

KẾT QUẢ CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SỚM THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Ánh Dương¹, Nguyễn Hoài Nam^{1,2}, Nguyễn Thế Phương^{1,3},
Trần Tuấn Việt¹, Nguyễn Thanh Nam¹, Nguyễn Công Long^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) điều trị ung thư thực quản (UTTQ) sớm tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 36 bệnh nhân (BN) ung thư thực quản sớm điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi tại Trung tâm Tiêu Hóa Gan Mật bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2025. **Kết quả:** Chảy máu trong ESD 5.6%. Hẹp thực quản sau ESD 8.3%. Không tràn khí, nhiễm trùng, thủng trong và sau ESD. Không tái phát, di căn xa ở các bệnh nhân tái khám trong 5 năm theo dõi. Tỷ lệ cắt nguyên khối 100%; Cắt bỏ hoàn toàn 91.7%; Ung thư thực quản xâm lấn lớp biểu mô (M1), mô liên kết (M2): 77.8%; xâm lấn lớp cơ niêm (M3) và xâm lấn lớp dưới niêm mạc SM1 (<200µm): 19.4%; xâm lấn lớp dưới niêm mạc SM2, SM3 (>200 µm): 2.8%. Không xâm lấn hạch bạch huyết, không di căn xa. **Kết luận:** ESD là phương pháp can thiệp nội soi an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư thực quản sớm. **Từ khóa:** Cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi; Ung thư thực quản sớm; Loạn sản biểu mô vảy độ cao.

SUMMARY

CLINICAL OUTCOMES OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION IN THE TREATMENT OF EARLY ESOPHAGEAL CANCER AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To assess the efficacy of endoscopic submucosal dissection for the treatment of early esophageal cancer at the Gastroenterology and Hepatobiliary Center, Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective study of 36 patients with early esophageal cancer treated with endoscopic submucosal dissection at the Gastroenterology and Hepatobiliary Center, Bach Mai Hospital from January 2020 to January 2025. **Results:** Bleeding during ESD 5.6%. Esophageal stricture after ESD 8.3%. No air leakage, infection, perforation during and after ESD. No recurrence, distant metastasis in in patients re-examined during 5 years of follow - up; The en-bloc resection rate was 100%; Complete resection rate was 91.7%; Early esophageal cancer invades the epithelium (M1), Lamina propria mucosa (M2) was

77.8%; Muscularis mucosae (M3), Submucosa (SM1 <200 µm) was 19.4%; SM2, SM3 (>200 µm) was 2.8%. No lymph node invasion, no distant metastasis. **Conclusion:** Endoscopic submucosal dissection is an effective and safe technique in the treatment of early esophageal cancer. **Keywords:** Endoscopic submucosal dissection; Early esophageal cancer; High-grade squamous dysplasia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là ung thư thường gặp nhưng có tiên lượng xấu. Theo thống kê GLOBOCAN 2020, UTTQ đứng hàng thứ 7 trong số các ung thư thường gặp và là ung thư gây tử vong nhiều thứ 6 trên thế giới. Nam gặp nhiều hơn nữ. UTTQ bao gồm ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản chiếm tỷ lệ 90% và ung thư biểu mô tuyến dưới 10%. UTTQ sớm là ung thư giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc lớp dưới niêm mạc thực quản, nguy cơ di căn hạch thấp. Tỷ lệ sống sau 5 năm của ung thư biểu mô vảy thực quản lên tới 70% khi phát hiện ở giai đoạn sớm, trong khi chỉ còn 15% ở giai đoạn ung thư tiến triển. Khác với UTTQ giai đoạn muộn, phẫu thuật, xạ trị và hóa trị liệu là phương pháp điều trị chủ yếu. Phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) là lựa chọn ưu tiên đối với UTTQ sớm. Đây là các phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu, tỷ lệ biến chứng thấp hơn đáng kể so với phẫu thuật cắt thực quản hoặc hóa xạ trị. Tỷ lệ cắt nguyên khối, cắt hoàn toàn khối u cao, tái phát tại chỗ thấp hơn so với phương pháp cắt hớt niêm mạc qua nội soi (EMR), đánh giá chính xác mô bệnh học và phân tầng được nguy cơ di căn hạch, di căn xa của UTTQ, cung cấp thêm thông tin có thể chữa khỏi triệt căn hay cần điều trị bổ trợ hóa, xạ trị hoặc phẫu thuật, cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của ESD điều trị UTTQ sớm. Nghiên cứu "Kết quả cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị ung thư thực quản sớm tại Bệnh viện Bạch Mai" nhằm mục tiêu:

1. Khảo sát tính an toàn của phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi điều trị ung thư thực quản sớm tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật Bệnh viện Bạch Mai.
2. Đánh giá kết quả điều trị ung thư thực quản sớm bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược- Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ánh Dương

Email: dr.nguyenanhduong@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 36 BN được chẩn đoán UTTQ sớm và điều trị bằng ESD tại Trung tâm Tiêu Hóa Gan Mật bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

• BN UTTQ sớm:

Kết quả mô bệnh học T1aN0M0 hoặc T1bN0M0, phân loại IPCL (Intrapapillary capillary loop) type B1 hoặc B2 trên nội soi phóng đại NBI (Narrow band imaging)...

• Đồng ý thực hiện ESD

• BN có thông tin theo dõi đầy đủ: Tuổi, giới, vị trí, kích thước, phân loại đặc điểm tổn thương trên nội soi, siêu âm nội soi, mô bệnh học trước ESD, kết quả mô bệnh học sau ESD; mức độ xâm lấn, xâm lấn hạch, mạch máu, diện cắt đáy, diện cắt bên. Biện chứng của ESD

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

• Không T1N0M0 hoặc không type B1, B2 theo phân loại IPCL nội soi NBI phóng đại.

• Đã được điều trị bằng biện pháp khác trước đó

• Kèm khối u ác tính khác

• Có bằng chứng xâm lấn hạch hoặc di căn xa trên CT

• BN thiếu thông tin theo dõi

• BN UTTQ nhưng không phải là ung thư nguyên phát

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Mẫu thuận tiện: chọn các BN chẩn đoán xác định UTTQ sớm và được điều trị bằng ESD tại Trung tâm Tiêu Hóa Gan Mật bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2025.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Chọn các BN được chẩn đoán UTTQ sớm

Bước 2: Thực hiện kỹ thuật ESD bao gồm các bước: Đánh dấu tổn thương. Tiêm dưới niêm mạc. Rạch niêm mạc. Cắt tách dưới niêm mạc.

Bước 3: Đánh giá tính an toàn của và kết quả của ESD điều trị UTTQ sớm

2.2.4. Các biến số nghiên cứu

Tính an toàn của ESD điều trị UTTQ sớm: Thủng, chảy máu, hẹp, tràn khí, nhiễm trùng, tử vong, thời gian theo dõi.

Kết quả của ESD điều trị UTTQ sớm: Tỷ lệ cắt nguyên khối, tỷ lệ cắt hoàn toàn, diện cắt đáy, bên, xâm lấn mạch máu, hạch...

2.2.5. Quản lý và phân tích số liệu. Số liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Các phương pháp thống kê: Thống kê mô tả

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu.

đã thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai theo quyết định số 6247/QĐ-BM

BN được giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi: thấp, trung bình, cao nhất	44 - 57.5 - 68
Giới	Nam: 36 (100%) Nữ: 0 (0%)

Tuổi trung bình trong nghiên cứu 57.5. Nhỏ nhất: 44. Lớn nhất: 68; 100 % là nam giới

Bảng 3.2. Đặc điểm của tổn thương thực quản

Vị trí	1/3 trên: 11 (30.6%) 1/3 giữa: 16 (44.4%) 1/3 dưới: 9 (25%)
Kích thước	1.5-2 cm: 26 (72.2%) 2-3cm: 8 (22.2%) >3cm: 2 (5.6%)
Nội soi ánh sáng trắng	Phân loại Paris 0-IIa: 2 (5.6%) 0-IIb: 32 (88.9%) 0-IIc: 2 (5.6%)
Nội soi NBI phóng đại	Phân loại IPCL Type B1: 27 (75%) Type B2: 9 (25%) Type B3: 0 (0%)
Siêu âm nội soi	Niêm mạc: 31 (86.1%) Dưới niêm mạc: 5 (13.9%)
Kết quả sinh thiết trước ESD	Loạn sản độ cao: 28 (77.8%) Ung thư biểu mô vảy sừng hóa: 8 (22.2%)

UTTQ vị trí 1/3 giữa là phổ biến nhất tỷ lệ 44.4%.

26 (72.2%) BN có tổn thương thực quản kích thước từ 1.5-2 cm.

32 (88.9%) BN có tổn thương type 0-IIb theo phân loại Paris

27 (75%) BN type B1; 9 (25%) BN type B2. 0 BN type B3 theo phân loại IPCL

Tổn thương thực quản vị trí lớp niêm mạc chiếm đa số: 31 (86.1%); hạ niêm mạc: 5 (13.9%)

Kết quả sinh thiết trước ESD: Loạn sản độ cao: 28 (77.8%); Ung thư biểu mô vảy sừng hóa: 8 (22.2%)

Tính an toàn và kết quả của kỹ thuật ESD

Bảng 3.3. Tính an toàn của kỹ thuật ESD

Biện chứng	n
Chảy máu	2/36
Thủng	0
Hẹp	3/36

Tràn khí, nhiễm trùng, tử vong, biến chứng khác	0

2 (5.6%) BN có biến chứng chảy máu trong ESD. 0 BN có biến chứng chảy máu ruột; 3 BN hẹp thực quản; 0 BN thủng, tràn khí, nhiễm trùng, tử vong...

Bảng 3.4. Kết quả của ESD

Thời gian thực hiện trung bình – nhỏ nhất - lớn nhất	76.4 – 50 – 100 (phút)
Tỷ lệ cắt nguyên khối tổn thương	36/36 (100%)
Tỷ lệ cắt hoàn toàn tổn thương	Diện cắt đáy và bên âm tính: 33 (91.7%) Diện cắt đáy dương tính: 3 (8.3%) Diện cắt bên dương tính: 0 Diện cắt đáy và bên dương tính: 0
Mức độ xâm lấn ung thư thực quản trên kết quả mô bệnh học sau ESD	M1, M2: 28 M3, SM1: 7 (5 M3; 2 SM1) SM2, SM3: 1 Xâm lấn mạch máu: 0 Xâm lấn hạch: 0

Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là 76.4, nhỏ nhất là 50, lớn nhất là 100; Cắt nguyên khối tổn thương thực quản: 100%

Cắt hoàn toàn tổn thương: 91.7%; 8.3 % diện cắt đáy còn hiện diện của tế bào u

SM1, SM2: 28 (77.8%) BN

M3, SM1: 7 (19.4%) BN

SM2, SM3: 1 (8.3%) BN

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi. Độ tuổi trung bình của các BN UTTQ sớm là 57.5. Tuổi nhỏ nhất là 44. Tuổi cao nhất 68 tuổi. Kết quả này được cho là phù hợp với các nghiên cứu của Eric Omar Then trên 39842 BN, cho thấy độ tuổi trung bình của BN UTTQ sớm là $65,7 \pm 10$ tuổi. Độ tuổi trung bình của BN ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô tế bào vảy là $65,4 \pm 10$ và $66,3 \pm 10$ tuổi. Một vài nghiên cứu khác được thực hiện tại Nhật Bản và Hàn Quốc cũng ghi nhận tỷ lệ UTTQ phổ biến hơn ở độ tuổi trung niên và lớn tuổi, phổ biến nhất trong khoảng 60 -70 tuổi.

4.1.2. Giới. 36 (100%) BN trong nghiên cứu của chúng tôi là nam giới. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ (2024) và Trương Văn Phong (2023)

4.2. Đặc điểm của tổn thương thực quản. Nghiên cứu của Mark F Berry ghi nhận

ung thư vị trí 1/3 trên thực quản tỷ lệ 10-15%; 1/3 giữa tỷ lệ 50-60% và 1/3 dưới tỷ lệ 30-35%. Nghiên cứu của Basudev Agrawal cho thấy UTTQ 1/3 dưới là phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 46%, tiếp đó là UTTQ 1/3 giữa chiếm tỷ lệ 40%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTTQ vị trí 1/3 trên là 11 (30.6%) BN; 1/3 giữa là 16 (44.4%) BN; 1/3 dưới là 9 (25%) BN. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Mark F Berry và có sự khác biệt với nghiên cứu của Basudev Agrawal. Điều này có thể do quá trình tuyển chọn BN và cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, UTTQ 1/3 giữa gặp với tần suất cao nhất, cũng là UTTQ có tiên lượng xấu nhất khi so sánh với UTTQ 1/3 trên và dưới. Do đó, việc phát hiện sớm UTTQ giúp cải thiện tiên lượng và chất lượng sống của người bệnh.

Kích thước khối u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 2.03 cm. Kích thước u nhỏ nhất là 1.5 cm, lớn nhất là 5.1cm. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự các nghiên cứu của Furue với kích thước u trung bình là 20.7 ± 12.4 mm. Nghiên cứu của Yamashita có kích thước u trung bình là 21.3 ± 11.1 mm. Nghiên cứu của Teoh có kích thước u trung bình là 24.3 ± 9.8 . Chúng tôi lựa chọn các tổn thương UTTQ sớm có kích thước từ 1.5 cm trở lên vào trong nghiên cứu để thực hiện kỹ thuật ESD thay vì kỹ thuật EMR dựa trên các khuyến cáo của Nhật Bản, Hàn Quốc, hướng dẫn quản lý và điều trị ung thư sớm đường tiêu hóa của hội Tiêu hóa Châu Âu. ESD được cho là đạt tỷ lệ cắt nguyên khối, cắt bỏ hoàn toàn khối u và giảm nguy cơ tái phát tại chỗ sau ESD tốt hơn so với EMR.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tổn thương thực quản theo phân loại Paris type 0-IIb chiếm ưu thế 99.9%; 0-IIa 5.6%; 0-IIc 5.6%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ khi thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả ESD điều trị UTTQ sớm trên 44 BN, cho thấy type 0-IIb là 93,88%. Type 0-IIa 2,04% và type 0-IIc là 4,08%. Nghiên cứu của Jun Li (2021) trên 172 BN UTTQ tế bào vảy được điều trị bằng ESD cho thấy 78,5% thuộc type 0-IIb. Theo phân loại IPCL có 75% BN có tổn thương thực quản thuộc IPCL type B1. 25% tổn thương thực quản thuộc phân loại IPLC type B2. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp và tuân theo các hướng dẫn điều trị UTTQ sớm qua nội soi hiện nay của Nhật Bản, Hàn Quốc, Châu Âu. Tương tự các kết quả nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ có tỷ lệ tổn thương thực quản type B1 là 31/44 (63.27%) BN và 18/44 (36.73%) BN type B2. Nghiên cứu của Trương Văn Phong (2023) có

tỷ lệ tổn thương type B1 và B2 lần lượt là 75% và 25%. Trên siêu âm nội soi 86.1% tổn thương thực quản nằm ở lớp niêm mạc. 13.9% thuộc lớp hạ niêm mạc. Kết quả sinh thiết tổn thương thực quản trước khi làm ESD, cho thấy loạn sản độ cao chiếm tỷ lệ 77.8%; ung thư biểu mô vảy thực quản, chiếm tỷ lệ 22.2%. Các kết quả giải phẫu bệnh trước cắt khá tương đồng với các đặc điểm của tổn thương thực quản mà chúng tôi phát hiện được trên hình ảnh nội soi ánh sáng trắng và nội soi phóng đại NBI.

4.3. Tính an toàn và kết quả điều trị ESD

4.3.1. Tính an toàn của kỹ thuật ESD

Có 2 (5.6%) BN chảy máu trong quá trình thực hiện ESD. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của HY Wang với tỷ lệ biến chứng trong và 48 giờ sau ESD tương ứng là 3.52%. Biến chứng chảy máu trong nghiên cứu của Urabe là 1/79 (1.27%). Các khối u thực quản có kích thước trên 3 cm, xơ hóa, thời gian thực hiện thủ thuật kéo dài là lý do chính khiến can thiệp ESD xuất hiện biến chứng chảy máu. Hẹp thực quản sau ESD là 8.3%, kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Urabe (2010) với tỷ lệ hẹp thực quản sau ESD tương ứng là 4/79 (5%), sự khác biệt này là do kích thước khối u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn so với nghiên cứu của Urabe, các trường hợp hẹp trong nghiên cứu của chúng tôi đều có kích thước u lớn, chiếm xấp xỉ $\frac{3}{4}$ chu vi thực quản. Không có BN nào xuất hiện biến chứng tràn khí, thấp hơn so với các nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ có 1/44 (2.26%) và nghiên cứu của Lee Ching-tai có 1/22 (4.55%). Không ghi nhận trường hợp nào thủng, nhiễm trùng và chảy máu muộn. 100% BN tái khám trong vòng 1 năm. Từ 1-3 năm có 11 BN; 3-5 năm có 13 BN và trên 5 năm có 2 BN UTTQ tái khám, không phát hiện tái phát tại chỗ và di căn xa. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự nghiên cứu của HY Wang, cho thấy tỷ lệ tái phát của ESD điều trị UTTQ sớm khá thấp tương ứng 0.08%.

4.3.2. Hiệu quả của kỹ thuật ESD. Thời gian thực hiện kỹ thuật ESD nhỏ nhất là 50 phút, trung bình 76,4 phút và lớn nhất là 100 phút. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu HY Wang với thời gian thực hiện kỹ thuật ESD điều trị UTTQ sớm là 74.33 phút. Thời gian thực hiện kỹ thuật ESD trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ và ngắn hơn kết quả nghiên cứu của Lee Ching tai (2012), tương ứng là $52,5 \pm 38,1$ và $92,7 \pm 69$ (phút), sự khác biệt này được cho là do sự khác biệt về kích thước khối u được cắt

bỏ bằng kỹ thuật ESD. Các khối u thực quản có kích thước trên 3 cm, xơ hóa, chiếm trên $\frac{1}{2}$ chu vi thực quản, được coi là yếu tố gây khó cho kỹ thuật ESD, dẫn tới thời gian thực hiện thủ thuật kéo dài.

100% UTTQ sớm trong nghiên cứu được cắt nguyên khối. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Thái Doãn Kỳ. Nghiên cứu của Oyama ghi nhận tỷ lệ cắt nguyên khối UTTQ sớm sau ESD là 95%. Nghiên cứu hồi cứu về ESD thực quản đối với 373 tổn thương từ 11 bệnh viện ở Nhật Bản của Yuki Okubo cho thấy tỷ lệ cắt nguyên khối là 96,7% - 99%. Tỷ lệ cắt hoàn toàn UTTQ sớm của chúng tôi là 91.7%. 3 (8.3%) BN còn sự hiện diện của tế bào u ở diện cắt đáy. Tỷ lệ cắt hoàn toàn khối u của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Yuki Okubo tương ứng là 84.5 - 88%. Nghiên cứu của HY Wang cho thấy tỷ lệ cắt hoàn toàn UTTQ sớm đạt 75.57%. Kích thước khối u, mức độ xơ hóa, sự cải tiến và hoàn thiện của kỹ thuật ESD cùng với các thiết bị hỗ trợ kéo, dao cắt... trong ESD, giúp đạt tỷ lệ cắt hoàn toàn tổn thương tốt hơn.

