên). (f) CLVT khối u được cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng dưới (mũi tên trắng mỏng).

Do khối u tăng sinh mạch và thấy cuống mạch nuôi u từ động mạch mạc treo tràng dưới quan sát được trên CLVT chúng tôi đã tiến hành chụp và nút mạch tiền phẫu dưới máy chụp mạch số hoá xoá nền (DSA) (hình 3). Chụp chọn lọc các nhánh của ĐM mạc treo tràng dưới và ĐM chậu trong hai bên bằng sonde cobra 5F wire Terumo radifocus 0.035, thấy u tăng sinh mạch, được cấp máu chủ yếu từ nhánh ĐM trực tràng trên của ĐM mạc treo tràng dưới (90%) và nhánh ĐM trực tràng giữa của ĐM chậu trong phải (10%). Tiếp cận từng nhánh mạch nuôi u bằng Microcatheter Merit Maestro 2.1F, nút tắc hoàn toàn các nhánh mạch nuôi u bằng 2ml hỗn hợp hystoacryl và lipiodol tỷ lệ 1: 3, không có biến chứng trong can thiệp.

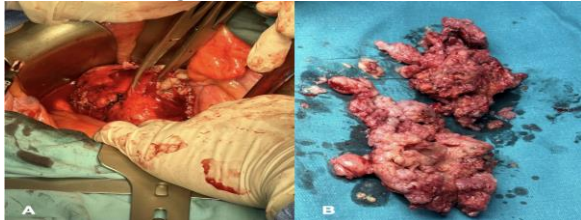




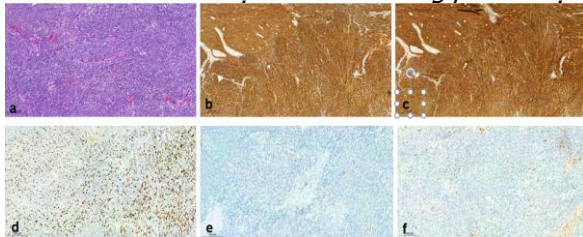
Hình 3. Hình ảnh nút mạch khối u dưới DSA

(a, b) Khối u (mũi tên trắng) được cấp máu từ động mạch trực tràng trên (mũi tên vàng nét đứt) nhánh của động mạch mạc treo tràng dưới (mũi tên vàng), (d, e) khối u mũi tên trắng được cấp máu từ động mạch trực tràng giữa (mũi tên xanh nét đứt) nhánh của phân nhánh trước động mạch chậu trong (mũi tên xanh), (c, f) nút tắc nhánh nuôi u.

BN được phẫu thuật cắt khối u trực tràng (hình 4), đưa đại tràng Sigma ra làm hậu môn nhân tạo. Lượng máu mất trong phẫu thuật khoảng 10ml (số lượng hồng cầu và hemoglobin trước và sau phẫu thuật lần lượt là 5,09T/L và 4,54T/L, 15,3 g/dL và 13,8 g/dL), không cần truyền máu trong và sau phẫu thuật. Kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch sau mổ phù hợp với GIST tiềm năng ác tính cao, nhóm tiên lượng 6a, các tế bào u dương tính với CD34, CD117, DOG1, beta catenin (màng), âm tính với SMA, Desmin, S100, GFAP, Chỉ số Ki67 ~ 35%. BN phục hồi tốt sau mổ, ra viện sau 9 ngày, tình trạng ổn định, được chỉ định duy trì thuốc Imatinib 100mg.



Hình 4. Hình ảnh đại thể khối u trong phẫu thuật



Hình 5. Giải phẫu bệnh

(a) Nhuộm HE cho thấy các tế bào u hình thoi, khá đều nhau, sắp xếp thành các bó chạy đan xen nhau theo nhiều hướng. Tế bào u dương tính với CD117 (b), DOG1 (c), chỉ số Ki67 cao (khoảng 35%) (d), âm tính với SMA (e), S100 (f).

Sau phẫu thuật 04 tháng BN được phẫu

thuật phục hồi lưu thông tiêu hóa. Tái khám sau đó 01 tháng, khám lâm sàng và nội soi trực tràng, cắt lớp vi tính ngực - bụng thấy chỗ nối trực tràng - đại tràng liền tốt, không thấy u tái phát tại chỗ hay di căn xa.

III. BÀN LUẬN

GIST có thể phát sinh ở bất kỳ vị trí nào trên đường tiêu hóa, nhưng hiếm gặp ở trực tràng (2%), với tỷ lệ mắc GIST trực tràng khoảng 0,45/1000000 người³. GIST thường gặp ở người trưởng thành (50 – 60 tuổi), ưu thế ở nam giới. Triệu chứng lâm sàng của GIST thường không đặc hiệu, phụ thuộc vào vị trí, kích thước u, tiến triển thâm lặn và phát hiện muộn khi u kích thước lớn. Các triệu chứng thường gặp của GIST trực tràng là ỉa máu, đau bụng hạ vị, hoặc triệu chứng tiết niệu⁴. BN của chúng tôi giới nam, 56 tuổi, phát hiện GIST trực tràng lớn lần đầu tiên với triệu chứng đau bụng hạ vị, đái khó do GIST chèn ép đường tiết niệu, phù hợp với y văn.

Các đặc điểm của GIST trực tràng trên chẩn đoán hình ảnh không rõ ràng do chúng hiếm gặp và chỉ được mô tả trong một vài case lâm sàng lẻ tẻ¹. BN của chúng tôi vào viện với lý do đái khó, được chỉ định chụp X quang hệ tiết niệu và siêu âm ổ bụng đầu tiên. Theo tác giả Wronski và cộng sự⁵, GIST có 3 dạng biểu hiện chính trên siêu âm: khối đặc đồng nhất (dạng 1, phổ biến nhất), khối đặc không đồng nhất có hoại tử hoặc xuất huyết trung tâm (dạng 2), khối đặc không đồng nhất với các vùng giảm hoặc trống âm loang lổ không đều do hoại tử (dạng 3). BN của chúng tôi có hình ảnh trên siêu âm (hình 1) tương ứng với dạng 2 của tác giả Wronski và cộng sự.

GIST trực tràng thường biểu hiện dạng khối lớn lệch tâm phát triển ngoài thành trực tràng do hầu hết GIST đều phát sinh trong lớp cơ của thành ruột^{1,6}. GIST phát sinh từ thành trước trực tràng ở bệnh nhân nam có thể gây nhầm lẫn với khối nguồn gốc tuyến tiền liệt. Vì vậy, nên thực hiện MRI với các khối u ở tiểu khung do MRI có khả năng chụp đa mặt phẳng giúp xác định nguồn gốc, thành phần khối u (thành phần đặc, xuất huyết, hoại tử,...), xâm lấn các cấu trúc lân cận, di căn và phác thảo giải phẫu sàn chậu⁶. Hình ảnh MRI bệnh nhân của chúng tôi thấy u liên tục với thành trực tràng thể hiện trên mặt phẳng axial (hình 2b), u đè đẩy và ranh giới rõ với tuyến tiền liệt (hình 2a, b), gợi ý u xuất phát từ trực tràng. Hình ảnh điển hình của GIST trực tràng trên MRI có tiêm thuốc đối quang từ là giảm hoặc đồng tín hiệu với cơ trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, ngấm thuốc không đồng nhất

sau tiêm tương ứng với vùng hoại tử, xuất huyết trong tổn thương⁶. Những yếu tố dự báo khả năng ác tính cao là bờ không đều, kích thước trên 10 cm, có các vùng hoại tử chảy máu bên trong và thành phần đặc hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, được đánh giá tốt hơn trên MRI⁷. Hình ảnh MRI bệnh nhân của chúng tôi thấy khối có nhiều vị trí hoại tử chảy máu và thành phần đặc hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, ngấm thuốc không đồng nhất sau tiêm, phù hợp các đặc điểm gợi ý ác tính, đã được khẳng định bằng mô bệnh học và hóa mô miễn dịch.

Bên cạnh đó, hình ảnh điển hình GIST trực tràng trên CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang là khối giàu mạch máu, ngấm thuốc không đồng nhất sau tiêm, ít gặp vôi hoá. BN của chúng tôi cũng được chụp CT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang trước can thiệp nút mạch tiền phẫu, mục đích để xác định mạch máu nuôi u và tìm dấu hiệu nghi ngờ di căn ở các cơ quan khác. Hình ảnh khối u của BN điển hình, ngấm thuốc không đồng nhất, giàu mạch máu được cấp máu từ nhánh ĐM mạc treo tràng dưới (hình 2f).