Kết quả mô bệnh học sau ESD cho thấy có 28 (77.8%) BN UTTQ giới hạn vị trí lớp biểu mô và mô liên kết, thuộc chỉ định tuyệt đối của ESD, sau cắt bỏ tổn thương các BN này được theo dõi, không điều trị bổ trợ hóa, xạ trị, phẫu thuật. 7 (19.4%) BN UTTQ sớm giới hạn ở lớp cơ niêm M3 và lớp dưới niêm mạc SM1. 5 BN thuộc lớp M3, không điều trị bổ trợ; 2 BN SM1. 1 (2.8 %) BN UTTQ xâm lấn vị trí dưới niêm mạc SM2, SM3. Cả 3 (8.3%) BN này đều có kèm theo diện cắt đáy dương tính và được chỉ định phẫu thuật, kết hợp hóa trị liệu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cắt nguyên khối, cắt hoàn toàn khối u cao. Tỷ lệ tái biến, biến chứng thấp và được điều trị bảo tồn. Không tái phát và di căn xa ở các bệnh nhân tái khám trong 5 năm theo dõi. Kỹ thuật ESD là an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư thực quản sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **HY Wang et al.** The safety and efficacy of endoscopic submucosal dissection for treating early oesophageal carcinoma: a meta-analysis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020 Aug 21;102(9):702-711. doi: 10.1308/rcsann.2020.0177
2. **Eric Omar Then et al.** Esophageal Cancer: An Updated Surveillance Epidemiology and End Results Database Analysis. *World J Oncol.* 2020 Mar 29;11(2):55-64. doi: 10.14740/wjon1254
3. **Yuko Kitagawa et al.** Esophageal cancer practice guidelines 2022 edited by the Japan esophageal society: part 1. *Esophagus.* 2023 Mar 18; 20(3): 343-372. doi: 10.1007/s10388-023-

- 00993-2
4. **Yoshiyasu Kitagawa, Takuto Suzuki, Taro Hara, Taketo Yamaguchi.** Safety and efficacy of endoscopic submucosal dissection using IT knife nano with clip traction method for early esophageal squamous cell carcinoma. *Surg Endosc.* 2018 Jan;32(1): 450-455. doi: 10.1007/s00464-017-5703-x. Epub 2017 Jun 27.
 5. **Taro Iwatsubo, Akitoshi Hakoda, Noriaki Sugawara, Shun Sasaki, Noriyuki Nakajima, Yosuke Mori, Hironori Tanaka, Kazuhiro Ota, Toshihisa Takeuchi, Hiroki Nishikawa.** Safety and efficacy of endoscopic submucosal dissection with gel immersion technique for superficial esophageal neoplasms. *Journal of Gastroenterology and Hepatology.* First published: 04 November 2024. 04 November 2024. <https://doi.org/10.1111/jgh.16800>
 6. **Dengfeng Zhang, Tianxing Lu, Pengfei Guo, Jing li, Fangchao Zhao, Zhirong Li, Shujun Li.** Occurrence and Prognosis of Mixed Subtype Adenocarcinoma and Adeno-Squamous Carcinoma in Esophageal Cancer. *J Cancer* 2024; 15(5):1442-1461. doi:10.7150/jca.92230
 7. **Basudev Agrawal et al.** CT Findings in Patients with Esophageal Carcinoma and Its Correlation with Esophagographic Findings. *Open Journal of Radiology.* Vol 8. No. 2, June 2018.
 8. **Dimitrios Fotis et al.** Submucosal invasion and risk of lymph node invasion in early Barrett's cancer: potential impact of different classification systems on patient management. *United European Gastroenterol J.* 2015 Dec;3(6):505-513. doi: 10.1177/2050640615581965

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY BÁN PHẦN CỰC DƯỚI, NẠO VẾT HẠCH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2016 - 2020

Nguyễn Tiến Điều^{1,2}, Phạm Hoàng Hà^{3,4}, Phạm Quang Thái^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi và mổ mở cắt dạ dày bán phần cực dưới kèm nạo vét hạch điều trị ung thư biểu mô dạ dày ở người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc, thực hiện trên 60 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2016–2020. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: phẫu thuật nội soi ($n = 30$) và mổ mở ($n = 30$). **Kết quả:** Hai nhóm có độ tuổi trung bình và phân bố giai đoạn bệnh tương đương. Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm nội soi dài hơn có ý nghĩa thống kê ($196,3 \pm 32,1$ phút so với $164,3 \pm 27,8$ phút; $p < 0,05$). Số hạch nạo vét trung bình không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ($p = 0,32$). Nhóm nội soi có thời gian trung tiện và thời gian nằm viện ngắn hơn ($p < 0,05$). Biến chứng sau mổ ghi nhận chủ yếu ở nhóm mổ mở, bao gồm viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ, rò tiêu hóa và bực mồm tá tràng. Thời gian theo dõi trung bình là 69,9 tháng (8 - 110 tháng). Sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,48$ và $p = 0,50$). Tỷ lệ sống toàn bộ sau 5 năm là 75,5% (mổ mở) và 83,0% (nội soi). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới kèm nạo vét hạch là phương pháp khả

thí, an toàn và đem lại hiệu quả điều trị tương đương mổ mở ở bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư dạ dày.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, người cao tuổi, nạo vét hạch, kết quả phẫu thuật

SUMMARY

OUTCOMES OF DISTAL SUBTOTAL GASTRECTOMY WITH LYMPHADENECTOMY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA IN ELDERLY PATIENTS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL, 2016–2020

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic versus open distal subtotal gastrectomy with lymphadenectomy for the treatment of gastric adenocarcinoma in elderly patients. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 60 patients aged ≥ 60 years who underwent surgery at Viet Duc University Hospital between 2016 and 2020. Patients were assigned to either the laparoscopic group ($n = 30$) or the open surgery group ($n = 30$). **Results:** The two groups had comparable mean ages and tumor stage distributions. The mean operative time was significantly longer in the laparoscopic group (196.3 ± 32.1 minutes vs. 164.3 ± 27.8 minutes; $p < 0.05$). The mean number of retrieved lymph nodes did not differ significantly between groups ($p = 0.32$). Patients in the laparoscopic group had a shorter time to first flatus and shorter postoperative hospital stays ($p < 0.05$). Postoperative complications occurred predominantly in the open surgery group and included pneumonia, surgical site infection, gastrointestinal leakage, and duodenal stump rupture. The mean follow-up duration was 69.9 months (8 - 110 months). There was no statistically significant difference in overall survival (OS) or disease-free survival (DFS) between the two groups ($p = 0.48$ and $p = 0.50$).

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Hưng Yên

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Hà

Email: hadrvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

respectively). The 5-year overall survival rates were 75.5% for open surgery and 83.0% for laparoscopic surgery. **Conclusion:** Laparoscopic distal subtotal gastrectomy with lymph node dissection is a feasible and safe treatment option for elderly patients with gastric cancer, providing comparable oncologic outcomes to open surgery while offering advantages in postoperative recovery.

Keywords: Gastric cancer, elderly patients, lymph node dissection, surgical outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính đứng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới và thứ 4 về nguyên nhân tử vong do ung thư trên toàn cầu.¹ Cùng với xu hướng già hóa dân số, tỷ lệ mắc ung thư ở nhóm người cao tuổi ngày càng gia tăng.² Phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu giúp cải thiện tiên lượng sống cho bệnh nhân UTDD.³ Tuy nhiên, ở người cao tuổi, chức năng sinh lý các cơ quan đã suy giảm, khả năng chịu đựng sang chấn phẫu thuật kém hơn và thường kèm nhiều bệnh lý nền, khiến quá trình hồi phục sau mổ gặp nhiều khó khăn.⁴ Do đó, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật tối ưu, đảm bảo cân bằng giữa tính triệt căn và khả năng hồi phục, có ý nghĩa đặc biệt quan trọng nhằm mang lại lợi ích tối đa cho người bệnh.

Phẫu thuật nội soi đã được ứng dụng rộng rãi trong điều trị UTDD nhờ các ưu điểm: giảm mất máu, hạn chế sang chấn, giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian hồi phục và thời gian nằm viện tuy nhiên kỹ thuật khó khăn và thời gian phẫu thuật dài hơn.⁵ Nhiều nghiên cứu ghi nhận kỹ thuật này mang lại kết quả ngắn hạn thuận lợi hơn so với mổ mở, đồng thời vẫn đảm bảo hiệu quả ung thư học tương đương.⁶ Ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, một số báo cáo cho thấy phẫu thuật nội soi giúp cải thiện đáng kể khả năng phục hồi sau mổ và giảm tỷ lệ biến chứng so với mổ mở. Tại Việt Nam, UTDD thường được phát hiện ở giai đoạn tiến triển, tỷ lệ mắc ở người cao tuổi ngày càng tăng. Tuy nhiên, các dữ liệu so sánh toàn diện giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở trong điều trị UTDD ở nhóm đối tượng này vẫn còn hạn chế, đặc biệt là về cả kết quả sớm và kết quả dài hạn. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi và mổ mở cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch điều trị ung thư biểu mô dạ dày ở người cao tuổi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2016-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân

cao tuổi (≥ 60 tuổi) được phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2016 - 10/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến dạ dày dựa vào khám lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi dạ dày và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

+ Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch bằng phương pháp nội soi hoặc mổ mở từ năm 2016 - 2020.

+ Có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

+ Có đủ thông tin liên lạc để theo dõi kết quả điều trị đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

+ Ung thư 2 vị trí.

+ Bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày do tái phát (ung thư móm dạ dày).

+ Bệnh nhân không được theo dõi điều trị hoặc mất thông tin trong quá trình theo dõi.

+ Người bệnh có tiền sử mắc hoặc mắc mới bệnh lý ác tính khác ngoài UTDD trong quá trình theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả có theo dõi dọc

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện

Quy trình nghiên cứu:

- Lập danh sách bệnh nhân qua sổ ra vào viện các khoa của Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

- Mượn bệnh án, thu thập dữ liệu nghiên cứu theo mẫu bệnh án, chọn BN có đầy đủ biến số nghiên cứu

- Gọi điện cho bệnh nhân hoặc người thân lấy thông tin ngoài bệnh án: tình trạng bệnh nhân hiện tại, thời gian phát hiện tái phát và thời gian tử vong

- Khám lại trực tiếp tại phòng khám, đánh giá tình trạng bệnh, tái phát, di căn, hay bệnh mới (Khám lại được toàn bộ các bệnh nhân trong nghiên cứu)

Phương pháp xử lý số liệu: Nhập số liệu và xử lý số liệu trên phần mềm STATA. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2016 đến 10/2020, có 60 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu, với thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 69,9 tháng (8 - 110 tháng).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Mổ mở		Mổ nội soi		Tổng	
	n = 30	%	n = 30	%	n = 60	%
Giới tính						
Nam	18	60	18	60	36	60,00
Nữ	12	40	12	40	24	40,00
BMI						
Thiếu cân	5	16,67	7	23,33	12	20,00
Bình thường	20	66,67	15	50,00	35	58,33
Thừa cân	5	16,67	8	26,67	13	21,67
Tuổi trung bình	67,33 ± 4,44		67,63 ± 5,27		67,48 ± 4,83	
Giai đoạn bệnh						
I	15	50,00	15	50,00	30	50,00
II	10	33,33	10	33,33	20	33,33
III	5	16,67	5	16,67	10	16,67
Bệnh kèm theo						
Nhóm bệnh tim mạch	8	36,67	9	30,00	17	28,33
Nhóm bệnh hô hấp	2	6,67	2	6,67	4	6,67
Nhóm bệnh khớp mạn	1	3,33	0	0	1	1,67
Nhóm bệnh thần kinh	3	10,00	2	6,67	5	8,33
Nhóm bệnh chuyển hoá	1	3,33	1	3,33	2	3,33
Không kèm bệnh khác	15	50,00	16	53,33	31	51,67

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,48±4,83 tuổi. Tuổi trung bình của hai nhóm bệnh nhân mổ mở và mổ nội soi không có sự khác biệt. Không có sự khác biệt về tỷ lệ giai đoạn bệnh, nhóm bệnh tim mạch, hô hấp giữa 2 nhóm mổ mở và mổ nội soi.

Bảng 2. Kết quả sớm sau mổ

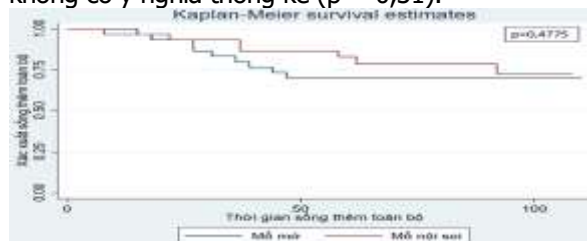
Đặc điểm	Mổ mở (n=30)	Mổ nội soi (n=30)	Tổng (n=60)	p
Thời gian phẫu thuật (phút)	164,33 ± 27,75 (100-220)	196,33 ± 32,11 (140 – 280)	180,33 ± 33,85 (100-280)	0,0002*
Số hạch nạo vét trung bình (ngày)	18,5 ± 6,42 (4-30)	17,33 ± 6,37 (7-31)	17,91 ± 6,37 (4-31)	0,3247
Thời gian trung tiện (ngày)	4,2 ± 1,34 (3-8)	2,8 ± 0,76 (2-5)	3,5 ± 1,29 (2-8)	0,0000*
Thời gian dùng giảm đau (ngày)	4,3 ± 1,45 (3-7)	3,63 ± 0,96 (2-6)	3,97 ± 1,1 (2-7)	0,0321*
Thời gian nằm viện (ngày)	11,67 ± 6,12 (7-37)	8,16 ± 1,56 (5-13)	9,91 ± 4,77 (5-37)	0,0000*
Biến chứng sớm				
Nhiễm trùng vết mổ	2	0		
Viêm phổi	3	0		
Chảy máu vết mổ	1	0		
Tắc ruột sớm	1	0		
Rò tiêu hoá	1	0		
Bục móm tá tràng	1	0		

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm mổ nội soi dài hơn nhóm mổ mở ($p < 0,05$), số hạch nạo vét trung bình giữa hai nhóm là tương đương nhau ($p = 0,3247$). Ở nhóm mổ nội soi chúng tôi không ghi nhận biến chứng sớm trong khi đó nhóm mổ mở có nhiễm trùng vết mổ có 3 BN, viêm phổi 3 BN và rò móm tá tràng phải mổ lại có 1 BN, tắc ruột sớm có 1 bệnh nhân, rò tiêu hoá có 1 bệnh nhân.

Bảng 3. Tình trạng tử vong và sống thêm toàn bộ sau mổ

Nhóm phẫu thuật	Còn sống n (%)	Tử vong n (%)	Thời gian sống thêm toàn bộ (tháng) Mean ± SD (Min–Max)	p
Mổ nội soi (n=30)	21 (70,0)	9 (30,0)	72,36 ± 25,95 (8–110)	
Mổ mở (n=30)	23 (76,67)	7 (23,33)	67,43 ± 28,92 (15–108)	
Tổng (n=60)	44 (73,33)	16 (26,67)	69,90 ± 27,39 (8–110)	0,31

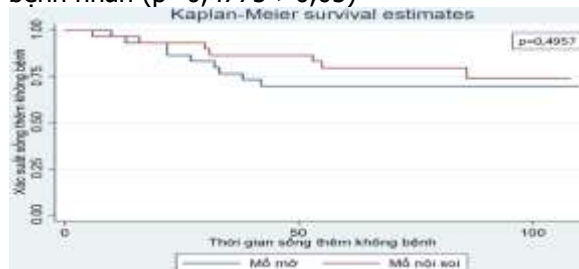
Nhận xét: Nhóm mỡ nội soi ghi nhận tỷ lệ tử vong 30,0% với thời gian sống thêm toàn bộ trung bình $72,36 \pm 25,95$ tháng; nhóm mỡ mỡ lần lượt là 23,33% và $67,43 \pm 28,92$ tháng. Mặc dù nhóm nội soi có xu hướng sống thêm lâu hơn, kiểm định Wilcoxon signed-rank cho thấy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,31$).



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ giữa PTNS và mỡ mỡ

Nhận xét: *Kiểm định Log-rank ghép cặp cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

về thời gian sống thêm toàn bộ giữa 2 nhóm bệnh nhân ($p=0,4775 > 0,05$)



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm không bệnh sau mổ giữa PTNS và mỡ mỡ

Nhận xét: *Kiểm định Log-rank ghép cặp cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm toàn bộ giữa 2 nhóm bệnh nhân ($p=0,4957 > 0,05$)

Bảng 4: Xác suất sống thêm sau mổ giữa PTNS và mỡ mỡ

Thời gian	Xác suất sống thêm toàn bộ [95%CI]			Xác suất sống thêm không bệnh [95%CI]		
	Mỡ mỡ (n=30)	Mỡ nội soi (n=30)	Toàn bộ (n=60)	Mỡ mỡ (n=30)	Mỡ nội soi (n=30)	Toàn bộ (n=60)
1 năm	100	0,97 [0,77-0,99]	0,98 [0,88-1,00]	0,97 [0,79-0,99]	0,97 [0,79-0,99]	0,97 [0,87-0,99]
2 năm	0,93 [0,76-0,98]	0,93 [0,76-0,98]	0,93 [0,83-0,97]	0,86 [0,68-0,95]	0,93 [0,76-0,98]	0,90 [0,79-0,95]
3 năm	0,80 [0,61-0,90]	0,93 [0,76-0,98]	0,87 [0,75-0,93]	0,77 [0,57-0,88]	0,93 [0,76-0,98]	0,82 [0,69-0,94]
4 năm	0,70 [0,50-0,83]	0,87 [0,68-0,94]	0,78 [0,65-0,86]	0,70 [0,50-0,83]	0,87 [0,68-0,95]	0,78 [0,66-0,87]
5 năm	0,70 [0,50-0,83]	0,83 [0,64-0,93]	0,76 [0,63-0,85]	0,70 [0,50-0,83]	0,80 [0,60-0,90]	0,74 [0,62-0,84]

Nhận xét: Xác suất sống thêm toàn bộ tại thời điểm 1 năm: xác suất sống thêm ở nhóm mỡ mỡ là 100%, không có bệnh nhân nào tử vong. Tuy nhiên, tại các thời điểm 2,3,4,5 năm, xác suất sống thêm toàn bộ của nhóm mỡ nội soi cao hơn nhóm mỡ mỡ. Xác suất sống thêm không bệnh tại thời điểm 1 năm: xác suất sống thêm không bệnh ở nhóm mỡ mỡ và nhóm mỡ nội soi bằng nhau và bằng 0,97. Tại các thời điểm 2,3,4,5 năm, xác suất sống thêm không bệnh của nhóm mỡ nội soi cao hơn nhóm mỡ mỡ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của toàn bộ bệnh nhân là $67,5 \pm 4,8$, không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm phẫu thuật nội soi và mỡ mỡ. Đây là độ tuổi đặc trưng cho nhóm "người cao tuổi" theo tiêu chuẩn WHO và Bộ Y tế Việt Nam, và cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế về phẫu thuật ung thư dạ dày ở người cao tuổi như của Yen và cộng sự (2022)⁷

hay Shibuya và cộng sự (2019)⁹.

Chỉ số BMI trung bình của bệnh nhân phần lớn nằm trong giới hạn bình thường, một yếu tố thuận lợi giúp giảm nguy cơ biến chứng do béo phì hoặc suy dinh dưỡng. Về đặc điểm bệnh học, hơn 80% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn I hoặc II và có phân bố giai đoạn bệnh tương đồng giữa hai nhóm phẫu thuật. Sự đồng nhất về các biến số nền quan trọng như tuổi, bệnh kèm theo, chỉ số BMI và giai đoạn bệnh đảm bảo tính so sánh công bằng khi đánh giá hiệu quả và độ an toàn giữa phẫu thuật nội soi và mỡ mỡ. Điều này giúp loại trừ phần lớn yếu tố nhiễu trong phân tích, tăng độ tin cậy cho kết quả nghiên cứu.

4.2. Kết quả gần sau mổ. Mặc dù thời gian phẫu thuật ở nhóm nội soi dài hơn đáng kể so với nhóm mỡ mỡ ($196,3 \pm 32,1$ phút so với $164,3 \pm 27,8$ phút; $p = 0,002$), nhưng số lượng hạch nạo vét trung bình giữa hai nhóm là tương đương ($17,33 \pm 6,37$ so với $18,5 \pm 6,42$; $p = 0,3247$). Điều này cho thấy phẫu thuật nội soi

không làm giảm mức độ triệt căn của ung thư. Kết quả này phù hợp với các báo cáo trước đó, bao gồm nghiên cứu của Yen và cộng sự (2022)⁷ và tổng quan hệ thống của Lou và cộng sự (2022)², trong đó đều ghi nhận rằng nội soi có khả năng nạo vét hạch đạt tiêu chuẩn D2 tương đương mổ mở.

Về hồi phục sau mổ, nhóm nội soi có thời gian trung tiện ngắn hơn ($2,80 \pm 0,76$ ngày so với $4,2 \pm 1,34$ ngày; $p < 0,001$) và thời gian nằm viện ngắn hơn ($8,16 \pm 1,56$ ngày so với $11,67 \pm 6,12$ ngày; $p < 0,001$). Đây là những ưu thế quan trọng ở người cao tuổi, vì giảm thời gian nằm viện giúp hạn chế biến chứng nhiễm trùng bệnh viện, giảm nguy cơ suy giảm chức năng các cơ quan và giảm chi phí điều trị. Tỷ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm nội soi thấp hơn rõ rệt, không ghi nhận biến chứng nặng, trong khi nhóm mổ mở ghi nhận nhiều biến chứng như viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ, rò tiêu hóa và bực mồm tá tràng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Huang và cộng sự (2022)⁵, báo cáo tỷ lệ biến chứng ở nhóm mổ mở cao gấp gần 4 lần nhóm nội soi (37,8% so với 10,3%; $p < 0,05$), đặc biệt ở các biến chứng nhiễm trùng và suy hô hấp, vốn là các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ tử vong.

4.3. Kết quả xa. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi với thời gian trung bình là 69,9 tháng (8 - 110 tháng). Kết quả cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm ở nhóm phẫu thuật nội soi đạt 83,0%, cao hơn so với nhóm mổ mở với 75,5%. Tương tự, tỷ lệ sống thêm không bệnh cũng cao hơn ở nhóm nội soi, tuy nhiên, kiểm định Log-rank cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,48$ (sống thêm toàn bộ) và $p = 0,50$ (sống thêm không bệnh). Những kết quả này cho thấy rằng, xét về hiệu quả lâu dài, phẫu thuật nội soi có thể mang lại tiên lượng tương đương với phẫu thuật mở ở bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư biểu mô dạ dày. Tương tự với nghiên cứu của Shibuya và cộng sự (2019)⁹, khi so sánh hai phương pháp mổ trong nhóm bệnh nhân cao tuổi cũng nhận thấy không có khác biệt về mức độ sống còn dài hạn.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Long và cộng sự (2023)⁶ thực hiện trên 472 bệnh nhân ung thư dạ dày T4a cho thấy phẫu thuật nội soi có tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm đạt 69%, tương đương với nhóm mổ mở (60%; $p > 0,05$). Đồng thời, nhóm nội soi còn cho thấy ưu thế về giảm mất máu và rút ngắn thời gian nằm viện. Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi là tiền đề giúp củng cố vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày ở bệnh nhân cao tuổi. Kỹ

thuật này không chỉ đảm bảo được độ triệt căn tương đương với mổ mở mà còn mang lại lợi ích về phục hồi chức năng sau mổ, giảm biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện.

Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu còn tương đối nhỏ và được thực hiện tại một trung tâm đơn lẻ, có thể ảnh hưởng đến khả năng khái quát hóa kết quả. Các nghiên cứu đa trung tâm, tiến cứu với thiết kế ngẫu nhiên có đối chứng là cần thiết để khẳng định thêm tính ưu việt của phẫu thuật nội soi trong nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư dạ dày.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới là phương pháp khả thi và an toàn cho bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư biểu mô dạ dày. Mặc dù thời gian mổ dài hơn so với mổ mở, kỹ thuật này mang lại nhiều lợi ích ngắn hạn như phục hồi nhanh, thời gian nằm viện ngắn và tỷ lệ biến chứng hậu phẫu thấp. Về lâu dài, thời gian sống thêm sau mổ giữa hai nhóm không khác biệt, khẳng định phẫu thuật nội soi vẫn duy trì được tính triệt căn và hiệu quả điều trị tương đương mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dũng HV.** Đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh ung thư dạ dày người cao tuổi. VMJ. 2023;526(1B). doi:10.51298/vmj.v526i1B.5433
2. **Lou S, Yin X, Wang Y, Zhang Y, Xue Y.** Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Surg. 2022;102:106678. doi:10.1016/j.ijssu.2022.106678
3. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834
4. **Lin GS, Huang XY, Lu J, et al.** A good preoperative immune prognostic index is predictive of better long-term outcomes after laparoscopic gastrectomy compared with open gastrectomy for stage II gastric cancer in elderly patients. Surg Endosc. 2022;36(3):1814-1826. doi:10.1007/s00464-021-08461-7
5. **Huang C, Liu H, Hu Y, et al.** Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: Five-Year Outcomes From the CLASS-01 Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2022; 157(1): 9-17. doi:10.1001/jamasurg.2021. 5104
6. **Long VD, Dat TQ, Thong DQ, et al.** Long-Term Outcomes of Open Versus Laparoscopic Distal Gastrectomy for T4a Gastric Cancer: A Propensity Score-Matched Cohort Study. Ann Surg Oncol. 2023;30(4):2278-2289. doi:10.1245/s10434-022-12897-z
7. **Yen HH, Yeh CC, Lai IR.** Laparoscopic versus open distal gastrectomy for elderly patients with advanced gastric cancer: a retrospective comparative study. World J Surg Oncol. 2022;

- 20(1):355. doi:10.1186/s12957-022-02819-4
8. **Yao Q, Sun QN, Wang DR.** Laparoscopic versus open distal gastrectomy for advanced gastric cancer in elderly patients: a propensity-score matched analysis. *World Journal of Surgical Oncology*. 2024;22:13. doi:10.1186/s12957-023-03269-2

9. **Shibuya K, Kawamura H, Takahashi S, et al.** Short-term and Long-term Outcomes Following Laparoscopic Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer Compared With Open Gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2019;29(4):297-303. doi:10.1097/SLE.0000000000000660

ĐẶC ĐIỂM KHÒ KHÈ Ở TRẺ EM ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thế Dũng¹, Phí Thị Quỳnh Anh², Nguyễn Thị Diệu Thúy¹

TÓM TẮT

Khò khè là một trong các triệu chứng về hô hấp thường gặp nhất ở trẻ em. Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây khò khè. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm khò khè ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 200 trẻ em có triệu chứng khò khè tại khoa Nhi Đại Học Y Hà Nội từ tháng 7/2024 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** Viêm tiểu phế quản là căn nguyên gây khò khè thường gặp nhất ở nhóm < 12 tháng tuổi và thường liên quan đến kiểu hình khò khè khởi phát sớm với những đợt khò khè lần đầu tiên. Trong khi đó hen phế quản là nguyên nhân khò khè thường gặp ở nhóm > 24 tháng tuổi thường liên quan đến tình trạng khò khè dai dẳng nhiều đợt và kiểu hình khò khè khởi phát muộn. **Kết luận:** Kiểu hình khởi phát khò khè có giá trị trong định hướng nguyên nhân gây khò khè.

Từ khóa: Khò khè, nguyên nhân, trẻ em.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF WHEEZING IN CHILDREN TREATED AT THE PEDIATRICS DEPARTMENT OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY' HOSPITAL

Wheezing is one of the most common respiratory symptoms in children. Many diseases have wheezing symptom. This study was to describe the characteristics of wheezing in children. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 200 children presenting with wheezing at the Pediatrics Department of Hanoi Medical University' Hospital from July 2024 to June 2025. **Results:** Bronchiolitis was the most common cause of wheezing in children under 12 months of age and was often associated with an early-onset wheezing phenotype, typically seen in initial wheezing episodes. In contrast, bronchial asthma was more commonly observed in children over 24 months of age and was usually associated with persistent, recurrent wheezing and a late-onset wheezing phenotype. **Conclusion:** The

wheezing onset phenotypes have valuable in orienting the causes of wheezing.

Keywords: Wheezing, causes, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khò khè là một triệu chứng thường gặp ở trẻ em. Một nghiên cứu trên thế giới cho thấy khò khè với tỷ lệ 11,6% ở trẻ từ 6 đến 7 tuổi và 13,7% ở trẻ từ 13 đến 14 tuổi. [1] Tính trung bình cứ ba trẻ thì có một trẻ trải qua ít nhất một đợt thở khò khè cấp tính trước ba tuổi. Nguyên nhân gây khò khè ở trẻ em rất đa dạng. Trong các nguyên nhân gây khò khè cấp tính ở trẻ dưới hai tuổi, thường gặp nhất là viêm tiểu phế quản do vi-rút hợp bào hô hấp (RSV), ngoài ra có thể do rhinovirus, paramyxovirus, parainfluenza và metapneumovirus... Khò khè tái diễn thường là triệu chứng của hen phế quản, hay gặp ở trẻ có tiền sử mắc các bệnh dị ứng. Tuy nhiên, không phải mọi trường hợp khò khè tái diễn ở trẻ em đều là hen phế quản, có nhiều căn nguyên khác có thể gây khò khè ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, bao gồm các bệnh lý bẩm sinh và mắc phải. Mỗi nguyên nhân có một kiểu hình, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khác nhau và trong nhiều trường hợp chẩn đoán căn nguyên là không dễ dàng, đặc biệt là ở trẻ nhỏ. Vì vậy nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng theo nguyên nhân gây khò khè ở trẻ em điều trị nội trú tại khoa Nhi - Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân dưới 16 tuổi có triệu chứng khò khè điều trị nội trú tại khoa Nhi bệnh viện Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ 01/07/2024 đến 30/06/2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân khò khè có kèm các di chứng bệnh lý thần kinh như bại não, di chứng sau viêm não. Gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, gồm tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn.

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân nhập viện được khai thác thông tin chung, hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng và chỉ định một số xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp theo nguyên nhân định hướng gây khô khè. Chẩn đoán xác định nguyên nhân gây khô khè bởi các thầy thuốc Nhi khoa.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê trên máy tính sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng y đức bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân được giải thích và tham gia nghiên cứu với tinh thần tự nguyện. Mọi thông tin của bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 200 trẻ khô khè đáp ứng đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu

Bảng 1: Nguyên nhân khô khè theo nhóm tuổi

Nguyên nhân	<12 tháng		12-24 tháng		>24 tháng		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Viêm tiểu phế quản	72	56,2	42	32,8	14	10,9	128	100	0,001
Hen phế quản	0	0	3	13,6	19	86,4	22	100	
Viêm phế quản phổi	26	20,5	22	47,8	13	48,1	49	100	
Nguyên nhân khác	2	100	0	0	0	0	2	100	

Nhận xét: Nguyên nhân khô khè ở nhóm < 12 tháng tuổi chủ yếu là viêm tiểu phế quản. Trong khi đó ở nhóm >24 tháng nguyên nhân chủ yếu là hen phế quản. Có 2 bệnh nhân khô khè khởi phát sớm do nguyên nhân về tim mạch.

Bảng 2: Phân loại khô khè theo nhóm tuổi khởi phát

Thời điểm khô khè	n	%
Khô khè khởi phát sớm (<12 tháng)	131	65,2

Bảng 5: Đặc điểm cận lâm sàng theo nhóm tuổi khởi phát khô khè

	Khô khè khởi phát sớm	Khô khè khởi phát trung gian	Khô khè khởi phát muộn	p
Bạch cầu (G/l)	10,72±4,48	13,85±5,42	13,25±4,75	0,001
Bạch cầu trung tính (G/l)	4,68±4,61	7,30±4,61	8,73±4,96	0,001
Bạch cầu ưa acid (G/l)	0,15±0,19	0,16±0,20	0,25±0,21	0,092
Siêu âm tim	2/131	0/46	1/24	
RSV	61/131	10/46	2/24	
Cấy dịch tỵ hầu	19/60	13/30	3/19	

Nhận xét: Số lượng bạch cầu ưa acid trung bình của nhóm khô khè khởi phát muộn cao hơn 2 nhóm còn lại (0,25 G/l so với 0,16 G/l và 0,15G/l) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với

Khô khè khởi phát trung gian (12-24 tháng)	46	22,9
Khô khè khởi phát muộn (>24 tháng)	24	13,9
Tổng	200	100

Nhận xét: Kiểu hình khô khè khởi phát sớm chiếm tỷ lệ cao nhất 65,2%, tiếp đến là khô khè khởi phát trung gian chiếm 22,9%, kiểu hình khô khè khởi phát muộn chiếm tỷ lệ thấp nhất là 13,9%.

Bảng 3: Kiểu hình khô khè theo nhóm tuổi

			< 12 tháng	12-24 tháng	>24 tháng	p
Thời gian khô khè trung bình (ngày)			8,05 ±1,72	8,07 ±1,49	7,60 ±2,51	0,442
Số đợt khô khè	Khô khè lần đầu	n	63	32	13	0,001
		%	73,3	55,2	22,8	
	Khô khè ≥2 đợt	n	23	26	44	
		%	26.7	44.8	77.2	

Nhận xét: Tỷ lệ khô khè lần đầu ở nhóm < 12 tháng và > 24 tháng lần lượt là 73,3% và 22,8%, trong khi đó tỷ lệ khô khè nhiều đợt ở nhóm < 12 tháng và > 24 tháng lần lượt là 26,7% và 77,2%. Tỷ lệ khô khè lần đầu và khô khè nhiều đợt có sự khác biệt giữa các nhóm ($p=0,001$).

Bảng 4: Đặc điểm lâm sàng theo nhóm tuổi

Triệu chứng (%)	Khô khè khởi phát sớm	Khô khè khởi phát trung gian	Khô khè khởi phát muộn
Ho	100	97,8	100
Viêm long đường hô hấp trên	84	82,6	58,3
Khó thở	16,8	15,2	41,7
Sốt	69,5	82,6	62,5
Nôn	46,6	23,9	16,7

Nhận xét: Ho triệu chứng thường gặp nhất ở mọi kiểu hình khô khè. Triệu chứng thường gặp khác là viêm long đường hô hấp trên và sốt với tỷ lệ tương ứng là 80,6% và 71,6 %. Triệu chứng khó thở với biểu hiện rút lõm lồng ngực hoặc thở nhanh chiếm tỷ lệ 19,4% và gặp nhiều hơn ở nhóm khô khè khởi phát muộn với tỷ lệ 62,5%.

$p=0,092$. Về xét nghiệm vi sinh, RSV test nhanh dương tính trong nhóm khô khè khởi phát sớm chiếm tỉ lệ cao nhất là 46,56%. Về xét nghiệm nuôi cấy dịch tị hầu tỉ lệ dương tính là 31,1% và những căn nguyên thường gặp nhất là *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*.

Bảng 6: Đặc điểm Xquang theo nhóm tuổi khởi phát khô khè

Đặc điểm	Khô khè khởi phát sớm		Khô khè khởi phát trung gian		Khô khè khởi phát muộn	
	n	%	n	%	n	%
Ứ khí và tăng đậm nhánh phế quản	73	55,7	15	32,6	11	45,9
Nốt mờ cạnh tim 2 bên	24	18,3	7	15,2	6	16,7
Viêm đồng đặc nhu mô phổi	20	15,3	17	37	7	25
Xẹp phổi	9	6,9	3	6,5	1	4,2
Tổn thương phổi kẽ	4	3,1	2	4,3	2	8,3
Chưa phát hiện bất thường	1	0,8	2	4,3	0	0
Tổng	131	100	46	100	27	100

Nhận xét: Tổn thương trên Xquang thường gặp nhất là ứ khí và tăng đậm nhánh phế quản với tỉ lệ cao nhất ở nhóm khô khè khởi phát sớm chiếm tỉ lệ 55,7%. Tổn thương khác là nốt mờ cạnh tim 2 bên chiếm tỉ lệ 16,4% và viêm đồng đặc nhu mô phổi chiếm tỉ lệ 22,4%. Ngoài ra có thể gặp tổn thương phổi kẽ chiếm tỉ lệ 4% và xẹp phổi chiếm tỉ lệ 6,5%.

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 7/2024 đến tháng 6/2025, có 200 trẻ có triệu chứng khô khè đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu, với độ tuổi nhỏ nhất là 1 tháng tuổi và độ tuổi lớn nhất là 15 tuổi. Tuổi trung bình khởi phát khô khè của bệnh nhân là 14,9 tháng. Kết quả nghiên cứu này tương tự như kết quả của Roberta Barros de Sousa và cộng sự (2016) với tuổi trung bình khởi phát khô khè là $14,8 \pm 5,2$ tháng. [2]

Kiểu hình khô khè khởi phát sớm chiếm tỷ lệ cao nhất 65,2%, tiếp đến là khô khè khởi phát trung gian chiếm 22,9%, kiểu hình khô khè khởi phát muộn chiếm tỷ lệ thấp nhất là 13,9%. Kết quả nghiên cứu này không có nhiều sự khác biệt so với nghiên cứu Nguyễn Thị Huyền (2021) [4] tại Quảng Ninh và Hoàng Thị Thanh Mai (2018) [5] tại Hà Nội với tỉ lệ khởi phát khô khè trước 12 tháng tuổi là 57,9% và 66%.

Trong những nguyên nhân gây khô khè ở trẻ em, viêm tiểu phế quản là nguyên nhân thường gặp nhất trong nhóm khô khè khởi phát sớm chiếm tỷ lệ 72%. Trong khi đó ở nhóm >24 tháng, nguyên nhân chủ yếu gây khô khè là hen phế quản và chiếm tỉ lệ 86,4%. Có 2 bệnh nhân khô khè khởi phát sớm do nguyên nhân về tim mạch gây viêm phế quản phổi nhiều đợt. Sự khác biệt về nguyên nhân gây khô khè trong các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền (2021) với nguyên nhân khô khè thường

gặp ở lứa tuổi dưới 12 tháng chủ yếu là viêm tiểu phế quản chiếm tỷ lệ 74,7%, hen phế quản thường gặp ở lứa tuổi trên 24 tháng tuổi, chiếm tỷ lệ 87,5%.

Tỉ lệ khô khè lần đầu chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm < 12 tháng tuổi là 73,3% và thấp nhất ở nhóm >24 tháng tuổi là 26,7%. Trong khi đó tỉ lệ khô khè nhiều đợt cao nhất ở nhóm >24 tháng tuổi là 77,2%. Tỉ lệ khô khè lần đầu và khô khè nhiều đợt có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi với $p=0,001$.

Ngoài triệu chứng khô khè tại thời điểm vào viện, ho là triệu chứng thường gặp nhất ở tất cả các kiểu hình khô khè với tỉ lệ chung là 99,5%. Triệu chứng thường gặp khác là viêm long đường hô hấp trên và sốt với tỉ lệ tương ứng là 80,6% và 71,6 %. Triệu chứng khó thở với biểu hiện rút lõm lồng ngực hoặc thở nhanh chiếm tỉ lệ 19,4%. Nôn cũng là triệu chứng khá thường gặp chiếm tỉ lệ 37,8%, trong đó ở nhóm khô khè khởi phát sớm chiếm tỉ lệ cao nhất là 46,6%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Đức Tuấn với triệu chứng ho là triệu chứng phổ biến thứ 2 và viêm long hô hấp trên phổ biến thứ 3 sau khô khè.

Về các xét nghiệm cận lâm sàng, số lượng bạch cầu ưa acid trung bình của nhóm khô khè khởi phát muộn cao hơn 2 nhóm còn lại (0,25 G/l so với 0,16 G/l và 0,15 G/l) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,092$. Về xét nghiệm vi sinh, RSV test nhanh dương tính ở 36,3% bệnh nhân và trong nhóm khô khè khởi phát sớm chiếm tỉ lệ cao nhất là 46,56%. Kết quả nuôi cấy dịch tị hầu, tỉ lệ dương tính là 31,1% và căn nguyên thường gặp nhất là *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*. Hình ảnh chụp Xquang phổi với tổn thương thường gặp là ứ khí và tăng đậm nhánh phế quản. Ở các trẻ mắc viêm phổi, tổn thương thường gặp là nốt

mờ cạnh tim 2 bên và hình ảnh đông đặc nhu mô phổi.

V. KẾT LUẬN

Khò khè là triệu chứng hô hấp thường gặp ở trẻ em. Viêm tiểu phế quản là căn nguyên gây khò khè thường gặp nhất ở nhóm < 12 tháng tuổi và thường liên quan đến kiểu hình khò khè khởi phát sớm với những đợt khò khè lần đầu tiên. Trong khi đó hen phế quản là nguyên nhân khò khè thường gặp ở nhóm > 24 tháng tuổi thường liên quan đến tình trạng khò khè dai dẳng nhiều đợt và kiểu hình khò khè khởi phát muộn.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn bệnh nhi và gia đình trẻ đã tham gia, hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Xin cảm ơn Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội và khoa Nhi đã tạo điều kiện thuận lợi để nhóm nghiên cứu có thể thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, et al.** Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax*. 2007;62(9):758-766.
2. **Ana Maria Herrera Gana, et al.** Wheezing and asthma epidemiology in infants and preschoolers. Accessed June 19, 2025.
3. **Mandhane PJ, Greene JM, Cowan JO, Taylor DR, Sears MR.** Sex Differences in Factors Associated with Childhood- and Adolescent-Onset Wheeze. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;172(1):45-54.
4. **Nguyễn Thị Huyền,** "Kiểu hình khò khè của trẻ em dưới 5 tuổi tại Quảng Ninh." Trường Đại học Hà Nội, 2021.
5. **Hoàng Thị Thanh Mai,** "Nghiên cứu một số kiểu hình khò khè thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương." Trường Đại Học Hà Nội, 2018.
6. **Nguyễn Thị Hà,** "Nghiên cứu nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng theo nguyên nhân gây khò khè tái diễn và/hoặc dai dẳng ở trẻ dưới 5 tuổi." Trường Đại Học Hà Nội, 2013.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ CHỈNH HÌNH VẠO CỘT SỐNG KHỞI PHÁT SỚM Ở TRẺ EM BẰNG PHƯƠNG PHÁP BÓ BỘT

Trần Thái Hưng¹, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Vẹo cột sống khởi phát sớm(EOS) có thể tiến triển rất nhanh gây biến dạng lớn về cột sống, lồng ngực, ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân, là thách thức đối với bác sĩ và phẫu thuật viên cột sống. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu điều trị chỉnh hình vẹo cột sống khởi phát sớm ở trẻ em bằng phương pháp bó bột. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả 18 bệnh nhân, với chẩn đoán vẹo cột sống khởi phát sớm, được điều trị chỉnh hình bằng phương pháp bó bột tại khoa Phẫu thuật cột sống, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2025. Kết quả: Bó bột giúp giảm trung bình góc Cobb 15,2° và RVAD 9,4°. Trong quá trình điều trị ghi nhận sự gia tăng rõ rệt về chiều dài T1-T12 (trung bình 34.71mm), CCW(trung bình 18.7mm), SAL trái(trung bình 15.02mm), SAL phải (trung bình 17.51mm). Tốc độ tăng trưởng hàng năm cao hơn đáng kể ở những trẻ có góc Cobb và RVAD trước điều trị thấp. **Kết luận:** Bó bột trong điều trị chỉnh hình vẹo cột sống không chỉ hiệu quả trong việc chỉnh sửa biến dạng cột sống mà còn hỗ trợ sự phát triển của

lồng ngực và chiều dài cột sống ở trẻ mắc EOS.

Từ khóa: Vẹo cột sống; bó bột; sự phát triển cột sống, lồng ngực; dụng cụ chỉnh hình, trẻ nhỏ

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF CASTING METHOD IN THE TREATMENT OF EARLY ONSET SCOLIOSIS IN CHILDREN

Introduction: Early-onset scoliosis(EOS) can progress rapidly, leading to severe spinal and thoracic deformities that significantly impact patient health. It presents a major challenge for physicians and spine surgeons. **Objective:** To evaluate the preliminary outcomes of orthotic treatment for early-onset scoliosis in children using serial casting. **Methods:** A retrospective descriptive study of 18 patients diagnosed with early-onset scoliosis, treated with serial casting at the Spine Surgery Department, Viet Duc University Hospital, from May 2023 to May 2025. **Results:** Serial casting resulted in an average reduction of 15.2° in Cobb angle and 9.4° in RVAD. During treatment, there was a marked increase in T1–T12 spinal length (mean 34.71mm), chest circumference width (CCW, mean 18.7mm), left-side SAL(mean 15.02mm), and right-side SAL (mean 17.51mm). Annual growth rates were significantly higher in children with lower pre-treatment Cobb angles and RVAD. **Conclusion:** Serial casting for early-onset scoliosis is not only effective in correcting spinal deformities but also supports thoracic development and spinal growth in affected children

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hưng

Email: drthaihung98@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

Keywords: scoliosis; casts; spine/growth and development; thorax/growth and development; orthotic devices; child; preschool; infant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vẹo cột sống khởi phát sớm(EOS) định nghĩa là những đường cong cột sống lớn hơn 10 độ và khởi phát trước 10 tuổi¹. Vẹo khởi phát sớm là yếu tố nguy cơ cao đối với sức khỏe của người bệnh, đồng thời là thách thức đối với bác sĩ và phẫu thuật viên. Đường cong vẹo trong EOS có thể tiến triển rất nhanh gây biến dạng lớn về cột sống, lồng ngực ảnh hưởng tới sự phát triển, chức năng tim phổi. Nếu sự phát triển của cột sống bị rối loạn trong giai đoạn này, thể tích lồng ngực có thể bị hạn chế, cản trở phát triển của phổi dẫn đến suy giảm chức năng hô hấp lâu dài^{2,3}. Điều trị kịp thời trong giai đoạn vàng của sự phát triển cột sống và lồng ngực là điều thiết yếu^{4,5}.

Việc điều trị EOS là theo dõi sát sự tiến triển của đường cong và đưa ra quyết định điều trị đúng phương pháp và đúng thời điểm. Việc điều trị biến dạng cột sống bằng bó bột đã được ứng dụng trên thế giới từ năm 1877 bởi Lewis Sayre và được hoàn thiện bởi Mehta và Cotrel từ năm 1979⁶. Tại Việt Nam việc ứng dụng bó bột trong điều trị vẹo khởi phát sớm bắt đầu được ứng dụng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu điều trị chỉnh hình vẹo cột sống khởi phát sớm ở trẻ em bằng phương pháp bó bột, dựa trên mục tiêu chính về định lượng sự thay đổi về các chỉ số trên phim chụp X-quang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định vẹo cột sống khởi phát sớm, được điều trị bằng phương pháp bó bột tại khoa Phẫu thuật Cột sống bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán vẹo cột sống bao gồm:

- + Lâm sàng: Mất cân đối trục dọc cột sống, tam giác cạnh thân hai bên
- Lệch vai, lệch thân mình
- + Cận lâm sàng: đường cong vẹo trên Xquang có góc Cobb ≥ 20 độ.