Hình ảnh GIST trực tràng cần phân biệt với các u trực tràng khác như ung thư biểu mô, lymphoma hoặc carcinoid. GIST trực tràng có một số đặc điểm có thể giúp phân biệt với các u còn lại như vị trí ưu thế ngoài lòng ruột, ranh giới rõ, trung tâm có thành phần dịch (do hoại tử, chảy máu), không có hạch xung quanh, không gây hẹp nhiều lòng ruột dù kích thước lớn⁶. Trong khi hầu hết các trường hợp ung thư biểu mô tuyến có xu hướng gây hẹp lòng ruột, thành dày không đều, có thể thâm nhiễm hay xâm lấn xung quanh, hạch vùng lân cận; còn lymphoma thường có thành dày đều dài trên nhiều đoạn đại trực tràng, không có thành phần dịch trung tâm và có nhiều hạch lân cận^{6,7}.

Do GIST có nguồn gốc dưới niêm mạc, nên ở giai đoạn chưa xâm lấn niêm mạc, nội soi đại trực tràng chỉ thấy hình ảnh khối chèn ép từ bên ngoài vào, có thể kết hợp đánh giá thêm bằng siêu âm nội soi⁶. Nếu GIST có thể cắt bỏ được thì không nên thực hiện sinh thiết vì nguy cơ vỡ khối u và tăng giai đoạn ác tính do tế bào u tràn vào ổ bụng. Chẩn đoán xác định GIST bằng mô bệnh học và hoá mô miễn dịch, trong đó sự xuất hiện của thụ thể tyrosine kinase (CD 117) là bằng chứng hiện diện của các tế bào kẽ của Cajal⁸. CD117 là dấu ấn phân tử đặc hiệu và quan trọng nhất của GIST, với hơn 95% GIST biểu hiện thụ thể CD117 và khoảng 2/3 biểu hiện thụ thể CD34 trên hoá mô miễn dịch. Về mặt mô bệnh học, các tế bào u thường biểu hiện dạng hình thoi, dạng biểu mô hoặc dạng hỗn hợp⁸.

GIST hiếm gặp ác tính, GIST trực tràng ác tính chỉ chiếm khoảng 0.6% tổng số u ác tính ở trực tràng⁶. Tiên lượng mức độ tiến triển của GIST thường được dự đoán thông qua kích thước và mô bệnh học². GIST được coi là nguy cơ tiến triển rất thấp nếu kích thước nhỏ hơn 2 cm và số lượng phân bào thấp hơn 5/50 HPF, ngược lại, nguy cơ tiến triển cao nếu kích thước trên 10 cm hoặc số lượng phân bào cao hơn 10/50 HPF². Những BN mắc GIST trực tràng nguy cơ thấp có thời gian sống trung bình 5–10 năm trong khi nguy cơ cao có thời gian sống trung bình 2–3 năm³. Về vị trí, GIST trực tràng được cho là tiên lượng xấu hơn GIST dạ dày và GIST ruột non.⁶

GIST trực tràng thường được điều trị đầu tay bằng phẫu thuật cắt bỏ u đến diện cắt âm tính. GIST hiếm khi di căn hạch nên nạo vét và sinh thiết hạch gác không có nhiều vai trò trong phẫu thuật. Theo tác giả Hamada và cộng sự, chỉ 10–20% bệnh nhân GIST trực tràng được chữa khỏi bằng phẫu thuật, nguy cơ tái phát có thể lên đến 15 năm với 67% tái phát tại chỗ³. Nguyên nhân tử vong phổ biến nhất sau phẫu thuật là di căn xa, trong đó di căn gan phổ biến nhất, phẫu thuật cắt bỏ di căn gan được chứng minh ít đem lại hiệu quả³. Do có mối liên quan chặt chẽ giữa GIST và đột biến KIT, PDGFRA nên có khả năng điều trị GIST ác tính bằng thuốc điều trị đích như imatinib mesylate (IM). IM là chất ức chế chọn lọc thụ thể xuyên màng protein tyrosine kinase (KIT), tác dụng ức chế tăng sinh các tế bào u mà được kích thích bằng kích hoạt thụ thể này. Hóa trị bổ trợ IM đã chứng minh có hiệu quả trong điều trị GIST trực tràng, cải thiện đáng kể khả năng sống sót của BN. IM được chỉ định là phương pháp điều trị đầu tiên với GIST di căn, không thể cắt bỏ, hoặc liên quan đến gen đột biến KIT³. Năm 2008, tác giả Hamada và cộng sự đã báo cáo 33 trường hợp GIST trực tràng tái phát ở Nhật Bản và kết luận rằng sử dụng IM trước phẫu thuật giúp tăng cơ hội cắt bỏ hoàn toàn u và giảm tái phát sau phẫu thuật³. Thêm nữa, việc theo dõi bệnh sau điều trị bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đã được chứng minh là có vai trò quan trọng để chẩn đoán sớm tái phát u và quản lý liệu pháp bổ trợ một cách hợp lý⁶. BN của chúng tôi được tiến hành nút mạch nuôi u tiền phẫu, phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn u và điều trị IM hậu phẫu. Theo tác giả Feitosa nút mạch tiền phẫu có thể làm giảm lượng máu bị mất trong quá trình phẫu thuật và làm tăng khả năng cắt bỏ khối u, qua đó tác giả cho rằng nút mạch trước phẫu thuật ung thư trực tràng có thể là một công cụ hỗ trợ

trong phẫu thuật trực tràng không phải truyền máu⁹. Case lâm sàng của chúng tôi trên hình ảnh CLVT và DSA cho thấy khối u trực tràng tăng sinh mạch mạnh, do vậy, chúng tôi tiến hành nút mạch chọn lọc ĐM nuôi u từ nhánh ĐM trực tràng trên và giữa, với mục đích gây tắc mạch nuôi u, giảm lượng máu mất, giảm nguy cơ tai biến trong phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

GIST trực tràng ác tính là bệnh lý hiếm gặp. Các hình ảnh gợi ý GIST ác tính là bờ không đều, kích thước trên 10 cm, có các vùng hoại tử chảy máu bên trong và thành phần đặc hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC. Ngoài điều trị GIST bằng phẫu thuật và IM, nút mạch GIST tiền phẫu có thể hiệu quả giúp giảm lượng máu mất trong phẫu thuật. Việc chẩn đoán trước mổ và theo dõi sau điều trị bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và nội soi tiêu hoá đóng vai trò quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mazur MT, Clark HB (1983). Gastric stromal tumors. Reappraisal of histogenesis. Am J Surg Pathol, 7(6):507-19.
2. Nepal P, Mori S, Kita Y, et al (2018). Management of a case of high-risk gastrointestinal stromal tumor in rectum by

- transanal minimal invasive surgery. World Journal of Surgical Oncology, 16(1):165.
3. Hamada M, Ozaki K, Horimi T, et al (2008). Recurrent rectal GIST resected successfully after preoperative chemotherapy with imatinib mesylate. Int J Clin Oncol, 13(4):355-60.
4. Kameyama H, Kanda T, Tajima Y, et al (2018). Management of rectal gastrointestinal stromal tumor. Transl Gastroenterol Hepatol, 3:8.
5. Wronski M, Cebulski W, Slodkowski M, Krasnodebski IW (2009). Gastrointestinal stromal tumors: ultrasonographic spectrum of the disease. J Ultrasound Med, 28(7):941-8.
6. Jiang ZX, Zhang SJ, Peng WJ, Yu BH (2013). Rectal gastrointestinal stromal tumors: imaging features with clinical and pathological correlation. World J Gastroenterol, 19(20):3108-16.
7. Milliron B, Mittal PK, Camacho JC, Datir A, Moreno CC (2017). Gastrointestinal Stromal Tumors: Imaging Features Before and After Treatment. Curr Probl Diagn Radiol, 46(1):17-25.
8. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Sobin LH, Lasota J (2000). Gastrointestinal stromal tumors and leiomyosarcomas in the colon: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 44 cases. Am J Surg Pathol, 24(10):1339-52.
9. Feitosa MR, de Freitas LF, Filho AB, et al (2020). Preoperative rectal tumor embolization as an adjunctive tool for bloodless abdominoperineal excision: A case report. World journal of clinical oncology, 11(12):1070-1075.

TÌNH TRẠNG DỰ TRỮ SẮT Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ BỆNH THẬN MẠN CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THỂ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Trịnh Thị Thanh Hằng¹, Nguyễn Thế Anh¹, Nguyễn Hữu Việt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dự trữ sắt của bệnh nhân cao tuổi ở các giai đoạn bệnh thận mạn chưa điều trị thay thể tại bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng:** 148 bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán bệnh thận mạn chưa điều trị thay thể tại khoa Thận tiết niệu – Lọc máu, Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 06/2023 đến tháng 10/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 148 bệnh nhân cao tuổi bệnh thận mạn chưa điều trị thay thể, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ chiếm 20.9%, bệnh nhân thiếu máu vừa chiếm 3.4%, không có bệnh nhân thiếu máu nặng. 8 bệnh nhân thiếu sắt tuyệt đối, chiếm 5.4%; 26 bệnh nhân thiếu sắt chức năng, chiếm 17.6%. Có sự khác biệt về độ bão hòa transferrin trung bình ở các giai đoạn CKD với $p < 0.05$.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, dự trữ sắt

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Thanh Hằng

Email: drthanhhang@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

SUMMARY

IRON STORAGE STATUS OF ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE WITHOUT ALTERNATIVE TREATMENT AT HUU NGHİ HOSPITAL

Objectives: Evaluate the iron reserve status of elderly patients with stages of chronic kidney disease without alternative treatment at HUU NGHİ hospital. **Subjects:** 148 elderly patients with chronic kidney disease without alternative treatment at Department of nephro-urology and dialysis of HUU NGHİ Hospital from June 2023 to October 2023. **Method:** Descriptive. **Results:** Through a study of 148 elderly patients with chronic kidney disease without alternative treatment, patients with mild anemia account for 20.9%, patients with moderate anemia account for 3.4%, there are no patients with severe anemia. 8 patients with absolute iron deficiency, accounting for 5.4%; 26 patients with functional iron deficiency, accounting for 17.6%. There is difference about average TSAT in CKD stages with $p < 0.05$.

Keywords: chronic kidney disease, iron storage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (chronic kidney disease - CKD) là tình trạng lâm sàng bất thường của chức năng thận hoặc cấu trúc thận kéo dài hơn 3 tháng, ảnh hưởng lên sức khỏe người bệnh. Bệnh thận mạn có thể tiến triển thành bệnh thận mạn giai đoạn cuối, khi đó chức năng thận giảm đến mức cần phải dùng máy lọc máu hoặc ghép thận để duy trì sự sống. Bệnh thận mạn (CKD) là vấn đề cộng đồng, ngày càng gia tăng trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), có khoảng 850 triệu người trên thế giới bị bệnh thận, trong đó khoảng 10% số người này bị bệnh thận mạn. Thiếu máu là một trong những rối loạn không tránh khỏi, thường xuyên, mạn tính của CKD. Thiếu sắt ở bệnh nhân CKD do nhiều nguyên nhân đã gây ra nhiều khó khăn trong vấn đề điều trị thiếu máu. Do đó đánh giá tình trạng dự trữ sắt trong quá trình điều trị thiếu máu thiếu sắt ở bệnh nhân CKD là rất quan trọng. Theo Hội thận học Quốc tế và Hội thận học Mỹ (Kidney Disease: Improving Global Outcomes – KDIGO) khuyến cáo đánh giá tình trạng thiếu sắt thông qua các chỉ số sắt huyết thanh, ferritin huyết thanh, độ bão hòa transferrin (TSAT).

Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về đánh giá dự trữ sắt, nhưng các nghiên cứu chủ yếu tập chung vào từng giai đoạn bệnh thận mạn.

Bệnh viện Hữu Nghị là bệnh viện tuyến trung ương khám chữa bệnh cho cán bộ trung, cao cấp của Đảng và Nhà nước khu vực miền Bắc. Do đó đại đa số bệnh nhân tuổi cao, nhiều bệnh phối hợp. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tương đối cao. Vì những lý do trên nhóm nghiên cứu chúng tôi thực hiện đề tài: "Tình trạng dự trữ sắt ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế tại bệnh viện Hữu Nghị" với mục tiêu sau: "Đánh giá tình trạng dự trữ sắt của bệnh nhân cao tuổi ở các giai đoạn bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế tại bệnh viện Hữu Nghị".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

148 bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế tại khoa Thận tiết niệu – Lọc máu, Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 06/2023 đến tháng 10/2023.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân cao tuổi ≥ 60 tuổi được chẩn đoán là bệnh thận mạn theo KDIGO 2012 chưa điều trị thay thế.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân đang có nhiễm trùng cấp tính.
- Bệnh nhân có bệnh lý ác tính.

- Bệnh nhân bị mất máu cấp tính: chấn thương, xuất huyết tiêu hóa, trĩ chảy máu...

- Bệnh nhân bị các bệnh máu: leukemia cấp, đa u tủy xương, suy tủy xương, thiếu máu tan máu...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu thuận tiện.

- Công cụ nghiên cứu: bệnh án nghiên cứu.

- Phương pháp thu thập thông tin: hỏi bệnh, khám lâm sàng và hồ sơ bệnh án.

- Các số liệu thu nhập được xử lý theo thuật toán thống kê trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 20.0.

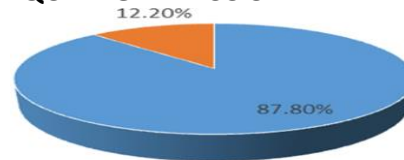
- Các test thống kê sử dụng:

◦ Kiểm định Student đối với trường hợp so sánh hai trung bình.

◦ Kiểm định χ^2 đối với so sánh 2 tỷ lệ.

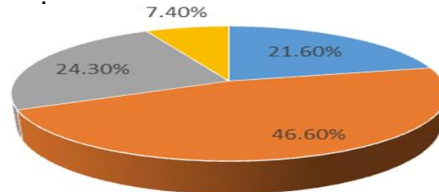
◦ Kiểm định T- test đối với so sánh từng cặp

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



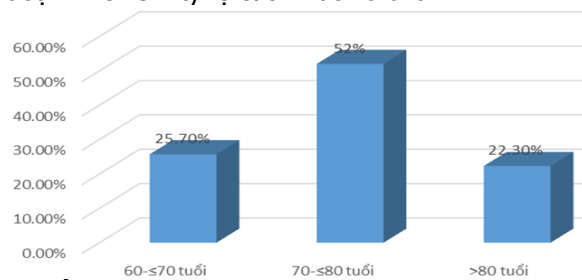
Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới

Nhận xét: Trong 148 bệnh nhân nghiên cứu có 130 bệnh nhân nam chiếm 87.8%, còn lại là 12.2% bệnh nhân nữ.



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giai đoạn bệnh thận mạn

Nhận xét: Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất 46.6%.



Biểu đồ 3. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 75.14 ± 6.963 , tuổi thấp nhất là 60 tuổi, tuổi cao nhất là 94 tuổi. Nhóm bệnh nhân 70 – ≤ 80 tuổi chiếm nhiều nhất là 52%.

Bảng 1. Phân bố mức độ thiếu máu theo nồng độ huyết sắt tổ.

Mức độ thiếu máu	n	%
Không thiếu máu ($Hb \geq 120g/l$)	112	75.7
Thiếu máu nhẹ ($120 > Hb \geq 90g/l$)	31	20.9
Thiếu máu vừa ($90 > Hb \geq 60g/l$)	5	3.4
Thiếu máu nặng ($Hb < 60g/l$)	0	0
Tổng	148	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ chiếm 20.9%, bệnh nhân thiếu máu vừa chiếm 3.4%, không có bệnh nhân thiếu máu nặng.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng dự trữ sắt

TSAT	Ferritin < 100ng/ml		Ferritin $\geq 100ng/ml$		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
<20%	8	5.4	26	17.6	34	23
$\geq 20\%$	7	4.7	107	72.3	114	77
Tổng	15	10.1	133	89.9	148	100

Nhận xét: - Số bệnh nhân có tình trạng dự trữ sắt bình thường (TSAT ≥ 20 và Ferritin $\geq 100ng/ml$) là 107, chiếm 72.3%.

- Số bệnh nhân có tình trạng dự trữ sắt thấp (TSAT < 20) là 34, chiếm 23%. Trong đó số bệnh nhân thiếu sắt tuyệt đối (TSAT < 20 và Ferritin < 100ng/ml) là 8, chiếm 5.4%; số bệnh nhân thiếu sắt chức năng (TSAT < 20 và Ferritin $\geq 100ng/ml$) là 26, chiếm 17.6%.

Bảng 3. Độ bão hòa transferin ở các giai đoạn bệnh thận mạn.