Góc Cobb tiến triển nhanh khi theo dõi định kỳ(Chỉ số APR >10 độ khi theo dõi).

Chênh lệch góc sườn - cột sống (RVAD) ≥ 20 độ.

+ Được điều trị bằng phương pháp bó bột tại khoa Phẫu thuật cột sống, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

+ Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân không hợp tác tham gia nghiên

cứ, không đủ các biến số nghiên cứu, không tuân thủ điều trị và theo dõi.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Thực tế thu được 18 người bệnh.

2.2.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu: Sử dụng bệnh án nghiên cứu được xây dựng dựa trên các biến số và chỉ số phù hợp với mục tiêu.

Các biến số trong bệnh án nghiên cứu bao gồm: thông tin chung của người bệnh, đặc điểm về các chỉ số được đo lường trên Xq, kết quả sau điều trị.

2.2.4. Quy trình bó bột theo phương pháp Mehta: Bệnh nhân được mê nội khí quản, nằm ngửa, tư thế vuông góc với hai bàn mổ đặt song song nhau, vai thân mình và khung chậu được cố định đặt nằm giữa khoảng trống giữa hai bàn mổ. Cuộn lớp vải và bông lót từ dưới hõm nách 5cm đến dưới khớp mu. Tiến hành vừa cuốn bột, vừa nắn chỉnh xoay trục thân mình, bên lồi (convex side) được đẩy ra phía trước, bên lõm (concave side) đẩy ra phía sau. Tạo khoảng trống ở phía trước và phía sau bột. Thay bột khoảng 3 tháng/lần.



Hình 1: Bệnh nhân được gây mê toàn thân, thực hiện bó bột trong phòng mổ

2.2.5. Các phép đo lường trên phim X-quang: Đánh giá tại 2 thời điểm chính

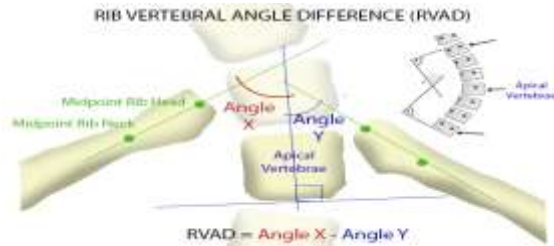
- (1) Trước khi bó bột lần đầu
- (2) Sau khi tháo bột lần gần nhất

Các thông số được đo từ phim X-quang cột sống tư thế đứng, sử dụng phần mềm MINERVA PACS

- Góc Cobb: Góc tạo bởi hai đường thẳng vẽ vuông góc với bờ trên của đốt sống tận phía trên và bờ dưới của thân đốt sống tận phía dưới của đường cong, đốt sống tận là đốt sống bị nghiêng nhất trong đường cong so với đường nằm ngang.

- Góc RVAD: Tính tại đốt sống đỉnh của đường cong, là hiệu số giữa hai góc tạo bởi

đường vuông góc với bờ dưới đốt sống đỉnh và đường nối hai đầu xương sườn và thân đốt sống hai bên.



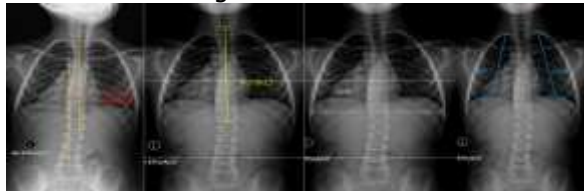
Hình 2: Chênh lệch góc sườn - cột sống

- Cân bằng mặt phẳng đứng ngang(mm): là khoảng cách đặt từ mẫu gai sau đốt C7 lệch sang bên so với gai sau xương cùng, lệch sang phải mang giá trị(+), trái mang giá trị(-)

- Chiều dài cột sống ngực T1-T12(khoảng cách từ đốt sống ngực thứ nhất đến đốt sống ngực thứ mười hai)

- Chiều rộng lồng ngực ở mặt phẳng đứng ngang: là khoảng cách ngang lớn nhất giữa hai mặt trong của xương sườn tại mức T8, phản ánh sự phát triển theo chiều ngang của lồng ngực.

- Không gian dành cho sự phát triển của phổi (SAL) ở bên trái (SAL-L) và bên phải (SAL-R) của lồng ngực (mm): được xác định riêng cho mỗi bên bằng khoảng cách thẳng đứng từ điểm giữa của xương sườn cao nhất đến trung tâm của cơ hoành cùng bên.



Hình 3: Các phép đo trên X-quang đánh giá trong bài viết

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Thống kê mô tả: tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

Kiểm định Shapiro-Wilk được dùng để đánh giá tính phân phối chuẩn của dữ liệu.

Với các so sánh theo thời gian của các thông số trên X-quang, nếu dữ liệu phân phối chuẩn, phân tích ANOVA được áp dụng. Phân tích tương quan giữa các biến ban đầu (Góc Cobb, RVAD) và các kết quả tăng trưởng (T1-T12, SAL, CCW) được thực hiện bằng hệ số tương quan Spearman.

Mức ý nghĩa thống kê sử dụng trong nghiên cứu này là $p=0,05$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Tất cả

các bệnh đều được giải thích kỹ, hiểu về tình trạng bệnh của mình, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Toàn bộ những thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. 18 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, trong đó có 10 nam và 8 nữ. Độ tuổi trung bình tại thời điểm bắt đầu bó bột là 2,88 tuổi. Mỗi bệnh nhân được bó bột trung bình 4 lần, khoảng cách giữa các lần bó bột trung bình là 10,6 tuần.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (%)
Nam	10(55)
Nữ	8(45)
Tuổi bắt đầu bó bột{trung bình (SD)}(tháng)	34,67(4,58)
Tuổi thời điểm bột lần cuối{trung bình (SD)}(tháng)	61(11,1)
Số lần bó bột trung bình{trung bình (SD)}	4,16(0,98)
Phương pháp điều trị tiếp theo	
Tiếp tục bó bột	14(77.78)
Mang áo nẹp	3(16.67)
Phẫu thuật	1(5.55)
Biến chứng	
Không có biến chứng	9(50)
Kích ứng da	3(16.68)
Lở loét	2(11.11)
Buồn nôn	2(11.11)
Không tuân thủ điều trị	1(5.55)
Tiến triển độ cong	1(5.55)

3.2. Hiệu quả chỉnh sửa biến dạng bằng phương pháp bó bột trên hình ảnh X-quang

Tại thời điểm lần tháo bột gần nhất, ghi nhận sự cải thiện rõ rệt về biến dạng cột sống trên X-quang sau khi thực hiện bó bột theo phương pháp Mehta liên tiếp

Góc Cobb trung bình giảm từ 40.5° (độ lệch chuẩn $SD=10.81^\circ$, khoảng 22.09-58.35) lúc ban đầu xuống còn trung bình 25.3° ($SD=10.47$, khoảng 9.74-45.79) tại thời điểm tháo bột gần nhất, mức giảm trung bình là 15.2.

Tương tự chênh lệch góc sườn- đốt sống (RVAD) cải thiện từ 24.2 ($SD=3.96$, khoảng 20.16-36.14) lúc ban đầu xuống còn 14.8 ($SD=4.79$, khoảng 8.12-29.64) tại thời điểm tháo bột gần nhất, mức giảm trung bình là 9.4.

Những thay đổi này cho thấy hiệu quả rõ rệt ở cả mặt phẳng đứng ngang và mặt phẳng xoay trục. Các giá trị chi tiết từng thông số được trình

bày ở bảng dưới

Bảng 2: Các thông số trên X-quang tại thời điểm ban đầu, lần gần nhất điều trị ở trẻ mắc EOS (n=18). Tính phân phối chuẩn của dữ liệu đánh giá bằng kiểm định Sapiro-Wilk

Thông số	Thời điểm	Giá trị TB	SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Tính phân phối chuẩn (Sapiro-Wilk)
Góc Cobb(°)	Trước điều trị	40.55	10.81	22.09	58.35	Có
Góc Cobb(°)	Lần gần nhất	25.27	10.47	9.74	45.79	Có
RVAD(°)	Trước điều trị	24.17	3.96	20.16	36.14	Có
RVAD(°)	Lần gần nhất	14.78	4.79	8.12	28.64	Có
T1-T12(mm)	Trước điều trị	166.95	12.41	132.18	187.81	Có
T1-T12(mm)	Lần gần nhất	201.67	13.24	167.33	230.46	Có
CCW(mm)	Trước điều trị	178.36	6.37	164.19	191.96	Có
CCW(mm)	Lần gần nhất	197.06	5.57	189.24	210.33	Có
SAL-L(mm)	Trước điều trị	116.67	13.59	98.82	143.24	Có
SAL-L(mm)	Lần gần nhất	131.69	12.46	113.74	155.12	Có
SAL-R(mm)	Trước điều trị	113.26	14.49	95.64	146.97	Có
SAL-R(mm)	Lần gần nhất	130.78	14.12	110.16	160.14	Có

Ký hiệu: RVAD, rib-vertebra angle difference; CCW, coronal chest width; SAL, space available for lung; SD, standard deviation

3.3. Đánh giá hiệu quả trên sự phát triển cột sống và lồng ngực. Chiều dài đoạn cột sống ngực T1-T12 trung bình tăng từ 166.95mm (trước điều trị) lên 201.67 (tại thời điểm đánh giá) tương ứng với mức kéo dài trung bình là 34.71mm (SD=5.2, dao động từ 25.25 – 47.15)

Chiều rộng lồng ngực ở mặt phẳng đứng ngang tăng trung bình 18.7mm (SD=2.82, dao động từ 13.26 – 26.93) từ 178.36 lên 197.06mm.

Khoảng không gian dành cho phổi cũng được mở rộng: Phổi trái tăng trung bình 15.02 mm (SD=3.04, dao động 9.98-23.31) từ 116.67 lên 131.69mm. Phổi phải tăng trung bình 17.51 mm (SD=5.4 dao động 10.65-31.59) từ 113.26 lên 130.78mm.

Các kết quả trên cho thấy bó bột không chỉ giúp tăng chiều dài cột sống mà còn thúc đẩy sự phát triển lồng ngực hai bên.

3.4. Đánh giá tốc độ tăng trưởng trung bình hàng năm của cột sống và sự phát triển lồng ngực (tính theo năm). Tốc độ tăng của chiều dài T1-T12 trung bình 19.1mm (SD=6.89, dao động 11.72-36.57).

Tốc độ tăng của chiều rộng lồng ngực mặt phẳng đứng ngang trung bình 10.44mm (SD=4.64mm, dao động 6.57mm – 24.94mm)

Khoảng không gian dành cho phổi trái (SAL-L) tăng với tốc độ 8.67mm/năm (SD=5.04, dao động 4.62- 25.62). Khoảng không gian dành cho phổi phải (SAL-R) tăng với tốc độ 10mm/năm (SD=6.13, dao động 5.11 – 30.99)

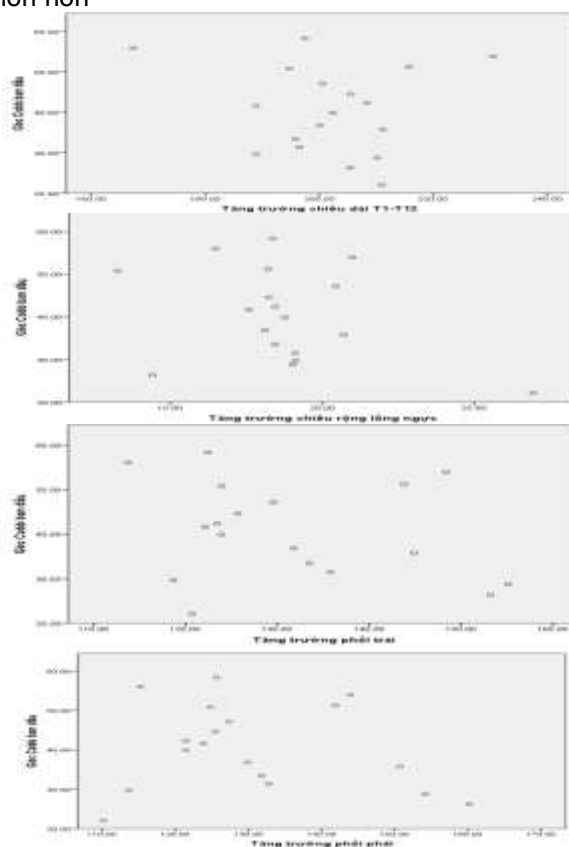
3.5. Mối liên quan giữa mức độ biến dạng ban đầu và sự phát triển cột sống và lồng ngực trong quá trình bó bột

Góc Cobb ban đầu có tương quan âm với + Tăng trưởng chiều dài cột sống T1-T12($r=-0.2$)

+ Chiều rộng lồng ngực ở mặt phẳng đứng ngang CCW($r=-0.36$)

+ Không gian dành cho phổi trái (SAL-L)($r=-0.28$) và phổi phải (SAL-R)($r=-0.21$)

→ Các bệnh nhân có đường cong ban đầu với mức độ nhẹ hơn đạt được cải thiện cấu trúc lớn hơn



Góc RVAD ban đầu cũng cho thấy xu hướng tương tự với hệ số tương quan

+ Tăng trưởng chiều dài cột sống T1-T12($r=-0.24$)

+ Chiều rộng lồng ngực ở mặt phẳng đứng ngang CCW($r=-0.32$)

+ Không gian dành cho phổi bên trái (SAL-L)($r=-0.26$) và phổi bên phải (SAL-R)($r=-0.31$)

IV. BÀN LUẬN

Vẹo cột sống khởi phát sớm (EOS) là một thách thức rất lớn do liên quan đến biến dạng tiến triển của cột sống, suy giảm sự phát triển của lồng ngực². Trong nghiên cứu này, chúng ta thấy rằng bó bột không chỉ đạt hiệu quả chỉnh sửa đáng kể mà còn hỗ trợ sự phát triển của cột sống và lồng ngực. Góc Cobb trung bình giảm hơn 15° và RVAD giảm khoảng 9.4° phản ánh sự cải thiện rõ rệt ở cả mặt phẳng đứng ngang và mặt phẳng xoay. Trong đó mối tương quan có thể thấy được giữa góc Cobb và RVAD trước điều trị thấp và với sự phát triển của cột sống và lồng ngực lớn hơn cho thấy rằng các biến dạng nhẹ và được phát hiện sớm có khả năng đáp ứng tốt hơn với điều trị không phẫu thuật. Điều này củng cố quan điểm rằng bó bột đạt hiệu quả cao nhất khi được áp dụng sớm, đặc biệt ở những bệnh nhân có đường cong mềm dẻo và vô căn^{7,8}.

Đánh giá trên phim X-quang theo hai mốc thời gian chính cho thấy sự gia tăng đo lường được về chiều dài T1-T12, chiều rộng lồng ngực (CCW) và không gian dành cho phổi(SAL) hai bên. Tốc độ tăng trưởng hàng năm của các thông số cột sống và lồng ngực xác nhận rằng sự phát triển vẫn tiếp tục trong suốt quá trình bó bột. Hơn nữa mức độ biến dạng ban đầu, đặc biệt là góc Cobb và RVAD là yếu tố dự đoán kết quả, nhân mạnh tầm quan trọng của việc can thiệp điều trị sớm và có mục tiêu cụ thể.

Theo các nghiên cứu trước đây của Yang (2016), Ashebo (2023) đã ghi nhận hiệu quả của bó bột chỉnh hình vẹo cột sống trong việc chỉnh sửa đường cong trong EOS, đặc biệt khi bắt đầu trước 3 tuổi^{4,9}. Các phân tích của Ferodak (2019), Ballhause (2019) cũng cho thấy sự giảm đáng kể của góc Cobb, góc RVAD ở EOS với nhiều nguyên nhân khác nhau¹⁰. Tuy nhiên phần lớn các nghiên cứu này tập trung vào chỉnh sửa đường cong trên mặt phẳng đứng dọc và kết quả lâm sàng, trong khi rất ít nghiên cứu đánh giá tác động của bó bột đến sự phát triển của cột sống và lồng ngực.

Demirkiral (2015) ghi nhận tốc độ tăng trưởng chiều dài cột sống T1-T12 trung bình là 8,1mm/năm (dao động từ 6,2mm-10.6mm/năm)

ngay cả khi có dị tật bẩm sinh. Cao J(2017) so sánh tốc độ tăng trưởng hàng năm giữa nhóm có và không có dị tật bẩm sinh về cột sống, kết luận rằng nhóm không có dị tật có tốc độ phát triển cao hơn nhóm có dị tật. Li H(2024) ghi nhận sự gia tăng cả về chiều cao cột sống T1-T12 và chiều rộng lồng ngực. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ước tính trên X-quang về tốc độ tăng trưởng hàng năm của chiều dài đoạn cột sống ngực T1-T12 trung bình tăng 19.1mm/năm. Tốc độ tăng của chiều rộng lồng ngực mặt phẳng đứng ngang trung bình 10.44mm/năm. Không gian dành cho phổi trái (SAL-L) 8.67mm/năm, phổi phải (SAL-R) 10mm/năm. Qua đó chúng tôi củng cố giả thuyết rằng bó bột có thể bảo tồn, thậm chí thúc đẩy sự phát triển của cột sống và lồng ngực trong các giai đoạn phát triển quan trọng. Ngoài ra kết quả cũng cho thấy rằng hiệu quả điều trị không đồng nghĩa với thời gian bó bột kéo dài mà tốt hay không liên quan tới mức độ đường cong ban đầu và mức độ chỉnh sửa^{8,10}. Qua đó thấy rằng nên tiếp cận điều trị bệnh nhân theo từng cá thể, trong đó đánh giá X-quang ban đầu một cách tỉ mỉ có thể dự đoán tiên lượng và hỗ trợ quá trình điều trị.

Một số hạn chế của nghiên cứu như cỡ mẫu nhỏ. Cỡ mẫu nhỏ phản ánh tính hiếm gặp của EOS và tiêu chí chọn cỡ mẫu khắt khe. Tuy vậy các chỉ số kết quả chính vẫn cho thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, củng cố độ tin cậy dù số lượng mẫu hạn chế. Việc không có nhóm đối chứng không bó bột cũng hạn chế khả năng so sánh trực tiếp với các phương pháp điều trị khác. Ngoài ra việc sử dụng các mốc thời gian trên phim X-quang có thể có sự biến thiên trên đo lường do có sự khác biệt về thời gian theo dõi và tốc độ phát triển cá nhân. Việc thiếu các phép đo về chức năng hô hấp khiến không thể đánh giá liên hệ của sự mở rộng thể tích lồng ngực và chức năng hệ hô hấp.

V. KẾT LUẬN

1. Nghiên cứu này cho thấy rằng bó bột chỉnh hình vẹo cột sống có thể hỗ trợ cả việc chỉnh sửa đường cong và sự phát triển của cột sống, lồng ngực ở bệnh nhân EOS, đặc biệt khi được áp dụng sớm cho các đường cong mềm dẻo.

2. Đánh giá mức độ nặng của đường cong vẹo cột sống sớm nhất có thể để xác định khả năng phù hợp với điều trị không phẫu thuật.

3. Tiến hành quy trình theo dõi chặt chẽ, kiểm soát mức độ tăng trưởng và cải thiện đường cong trên X-quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Williams BA, Matsumoto H, McCalla DJ, et al. Development and initial validation of the Classification of Early-Onset Scoliosis (C-EOS). J Bone Joint Surg Am. 2014;96(16):1359-1367. doi:10.2106/JBJS.M.00253
2. Moreno Mateo F, Bovonratwet P, Peiró García A. Early-onset scoliosis. Curr Opin Pediatr. 2024; 36(1): 105-111. doi:10.1097/MOP.0000000000001318
3. Karol LA. The Natural History of Early-onset Scoliosis. J Pediatr Orthop. 2019;39(Issue 6, Supplement 1 Suppl 1): S38-S43. doi:10.1097/BPO.0000000000001351
4. Yang S, Andras LM, Redding GJ, Skaggs DL. Early-Onset Scoliosis: A Review of History, Current Treatment, and Future Directions. Pediatrics. 2016;137(1). doi:10.1542/peds.2015-0709
5. Campbell RM, Smith MD, Mayes TC, et al. The characteristics of thoracic insufficiency syndrome associated with fused ribs and congenital scoliosis. J Bone Joint Surg Am. 2003; 85(3): 399-408. doi:10.2106/00004623-200303000-00001
6. Zampini JM, Sherk HH, Lewis A. Sayre: the first Professor of Orthopaedic Surgery in America. Clin Orthop. 2008;466(9): 2263-2267. doi:10.1007/s11999-008-0349-6
7. Mehta MH. Growth as a corrective force in the early treatment of progressive infantile scoliosis. J Bone Joint Surg Br. 2005;87(9):1237-1247. doi:10.1302/0301-620X.87B9.16124
8. Fedorak GT, MacWilliams BA, Stasikelis P, et al. Age-Stratified Outcomes of Mehta Casting in Idiopathic Early-Onset Scoliosis: A Multicenter Review. J Bone Joint Surg Am. 2022;104(22): 1977-1983. doi:10.2106/JBJS.22.00344
9. Ashebo L, Anari JB, Cahill PJ. Update on the Diagnosis and Management of Early-onset Scoliosis. Curr Rev Musculoskelet Med. 2023; 16 (10):447-456. doi:10.1007/s12178-023-09848-w
10. Fedorak GT, D'Astous JL, Nielson AN, MacWilliams BA, Heflin JA. Minimum 5-Year Follow-up of Mehta Casting to Treat Idiopathic Early-Onset Scoliosis. J Bone Joint Surg Am. 2019; 101(17): 1530-1538. doi:10.2106/JBJS.18. 01268

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ THỂ VI NHÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Đinh Thị Lan Anh¹, Lê Thị Yến^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ung thư biểu vủ thể vi nhú xâm nhập tại bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú xâm nhập được điều trị tại bệnh viện K trong giai đoạn từ 01/2019 đến 10/2024. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành trên 70 bệnh nhân UTV thể vi nhú xâm nhập điều trị tại bệnh viện K, tuổi trung bình là 51,1 tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là bệnh nhân tự phát hiện u vú (65,7%); bệnh giai đoạn III thường gặp nhất chiếm 52,9%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 83,5%, sống thêm không bệnh 5 năm là 73,8%. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng bệnh. **Kết luận:** Ung thư vú thể vi nhú xâm nhập có một số đặc điểm lâm sàng đặc trưng khác với các thể ung thư biểu mô khác. BN giai đoạn sớm đạt hiệu quả tốt sau điều trị.