Giai đoạn CKD	TSAT (%) $X \pm SD$	p
CKD II	31.38 ± 8.31	0.024
CKD III	26.77 ± 9.44	
CKD IV	25.38 ± 9.62	
CKD V	23.71 ± 8.43	
Tổng	27.20 ± 9.40	

Nhận xét: Có sự khác biệt về TSAT trung bình ở các giai đoạn CKD với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong 148 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 75.14 ± 6.963 , tuổi thấp nhất là 60 tuổi, tuổi cao nhất là 94 tuổi. Nhóm bệnh nhân 70 – ≤ 80 tuổi chiếm nhiều nhất là 52%. Tuổi trung bình của bệnh nhân nhóm nghiên cứu cao so với các nghiên cứu khác là do bệnh viện Hữu Nghị là bệnh viện quản lý sức khỏe cho các bộ trung, cao cấp của Đảng và Nhà nước. Các bệnh nhân được quản lý sức khỏe tại bệnh viện đa số là bệnh nhân cao tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ là không như nhau, tỷ lệ bệnh nhân nam

chiếm đa số 87.8%, còn lại là 12.2% bệnh nhân nữ. Do đặc thù của bệnh viện Hữu Nghị số bệnh nhân nam được quản lý của bệnh viện cao hơn số bệnh nhân nữ. Theo WHO chẩn đoán xác định thiếu máu khi nồng độ Hb trung bình lưu hành ở máu ngoại vi dưới mức bình thường so với người cùng giới, cùng lứa tuổi và trong cùng một môi trường sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ chiếm 20.9%, bệnh nhân thiếu máu vừa chiếm 3.4%, không có bệnh nhân thiếu máu nặng. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thiếu máu thấp hơn so với các nghiên cứu Hoàng Trung Vinh, Vương Tuyết Mai là do nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn II - V chưa điều trị thay thế, còn đối tượng của các nghiên cứu trên là bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn IV-V. Thiếu máu là một biến chứng thường gặp trong suy thận mạn, ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng sống và làm gia tăng những biến chứng tim mạch, gia tăng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Giảm dự trữ sắt là lý do phổ biến nhất gây khó khăn trong điều trị thiếu máu. Chiến lược đánh giá dự trữ sắt được đặt ra giúp việc bổ sung sắt được đúng mang lại hiệu quả điều trị tránh những tác dụng không mong muốn và dẫn đến tình trạng quá tải sắt. Nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân có tình trạng dự trữ sắt thấp (TSAT < 20) là 34, chiếm 23%. Trong đó số bệnh nhân thiếu sắt tuyệt đối (TSAT < 20 và Ferritin < 100ng/ml) là 8, chiếm 5.4%; số bệnh nhân thiếu sắt chức năng (TSAT < 20 và Ferritin $\geq 100ng/ml$) là 26, chiếm 17.6%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Phương Thảo (2014) trên 120 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn V chưa điều trị thay thế 13,3% số bệnh nhân có nồng độ ferritin huyết thanh < 200 ng/ml, 33,3% số bệnh nhân có nồng độ ferritin huyết thanh ở mức trung bình và 53,4% có nồng độ ferritin > 500 ng/ml. Điều này có thể giải thích đối tượng nghiên cứu của tác giả là bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối có tình trạng thiếu sắt nhiều hơn do tình trạng giảm dinh dưỡng, giảm hấp thu sắt, lấy máu xét nghiệm... trong khi đó đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân bệnh thận mạn II – V. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt về độ bão hòa transferin trung bình ở các giai đoạn CKD với $p < 0.05$, kết quả này khác biệt so với nghiên cứu của Fishbane và cộng sự. Chúng tôi nhận thấy rằng khi sử dụng riêng rẽ 2 chỉ số nồng độ sắt huyết thanh, nồng độ ferritin huyết thanh để đánh giá tình trạng dự trữ sắt là không chính xác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh có nồng độ ferritin huyết thanh ở

mức bình thường cao. Tuy nhiên, khi chúng tôi tiến hành đánh giá chỉ số TSAT có một tỷ lệ khá lớn BN cần được bổ sung sắt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 148 bệnh nhân cao tuổi bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ chiếm 20.9%, bệnh nhân thiếu máu vừa chiếm 3.4%, không có bệnh nhân thiếu máu nặng. 8 bệnh nhân thiếu sắt tuyệt đối, chiếm 5.4%; 26 bệnh nhân thiếu sắt chức năng, chiếm 17.6%. Có sự khác biệt về độ bão hòa transferin trung bình ở các giai đoạn CKD với $p < 0.05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Trung Vinh, Phan Thế Cường, Nguyễn Anh Trí (2012). Nhiên cứu biến đổi tình trạng sắt ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị erythropoietin. Tạp chí y học thực hành, 9, 24-29.
2. Nguyễn Phương Thảo (2014), Đánh giá tình trạng dự trữ sắt qua xét nghiệm sắt và ferritin huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Chuyên ngành nội khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị An Thủy, Đỗ Gia Tuấn, Đặng Thị Việt Hà (2018), Đánh giá tình trạng dự trữ sắt ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế qua nồng độ sắt và Ferritin huyết thanh, Tạp chí Nội khoa Việt Nam – số 16.
4. Phan Thế Cường, Hoàng Trung Vinh, Nguyễn Anh Trí (2012). Khảo sát tình trạng sắt ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối trước điều trị lọc máu chu kỳ. Tạp chí y – dược học quân sự, 8, 61-68.
5. Vương Tuyết Mai, Nguyễn Hoài Nam, Đàm Quang Trung (2015), Khảo sát tình trạng sắt, ferritin huyết thanh và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Tạp chí Nội khoa Việt Nam - Tài liệu Hội nghị khoa học Nội khoa toàn quốc lần IX, p. 370-375.
6. Inker, L.A., et al. (2014), KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. Am J Kidney Dis, 63(5): p. 713-35.
7. Klinger, A.S., et al. (2013), KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in CKD. American Journal of Kidney Diseases. 62(5): p. 849-859.
8. Steven Fishbane, et al. (2009), Iron indices in chronic kidney disease in the National Health and Nutritional Examination Survey 1988–2004, Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 4(1), 57-61.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA (GIST) THÂN ĐUÔI TỤY - NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Thái Nguyên Hưng¹

TÓM TẮT

Báo cáo hồi cứu ca lâm sàng GIST xuất phát từ tụy (ngoài đường tiêu hóa) hiếm gặp với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, đánh giá kết quả phẫu thuật và điểm lại Y văn. Bệnh nhân (BN) nữ, 60 T, đau bụng mơ hồ dưới sườn trái (DST), gầy sút. Khám bụng không thấy U. Chụp CLVT: Khối ở rốn lách-thân đuôi tụy 55-50 mm, tỷ trọng hỗn hợp gồm phần đặc và phần dịch, bờ đều, không thấy thâm nhiễm xung quanh. Siêu âm bụng (SA): Khối 48-46 cm, thành sau tăng âm, bên trong có vách và thành phần dịch. Nội soi dạ dày (NSDD): không U. Tổn thương trong mổ: u kích thước 6-8 cm không dính với dạ dày, xuất phát từ bờ trên-trước thân đuôi tụy, u đặc. Phẫu thuật: cắt U và lách, thân-đuôi tụy (anterograde). Kết quả giải phẫu bệnh (GPB): U vỏ mỏng, ranh giới rõ KT 6-5-4,5cm. Kết luận: U tế bào hình thoi, hướng tới GIST. Hóa mô miễn dịch (HMMD) dương tính với CD 117, DOG 1; CD 34, KI 67; < 5 nhân chia /50 vi trường. Hậu phẫu bình thường,

không có biến chứng. Ra viện sau 8 ngày. Tiếp tục điều trị Imatinib. **Kết luận:** GIST xuất phát từ thân đuôi tụy là GIST ngoài đường tiêu hóa rất hiếm gặp. Ca lâm sàng trên đây cùng với 23 ca lâm sàng đã được báo cáo trên thế giới góp phần củng cố và khẳng định nguồn gốc xuất phát từ tụy của GIST và thường có nguy cơ ác tính cao

SUMMARY

GASTRO INTESTINAL STROMAL TUMOR OF THE PANCREAS: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Study aim: Evaluation of clinical and paraclinical feature of gastrointestinal stromal tumor originating from Pancreas (Extra GIST), the surgical result and review of the literature. Medical Record: Female aged 60 years olds, admission in K hospital with vague abdominal pain in left quadrant area, weight loss. The tumor was not palpable on physical examination. CT.Scan revealed a tumor 55-50 cm in diameter located in body-tail of pancreas. Gastroscopy not showed any tumor. Intra operation lesion: Tumor measured 6-8 cm originating from body and tail of pancreas. The posterior gastric wall was intact. Surgical Procedure: Left body-tail pancreatec-splenectomy with tumor. Immunohistomestry: positive with CD 117, DOG1 CD 34, KI 67, < 5 mitotic count /50 HPF. Postoperation was simple. The patient

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

discharged 8 days post operation and was given Imatinib. **Conclusion:** Extra GIST originating from pancreas is extremely rare (< 5% of total GIST, <1% of solid tumor of pancreas). Our case consolidate the possibility that this rare tumor could involve the pancreas as primary site (23 case reproted) and GIST originating from pancreas are usually of high risk of malignancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mô đệm đường tiêu hóa (gastrointestinal Stromal Tumor: GIST) là 1 thể u trung mô hay gặp nhất trong các khối u trung mô đường tiêu hóa xuất phát từ tế bào (TB) kẽ Cajal. Tuy nhiên có một số ít U GIST xuất phát từ ngoài đường tiêu hóa như mạc nối lớn, mạc treo ruột, sau phúc mạc, Y văn gọi là GIST ngoài đường tiêu hóa (EXTRAGIST). GIST xuất phát từ tụy rất hiếm gặp. Hình ảnh điện quang của GIST tụy khá giống với U thần kinh-nội tiết. Gần đây siêu âm nội soi (SANS) và sinh thiết dưới hướng dẫn của SANS (D' SANS) được ứng dụng để đánh giá tế bào học tổn thương u đặc tụy. Do GIST ngoài đường tiêu hóa xuất phát từ tụy rất hiếm gặp với tỷ lệ < 5% tổng số GIST và <1% tổng số u đặc của tụy (Y văn trên thế giới đã báo cáo 23 ca GIST xuất phát từ tụy) chúng tôi báo cáo đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) và kết quả phẫu thuật ca lâm sàng hiếm gặp EGIST xuất phát thân đuôi tụy.

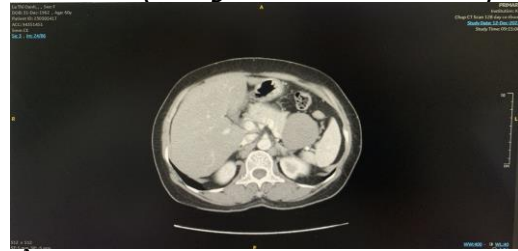
II. BỆNH ÁN NC

- + BN nữ, SN 1963, ĐC: Thạch Bình, Thạch Thành, Thanh Hóa.
- Vào Viện: 14/12/2023. Mổ: 21/12/23. Ra: 29/12/2023
- Tiền sử (TS): Đái tháo đường.
- Triệu chứng lâm sàng (LS): Đau bụng dưới sườn trái (DST) mơ hồ, không rõ, chán ăn, sút cân.
- + Toàn thân: không sốt, Mạch, HA bình thường.
- + Khám bụng: Không sờ thấy U...
- + Chụp CLVT: Khối ở rốn lách-Thân đuôi tụy 55-50 mm, tỷ trọng hỗn hợp gồm phần đặc và phần dịch, bờ đều, không thấy thâm nhiễm xung quanh.



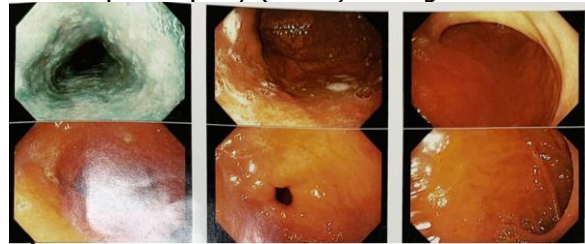
Ảnh 1: Chụp CLVT khối U GIST thân-đuôi tụy và rốn lách

(Không dính vào thành sau dạ dày)



Ảnh 2: CLVT khối U GIST thân đuôi tụy

- + Siêu âm bụng (SA): Khối 48-46 cm, thành sau tăng âm, bên trong có vách và thành phần dịch.
- + Nội soi dạ dày (NSDD): không U.



Ảnh 3: NSDD trước mổ không thấy U trong lòng dạ dày

- 8.14 G/L; Tiểu cầu (TC) 290 G/L.
- + Sinh hóa: Ure máu 6,6 mmol/L; Creatinin: 60,91 mmol/L; Đường 6,6 mmol, Bilirubin 5,9 mmol/L.
- + Đông máu: Prothrobin 117%; IRN: 0,91, APTT 28,7s; Tỷ lệ APTT (bệnh/Chứng) 0,93.
- + Mổ: Mở bụng đường giữa trên rốn, Vào hậu cung mạc nối: u kích thước 6-8 cm không dính với dạ dày, xuất phát từ bờ trên-trước thân đuôi tụy, u đặc, mổ cắt U và lách, thân-đuôi tụy (anterograde).
- + Kết quả giải phẫu bệnh (GPB): U vỡ mỏng, ranh giới rõ KT 6-5-4,5 cm. Kết luận: U tế bào hình thoi, hướng tới GIST.
- + Hóa mô miễn dịch (HMMD) Dương tích với CD 117, DOG 1; CD 34, K i 67.< 5 nhân chia /50 vi trường
- BN có trung tiện sau 4 ngày, hậu phẫu BT, chuyển điều trị hóa chất sau 8 ngày.

III. BÀN LUẬN

U mô đệm tụy nguyên phát rất hiếm gặp. Các báo cáo phần lớn là case report. Theo Amel Trabelsi và CS, trên TG mới có 4 ca lâm sàng được báo cáo. Tác giả thông báo ca LS một BN nữ 52 T, đau bụng mơ hồ thượng vị. CLVT là mass đầu tụy. Kết quả GPB sau mổ là GIST đầu tụy. Các tác giả kết luận GIST nguyên phát đầu tụy là khối U rất hiếm gặp và có nguy cơ ác tính rất cao [1].

- + Admed Elgeldle và CS báo cáo ca LS: BN nam, 30 T, đến khám vì đau bụng. CLVT là khối

U đuôi tụy ranh giới rõ, KT 12-11,6 cm. BN được mổ cắt lách, thân đuôi tụy NS. Kết quả GPB khẳng định GIST ngoài đường tiêu hóa (+) với CD 117 và Dog1 [2].

+ Mehdi Soufi và CS báo cáo ca LS GIST đầu tụy trên tụy divisum ở BN nam, 39 T đến khám vì đau bụng và táo bón. CLVT có khối U 9 cm đầu tụy. BN được mổ cắt khối tá tụy và cắt đoạn đại tràng. Tác giả cho rằng u mô đệm có nguồn gốc từ tụy rất hiếm gặp (< 1% tổng số u tụy), SANS có giá trị chẩn đoán cao. Mổ cắt U với diện cắt an toàn là phương pháp lựa chọn [3].

Báo cáo LS năm 2019 của Seong Jae Yeo: BN nữ, 45 T, đau bụng mơ hồ 1 tuần. CLVT là khối U 6,5 cm, giàu mạch, bờ rõ, mềm khu trú ở đầu tụy và móm móm tụy, không thấy giãn đường mật và ống tụy, khối u nằm sát tá tràng và TMC dưới. Chụp IRM cho thấy U 6,2 cm có nhiều thùy, tăng tín hiệu IRM, tăng tín hiệu ở ngoại vi ở thì động mạch. SANS là khối giảm âm ranh giới rõ, không đồng âm ở móm móm tụy. Sinh thiết qua SANS là U tế bào hình thoi (spindle cell tumor). Mổ cắt khối tá tụy. GPB (+) với CD 117, DOG 1, CD 34, <100 nhân chia /50 vi trường [4].

+ U mô đệm là dạng hay gặp của u trung mô thường xuất phát từ đường tiêu hóa, mạc nối lớn, mạc treo. Tỷ lệ mắc bệnh ở dạ dày là 60-70%, ruột non 20-25%, đại trực tràng 5% và < 5% ở TQ. các khối u GIST xuất phát từ gan, túi mật, tụy, bàng quang gọi là GIST ngoài đường tiêu hóa. GIST xuất phát từ tụy chiếm tỷ lệ < 5% [3]. Trong tổng số các khối u đặc ở tụy, GIST chiếm < 1%. Các nghiên cứu cho thấy GIST ngoài đường tiêu hóa (EGIST) có đặc tính sinh học giống với GIST ruột non hơn là GIST dạ dày [5].