Từ khóa: Ung thư vú thể vi nhú xâm nhập

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF INVASIVE MICROPAPILLARY CARCINOMA BREAST

¹Bệnh viện K

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Yến

Email: leyenbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

CANCER IN K HOSPITAL

Objective: To identify the clinical characteristics, the laboratory characteristics, the result of treatment, and the prognostic factors of Invasive Micropapillary Carcinoma breast cancer (IMPC). **Patients:** The patients were diagnosed invasive micropapillary carcinoma breast cancer and treated at Vietnam National Cancer Hospital from January 2019 to October 2024. **Method:** Retrospective combined prospective study, convenience sampling. **Results:** We collected 70 patients who were eligible for study. The average age at diagnosis was 51,1. The main presenting symptom was mass breast palpable (65,7%). The rate of stage III was 52,9%. The five-year overall survival rate was the five-year disease-free survival rate was 73,8%. The stage of disease was the main prognostic factor. **Conclusion:** Invasive Micropapillary Carcinoma breast cancer shows distinct features compared to other breast cancer subtypes. The majority of patients with early stage had excellent survival. **Keywords:** Invasive Micropapillary Carcinoma breast cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh lý ung thư thường gặp, có tỷ lệ mắc cao nhất trong các bệnh lý ung thư ở nữ giới¹. UTV thể vi nhú xâm nhập là thể hiếm gặp chiếm khoảng 2-7% ung thư vú xâm nhập^{2,3}. UTV thể vi nhú có đặc điểm lâm sàng khác biệt so với các thể bệnh khác, thường được chẩn đoán các bệnh nhân lớn tuổi, khối u lớn đã di căn hạch, khối u đã xâm nhập mạch, xâm

nhập thần kinh, thụ thể nội tiết dương tính, yếu tố phát triển biểu mô dương tính. Phần lớn các nghiên cứu chỉ ra đây là một thể bệnh có độ ác tính cao, các bệnh nhân phát hiện tại thời điểm đã di căn. Về chiến lược điều trị nhìn chung UTV thể vi nhú xâm nhập cũng tuân theo nguyên tắc điều trị chung của ung thư vú xâm nhập⁴. Tuy nhiên, nhiều ý kiến chuyên gia đề xuất các nghiên cứu đặc hiệu tập chung tìm hiểu sâu về ung thư vú thể vi nhú xâm nhập từ đó đưa ra đồng thuận về chiến lược điều trị phù hợp cho nhóm bệnh nhân này.

Tại Việt Nam, số lượng bệnh nhân mắc UTV ngày càng gia tăng, tuy nhiên, hiện tại có ít nghiên cứu đầy đủ và chi tiết về UTV thể vi nhú xâm nhập. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của BN UTV thể vi nhú xâm nhập tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân UTV thể vi nhú xâm nhập, được điều trị tại bệnh viện K

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả BN được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô vú thể vi nhú xâm nhập dựa trên kết quả mô bệnh học
- Điều trị tại bệnh viện K từ 01/2019 đến 10/2024

- Không có bệnh ung thư khác kèm theo
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh từ chối điều trị.
- Người bệnh mắc bệnh đồng mắc nặng phối hợp đe dọa tính mạng

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

2.3. Thời gian: 01/2024 đến 05/2025

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

- Chọn mẫu thuận tiện: tất cả các bệnh nhân đảm bảo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ ở trên đều được đưa vào nghiên cứu, n= 70
- Các bước tiến hành: Thu thập số liệu bệnh nhân dựa trên bệnh án nghiên cứu. Thu thập theo các biến tuổi, triệu chứng lâm sàng, kết quả cận lâm sàng giai đoạn bệnh. Đánh giá kết quả bằng thời gian sống thêm không bệnh, sống thêm toàn bộ.

2.5. Xử lý số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 70 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu

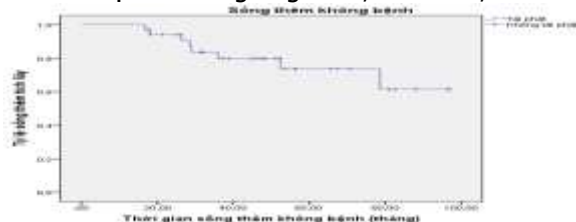
Đặc điểm bệnh nhân	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ % (%)	P
Nhóm tuổi			
Tuổi trung bình	51,1		
Kích thước u (cm)			
T ≤ 2	29	41,4	
2 < T ≤ 4	35	50	
T ≥ 5	6	8,6	
Tình trạng hạch			
0	13	18,6	
1-3	20	28,1	
4-9	24	34,3	
≥ 10	13	18,6	
Giai đoạn TNM			
I	15	21,4	
II	18	25,7	
III	37	52,9	
Xâm nhập mạch bạch huyết, TK			
Có	37	52,9	
Không	24	34,3	
Không rõ	9	12,8	
Tình trạng TTNT			
ER/PR âm tính	15	21,4	
ER/PR dương tính	55	78,6	
Her2/neu			
Am tính	50	71,4	
Dương tính	20	28,6	
Phẫu thuật			
Cắt tuyến vú triệt căn biến đổi	55	78,6	
PT bảo tồn	15	21,4	
PT khác	0	0	
Triệu chứng lâm sàng			
Khám sàng lọc	9	12,9%	
Tự sờ thấy u	46	65,7%	
Đau vú	8	11,4%	
Biến đổi da vùng u	7	10%	

Nhận xét: Tuổi trung bình là 51,1 tuổi, thấp nhất là 45 tuổi, cao nhất 72 tuổi. Đa số bệnh nhân có kích thước U < 5cm chiếm 91,4%. Bệnh phát hiện ở thời điểm chẩn đoán là giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất 52,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có khối u xâm nhập mạch bạch huyết, thần kinh là 52,9%, có 12,8% bệnh nhân không rõ tình trạng xâm nhập mạch và thần kinh của khối u. Tỷ lệ bệnh nhân có TTNT dương tính, Her2 dương tính tương ứng 78,6% và 28,6%. Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi chiếm 78,6%. Phần lớn bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán bệnh do tự sờ thấy u vú, tỷ lệ khám phát hiện qua sàng lọc chiếm tỷ lệ 12,9%.

Bảng 2. Điều trị hóa chất

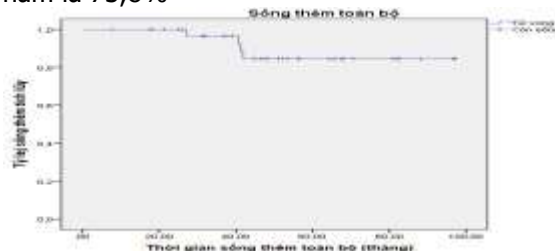
Điều trị hóa chất	n	%
Điều trị hoá chất trước	23	32,8%
Hoá chất bổ trợ	47	67,2%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhận điều trị hóa chất trước và phẫu thuật trước nhận điều trị hóa chất bổ trợ sau tương ứng là 32,8% và 67,2%.



Biểu đồ 2: Sống thêm không bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm là 73,8%



Biểu đồ 3: Sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 83,5%

Bảng 3: Phân tích đơn biến và phân tích đa biến về sống còn và đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh		Phân tích đa biến		Phân tích đơn biến	
		HR(95%CI)	p	HR(95%CI)	P
Sống còn toàn bộ 5 năm (OS)					
Tuổi	<35, 35-60, >60	1,34(0,741-2,41)	0,431	2,63(1,315-5,516)	0,611
Giai đoạn TNM	I, II, III	3,42(1,850-6,561)	<0,001	2,72(1,315-5,811)	0,005
Xâm nhập mạch, TK	Có, Không	2,83(1,12-7,6)	0,025	1,58(0,52-4,39)	0,415
Tình trạng TTNT	Âm tính, dương tính	0,37 (0,167-0,183)	0,005	0,28(0,110-0,812)	0,008
Tình trạng Her2	Âm tính, dương tính	1,073(0,592-2,218)	0,841	0,83(0,311-2,019)	0,796
Sống thêm không bệnh 5 năm (PFS)					
Tuổi	<35, 35-60, > 60	0,677(0,547-1,002)	0,051	0,66 (0,654-1,379)	0,606
Giai đoạn TNM	I, II, III	3,09(2,115-4,308)	<0,001	2,56(1,713-4,301)	<0,001
Xâm nhập mạch, TK	Có, Không	2,053(1,204-3,502)	0,008	0,609(0,315-1,977)	0,700
Tình trạng TTNT	Âm tính, dương tính	0,768(0,410-1,551)	0,437	1,069(0,513-2,176)	0,768
Tình trạng Her2	Âm tính, dương tính	1,515(1,00-2,199)	0,036	1,314(0,798-2,166)	0,931

Nhận xét: Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng sống còn toàn bộ và sống thêm không bệnh 5 năm với P có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư vú là bệnh UT phổ biến nhất ở nữ giới tại Việt Nam và trên toàn thế giới¹. Theo thống kê mới nhất tỷ lệ mắc bệnh có sự tăng lên trong những năm gần đây, đặc biệt là các khu vực đang phát triển như các thành phố lớn Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh⁵. Ung thư vú có nhiều thể mô bệnh học và dưới nhóm phân tử với chiến lược điều trị khác nhau tùy từng cá thể. UTBM thể vi nhú là thể mô bệnh học hiếm gặp, các nghiên cứu trước đây chỉ ra hầu hết carcinoma thể vi nhú là một thành phần trong thể hỗn hợp và độ tuổi mắc trung bình là 50-53. Trong nghiên cứu của Shuang Hao và cộng sự, BTBM thể vi nhú mắc ở tuổi trung bình 52,4 tuổi⁶. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với tuổi mắc trung bình là 51,2. Do đó, cần lưu ý đến thể bệnh này thường mắc ở độ tuổi trung niên.

Về triệu chứng lâm sàng, trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân tự thăm

khám và phát hiện u vú với 65,7% các trường hợp trong khi tỷ lệ phát hiện bệnh qua sàng lọc chỉ là 12,9%. Kết quả này có sự khác biệt với một số nghiên cứu trên thế giới và nghiên cứu về ung thư vú nói chung tại Việt Nam khi chỉ ra tỷ lệ phát hiện ung thư vú qua khám sàng lọc khá cao. Theo nghiên cứu của chúng tôi, UTBM thể vi nhú có liên quan đến một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng không thuận lợi như phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn 3 với 52,9%, trong khi tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I là 21,4%, bên cạnh đó số bệnh nhân có di căn hạch nách và có u xâm nhập mạch, thần kinh trên giải phẫu bệnh cũng chiếm đa số tương ứng 65,7% và 52,9%. Tỷ lệ này theo nghiên cứu của tác giả O Zekioglu và cộng sự là 69% và 75,5%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của O Zekioglu cũng chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính là 68% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi 13%⁶. Với những đặc điểm trên, Carcinoma thể vi nhú xâm nhập rất được chú trọng trong nhiều thập kỷ qua. Tuy nhiên cho tới thời điểm hiện tại vẫn chưa có một nghiên cứu tiến cứu nào so sánh

phân tích về hiệu quả điều trị giữa carcinoma thể vi nhú xâm nhập với các thể mô bệnh học khác vì vậy tiên lượng xấu của nhóm bệnh nhân này vẫn chưa được giải thích rõ ràng và UTV thể carcinoma vi nhú được điều trị theo nguyên tắc chung của UTV.

Năm 2008, Chen và cộng sự đã nghiên cứu và chỉ ra thời gian sống thêm không bệnh 5 năm và 10 năm của carcinoma vi nhú xâm nhập thấp hơn so với carcinoma ống xâm nhập⁷. Shuang Hao và cộng sự nghiên cứu trên 327 bệnh nhân với thời gian theo dõi trung bình là 56,5 tháng và nhận thấy không có sự khác biệt về trung bình sống còn toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh với thể carcinoma ống xâm nhập. Chen và cộng sự nghiên cứu năm 2018 chỉ ra thời gian sống thêm không bệnh 5 năm là 57, 8% và tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 81,9%⁹. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra kết quả tương đương với tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ 5 năm tương ứng là 73,8% và 83,5%. Một số nghiên cứu trên thế giới đã tiến hành khi so sánh thời gian sống còn giữa carcinoma vi nhú xâm nhập và carcinoma ống xâm nhập nhận định mặc dù thời gian sống thêm không bệnh của carcinoma vi nhú kém hơn so với thể ống xâm nhập nhưng thời gian sống còn toàn bộ là tương đương nhau. Có thể thấy UTBM thể vi nhú có nhiều yếu tố tiên lượng xấu như kích thước khối u lớn, phát hiện ở giai đoạn muộn, di căn hạch chiếm tỷ lệ cao, tỷ lệ lớn khối u đã xâm nhập mạch bạch huyết, thần kinh nhưng bệnh thường phát hiện ở lứa tuổi sau 50, phần lớn bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính và yếu tố phát triển biểu mô Her2/neu âm tính, những đặc điểm này thường gặp ở dưới nhóm luminal A, luminal B là nhóm có tiên lượng tốt. Chúng tôi cũng đã tiến hành phân tích hồi quy Cox đơn biến và đa biến để tìm hiểu về mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân lên thời gian sống còn và nhận thấy giai đoạn bệnh và tình trạng di căn hạch là những yếu tố làm ảnh hưởng giảm thời gian sống còn bệnh không tiến triển và sống còn toàn bộ của bệnh nhân tương đồng với một số kết quả nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của Feng và cộng sự 2015. Từ đây, chúng tôi khuyến nghị các nhà lâm sàng cần xem xét hội chẩn đa chuyên khoa cùng các nhà phẫu thuật và chẩn đoán hình ảnh đánh giá kỹ tình trạng hạch nách của bệnh nhân trước điều trị bằng siêu âm hoặc phối hợp nhiều phương pháp khác như cộng hưởng từ tuyến vú, CTscanner nên được thực hiện từ đó có chiến lược điều trị phù hợp. Ngoài ra, việc chú ý đánh giá tình trạng xâm nhập

mạch bạch huyết và thần kinh, đặc điểm sinh học của khối u như thụ thể nội tiết, yếu tố phát triển biểu mô Her2/neu cần chú trọng để có thể tiên lượng và lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế, đầu tiên phải nói đến, đây là một nghiên cứu hồi cứu nên vẫn còn tồn tại một số nhược điểm như việc thu thập số liệu, thoi dõi và đánh giá điều trị. Thứ hai, một số đặc điểm cận lâm sàng có liên quan như tình trạng Ki67, độ mô học của khối u đã không được thu thập. Và cuối cùng là thời gian theo dõi bệnh nhân của chúng tôi tương đối ngắn chỉ là 5 năm vì vậy chưa đánh giá được tiên lượng dài hạn cũng như xác định chi tiết tình trạng tái phát di căn của bệnh nhân để từ đó đề xuất được một chiến lược điều trị đặc hiệu cho nhóm bệnh nhân ung thư vú có thể mô bệnh học là carcinoma thể vi nhú xâm nhập.

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến vú thể vi nhú xâm nhập có một số yếu tố tiên lượng xấu do liên quan đến việc phát hiện ở giai đoạn muộn do có liên quan đến tình trạng di căn hạch nách, cần phối hợp đánh giá giai đoạn trước điều trị một cách cẩn trọng để có chiến lược điều trị phù hợp cho nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global cancer statistics 2022:** GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **Verras GI, Tchabashvili L, Mulita F, et al.** Micropapillary Breast Carcinoma: From Molecular Pathogenesis to Prognosis. Breast Cancer (Dove Med Press). 2022;14:41-61. doi:10.2147/ BCTT.S346301
3. **Elzohery YHAM, Radwan AH, Gareer SWY, et al.** Micropapillary breast carcinoma in comparison with invasive duct carcinoma. Does it have an aggressive clinical presentation and an unfavorable prognosis? BMC Cancer. 2024;24(1): 992. doi:10.1186/s12885-024-12673-0
4. **Công thông tin Bộ Y tế.** Accessed April 30, 2025. https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/moi-nam-viet-nam-co-21-550-ca-mac-ung-thu-vu-khuyen-cao-cua-chuyen-gia-chi-em-can-biet
5. **Hao S, Zhao YY, Peng JJ, et al.** Invasive micropapillary carcinoma of the breast had no difference in prognosis compared with invasive ductal carcinoma: a propensity-matched analysis. Sci Rep. 2019;9(1):286. doi:10.1038/s41598-018-36362-8
6. **Zekioglu O, Erhan Y, Ciris M, Bayramoglu H, Ozdemir N.** Invasive micropapillary carcinoma of the breast: high incidence of lymph node metastasis with extranodal extension and its immunohistochemical profile compared with invasive ductal carcinoma. Histopathology. 2004;

44(1): 18-23. doi:10.1111/j.1365-2559.2004.01757.x

7. **Chen L, Fan Y, Lang R gang, et al.** Breast carcinoma with micropapillary features: clinicopathologic study and long-term follow-up of 100 cases. *Int J Surg Pathol.* 2008;16(2):155-163.

doi:10.1177/1066896907307047

8. **Verras GI, Tchabashvili L, Mulita F, et al.** Micropapillary Breast Carcinoma: From Molecular Pathogenesis to Prognosis. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2022;14:41-61. doi:10.2147/BCTT.S346301

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO VI KHUẨN GRAM ÂM TẠI BỆNH VIỆN E GIAI ĐOẠN 2022-2024

Nguyễn Văn Dũng¹, Trần Văn Giang²,
Nguyễn Quốc Phương², Phạm Thị Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm tại bệnh viện E năm 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu trên 201 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm điều trị tại bệnh viện E năm 2022-2024. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong là 31,3%; nhóm *Enterobacter* spp. tỷ lệ tử vong cao nhất 50%. Tuổi ≥ 65 , biểu hiện lâm sàng ho, khó thở, rối loạn ý thức, xuất huyết dưới da, nổi vân tím, có ran phổi, cổ cứng và biểu hiện sốc; Hgb < 100g/l, Tiểu cầu < 100G/l, CRP > 100mg/l, Lactat > 4 mmol/l là yếu tố liên quan đến tử vong, $p < 0,05$. Nồng độ trung bình của hồng cầu, hemoglobin, albumin, Kali, pro-calcitonin ở nhóm tử vong và nhóm khỏi bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, yếu tố tiên lượng tử vong, Vi khuẩn Gram âm

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES AND ASSOCIATED FACTORS OF GRAM-NEGATIVE BACTERIAL BLOODSTREAM INFECTIONS IN PATIENTS AT E HOSPITAL DURING 2022-2024

Objective: To study some factors related to the treatment outcomes of patients with Gram-negative bacteremia at E Hospital in 2022-2024. **Subjects and methods:** Retrospective cross-sectional description of 201 patients diagnosed with Gram-negative bacteremia treated at E Hospital in 2022-2024. **Results:** Mortality rate was 32.9%; *Enterobacter* spp. group had the highest mortality rate of 50%. Age ≥ 65 , clinical manifestations of cough, dyspnea, impaired consciousness, subcutaneous hemorrhage, purple streaks, pulmonary rales, ascites and shock; Hgb < 100g/l, Platelets < 100G/l, CRP > 100mg/l,

Lactate > 4 mmol/l were factors related to mortality, $p < 0.05$. The average concentration of red blood cells, hemoglobin, albumin, potassium, pro-calcitonin in the death group and the disease group had a statistically significant difference, $p < 0.05$.

Keywords: Sepsis, mortality predictor, Gram-negative bacteria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) được định nghĩa là một tình trạng nhiễm trùng cấp tính nặng gây ra bởi sự lưu hành vi khuẩn trong máu gây ra, biểu hiện bằng các triệu chứng toàn thân ở nhiều cơ quan, có thể dẫn tới sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng với tỷ lệ tử vong cao [1]. Vấn đề NKH do vi khuẩn Gram âm gây ra ngày càng phổ biến và hiện là mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới vì chúng khó điều trị và có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao [2]. Tại Việt Nam, nhiều bệnh viện cũng đã có báo cáo các số liệu về tỷ lệ bệnh nhân NKH căn nguyên là vi khuẩn Gram âm cũng như tình trạng kháng thuốc của nhóm bệnh nhân trên [3], [4]. Trong thời gian vừa qua tại bệnh viện E đã tiếp nhận rất nhiều người bệnh NKH tại các khoa lâm sàng, trong đó có nguyên nhân do vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao. Diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm người bệnh kể trên rất đa dạng, đặc biệt là nhiều người bệnh có diễn biến nặng, có một số đã tử vong. Để nâng cao hiệu quả điều trị cũng như tiên lượng cho người bệnh NKH do vi khuẩn Gram âm tại bệnh viện E, chúng tôi tiến hành đề tài: "Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết Gram âm tại bệnh viện E giai đoạn 2022-2024" với mục tiêu: *Tìm hiểu kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm tại Bệnh viện E 2022-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

Đối tượng nghiên cứu: 201 bệnh nhân được chẩn đoán NKH do căn nguyên vi khuẩn Gram âm điều trị nội trú tại Bệnh viện E từ 1/1/2022 đến 31/12/2024

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Bệnh nhân có đủ 2 tiêu chuẩn: chẩn đoán NKH theo Bộ Y tế 2015 [1] và tiêu chuẩn về vi sinh:

(1) Tiêu chuẩn chẩn đoán NKH: Có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) và/ hoặc có triệu chứng lâm sàng gợi ý NKH.

+ Tiêu chuẩn của SIRS: khi có ít nhất 2 trong các tiêu chuẩn sau: Nhiệt độ $>38^{\circ}\text{C}$ hoặc $<36^{\circ}\text{C}$

Tần số tim >90 lần/phút

Tần số thở >20 lần/phút hoặc $\text{PaCO}_2 <32$ mmHg

Số lượng bạch cầu >12 G/l hoặc $>10\%$ dạng chưa trưởng thành.

+ Hoặc triệu chứng gợi ý NKH: sốt, có triệu chứng của ổ nhiễm khuẩn khởi điểm, có thể có triệu chứng của ổ nhiễm khuẩn di bệnh, phản ứng của hệ liên võng nội mô.