+ Cần chẩn đoán phân biệt GIST với các U cơ trơn, U thần kinh, các polyp, u tăng sinh xơ (fibromatosis). Khả năng chẩn đoán HMMD (+) 95% với CD117. Siêu âm nội soi và sinh thiết qua SANS có giá trị chẩn đoán 38-89% [6]. Giá trị chẩn đoán của SANS và sinh thiết (ST) qua SANS với u đặc của tụy là 75-96%. Giá trị chẩn đoán của SANS -ST đối với u tụy dạng Adenocarcinome (AC) cao hơn các loại u đặc.

+ Các yếu tố tiên lượng của GIST phụ thuộc đặc tính sinh học của khối U. Flecher và CS [7] sử dụng kích thước khối U (KT) và chỉ số nhân chia /50 vi trường để đánh giá mức độ ác tính và nguy cơ di căn của GIST theo đó các khối U này được chia ra thành:

- ++ Nhóm nguy cơ rất thấp (< 2cm, <5/50 HPF);
- ++ Nguy cơ thấp (2-5 cm, < 5/50 HPF);
- ++ Nguy cơ trung gian (< 10 cm, < 5/50 HPF)

++ Nguy cơ di căn cao (> 5 cm, > 5/50 HPF hoặc > 10 cm, toàn bộ nhân chia).

+ Tuy nhiên đặc tính của GIST còn phụ thuộc vào nguồn gốc khối U. Các khối U GIST có xu hướng ác tính hóa cao khi nguồn gốc càng ở phần xa của đường tiêu hóa. Theo đó GIST dạ dày (DD) có tiên lượng tốt hơn GIST ruột non.

+ Trong số 48 BN GIST ngoài đường tiêu hóa (EGIST), gần 50% chết do tái phát hay di căn ≤ 2 năm [5]. E GIST có đặc điểm giống với GIST ở phần xa đường tiêu hóa.

+ Các khối U GIST có nguồn gốc từ tụy rất hiếm gặp. Điềm lại Y văn cho thấy cho tới nay có 23 BN được báo cáo, bao gồm 11 nam, 12 nữ, tuổi TB 55 T (từ 30-74). Các đặc điểm LS chung là: Đau bụng mơ hồ, khó chịu, gầy sút, mệt mỏi. Có 9 BN được phát hiện tình cờ. KT khối U TB 9,0 cm (từ 2,4- 35 cm), xảy ra ở đầu, thân, đuôi tụy với phân bố như sau: đầu tụy 8 BN (33%), đuôi tụy 6 BN (26,1%), thân-đuôi tụy \$ BN (17,4%), thân tụy 2 BN (8,7%), móm móm 2 BN (8,7%), đầu -thân tụy 1 BN (4,3%).

+ NC của Seong Jae Yeo [4]: 69,6% GIST tụy là nhóm nguy cơ cao, sau ≤ 30 tháng điều trị có 8 BN tái phát (34,8%); 6/8 BN (75%) di căn gan.

Trường hợp của chúng tôi GIST tụy KT 6,5-4,5 cm, < 5 nhân chia < 50 vi trường là GIST có nguy cơ trung gian. BN đã được phẫu thuật triệt căn cắt U và cắt lách thân đuôi tụy. Sau PT đã được điều trị Imatinib.

IV. KẾT LUẬN

GIST xuất phát từ thân đuôi tụy là GIST ngoài đường tiêu hóa rất hiếm gặp. Ca lâm sàng trên đây cùng với 23 ca lâm sàng đã được báo cáo trên thế giới góp phần củng cố và khẳng định nguồn gốc xuất phát từ tụy của GIST và thường có nguy cơ ác tính cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amel Trabelsi et al.** Gastrointestinal stromal tumor of the pancreas: A case report and review of the literature. N Am J Med Sci. 2009 Nov;1(6):324- 326.
2. **Admed Elgeldle et al.** Pancreatic gastrointestinal stromal tumor: A case report. Int J Surg Case Rep.2016;29: 67-70.
3. **Mehdi Soufi et al:** Pancreatic GIST with pancreatic divisum: A new entity. International Journal of Surgery Case Reports 4(2013) 68-71.
4. **Seong Jae Yeo; Chang Min Cho; Hyung Jun Kwon; Seung Hyun Cho; Gab Chul Kim; An Na Seo; Han Ik Bae.** An Extragastrintestinal Stromal Tumor Originating from the Pancreas. Case Rep Gastroenterol (2019) 12 (3): 671-678.
5. **Reith LD, Golgblum JR, Lyles RH, Weiss SW.** Extragastrintestinal stromal tumor: An Analysis of 48 cases with emphasis on histologic predictors of outcome. Mod Pathol 2000 May;13 (5): 577-85.

6. William DB, Sahai AV, Aabakken L et al. Endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration biopsy: A large single centre experience. Gut 1999 May; 44 (5) 720-6.
7. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. Hum pathol. 2002. May;33(5): 459-65.

ĐẶC ĐIỂM KỶ THỊ VÀ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ Ở NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đoàn Thu Trà^{1,2}, Nguyễn Thu Trang³, Đỗ Duy Cường^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS không chỉ là vấn đề cá nhân mà còn là một vấn đề xã hội rộng lớn, ảnh hưởng sâu sắc đến cách mà cộng đồng hỗ trợ và tương tác với những người sống chung với HIV/AIDS. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả mức độ kỳ thị trên bệnh nhân HIV/AIDS tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện trên 286 người nhiễm HIV điều trị ARV tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai. Thông tin được thu thập gồm đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và điều trị, cũng như sử dụng thang đo Berger rút gọn để đo lường kỳ thị và phân biệt đối xử. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 39,7, với tỷ lệ nam giới là 58%. Phần lớn bệnh nhân đã kết hôn (61,5%) và có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên (60%). Thu nhập bình quân hàng tháng là 6,5 triệu đồng. Số lượng CD4 trung bình là 559,7 TB/mm³ và tải lượng vi rút trung bình là 15,0 bản sao/mL. Thời gian điều trị ARV trung bình là 5,3 năm. Có 15,4% bệnh nhân mắc viêm gan B và 22,7% mắc viêm gan C. Tổng điểm kỳ thị trung bình là 27,8 ± 8,3. Các vấn đề kỳ thị cao nhất liên quan đến lo ngại về tiết lộ tình trạng HIV và thái độ của cộng đồng đối với người nhiễm HIV/AIDS. Trình độ học vấn thấp và không có việc làm ổn định là hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức độ kỳ thị cao hơn đối với người nhiễm HIV. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy kỳ thị và phân biệt đối xử vẫn là rào cản lớn cho bệnh nhân HIV/AIDS, với mức độ kỳ thị cao, đòi hỏi nhu cầu cấp thiết phải giảm bớt kỳ thị và phân biệt đối xử trong xã hội, từ đó tạo điều kiện thuận lợi hơn cho việc chăm sóc và hỗ trợ bệnh nhân.

Từ khoá: Kỳ thị và phân biệt đối xử, HIV/AIDS.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF STIGMA AND DISCRIMINATION AMONG HIV/AIDS PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thu Trà

Email: thutraart@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024

Introduction: Stigma and discrimination related to HIV/AIDS is not only a personal issue but also a broader social problem, profoundly affecting the way communities support and interact with people living with HIV/AIDS. This study was conducted to describe the level of stigma among HIV/AIDS patients at the Center for Tropical Diseases, Bach Mai Hospital. **Participants and Methods:** A cross-sectional descriptive study with a convenient sample size of 286 HIV patients on ARV treatment at the Center for Tropical Diseases, Bach Mai Hospital. Information collected included demographic, clinical and treatment characteristics, as well as using the abbreviated Berger scale to measure stigma and discrimination. **Results:** The average age of patients was 39.7, with 58% male. Most patients were married (61.5%) and had high school education or above (60%). The average monthly income was 6.5 million VND. The average CD4 count was 559.7 cells/mm³ and the average viral load was 15.0 copies/mL. The average duration of ARV treatment was 5.3 years. There were 15.4% patients with hepatitis B and 22.7% with hepatitis C. The average stigma score was 27.8 ± 8.3. The highest stigma issues were related to concerns about disclosing HIV status and community attitudes towards people living with HIV/AIDS. Lower education and unemployment were two factors statistically associated with higher levels of stigma. **Conclusion:** Our study showed that stigma and discrimination remains a major barrier for HIV/AIDS patients, with a high level of stigma, that highlight the urgent need to reduce stigma and discrimination in society, thereby creating more favorable conditions for caring and supporting patients.

Keywords: Stigma and discrimination, HIV/AIDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập kỷ qua, HIV/AIDS đã trở thành một trong những thách thức y tế công cộng lớn nhất trên toàn cầu, không chỉ gây ra những hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe mà còn ảnh hưởng đến xã hội, kinh tế và văn hóa của nhiều quốc gia. Xã hội bị ảnh hưởng nặng nề bởi HIV/AIDS không chỉ qua tổn thất về nhân lực mà còn qua sự thay đổi trong cấu trúc gia đình và cộng đồng. Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS cũng góp phần làm suy yếu mạng lưới hỗ trợ xã hội, làm tăng cảm giác cô lập và loại trừ [1].

Kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến

HIV/AIDS không chỉ là vấn đề cá nhân mà còn là một vấn đề xã hội rộng lớn, ảnh hưởng sâu sắc đến cách mà cộng đồng hỗ trợ và tương tác với những người sống chung với HIV/AIDS. Sự hiện diện của kỳ thị không chỉ tạo ra rào cản trong việc tiếp cận thông tin, dịch vụ y tế và hỗ trợ tâm lý cho người nhiễm HIV mà còn làm suy giảm niềm tin và sự đoàn kết trong cộng đồng. Một hậu quả trực tiếp của kỳ thị là việc suy yếu mạng lưới hỗ trợ xã hội. Các mối quan hệ gia đình, tình bạn và mối liên kết cộng đồng bị ảnh hưởng khi người nhiễm HIV/AIDS bị coi là "khác biệt" hoặc "nguy hiểm". Sự cô lập xã hội này không chỉ làm tăng cảm giác cô đơn, lo lắng và trầm cảm cho người nhiễm mà còn cản trở khả năng của họ trong việc tìm kiếm và nhận sự hỗ trợ cần thiết. Hơn nữa, kỳ thị và phân biệt đối xử có thể dẫn đến việc loại trừ xã hội, trong đó người nhiễm HIV/AIDS bị từ chối tiếp cận với các cơ hội giáo dục, việc làm và tham gia vào các hoạt động xã hội. Sự loại trừ này không chỉ làm giảm khả năng tự cung tự cấp của người nhiễm mà còn làm giảm chất lượng cuộc sống và khả năng đóng góp vào cộng đồng của họ. Kỳ thị cũng làm phức tạp hóa quá trình tiết lộ tình trạng HIV, khiến nhiều người e ngại chia sẻ tình trạng sức khỏe của mình với gia đình, bạn bè hoặc đồng nghiệp vì sợ bị từ chối và mất mát. Điều này không chỉ ngăn chặn sự hỗ trợ tinh thần mà họ có thể nhận được mà còn cản trở nỗ lực của xã hội trong việc phòng chống và kiểm soát dịch bệnh hiệu quả [2].

Tại Việt Nam, mặc dù đã có những bước tiến đáng kể trong việc kiểm soát dịch bệnh HIV/AIDS thông qua các chiến lược phòng ngừa, điều trị và chăm sóc hỗ trợ, vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV vẫn còn rất nghiêm trọng, tạo ra các rào cản đáng kể trong việc tiếp cận và duy trì điều trị hiệu quả. Kỳ thị và phân biệt đối xử không chỉ ảnh hưởng đến tinh thần và chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV mà còn cản trở nỗ lực của cộng đồng và chính phủ trong việc ngăn chặn sự lây lan của dịch bệnh. Người nhiễm HIV/AIDS thường gặp phải sự kỳ thị từ gia đình, nơi làm việc, thậm chí là từ các cơ sở y tế, làm giảm khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế cần thiết và hỗ trợ xã hội, đồng thời tăng nguy cơ truyền nhiễm trong cộng đồng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả mức độ kỳ thị trên bệnh nhân HIV/AIDS tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2019 đến 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng

nghiên cứu là những người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: Tuổi ≥ 18 ; Có khả năng hiểu và trả lời phỏng vấn. Loại trừ đối tượng từ chối tham gia.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai từ 2019-2020.

2.4. Cỡ mẫu: Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn trực tiếp trên 286 người bệnh phù hợp tiêu chuẩn tại địa điểm nghiên cứu.

2.5. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học gồm các biến: tuổi, giới, trình độ, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp và thu nhập. Đặc điểm lâm sàng và điều trị bao gồm giai đoạn lâm sàng, CD4, tải lượng vi rút, ARV, BMI, thời gian điều trị.

Thang đo Berger rút gọn được sử dụng để đánh giá mức độ kỳ thị và phân biệt đối xử liên quan đến HIV/AIDS. Thang đo rút gọn được phát triển bởi tác giả Maria Reinius năm 2017, bao gồm 4 nhóm với 12 tiêu chí chia đều cho mỗi nhóm [3]. Mặc dù thang đo rút gọn kém nhạy hơn so với thang đo đầy đủ (40 tiêu chí), tuy nhiên, nó đã được chứng minh là có đầy đủ thuộc tính tương đương với thang đo đầy đủ và có tính giá trị để đo lường kỳ thị và phân biệt đối xử trên đối tượng nhiễm HIV. 4 nhóm chính của thang đo bao gồm, "Tự kỳ thị", "Lo ngại về tiết lộ tình trạng nhiễm HIV", "Lo ngại về thái độ của xã hội" và "Tự cảm thấy tiêu cực về bản thân". Mỗi tiêu chí có điểm từ 1 – 4 với 1 tương ứng với rất không đồng ý và 4 tương ứng với rất đồng ý. Tổng điểm của mỗi nhóm là từ 3 – 12 điểm với điểm số càng cao tương ứng với mức độ tự kỳ thị càng cao. Phân loại kỳ thị theo 4 nhóm chính khi người bệnh đồng ý (cho điểm 3 hoặc 4) với 1 trong 3 tiêu chí trong mỗi nhóm.

2.6. Phân tích số liệu. Số liệu được nhập, quản lý bằng EpiInfo và Stat Transfer, sau đó phân tích bằng Stata 13.0. Phân tích mô tả để trình bày các đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng, hành vi nguy cơ và mức độ kỳ thị đối với người nhiễm HIV/AIDS.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua và cho phép thực hiện bởi hội đồng khoa học trường Đại Học Y Hà Nội và Ban Giám đốc Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn trực tiếp trên 286 bệnh nhân HIV/AIDS điều trị tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai từ

2019-2020. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 39,7 tuổi. Hai nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 31-40 và 41-50, lần lượt là 35,7% và 34,3%. Nam giới chiếm 58,0%, phần lớn đã lập gia đình (61,5%). Trên 60% có trình độ từ trung học phổ thông trở lên, trong đó 25,2% đạt trình độ cao đẳng trở lên. Tỷ lệ thất nghiệp 7,7%, lao động tự do 36,7%. Thu nhập bình quân 6,5 triệu đồng/tháng, trong đó 17,5% dưới 3 triệu và 18,5% trên 10 triệu.

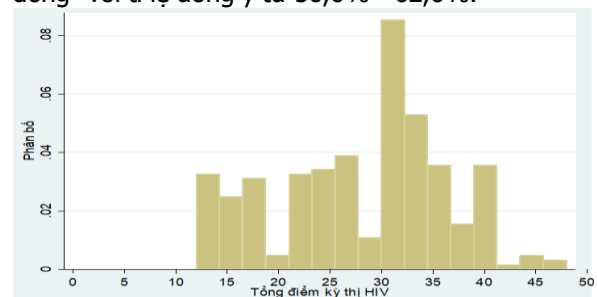
Về đặc điểm điều trị HIV, trung bình số lượng CD4 là 559,7 TB/mm³, trong đó 9,4% người có HIV tiến triển. Tải lượng vi rút trung bình là 15,0 bản sao/mL, 82,52% dưới ngưỡng phát hiện. Có 11,9% thiếu cân và 11,5% thừa cân/béo phì. Thời gian điều trị ARV trung bình là 5,3 năm, 46,2% điều trị 5-10 năm. 15,4% viêm gan B, 22,7% viêm gan C. 28,0% đang mắc bệnh mãn tính.