(2) Tiêu chuẩn vi sinh: Kết quả cấy máu phân lập được vi khuẩn Gram âm.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng NKH nhưng cấy máu không phân lập được vi khuẩn Gram âm.

- Bệnh nhân cấy máu phân lập được vi khuẩn Gram âm nhưng không có triệu chứng lâm sàng gợi ý NKH.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 201 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tại thời điểm chẩn đoán NKH. Các chỉ số: tuổi, giới tính. Xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu. Các xét nghiệm cận lâm sàng được thực hiện tại các khoa huyết học, sinh hóa Bệnh viện E.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu thu thập từ nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học. Các thông số, phép toán được tính toán bao gồm: tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, phân tích mối liên quan giữa yếu tố phơi nhiễm và bệnh với $\text{OR} > 1$; 95% CI. Độ tin cậy có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức tại Bệnh viện E.

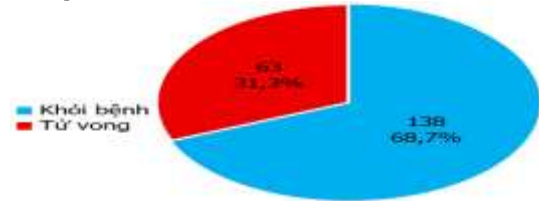
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Đặc điểm về tuổi: tuổi trung bình là $65,29 \pm 17,71$; nhóm tuổi ≥ 65 chiếm 68,2%

- Tỷ lệ nam giới là 52,7%.

3.2. Kết quả điều trị và mối liên quan của bệnh nhân NKH Gram âm



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị của bệnh nhân NKH

Tỷ lệ bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu là 31,3%.

Bảng 1. Liên quan giữa loại vi khuẩn và kết quả điều trị

	Tử vong (n=63)		Khỏi bệnh (n=138)		Tổng
	n	%	n	%	
E.Coli	26	25,7%	75	74,3%	101
K.pneumoniae	17	38,6%	27	61,4%	44
A Baumanii	4	30,8%	9	69,2%	13
P. aeruginosa	2	20,0%	8	80,0%	10
Enterobacter spp.	11	50,0%	11	50,0%	22
Khác	3	27,3%	8	72,7%	11

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tử vong cao nhất ở nhóm Enterobacter spp với 50%, K. pneumoniae 38,6%.

Bảng 2. Liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và tử vong

Lâm sàng	OR	CI 95%	p
Nam	1,279	0,719-2,274	0,245
≥ 65 tuổi	2,057	1,120-3,777	0,013
Bệnh nền >2	0,778	0,424-1,430	0,257
Ho	2,81	1,56-3,07	0,001
Khó thở	2,62	1,46-4,73	0,001
Đi ngoài phân lỏng	0,67	0,26-1,85	0,316
Tiểu buốt rất	0,62	0,33-1,18	0,163
Vàng da	0,813	0,38-1,71	0,364
Nôn	1,66	0,91-3,02	0,067
Đau bụng	1,47	0,82-2,61	0,124
Đau đầu	0,42	0,15-1,17	0,066
Rối loạn ý thức	2,84	1,44-5,62	0,002
Xuất huyết dưới da	4,72	1,69-13,19	0,002
Nổi vân tím	4,00	1,851-8,65	0,001
Ran phổi	3,47	1,89-6,34	0,001
Cổ cứng	3,63	1,85-7,15	0,001
Dấu hiệu thần kinh khu trú	0,662	0,60-0,73	0,088
Sốc	4,36	2,37-8,03	0,001

Nhận xét: Tuổi ≥ 65 , biểu hiện lâm sàng ho, khó thở, rối loạn ý thức, xuất huyết dưới da, nổi vân tím, có ran phổi, cổ cứng và biểu hiện sốc là yếu tố liên quan đến tử vong của bệnh nhân nghiên cứu, $p < 0,05$. Tuổi ≥ 65 là yếu tố liên quan đến tử vong của bệnh nhân nghiên cứu.

cứu, $p < 0,05$.

Bảng 3. So sánh cận lâm sàng giữa nhóm tử vong và khỏi bệnh

Cận lâm sàng	Tử vong	Khỏi bệnh	p
HC	3,73±1,09	4,08±0,83	0,031
Hgb (g/l)	112,73±26,96	119,99±22,12	0,029
BC (G/l)	11,39 ± 7,05	12,29± 6,06	0,127
TC (G/l)	174,76±122,69	201,51±108,17	0,242
Creatinin (μmol/l)	121,71±86,83	119,63±127,53	0,988
Bilirubin (mmol/l)	38,54±67,91	51,49±79,47	0,188
PT (%)	73,64±24,66	74,87±25,56	0,873
Fibrinogen	4,81±2,15	4,77±1,71	0,163
Albumin (g/l)	30,86±11,49	31,31±6,19	0,034
Kali (mmol/l)	4,03±0,88	3,75±0,58	0,004
Natri (mmol/l)	135,22±7,47	133,70±12,81	0,814
Lactat (mmol/l)	4,42±3,05	3,74±4,01	0,411
PCT(ng/ml)	45,19±93,64	31,64±59,29	0,036
CRP (mg/l)	126,62±104,56	122,93±102,11	0,905

Nhận xét: Nồng độ trung bình của hồng cầu, hemoglobin, albumin, kali, pro- calcitonin ở nhóm tử vong và nhóm khỏi bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 4. Liên quan giữa cận lâm sàng và tử vong

Các yếu tố	OR	CI 95%	p
Bạch cầu > 12 G/l	0,98	0,56-1,74	0,538
Hgb < 100 g/l	2,52	1,28-4,96	0,006
Tiểu cầu < 100 G/l	2,02	1,04-3,95	0,03
PT > 70%	1,43	0,75-2,71	0,178
Creatinin > 120 μmol/l	1,091	0,96-1,67	0,437
Bilirubin > 17 mmol/l	1,81	0,94-3,45	0,044
Albumin < 35g/l	1,61	0,90-2,87	0,071
CRP > 100 mg/l	2,03	1,04-3,95	0,024
PCT > 10 ng/ml	1,36	0,753-2,46	0,192
Lactat > 4 mmol/l	2,01	1,05-3,84	0,026

Nhận xét: Hgb < 100g/l, Tiểu cầu < 100G/l, CRP > 100mg/l, Lactat > 4 mmol/l, là các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến tình trạng tử vong của bệnh nhân nghiên cứu, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 52,74%, tương đồng với nghiên cứu về NKH một số nghiên cứu khác. Độ tuổi trung bình bệnh nhân là 65,29±17,71, tỷ lệ ≥ 65 tuổi chiếm 68,1%, tương đồng nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Duyên độ tuổi trung bình là 66,2 ± 16,6 [3]. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân trong nghiên

cứu 31,3%, một số nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ lệ tử vong của NKH dao động từ 20% đến 50%, tùy theo quần thể, điều kiện y tế và khả năng hồi sức [4]. So sánh tỷ lệ khỏi bệnh của bệnh nhân nghiên cứu theo căn nguyên gây bệnh, bệnh nhân nhiễm Enterobacter spp. có tỷ lệ tử vong cao nhất (50%), tiếp theo là Acinetobacter baumannii (33,3%), Klebsiella pneumoniae (38,6%) và E. coli (25,7%). Trong khi đó, nhóm nhiễm Pseudomonas aeruginosa có tỷ lệ tử vong thấp nhất (20,0%). Những khác biệt này phản ánh độc lực và khả năng kháng thuốc khác nhau của các chủng vi khuẩn. Enterobacter spp. và A. baumannii vốn được biết là các tác nhân thường gây nhiễm khuẩn bệnh viện với tỷ lệ kháng kháng sinh cao, đặc biệt là kháng carbapenem và kháng cephalosporin thế hệ ba. Tình trạng kháng thuốc này có thể dẫn đến thất bại điều trị ban đầu nếu kháng sinh không phù hợp, làm tăng nguy cơ tử vong.

Đánh giá mối liên quan giữa biểu hiện lâm sàng và tỷ lệ tử vong một số triệu chứng có ý nghĩa tiên lượng mạnh bao gồm: tuổi ≥ 65, ho, khó thở rối loạn ý thức, ran phổi, cổ cứng, nổi vân tím, xuất huyết dưới da và biểu hiện, trong đó, nổi vân tím và xuất huyết dưới da là hai biểu hiện đặc trưng của rối loạn tưới máu mô và đông máu nội mạch lan tỏa (DIC) – những biến chứng nặng và tiên lượng xấu trong NKH [4], [5]. Đặc biệt, tình trạng sốc (suy tuần hoàn, cần vận mạch để duy trì huyết áp) có liên quan mạnh với tử vong Do đó, việc nhận diện sớm biểu hiện sốc và can thiệp tích cực ngay từ giờ đầu có vai trò quyết định đến khả năng sống còn.

Đánh giá sự khác biệt các chỉ số huyết học, sinh hóa và dấu ấn viêm giữa hai nhóm tử vong và khỏi bệnh, chúng tôi nhận thấy nồng độ Hgb và số lượng hồng cầu thấp hơn rõ rệt ở nhóm tử vong. Thiếu máu trong NKH thường do sự kết hợp giữa giảm sản xuất hồng cầu (ức chế tủy), tiêu hủy hồng cầu, và xuất huyết do rối loạn đông máu. Albumin thấp hơn ở nhóm tử vong, đây là chỉ số phản ánh tình trạng dinh dưỡng và phản ứng viêm kéo dài. Giảm albumin máu trong sepsis liên quan đến tăng tính thấm mao mạch, thoát protein huyết tương và giảm tổng hợp tại gan. Nhóm tử vong có kali máu cao hơn có ý nghĩa thống kê, có thể là biểu hiện của tổn thương thận cấp hoặc rối loạn chuyển hóa nội bào, và có thể dẫn đến biến chứng loạn nhịp nguy hiểm nếu không kiểm soát kịp thời. Giá trị PCT trung bình cao hơn rõ rệt ở nhóm tử vong, đây là một marker phản ánh mức độ nặng của nhiễm khuẩn huyết. PCT có khả năng phân biệt nhiễm khuẩn nặng với các tình trạng viêm không

do vi khuẩn và được xem là công cụ tiên lượng hữu ích trong ICU [6]. Tuy nhiên, một số chỉ số khác như bạch cầu, tiểu cầu, creatinine, bilirubin, PT%, lactat, và CRP lại không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Điều này có thể là do biến thiên nội tại cao hoặc ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố can thiệp trong quá trình điều trị.

Hgb < 100 g/l, tiểu cầu < 100 G/l, CRP > 100 mg/l, lactat > 4 mmol/l có mối liên quan đến tử vong ở bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu tại bệnh viện Huế cho thấy có sự khác biệt về nồng độ ure, creatinin giữa hai nhóm tử vong và còn sống ở bệnh nhân NKH [7]. Những yếu tố này đều là dấu hiệu phản ánh mức độ rối loạn chức năng cơ quan, phản ứng viêm và tổn thương tưới máu mô. Lactate > 4 mmol/l là chỉ báo của thiếu oxy mô và thường liên quan đến sốc, rối loạn tuần hoàn vi mô. Tiểu cầu thấp cũng là yếu tố phản ánh nguy cơ rối loạn đông máu tiến triển và DIC, trong khi CRP cao phản ánh mức độ phản ứng viêm hệ thống. Những yếu tố này hoàn toàn có thể ứng dụng để phân tầng nguy cơ và điều chỉnh chiến lược điều trị kịp thời.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân tử vong là 31,3%;; cao nhất ở nhóm Enterobacter spp. (50%). Tuổi ≥ 65 , biểu hiện lâm sàng ho, khó thở, rối loạn ý thức, xuất huyết dưới da, nổi vân tím, có ran phổi, cổ cứng và biểu hiện sốc là yếu tố lâm sàng liên quan đến tử vong của bệnh nhân nghiên cứu, $p < 0,05$.

- Nồng độ trung bình của hồng cầu, hemoglobin, albumin, Kali, pro-calcitonin ở nhóm tử vong và nhóm khỏi bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Hgb < 100g/l, Tiểu cầu < 100G/l, CRP > 100mg/l, Lactat > 4 mmol/l là các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến tình trạng tử

vong của bệnh nhân nghiên cứu, $p < 0,05$.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Bệnh nhân NKH Gram âm cần được đánh giá một cách toàn diện về lâm sàng, cận lâm sàng, để nâng cao hiệu quả điều trị cũng như giảm tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. 2015. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm. Nhà xuất bản Y học.
2. Arzilli G, Scardina G, Casigliani V, et al. 2022. Screening for antimicrobial-resistant Gram-negative bacteria in hospitalised patients, and risk of progression from colonisation to infection: Systematic review. Journal of Infection. 2022;84(2): 119-130. doi:10.1016/j.jinf.2021.11.007.
3. Duyên LTT, Mạnh BV, Dũng PT. 2023. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn gram âm tại bệnh viện hữu nghị việt tiếp giai đoạn 2018 - 2020. VMJ. 2023; 528(2). doi:10.51298/vmj.v528i2.6136
4. Nguyen HB, Kuan WS, Batech M, et al. 2011. Outcome effectiveness of the severe sepsis resuscitation bundle with addition of lactate clearance as a bundle item: a multi- national evaluation. Crit Care. 2011;15(5):R229. doi:10.1186/cc10469
5. Guo SY, Zhou Y, Hu QF, Yao J, Wang H. 2015. Procalcitonin Is a Marker of Gram- Negative Bacteremia in Patients With Sepsis. The American Journal of the Medical Sciences. 2015;349(6):499-504. doi:10.1097/MAJ.0000000000000477
6. Hải NT, Hưng LV, Lượng VH, et al. 2023. Tình hình đa kháng kháng sinh của vi khuẩn gram âm gây nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh năm 2022. VMJ. 2023;527(2). doi:10.51298/vmj.v527i2.5880.
7. Thảo NTP, Bình ND, Đức PV, Chương TX. 2024. Study the factors associated with mortality in sepsis adult patients at Hue Central Hospital 2021 - 2022. Tạp chí Y Dược học. 14(1):30.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐIỀU TRỊ BẰNG PHÁC ĐỒ ATEZOLIZUMAB KẾT HỢP BEVACIZUMAB TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Phương Lan¹, Nguyễn Thị Thu Hường^{1,2}

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hường

Email: nguyenthuong.onc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan không còn khả năng phẫu thuật được điều trị bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu được thực hiện trên 70 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan không còn chỉ định phẫu thuật, có chỉ định điều trị toàn thân bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện K trong giai đoạn từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 5 năm 2025. **Kết quả:** Bệnh

nhân trong nghiên cứu chủ yếu là nam giới (88,6%), tuổi trung bình $53,7 \pm 12,1$ tuổi, với tỷ lệ nhiễm HBV chiếm ưu thế (78,6%). Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa (91,4% BCLC C), với gánh nặng khối u lớn: 45,7% có AFP ≥ 400 ng/mL, 51,6% có khối u ≥ 7 cm, 51,4% có huyết khối tĩnh mạch cửa và 52,9% có di căn ngoài gan. Tuy nhiên, chức năng gan và toàn trạng tương đối tốt với 94,4% bệnh nhân Child-Pugh A, 54,2% ALBI 1 và 58,6% ECOG 0. Đáng chú ý, thực tế lâm sàng có 10% bệnh nhân được điều trị Atezolizumab - Bevacizumab ở bước điều trị thứ hai sau thất bại với TKI. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy quần thể bệnh nhân ung thư gan tại Việt Nam có đặc điểm dịch tễ đặc trưng với độ tuổi trẻ hơn, tỷ lệ viêm gan virus B và gánh nặng khối u cao hơn so với thử nghiệm quốc tế, nhưng chức năng gan và thể trạng vẫn tốt. Điều này cho thấy Atezolizumab - Bevacizumab là lựa chọn khả thi, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu nghiên cứu sâu hơn ở quần thể tiên lượng xấu. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan; không phẫu thuật được; Atezolizumab; Bevacizumab; đặc điểm lâm sàng; bệnh nhân Việt Nam.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH UNRESECTABLE HEPATOCELLULAR CARCINOMA TREATED WITH ATEZOLIZUMAB PLUS BEVACIZUMAB AT K HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with unresectable hepatocellular carcinoma (HCC) treated with Atezolizumab plus Bevacizumab at K Hospital. **Materials and Methods:** A retrospective-prospective descriptive study was conducted, enrolling 70 patients diagnosed with unresectable HCC who received systemic therapy with Atezolizumab in combination with Bevacizumab between December 2020 and May 2025 at K Hospital. **Results:** The majority of patients were male (88.6%), with a mean age of 53.7 years, and hepatitis B virus (HBV) infection was the predominant etiology (78.6%). Most patients were diagnosed at an advanced disease stage (91.4% BCLC stage C), with a considerable tumor burden: 45.7% had alpha-fetoprotein (AFP) levels ≥ 400 ng/mL, 51.6% had tumors measuring ≥ 7 cm, 51.4% had portal vein thrombosis, and 52.9% presented with extrahepatic metastases. Despite the advanced disease status, liver function and performance status were generally well preserved, with 94.4% classified as Child-Pugh class A, 54.2% as ALBI grade 1, and 58.6% with an ECOG performance status of 0. Notably, 10% of patients received Atezolizumab plus Bevacizumab as second-line therapy following prior tyrosine kinase inhibitor (TKI) treatment failure. **Conclusion:** This study highlights that Vietnamese patients with HCC are characterized by a younger age at diagnosis, a high prevalence of HBV infection, and a greater tumor burden compared to international clinical trial populations, while maintaining relatively preserved liver function and performance status. These findings support the clinical feasibility of Atezolizumab plus Bevacizumab in routine practice and emphasize the necessity for further investigations in high-risk patient cohorts. **Keywords:** Hepatocellular

carcinoma; unresectable; Atezolizumab; Bevacizumab; clinical characteristics; Vietnamese patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (Hepatocellular carcinoma – HCC) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến nhất trên thế giới, thường được phát hiện ở giai đoạn muộn, tiên lượng xấu và tỷ lệ tử vong cao. Năm 2022, theo GLOBOCAN, toàn cầu ghi nhận khoảng 866.136 ca mắc mới và 758.725 ca tử vong, với hơn 70% số ca thuộc các quốc gia châu Á. Tại Việt Nam, ung thư gan xếp thứ hai về tỷ lệ mắc và tử vong, với hơn 24.500 ca mắc và hơn 23.300 ca tử vong mỗi năm.¹

Đặc điểm bệnh thường được chẩn đoán muộn, khối u lớn hoặc đã di căn, kèm theo rối loạn chức năng gan, làm hạn chế hiệu quả điều trị. Ở giai đoạn tiến xa, điều trị toàn thân là lựa chọn chính, tuy nhiên hóa trị cổ điển hiệu quả kém do kháng thuốc, độc tính và hạn chế thuốc xâm nhập vào tế bào gan do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Từ năm 2008, Sorafenib, thuốc ức chế đa tyrosine kinase, đã được chứng minh trong hai nghiên cứu SHARP và AP cải thiện sống còn và trở thành tiêu chuẩn điều trị bước một trong hơn một thập kỷ. Sau đó, Lenvatinib cũng được công nhận không kém hơn Sorafenib qua nghiên cứu REFLECT.²

Gần đây, các phác đồ mới kết hợp liệu pháp nhắm trúng đích và liệu pháp miễn dịch đã mở ra hướng điều trị hiệu quả hơn. Nổi bật là phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab (IMbrave150), chứng minh ưu thế vượt trội về thời gian sống thêm toàn bộ so với Sorafenib, trở thành lựa chọn bước một quan trọng.³ Bên cạnh đó, phác đồ Tremelimumab kết hợp Durvalumab từ nghiên cứu HIMALAYA cũng cho thấy hiệu quả cao hơn Sorafenib.⁴

Mặc dù phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab đã được triển khai tại Bệnh viện K từ năm 2020, các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) không còn khả năng phẫu thuật tiếp cận điều trị vẫn chưa được báo cáo đầy đủ. Trong khuôn khổ nghiên cứu tổng thể nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ Atezolizumab–Bevacizumab tại Bệnh viện K, bài báo này tập trung phân tích đặc điểm nền của quần thể bệnh nhân trước điều trị, nhằm cung cấp cái nhìn tổng quan về dịch tễ học, mức độ gánh nặng bệnh và tình trạng chức năng gan của người bệnh trong thực hành lâm sàng thực tế tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân

được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam, có chỉ định điều trị toàn thân bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện K từ tháng 12/2020 đến tháng 5/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định HCC theo hướng dẫn Bộ Y tế.
- Giai đoạn BCLC B thể thâm nhiễm hoặc BCLC C; thất bại với điều trị tại chỗ trước đó và/hoặc không còn chỉ định phẫu thuật.
- Chức năng gan Child-Pugh A hoặc B.
- Điều trị bằng Atezolizumab kết hợp Bevacizumab.
- ECOG từ 0–2.
- Chức năng gan, thận, tủy xương đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn của IMbrave150.³

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã ghép tạng.
- Tăng huyết áp không kiểm soát, giãn tĩnh mạch thực quản/dạ dày chưa điều trị hoặc điều trị chưa đầy đủ.
- Có ≥ 2 loại ung thư.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- **Địa điểm:** Bệnh viện K (cả 3 cơ sở).

• Thời gian:

- Hồi cứu: 12/2020 – 05/2023
- Tiến cứu: 05/2023 – 05/2025

2.3. Cỡ mẫu. Toàn bộ bệnh nhân HCC thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K trong thời gian nghiên cứu. Có 70 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Nội dung nghiên cứu: Mô tả đặc điểm bệnh nhân bao gồm tuổi, giới, thể trạng, yếu tố nguy cơ, chức năng gan, nồng độ AFP trước điều trị, đặc điểm khối u (vị trí, số lượng, kích thước), tình trạng huyết khối tĩnh mạch cửa, di căn ngoài gan và các phương pháp điều trị trước đó.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 12/2020 đến tháng 5/2025, nghiên cứu thu nhận tổng cộng 70 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Thời gian theo dõi trung bình là 14,96 tháng, dao động từ 3,29 tháng đến 54,01 tháng, với trung vị thời gian theo dõi là 11,47 tháng.