Bảng 1. Đặc điểm kỳ thị và phân biệt đối xử ở người nhiễm HIV/AIDS trong nghiên cứu

Thang đo kỳ thị HIV rút gọn	Đồng ý		TB±SD (1-4 điểm)
	Số lượng (N=286)	Tỷ lệ %	
Tự kỳ thị			
Một số người tránh chạm phải	16	5,6	1,2±0,7
Mất liên lạc từ những người thân và quan tâm	8	2,8	1,1±0,5
Mất bạn bè	14	4,9	1,1±0,6
Lo ngại về tiết lộ tình trạng HIV			
Tiết lộ tình trạng HIV là một hành động nguy cơ	182	63,6	2,9±1,4
Làm nhiều cách để giữ kín tình trạng HIV	206	72,0	3,2±1,3
Cẩn trọng về người có thể tiết lộ được	217	75,9	3,2±1,2
Lo ngại về thái độ của cộng đồng			
Mọi người đối xử như	179	62,6	2,9±1,4

người bị ruồng bỏ			
Hầu hết tin rằng người nhiễm HIV/AIDS là xấu xa	178	62,2	2,8±1,4
Không thoải mái khi ở gần người nhiễm HIV/AIDS	162	56,6	2,7±1,4
Tự cảm thấy tiêu cực			
Cảm thấy có lỗi vì nhiễm HIV/AIDS	172	60,1	2,8±1,4
Thái độ của mọi người khiến bản thân thấy tồi tệ hơn	83	29,0	1,9±1,3
Không cảm thấy là một người tốt vì nhiễm HIV/AIDS	94	32,9	2,0±1,3
Tổng điểm kỳ thị (12-48 điểm)			27,8 ±8,3

Tổng điểm của thang đo kỳ thị liên quan đến HIV rút gọn là 27,8 ± 8,3. Trong đó các câu phần có mức độ kỳ thị cao nhất bao gồm "Lo ngại về tiết lộ tình trạng HIV" với tỉ lệ đồng ý với các câu phần từ 63,6% - 75,9% và "Lo ngại về thái độ của cộng đồng" với tỉ lệ đồng ý từ 56,6% - 62,6%.



Biểu đồ 1. Phân bố tổng điểm kỳ thị và phân biệt đối xử ở bệnh nhân nghiên cứu

Trung bình tổng điểm kỳ thị trong nhóm thấp nhất theo ngũ phân vị là 15,3 ± 2,6; trong nhóm trung bình là 30,0 ± 0,6 và trong nhóm cao nhất là 38,5 ± 2,7.

Bảng 3. So sánh mức độ kỳ thị với một số phân nhóm về đặc điểm nhân khẩu và điều trị HIV

	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	95% CI		Giá trị p
Giới tính						
Nam	166	27.3	8.1	26.0	28.5	0.1
Nữ	120	28.5	8.5	27.0	30.0	
Nhóm tuổi						
>30 tuổi	233	27.6	8.5	26.5	28.7	0.181
≤30 tuổi	53	28.8	7.3	26.8	30.8	
Tình trạng hôn nhân						
Sống cùng với vợ/chồng	176	28.3	8.4	27.1	29.6	0.085
Độc thân/Ly dị/Góa	110	26.9	8.1	25.4	28.5	
Trình độ học vấn						
THPT/Trên THPT	181	27.0	8.0	25.9	28.2	0.02
Dưới THPT	105	29.1	8.7	27.4	30.8	

Việc làm						
Việc làm ổn định	159	28.7	8.2	27.4	30.0	0.02
Thất nghiệp/Lao động tự do	127	26.7	8.3	25.2	28.1	
Số năm mắc HIV						
≥5 năm	163	27.5	8.8	26.1	28.8	0.768
<5 năm	123	28.2	7.6	26.9	29.6	
Tình trạng CD4						
≥500	156	27.1	8.4	25.8	28.5	0.07
<500	130	28.6	8.1	27.2	30.0	

Về giới tính, phụ nữ có xu hướng chịu mức độ kỳ thị cao hơn nam giới, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tương tự, nhóm trẻ tuổi (≤ 30 tuổi) cũng gặp phải mức độ kỳ thị cao hơn so với nhóm trên 30 tuổi, nhưng sự chênh lệch cũng không đáng kể. Ngược lại, trình độ học vấn và việc làm lại là hai yếu tố có liên quan rõ ràng đến mức độ kỳ thị mà người nhiễm HIV phải đối mặt. Cụ thể, những người có trình độ học vấn dưới THPT cũng như không có việc làm ổn định gặp phải mức độ kỳ thị cao hơn đáng kể so với người có học vấn và việc làm tốt hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các yếu tố khác như tình trạng hôn nhân, thời gian mắc HIV hay tình trạng CD4 không ảnh hưởng đáng kể đến mức độ kỳ thị.

IV. BÀN LUẬN

Kỳ thị và phân biệt đối xử với những người sống chung với HIV/AIDS là những trở ngại đáng kể đối với việc quản lý và kiểm soát hiệu quả đại dịch HIV trên toàn cầu. Nghiên cứu của chúng tôi, được tiến hành tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai, cung cấp cái nhìn toàn diện về trải nghiệm của bệnh nhân HIV/AIDS tại một phòng khám và điều trị HIV cấp trung ương, nhằm làm rõ hơn vấn đề kỳ thị mà họ phải đối mặt. Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo điểm số kỳ thị trung bình là 27.8 ± 8.3 theo thang đo kỳ thị HIV Berger rút gọn, cho thấy mức độ kỳ thị đáng kể mà các bệnh nhân trải qua. Điều này bao gồm lo ngại gia tăng về việc tiết lộ tình trạng HIV của bản thân và thái độ tiêu cực từ cộng đồng đối với người nhiễm HIV/AIDS.

Khi so sánh mức độ kỳ thị từ nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trên toàn thế giới, các mức độ kỳ thị tương tự đã được ghi nhận ở nhiều khu vực trên thế giới, mặc dù có một số sự khác biệt về vấn đề kỳ thị đặc trưng cho các yếu tố văn hoá và địa lý giữa các khu vực và quốc gia. Ví dụ, các nghiên cứu tại khu vực Nam Sahara, Châu Phi liên tục báo cáo mức độ kỳ thị cao, thường xuyên bị thúc đẩy bởi các niềm tin văn hoá và thiếu kiến thức giáo dục về HIV [4]. Kỳ thị ở những khu vực này được ăn sâu vào các chuẩn mực xã hội và những suy nghĩ về sai lầm

đạo đức liên quan đến HIV, phản ánh chặt chẽ về mối quan tâm đối với thái độ của cộng đồng. Ngược lại, nghiên cứu từ Hoa Kỳ và Châu Âu cho thấy kết quả khá khác biệt giữa các báo cáo khác nhau. Một số nghiên cứu chỉ ra mức độ kỳ thị thấp hơn do nhận thức công chúng tốt hơn, tiếp cận dịch vụ y tế tốt hơn và bảo vệ pháp lý mạnh mẽ hơn cho người nhiễm HIV. Tuy nhiên, một số nhóm như các dân tộc thiểu số và nam giới quan hệ tình dục với nam giới (MSM) vẫn báo cáo mức độ kỳ thị và phân biệt đối xử cao, cho thấy vai trò của bất bình đẳng xã hội và thái độ [5]. Ở các khu vực khác của Châu Á và Thái Bình Dương, các yếu tố văn hóa như danh dự gia đình và hòa hợp xã hội có ảnh hưởng đáng kể đến kỳ thị, tương tự như những phát hiện của chúng tôi. Những động lực văn hóa này thường dẫn đến khó khăn trong việc tìm kiếm điều trị hoặc tiết lộ tình trạng của bản thân, làm nổi bật sự phức tạp giữa các chuẩn mực văn hóa và kỳ thị [6]. Tương tự, các nghiên cứu từ Mỹ Latinh và khu vực Caribe chỉ ra vai trò của các yếu tố kinh tế - xã hội, quy chuẩn giới và bất bình đẳng trong việc hình thành kỳ thị liên quan đến HIV, với lo sợ bị loại trừ xã hội và phán xét ảnh hưởng sâu sắc đến cuộc sống của cá nhân [7].

Sự khác biệt trong mức độ kỳ thị qua các nghiên cứu khác nhau có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố, bao gồm chuẩn mực văn hóa và niềm tin, mức độ giáo dục và nhận thức, khuôn khổ pháp lý và chính sách, và điều kiện kinh tế. Nghiên cứu của chúng tôi đã xác định mối liên hệ giữa mức độ kỳ thị cao hơn ở người bệnh thất nghiệp, cho thấy rằng sự dễ bị tổn thương về kinh tế có thể làm trầm trọng thêm những thách thức mà người nhiễm HIV phải đối mặt. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới khi kỳ thị không chỉ đơn giản là sản phẩm của sự thiếu hiểu biết mà còn chịu ảnh hưởng sâu sắc từ bối cảnh kinh tế - xã hội và văn hóa. So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với dữ liệu toàn cầu cho thấy một bức tranh phức tạp về kỳ thị liên quan đến HIV vượt qua ranh giới địa lý và văn hóa. Mặc dù các chi tiết có thể khác biệt, nhưng những thách thức cơ bản về kỳ thị và phân biệt đối xử vẫn phổ biến, yêu cầu các can