3.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1: Một số đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm (n=70)	Số BN	%
Giới (n=70)		
Nam	62	88,6

Nữ	8	11,4
Tỷ lệ Nam/ Nữ	7,75:1	
Tuổi - trung bình	53,7 ± 12,1 (Min:31,Max:78)	
Tuổi - trung vị (khoảng tứ phân vị)	55 (46 – 61)	
Tình trạng viêm gan virus (n=70)		
VGB	55	78,6
VGC	2	2,9
VGB và VGC	1	1,4
Không VGB và VGC	12	17,1
Đặc điểm chẩn đoán (n=70)		
Giai đoạn BCLC B	6	8,6
Giai đoạn BCLC C	64	91,4
Đã phẫu thuật/can thiệp tại vùng	32	45,7

Nhận xét: Nghiên cứu bao gồm 70 bệnh nhân, trong đó nam giới chiếm tỷ lệ chủ yếu với 88,6%, nữ giới chiếm 11,4%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 53,7 $\pm$ 12,1 tuổi, tuổi trung vị là 55 tuổi, khoảng tứ phân vị từ 46 đến 61 tuổi. Về tình trạng viêm gan virus, 78,6% bệnh nhân nhiễm viêm gan B, 2,9% nhiễm viêm gan C, 1,4% đồng nhiễm HBV và HCV, trong khi 17,1% không ghi nhận nhiễm virus. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn BCLC C (91,4%) và 8,6% ở giai đoạn BCLC B. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật hoặc can thiệp tại vùng trước điều trị là 45,7%.

3.2. Đặc điểm chức năng gan và toàn trạng

Bảng 2: Đặc điểm chức năng gan và toàn trạng

Đặc điểm (n=70)		Số BN	%
Child-Pugh (n=70)			
A	5 điểm	53	75,8
	6 điểm	13	18,6
B	7 điểm	4	5,6
Độ ALBI (n=59)			
Độ 1		32	54,2
Độ 2		27	45,8
Chỉ số toàn trạng ECOG (n=70)			
0		41	58,6
1		29	41,4

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có chức năng gan bảo tồn, với 94,4% thuộc Child-Pugh A và hơn một nửa thuộc ALBI độ 1 (54,2%). Toàn trạng của bệnh nhân nhìn chung tốt, với 58,6% có chỉ số ECOG 0.

3.3. Đặc điểm khối u gan

Bảng 3. Đặc điểm khối u gan

Đặc điểm (n=70)	Số BN	%
Vị trí u gan (n=70)		
Không có u	6	8,6
Gan phải	33	47,1
Gan trái	20	28,6

Cả 2 thùy	11	15,7
Số lượng u gan (n= 64)**		
1	23	35,9
2	7	10,9
≥ 3	34	53,2
Kích thước u gan (cm, n=64)		
Nhỏ hơn 3 cm	7	10,9
Từ 3 đến 5 cm	14	21,9
Lớn hơn 5 đến dưới 7 cm	10	15,6
Từ 7 cm trở lên	33	51,6
Đặc điểm (n=70)	Số BN	%
AFP trước điều trị - ng/ml (n=70)		
<400	38	54,3
≥400	32	45,7
Trung vị (khoảng)	254,4 (3-121.000)	
Men gan (AST/ALT) trước điều trị (n=70)		
>80 UI/L	45	68,2
≤80 UI/L	21	31,8

Nhận xét: Gánh nặng khối u trong gan ở mức cao, với hơn 50% bệnh nhân có từ ba u gan trở lên và kích thước tổn thương ≥7 cm. Tỷ lệ AFP ≥400 ng/mL cũng chiếm gần một nửa số bệnh nhân (45,7%).

3.4. Đặc điểm lan tràn và di căn

Bảng 4. Đặc điểm lan tràn và di căn

Đặc điểm (n=70)	Số BN	%
Đặc điểm lan tràn u (n=70)		
Huyết khối TMC	36	51,4
Di căn xa	37	52,9
Huyết khối TMC và di căn xa	14	20
Số lượng vị trí di căn ngoài gan (n=70)		
0	33	47,1
1	35	50
2	2	2,9
≥ 3	0	0
Vị trí di căn ngoài gan (n=70)		
Không di căn ngoài gan	33	47,1
Hạch (ổ bụng, rốn gan, đầu tụy...)	3	4,3
Phổi	24	34,3
Phúc mạc	4	5,7
Xương	5	7,1
Thành ngực	1	1,4
Tuyến thượng thận	1	1,4

Nhận xét: Xâm lấn mạch (51,4%) và di căn ngoài gan (52,9%) chiếm tỷ lệ cao. Đặc biệt, 20% bệnh nhân vừa có huyết khối tĩnh mạch cửa vừa có di căn xa. Các vị trí di căn phổ biến nhất là phổi (34,3%) và xương (7,1%).

3.5. Điều trị trước đây và bước điều trị hiện tại

Bảng 5: Các điều trị trước đây và bước điều trị hiện tại

Đặc điểm (n=70)	Số BN	%
Phương pháp điều trị tại chỗ trước nghiên cứu		

Phẫu thuật	20	28,6
TACE	19	27,1
RFA	3	4,3
Tiêm cồn	0	0
Xạ trị	1	1,4
Bước điều trị (n=70)		
Bước 1	63	90,0
Không phải bước 1	7	10,0

Nhận xét: Khoảng 45,7% bệnh nhân đã từng điều trị tại chỗ, chủ yếu bằng phẫu thuật hoặc TACE. Đáng chú ý, đa số bệnh nhân (90%) được điều trị Atezolizumab - Bevacizumab ở bước một, phù hợp với chỉ định tiêu chuẩn hiện nay, trong khi 10% được chỉ định ở bước hai sau thất bại TKI.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nam giới, với tỉ lệ nam : nữ = 7,75 : 1 (88,6% nam), cao hơn mức 82% nam của nghiên cứu IMbrave150,³ tỉ lệ này nằm trong xu hướng dịch tễ chung, tuy nhiên cần xem xét khi ngoại suy hiệu quả và độc tính của phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab cho nhóm bệnh nhân là nữ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 53,7 ± 12,1 tuổi, với tuổi trung vị là 55 tuổi và khoảng tứ phân vị (IQR) từ 46 đến 61 tuổi. So với các nghiên cứu khác trên thế giới, tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể. Trong thử nghiệm IMbrave150, là nghiên cứu ngẫu nhiên pha III nền tảng cho phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab, tuổi trung vị của nhóm bệnh nhân là 64 tuổi (IQR: 56–71).³ Một nghiên cứu khác ở Nhật Bản gồm 457 bệnh nhân HCC giai đoạn tiến xa không còn khả năng phẫu thuật, báo cáo tuổi trung vị là 73 tuổi (IQR: 68–79).⁵ Tương tự, một nghiên cứu thực tế trên 150 bệnh nhân tại Hàn Quốc ghi nhận tuổi trung bình là 63,3 ± 11,3 năm.⁶

Trong loạt 70 bệnh nhân của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm viêm gan virus đạt 82,9% (78,6% HBV đơn thuần, 2,9% HCV, 1,4% đồng nhiễm), cao hơn rõ rệt so với quần thể toàn cầu trong IMbrave150 (70%) và các nghiên cứu thực tế tại Nhật Bản (51,6%) hoặc Hoa Kỳ (44%).³ Kết quả này phản ánh đặc điểm dịch tễ HBV lưu hành cao tại Việt Nam và tương đồng với các nước Đông Á như Trung Quốc – nơi HBV chiếm tới 88%.⁷ Tỷ lệ HBV cao này có thể ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị miễn dịch và nguy cơ tái hoạt virus khi dùng ức chế miễn dịch.⁸

Trong quần thể 70 bệnh nhân của chúng tôi, chỉ 6 ca (8,6%) được xếp BCLC B; phần lớn còn lại (91,4 %) đã ở giai đoạn BCLC C, không có

bệnh nhân nào được xếp loại BCLC A. Tỷ lệ BCLC A và B này thấp đáng kể khi đặt cạnh IMbrave150, với tổng BCLC A và B chiếm 18% (BCLC C = 82%).³ Điều này phản ánh đa phần các bệnh nhân ung thư gan Việt Nam được chẩn đoán muộn, với khối u đã lan rộng hoặc xâm lấn mạch, di căn xa. Gánh nặng khối u trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi khá lớn: gần một nửa có AFP ≥ 400 ng/mL (45,7%), hơn 50% có khối u ≥ 7 cm, 51,4% có huyết khối tĩnh mạch cửa, 52,9% có di căn ngoài gan, 20% bệnh nhân trong nghiên cứu đồng thời có cả huyết khối tĩnh mạch cửa và di căn ngoài gan. Khi so sánh với nghiên cứu IMbrave150, có thể thấy quần thể bệnh nhân của chúng tôi nhìn chung có gánh nặng bệnh lớn hơn. Trong IMbrave150, tỷ lệ bệnh nhân có xâm lấn tĩnh mạch cửa và di căn ngoài gan lần lượt là 38% và 63%, AFP ≥ 400 ng/mL chỉ chiếm 38%, và chỉ khoảng 29% có khối u ≥ 7 cm.^{3,9} Mặc dù tỷ lệ di căn ngoài gan trong nghiên cứu của chúng tôi (52,9%) thấp hơn so với mức 63% được báo cáo trong thử nghiệm IMbrave150 nhưng các chỉ số khác về gánh nặng bệnh thì cao hơn rõ rệt.

Dù gánh nặng bệnh tật cao, các bệnh nhân trong quần thể của chúng tôi có chức năng gan và thể trạng tương đối tốt, 94,4% bệnh nhân của chúng tôi còn ở mức Child-Pugh A (CP-A5 75,8%; CP-A6 18,6%), chỉ 5,6% CP-B7. Về độ ALBI: Trong 59 ca có đủ dữ liệu, độ 1 chiếm 54,2% và độ 2 chiếm 45,8%, tương đương phân tích hậu kiểm IMbrave150 ghi nhận ALBI 1 ở 57% và ALBI 2 ở 43%.³ Trong nghiên cứu hiện tại của chúng tôi, 58,6% bệnh nhân ECOG 0 và 41,4% ECOG 1 so với IMbrave150 ghi nhận 62% ECOG 0, 38% ECOG 1, sự chênh lệch này là không đáng kể cho thấy quần thể nghiên cứu của chúng tôi có thể trạng tương đối tốt.

Mặc dù dữ liệu về hiệu quả của Atezolizumab kết hợp Bevacizumab trong điều trị bước hai còn hạn chế và phác đồ này hiện chưa được khuyến cáo chính thức, trên thực tế lâm sàng việc lựa chọn điều trị vẫn có thể được cá thể hoá dựa trên tình trạng người bệnh và nguyện vọng điều trị. Đặc biệt, Atezolizumab - Bevacizumab có thể được cân nhắc ở bệnh nhân đã thất bại với các thuốc ức chế tyrosine kinase (TKI). Trong nghiên cứu của chúng tôi, 10% bệnh nhân được điều trị bằng Atezolizumab - Bevacizumab ở bước điều trị thứ hai. Một số nghiên cứu hồi cứu quy mô nhỏ đã ghi nhận phác đồ này vẫn có thể mang lại hiệu quả điều trị và duy trì hồ sơ an toàn chấp nhận được ở quần thể bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tiến triển sau điều trị TKI.¹⁰

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 45,7%

bệnh nhân từng được điều trị tại chỗ tại vùng gan (local regional therapy – LRT) trước khi bắt đầu điều trị toàn thân bằng Atezolizumab và Bevacizumab. Trong đó, phương pháp can thiệp phổ biến nhất là phẫu thuật (28,6%), tiếp theo là TACE (27,1%), trong khi các phương pháp khác như RFA, xạ trị hoặc tiêm cồn ít được sử dụng. Tỷ lệ này tương đương IMbrave150, với 53% bệnh nhân đã từng trải qua ít nhất một biện pháp điều trị tại chỗ trước khi được đưa vào thử nghiệm. Nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân tái phát di căn phổi xương sau phẫu thuật cắt gan và không còn u nguyên phát.

Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng nhiều yếu tố đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh có thể ảnh hưởng đáng kể đến hiệu quả điều trị bằng Atezolizumab kết hợp Bevacizumab, bao gồm tình trạng nhiễm viêm gan virus, gánh nặng khối u cao (AFP cao, kích thước khối u lớn, xâm lấn mạch máu, huyết khối tĩnh mạch cửa, di căn ngoài gan), cũng như tình trạng chức năng gan (Child-Pugh, ALBI) hay chỉ toàn trạng của bệnh nhân trước điều trị. Một số yếu tố như giới tính, tuổi, hoặc tiền sử điều trị tại chỗ trước đó chưa được khẳng định rõ ràng có ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị. Chính vì vậy việc mô tả rõ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của quần thể nghiên cứu là bước quan trọng, giúp chúng tôi giải thích sự khác biệt nếu có trong hiệu quả và độ an toàn khi so sánh với các nghiên cứu quốc tế. Điều này càng có ý nghĩa thực tiễn, bởi việc hiểu rõ đặc điểm bệnh nhân không chỉ giúp lựa chọn điều trị phù hợp hơn mà còn hỗ trợ đánh giá tiên lượng chính xác hơn, từ đó tối ưu hóa hiệu quả điều trị trong thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Quần thể bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh đặc điểm dịch tễ đặc trưng tại Việt Nam, với độ tuổi trẻ hơn, tỷ lệ nhiễm HBV cao và gánh nặng khối u lớn hơn so với các quần thể quốc tế. Mặc dù đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa, chức năng gan và toàn trạng vẫn được bảo tồn tốt với phần lớn bệnh nhân ở Child-Pugh A, ALBI 1–2 và ECOG 0–1. Đáng chú ý, một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân đã được điều trị bước hai bằng Atezolizumab - Bevacizumab sau thất bại TKI, phản ánh tính linh hoạt trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer Today.** Accessed July 6, 2025. <https://gco.iarc.who.int/today/>

2. **Kudo M, Finn RS, Qin S, et al.** Lenvatinib versus sorafenib in first-line treatment of patients with unresectable hepatocellular carcinoma: a randomised phase 3 non-inferiority trial. *Lancet Lond Engl.* 2018;391(10126):1163-1173. doi:10.1016/S0140-6736(18)30207-1
3. **Finn RS, Qin S, Ikeda M, et al.** Atezolizumab plus Bevacizumab in Unresectable Hepatocellular Carcinoma. *N Engl J Med.* 2020;382(20):1894-1905. doi:10.1056/NEJMoa1915745
4. **Abou-Alfa GK, Lau G, Kudo M, et al.** Tremelimumab plus Durvalumab in Unresectable Hepatocellular Carcinoma. *NEJM Evid.* 2022;1(8):EVIDoa2100070. doi:10.1056/EVIDoa2100070
5. **Tanaka T, Hiraoka A, Tada T, et al.** Therapeutic efficacy of atezolizumab plus bevacizumab treatment for unresectable hepatocellular carcinoma in patients with Child-Pugh class A or B liver function in real-world clinical practice. *Hepatol Res.* 2022;52(9):773-783. doi:10.1111/hepr.13797
6. **Nam H, Lee J, Han JW, et al.** Analysis of Immune-Related Adverse Events of Atezolizumab and Bevacizumab in Patients with Hepatocellular Carcinoma: A Multicentre Cohort Study. *Liver Cancer.* 2023;13(4): 413-425. doi:10.1159/000535839
7. **Qin S, Ren Z, Feng YH, et al.** Atezolizumab plus Bevacizumab versus Sorafenib in the Chinese Subpopulation with Unresectable Hepatocellular Carcinoma: Phase 3 Randomized, Open-Label IMbrave150 Study. *Liver Cancer.* 2021;10(4):296-308. doi:10.1159/000513486
8. **Hsu C, Ducreux M, Zhu AX, et al.** Hepatic Events and Viral Kinetics in Hepatocellular Carcinoma Patients Treated with Atezolizumab plus Bevacizumab. *Liver Cancer.* 2023;12(1):44-56. doi:10.1159/000525499
9. **Salem R, Li D, Sommer N, et al.** Characterization of response to atezolizumab + bevacizumab versus sorafenib for hepatocellular carcinoma: Results from the IMbrave150 trial. *Cancer Med.* 2021;10(16):5437-5447. doi:10.1002/cam4.4090
10. **Yamaba S, Imai Y, Sugawara K, et al.** Usefulness of atezolizumab plus bevacizumab as second-line therapy for patients with unresectable hepatocellular carcinoma. *PLoS One.* 2024;19(4): e0298770. doi:10.1371/journal.pone.0298770

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN II NGUY CƠ CAO, III BẰNG PHÁC ĐỒ CÓ OXALIPLATIN TẠI BỆNH VIỆN E

Đào Thị Mỹ Linh^{1,2}, Lê Thanh Đức³, Nguyễn Thị Thu Hương^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ người bệnh ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao, III bằng phác đồ có oxaliplatin tại Bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 66 người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III, được phẫu thuật triệt căn, sau mổ được hóa trị bổ trợ phác đồ có oxaliplatin tại Bệnh viện E từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 62,83 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 1,13. Vị trí u hay gặp nhất là đại tràng (ĐT) sigma chiếm tỷ lệ 40,9%. Thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,9%, trong đó loại ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ 78,8%. Độ mô học chủ yếu là biệt hóa vừa (90,9%). Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) 3 năm là 79,6%. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) 3 năm, 4 năm và 5 năm lần lượt là 86,9%, 83,1% và 78,9%. Nhóm điều trị XELOX và mFOLFOX có OS 4 năm tương ứng là 89,8% và 68,1%. Không có sự khác biệt về OS giữa 2 nhóm điều trị phác đồ XELOX và mFOLFOX. **Kết luận:** Phác đồ có oxaliplatin cải thiện DFS và OS trong điều trị bổ

trợ ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và III.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, Hóa trị bổ trợ, Oxaliplatin

SUMMARY

RESULTS OF SUPPLEMENTAL TREATMENT OF HIGH-RISK STAGE II AND III COLON CANCER BY OXALIPLATIN-CONTAINING REGIMEN AT E HOSPITAL

Objectives: Describe some clinical and laboratory characteristics of patients with high-risk stage II and III colon cancer receiving adjuvant Oxaliplatin-containing regimen at E Hospital. Evaluation of treatment results of the study group of patients. **Subjects and research methods:** Retrospective description of 66 patients were diagnosed with colon cancer high-risk stage II and III colon cancer, underwent radical surgery, and received adjuvant chemotherapy after surgery by oxaliplatin-containing regimen at E Hospital from January 2018 to December 2023. **Results:** The medium age was 62.83. Male/female: 1.13. The most common tumor site was the sigma colon 40.9%. The most tumor gross type was protruded 40.9%. The highest proportion of adenocarcinoma was 78.8%. Major histological grade was grade 2 (90.9%). Disease-free survival (DFS) rate at 3 years was 79.6%. Overall survival (OS) rates at 3 years, 4 years and 5 years were 86.9%, 83.1% and 78.9%. In XELOX group, 4 years OS were 89.8% and 68.1%. There is no difference in OS between two groups. **Conclusion:** Oxaliplatin-containing regimen improve

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Mỹ Linh

Email: daothimylinh93@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

DFS and OS in adjuvant therapy for high-risk stage II and III colon cancer. **Keywords:** Colon cancer, Adjuvant chemotherapy, Oxaliplatin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những loại ung thư có tỷ lệ mắc và tử vong hàng đầu tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Theo thống kê của tổ chức ghi nhận ung thư toàn cầu (Globocan 2022), mỗi năm trên thế giới ước tính có khoảng 1.926.425 người bệnh mắc mới và 904.019 người bệnh tử vong do ung thư đại trực tràng. Tại Việt Nam, trên cả nước có khoảng 16.835 người mới mắc đứng hàng thứ 4 và 8.454 trường hợp tử vong vì UTĐTT.¹ Trong điều trị ung thư đại tràng (UTĐT), phẫu thuật là phương pháp chính để lấy bỏ khối u nguyên phát và nạo vét hạch vùng. Tuy nhiên, để ngăn chặn sự tái phát và di căn xa của các tế bào ung thư cần phải điều trị toàn thân. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng chứng minh được lợi ích của hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật đối với UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III. Hiện nay điều trị bổ trợ cho UTĐT thường dùng các phác đồ hóa chất có nền tảng 5FU có hoặc không kết hợp với Oxaliplatin như FUFA, XELOX, 5FU, Capecitabine... Các phác đồ có Oxaliplatin như FOLFOX, XELOX đã chứng minh được vai trò vượt trội so với phác đồ FUFA nhất là đối với những người bệnh ở giai đoạn III.^{2,3} Tại Việt Nam, sử dụng phác đồ có oxaliplatin trong điều trị bổ trợ UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III đã được áp dụng và có nhiều nghiên cứu tại các cơ sở điều trị ung thư phía Bắc và phía Nam. Tại Bệnh viện E, phác đồ có Oxaliplatin đã triển khai điều trị trong UTĐT nhằm giảm nguy cơ tái phát, di căn tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá đầy đủ về kết quả điều trị của phác đồ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ người bệnh ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao, III bằng phác đồ có oxaliplatin tại Bệnh viện E.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 66 người bệnh ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III đã phẫu thuật triệt căn, sau mổ được hóa trị bổ trợ phác đồ có oxaliplatin tại Khoa Ung bướu – Bệnh viện E từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

- Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô (UTBM) tuyến đại tràng đã phẫu thuật triệt căn
- Được xếp giai đoạn TNM theo AJCC 2018:
- + Giai đoạn III

+ Giai đoạn II có yếu tố nguy cơ: (1) Tế bào kém biệt hóa hoặc không biệt hóa; (2) Bệnh nhân được phẫu thuật trong tình trạng cấp cứu (tắc, thủng); (3) U xâm lấn ngoài thanh mạc hoặc tổ chức xung quanh; (4) U xâm lấn mạch máu, thần kinh, bạch huyết; (5) Số lượng hạch lấy được làm mô bệnh học ít hơn 12 hạch.

- Thể trạng ECOG từ 0 – 2 điểm
- Hóa trị bổ trợ phác đồ Capecitabine cộng với Oxaliplatin (XELOX) hoặc fluorouracil/acid folinic cộng với Oxaliplatin (mFOLFOX6).
- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận, tủy xương, tim mạch bình thường trước điều trị.

- Hồ sơ lưu trữ và thông tin đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không phù hợp các tiêu chuẩn lựa chọn trên.
- Có các bệnh ung thư khác đi kèm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu
- Cỡ mẫu nghiên cứu theo công thức

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

- Thu thập số liệu qua bệnh án nghiên cứu

2.3. Cách tiến hành nghiên cứu

2.3.1. Lựa chọn, đánh giá bệnh nhân theo đúng tiêu chuẩn chọn và loại trừ, thu thập các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng.

2.3.2. Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Thời gian sống thêm không bệnh (DFS): Thời gian tính từ khi người bệnh phẫu thuật tới khi người bệnh xuất hiện tái phát (tính bằng tháng).

- Thời gian sống thêm toàn bộ (OS): Thời gian tính từ khi bệnh nhân phẫu thuật tới khi bệnh nhân tử vong sau điều trị do nguyên nhân liên quan đến bệnh ung thư mà không phải do các nguyên nhân khác.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 66 người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm theo giới

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	35	53
	Nữ	31	47
Nhóm tuổi	Dưới 40 tuổi	1	1.5
	Từ 40 – 49 tuổi	6	9.1
	Từ 50 – 59 tuổi	17	25.8
	Từ 60 tuổi	42	63.6

Tỷ lệ nam/nữ chiếm 1,13. Tuổi mắc bệnh trung bình 62,83 tuổi. Thấp nhất là 35 tuổi, cao nhất là 85 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất ≥ 60 tuổi chiếm 63,6%.

Bảng 2: Các đặc điểm khối u

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Vị trí u	Đại tràng lên	24	36.4
	Đại tràng ngang	2	3
	Đại tràng xuống	13	19.7
	Đại tràng sigma	27	40.9
Độ xâm lấn (T)	T2	1	1.5
	T3	36	54.5
	T4a	20	30.3
	T4b	9	13.6
Đại thể u	Thể sùi	27	40.9
	Thể loét	13	19.7
	Thể thâm nhiễm	1	1.5
	Thể phối hợp	25	37.9
Vi thể u	UTBM tuyến	52	78.8
	UTBM tuyến nhày	14	21.2
Độ biệt hóa	Biệt hóa cao	1	1.5
	Biệt hóa vừa	60	90.9
	Biệt hóa kém	5	7.6

Bảng 3: Đặc điểm mô bệnh học của hạch

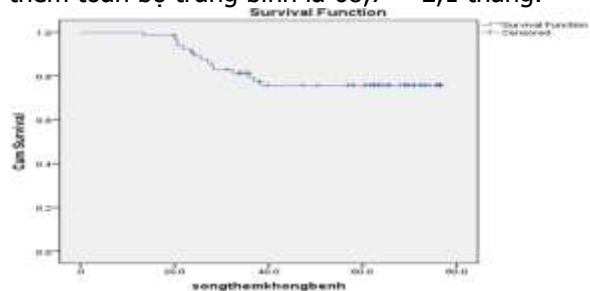
Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Số hạch vét được	1 – 6 hạch	34	51.5
	7 – 11 hạch	10	15.2
	> 11 hạch	22	33.3
Số hạch di căn	Không di căn hạch	47	71.2
	1 – 3 hạch	11	16.7
	4 – 6 hạch	3	4.5
	> 6 hạch	5	7.6

3.2. Kết quả điều trị

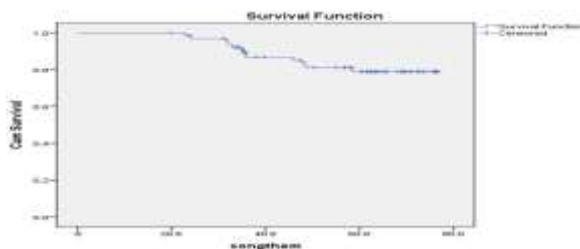
Bảng 4: Phân bố tỷ lệ và thời gian sống thêm

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Sống thêm không bệnh 3 năm	53	79,6
Sống thêm toàn bộ 3 năm	58	86,9
Sống thêm toàn bộ 4 năm	56	83,1
Sống thêm toàn bộ 5 năm	54	78,9

Thời gian sống thêm không bệnh 3 năm trung bình là $64,7 \pm 2,7$ tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $68,7 \pm 2,1$ tháng.



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không bệnh



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm toàn bộ

Bảng 5: Thời gian sống thêm 5 năm theo phác đồ hóa chất hỗ trợ

Phác đồ	Số BN	Tỷ lệ (%)	OS 5 năm (%)
XELOX	45	68,2	83,6
mFOLFOX	21	31,8	68,1

Thời gian sống thêm toàn bộ của phác đồ XELOX và mFOLFOX lần lượt là 83,6% và 68,1% với $p = 0,096$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.

Tuổi là một yếu tố nguy cơ của ung thư đại tràng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là 62,83, tuổi thấp nhất là 35, cao nhất là 85. Trong nghiên cứu này, nam giới chiếm 53%, nữ giới chiếm 47%. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và nước ngoài như Đàm Minh Sơn (2022) tỷ lệ nam giới là 51,5%, nữ giới là 48,5%.⁴ Theo Globocan 2022, tỷ lệ nam/nữ mắc UTĐTT trên thế giới là 1,27.¹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí u gặp với tỷ lệ cao nhất là đại tràng sigma chiếm 40,9%, tiếp đến là đại tràng phải tỷ lệ 36,4%, đại tràng trái là 19,7% và thấp nhất là đại tràng ngang chiếm tỷ lệ 3%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Lê Bá Tuấn Anh (2024), ung thư đại tràng sigma 41,2%, UTĐT phải 31,4%, UTĐT trái 21,6%, UTĐT sigma 5,8%.⁵

Trong 66 bệnh nhân chỉ có 1 bệnh nhân (1,5%) có u xâm lấn đến lớp cơ (T2), còn lại 54,5% bệnh nhân có u đã xâm lấn qua lớp cơ tới sát thanh mạc (T3); 30,3% bệnh nhân có u xâm lấn thâm nhiễm bề mặt thanh mạc (T4a) và 13,6% bệnh nhân có u xâm lấn vào tổ chức xung quanh đại tràng (T4b). Nghiên cứu này của chúng tôi tập trung vào nhóm bệnh nhân giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III, do đó bệnh nhân có khối u xâm nhập thanh mạc và phá vỡ thanh mạc chiếm tỷ lệ cao nhất.

Đánh giá hình thể bên ngoài khối u, gặp chủ yếu là thể sùi chiếm 49,9%, tiếp đến là thể phối hợp chiếm 37,9%; thể loét là 19,7% và thể thâm nhiễm chiếm 1,5%. Theo Lê Bá Tuấn Anh, thể sùi chiếm 50,9%, phối hợp sùi, loét chiếm 37,3%.⁵

Về mô bệnh học chúng tôi thấy UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 78,8%, UTBM chế nhày là 20,5%. Kết quả này cũng tương tự với Đàm Minh Sơn UTBM tuyến chiếm đa số 89,4%, UTBM chế nhày chiếm 10,6%.⁴

Cũng giống như trong phần lớn các nghiên cứu trong và ngoài nước, trong nghiên cứu của chúng tôi, độ mô học biệt hóa cao và vừa chiếm tỷ lệ chủ yếu 92,4%, kém biệt hóa chiếm 7,6%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số hạch vết được từ 12 hạch trở lên chiếm 33,3%, một phần lớn số hạch khảo sát ít hơn 7 (chiếm 51,5%). Sự di căn hạch là một trong những yếu tố mạnh mẽ ảnh hưởng tới tiên lượng của ung thư đại trực tràng. Nghiên cứu này chúng tôi cho thấy tỷ lệ người bệnh N0 là 71,2%, di căn hạch N1 chiếm 16,7%, N2 là 12,1%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Võ Văn Kha (2017) trên 136 người bệnh UTĐT giai đoạn II và III có tỷ lệ bệnh nhân N0 66,7%, N1 là 26,7%, N2 là 11,8%.⁶

4.2. Kết quả điều trị. Đối với nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ, một trong những tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá hiệu quả của phác đồ là kết quả về thời gian sống thêm không bệnh (DFS) và toàn bộ (OS) sau điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian theo dõi trung bình của các bệnh nhân là 54,8 tháng, nhiều nhất là 76,7 tháng, ngắn nhất là 19,9 tháng do bệnh nhân tử vong trước thời điểm kết thúc nghiên cứu. Thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi tương đương so với thời gian theo dõi trung bình của một số nghiên cứu như Bùi Thị Phương Thu (53,3 tháng), Từ Thị Thanh Hương (59,2 tháng).^{7,8}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $64,7 \pm 2,7$ tháng, tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm của quần thể nghiên cứu là 79,6%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Phương Thu (2022) thời gian sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm là 79,1%, Andre T (78,2%), Lê Bá Tuấn Anh (80,4%), Đàm Minh Sơn (81,7%).^{4,5,8,9} Theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Thuấn và cộng sự (2019) trên 83 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được điều trị bằng phác đồ mFOLFOX6, thời gian sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm là 79,5%.⁵ Thử nghiệm NO16968 trên 1886 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III điều trị hỗ trợ cho kết quả DFS 3 năm với phác đồ XELOX so với phác đồ FUFA tương ứng là 79,9% và 62,3% với $p = 0,004$. Nghiên cứu này đã khẳng định thêm kết quả của nghiên cứu MOSAIC và NSABP C – 07 bằng cách chứng minh vai trò của oxaliplatin khi thêm vào phác đồ nền tảng fluoropyrimidine làm cải thiện

thời gian sống thêm cho bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III.¹⁰

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của quần thể nghiên cứu là $68,7 \pm 2,1$ tháng. Trong đó, sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 năm là 86,9%, tại thời điểm 4 năm là 83,1%, tại thời điểm 5 năm là 78,9%. Kết quả của Võ Văn Kha cũng tương tự với OS 3 năm đạt 82,4% khi nghiên cứu trên 136 người bệnh UTĐT đã được phẫu thuật giai đoạn II, III điều trị phác đồ XELOX.⁶ Tác giả Đàm Minh Sơn (2022) cho kết quả tỷ lệ OS tại thời điểm 3 năm là 88,6%, 4 năm và 5 năm đều là 85,8%.⁴ Theo Andre T (2004) nghiên cứu 2,246 bệnh nhân UTĐT điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật bằng phác đồ FOLFOX4 và nhóm điều trị phác đồ FU/FA cho kết quả tỷ lệ DFS 3 năm ở phác đồ FOLFOX4 là 87,7%, FU/FA là 86,6% ($p > 0,05$).⁸

Số bệnh nhân hóa trị phác đồ XELOX chiếm 68,2% với OS sau 4 năm là 89,8%, phác đồ mFOLFOX6 chiếm 31,8% với OS 4 năm là 68,1%, với $p = 0,096$. Theo tác giả Hà Diệu Thúy (2023) số bệnh nhân hóa trị phác đồ XELOX và mFOLFOX có OS sau 4 năm lần lượt là 84,6% và 96,2% với $p = 0,096$.¹¹

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm người bệnh nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình là 62,83 tuổi. Gặp ở hầu hết các lứa tuổi trong đó chủ yếu trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 63,6%. Tỷ lệ nam/nữ = 1,13.

- Vị trí u hay gặp nhất là ĐT sigma chiếm tỷ lệ 40,9%, u ĐT phải 36,4%, u ĐT trái chiếm 19,7%. Phần lớn u đã xâm lấn qua lớp cơ tới sát lớp thanh mạc (54,5%).

- Các đặc điểm giải phẫu bệnh: Thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,9%, trong đó loại UTBM tuyến thường gặp chiếm tỷ lệ 78,8%. Độ mô học chủ yếu là biệt hóa vừa (90,9%).

- Số hạch vết được dưới 7 hạch chiếm 51,5%, từ 12 hạch trở lên chiếm 33,3%. Tỷ lệ di căn hạch chiếm 29,8%, trong đó di căn N1 chiếm 16,7%.

5.2. Kết quả điều trị

- Hóa trị hỗ trợ trong UTĐT giai đoạn II nguy cơ cao và III phác đồ có oxaliplatin cho kết quả sống thêm cao với tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 79,6%, tỷ lệ sống thêm 3 năm, 4 năm và 5 năm lần lượt là 86,9%, 83,1% và 78,9%. OS 4 năm trên bệnh nhân điều trị phác đồ XELOX là 89,8% và phác đồ mFOLFOX6 là 68,1%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence

- and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. May-Jun 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
- Schmoll HJ, Twelves C, Sun W, et al.** Effect of adjuvant capecitabine or fluorouracil, with or without oxaliplatin, on survival outcomes in stage III colon cancer and the effect of oxaliplatin on post-relapse survival: a pooled analysis of individual patient data from four randomised controlled trials. *The Lancet Oncology*. Dec 2014;15(13): 1481-1492. doi:10.1016/s1470-2045(14)70486-3
 - Shah MA, Renfro LA, Allegra CJ, et al.** Impact of Patient Factors on Recurrence Risk and Time Dependency of Oxaliplatin Benefit in Patients With Colon Cancer: Analysis From Modern-Era Adjuvant Studies in the Adjuvant Colon Cancer End Points (ACCENT) Database. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. Mar 10 2016;34(8):843-53. doi:10.1200/jco.2015.63.0558
 - Đàm Minh Sơn.** Kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ XELOX bệnh ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III tại bệnh viện Đà Nẵng. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2022.
 - Lê Bá Tuấn Anh, Trần Thắng, Nguyễn Thị Thu Hường.** Kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ mFOLFOX6 trong ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và III tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;536(1)
 - Võ Văn Kha.** Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ XELOX trong ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II, III. Luận án Tiến sĩ y học. 2017.
 - Tử Thị Thanh Hương.** Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ phác đồ FOLFOX4 trong ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn III. Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
 - Bùi Thị Phương Thu, Đỗ Huyền Nga, Nguyễn Thành Vinh.** Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ FOLFOX4 trong điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Thanh Nhân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;Số chuyên đề:199-209.
 - André T, Boni C, Navarro M, et al.** Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. Jul 1 2009;27(19): 3109-16. doi:10.1200/jco.2008.20.6771
 - Trương Tuấn Anh, Vũ Hồng Thắng.** Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III ở người cao tuổi tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;520(2):204-208.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC Ở BỆNH NHÂN NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHÍ NGỦ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Lê Huệ Thảo^{1,2}, Nguyễn Thị Hồng Trân¹, Trương Thị Diệu³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ngày càng gia tăng trong cộng đồng, tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống và tăng nguy cơ biến chứng ở người bệnh. Điều trị tình trạng này bằng thở áp lực dương liên tục được chứng minh có hiệu quả nhưng dữ liệu tại Việt Nam còn khan hiếm. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bằng CPAP ở bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng trên 66 bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ ~ 2; độ tuổi trung bình là 60,23 ± 16,58, trong đó nhóm 65 tuổi trở lên chiếm 50,0%. Chỉ số khối cơ thể có trung bình là 25,76 ± 4,84 kg/m², tỷ lệ béo phì là 57,6%. Chu vi vòng cổ và vòng eo thuộc nhóm nguy cơ cao lần lượt

là 81,8% và 71,2%. Bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ từ cao tới thấp gồm tăng huyết áp (45,5%), COPD (21,2%), đái tháo đường (13,6%) và hen phế quản (7,6%). Sau điều trị CPAP, phần lớn các triệu chứng đều cải thiện. Điểm Epworth ban đầu là 11,42 ± 3,86 điểm. Sau 2 tuần, 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 10,83 ± 3,44; 8,66 ± 2,47 và 5,47 ± 1,98 điểm (p đều < 0,001). Ban đầu, trung vị AHI là 18,15. Sau 2 tuần là 18,10 (p=0,135), 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 14,80 và 12,05 (p đều < 0,001). Trung vị ODI trước điều trị là 20,90. Sau 2 tuần là 20,00 (p=0,064), sau 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 17,45 và 15,88 (p đều < 0,001). Có sự cải thiện đáng kể chỉ số SpO₂ sau điều trị CPAP ở bệnh nhân OSA ngay từ thời điểm 2 tuần, 1 tháng và 6 tháng (p < 0,05). **Kết luận:** Điều trị ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ với CPAP cho thấy hiệu quả trong cải thiện triệu chứng, điểm Epworth, các chỉ số AHI, ODI và spO₂.

Từ khóa: ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA), thở áp lực dương liên tục (CPAP), kết quả điều trị.

SUMMARY

CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE THERAPY OUTCOMES IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang

³Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huệ Thảo

Email: lehuethao@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

Background: The prevalence of obstructive sleep apnea (OSA) is steadily increasing in the general population, markedly compromising patients' quality of life and elevating the risk of associated complications. Although continuous positive airway pressure (CPAP) therapy has been proven effective, empirical data from Viet Nam remain limited. **Objectives:** To evaluate the therapeutic outcomes of continuous positive airway pressure in patients with obstructive sleep apnea. **Materials and methods:** A interventional study without control group enrolled 66 adults with OSA treated at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from May 2024 to May 2025. **Results:** The male-to-female ratio was approximately 2:1. Mean age was 60.23 ± 16.58 years, with individuals ≥ 65 years accounting for 50.0%. Mean body-mass index was 25.76 ± 4.84 kg/m²; obesity prevalence was 57.6%. High-risk neck and waist circumferences were observed in 81.8% and 71.2% of participants, respectively. The most common comorbidities were hypertension (45.5%), chronic obstructive pulmonary disease (21.2%), diabetes mellitus (13.6%), and asthma (7.6%). The mean baseline ESS score was 11.42 ± 3.86 . ESS values declined to 10.83 ± 3.44 at 2 weeks, 8.66 ± 2.47 at 1 month, and 5.47 ± 1.98 at 6 months (all $p < 0.001$). Median baseline AHI was 18.15 events·h⁻¹, changing to 18.10 at 2 weeks ($p = 0.135$) and decreasing to 14.80 and 12.05 at 1 and 6 months, respectively (both $p < 0.001$). Median ODI decreased from 20.90 events·h⁻¹ at baseline to 20.00 at 2 weeks ($p = 0.064$), 17.45 at 1 month, and 15.88 at 6 months (both $p < 0.001$). SpO₂ improved significantly at all follow-up points ($p < 0.05$). **Conclusion:** CPAP therapy produced rapid and sustained improvements in daytime sleepiness, Epworth, AHI, ODI, and SpO₂ among patients with OSA. **Keywords:** obstructive sleep apnea (OSA), continuous positive airway pressure (CPAP), treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là một rối loạn giấc ngủ phổ biến, đặc trưng bởi sự lặp lại liên tiếp hiện tượng hẹp hoặc tắc nghẽn đường hô hấp khi ngủ làm giảm hoặc ngưng hoàn toàn luồng khí vào phổi mặc dù có sự gắng sức hô hấp. Tình trạng này thường kéo theo sự gián đoạn giấc ngủ và giảm oxy máu, gây ra những ảnh hưởng tiêu cực lên sức khỏe người bệnh, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân lớn tuổi mắc các bệnh lý nền về tim mạch, hô hấp và thần kinh [1]. Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ngày càng gia tăng trong cộng đồng, ở người trưởng thành dao động từ 9% đến 38%. Ở nam giới, tỷ lệ này dao động khoảng 13% đến 33%, trong khi ở phụ nữ là từ 6% đến 19%. Tuy nhiên, trên nhóm bệnh nhân cao tuổi, tỷ lệ mắc bệnh có thể lên tới 84% [2].

Vào năm 1981, Tác giả Sullivan và cộng sự công bố phương pháp điều trị ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn bằng thở máy không xâm lấn với

áp lực dương, hay gọi cách khác là thông khí áp lực dương liên tục. Từ đó, phương pháp này đã trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân OSA mức độ trung bình đến nặng [3]. CPAP là áp lực được máy tạo ra cố định cả thì hít vào và thở ra của bệnh nhân. Mức áp lực tối ưu cho điều trị sẽ được xác định trong quá trình hiệu chỉnh máy bằng cách tăng dần cho tới khi đạt được hiệu quả điều trị như mong muốn. CPAP thường được ưu tiên cho hầu hết bệnh nhân do hiệu quả đã được chứng minh, sử dụng đơn giản và ít tốn kém hơn. Các nghiên cứu cho thấy điều trị bằng CPAP giúp cải thiện các triệu chứng của bệnh, đặc biệt là chứng buồn ngủ ban ngày cũng như các biến chứng do OSA gây ra.

Tại Việt Nam, chủ đề OSA dần được quan tâm và phát triển mạnh trong những năm gần đây. Hiện tại, dữ liệu về kết quả điều trị bằng CPAP trên bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ vẫn còn khan hiếm. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp thêm bằng chứng khoa học về hiệu quả điều trị, từ đó giúp ứng dụng rộng rãi CPAP điều trị OSA trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ theo tiêu chuẩn Viện Hàn lâm giấc ngủ Hoa Kỳ [4]:

- Buồn ngủ ban ngày không giải thích được.
- Bệnh nhân thường có ít nhất hai trong các triệu chứng sau không giải thích được: nghẹt thở khi ngủ, thức dậy nhiều lần ban đêm hoặc mệt mỏi ban ngày hoặc giấc ngủ không sảng khoái hoặc giảm tập trung.

- Kết quả đa ký hô hấp có chỉ số ngưng - giảm thở (AHI) ≥ 5 sự kiện/giờ và tổng số ngưng thở trung ương $< 50\%$.

Bệnh nhân có chỉ định điều trị OSA bằng thở máy áp lực dương theo tiêu chuẩn Viện Hàn lâm giấc ngủ Hoa Kỳ khi có ít nhất một trong các tiêu chí sau [5]:

- OSA ở người lớn có buồn ngủ quá mức.
 - OSA từ trung bình đến nặng.
 - OSA kèm giảm chất lượng cuộc sống.
 - OSA ở người lớn mắc bệnh tăng huyết áp kèm theo nhằm điều trị hỗ trợ làm giảm huyết áp.
- Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý kèm theo bao gồm đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, cơn hen phế quản, nhiễm khuẩn nặng, suy tim cấp, nhồi máu cơ tim cấp, tràn khí màng phổi.

Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật cột sống, chấn thương cột sống, gù vẹo cột sống, u vùng cổ và hầu họng.

Bệnh nhân có chống chỉ định với điều trị CPAP: Bệnh nhân không hợp tác hoặc lơ lửng quá mức, bệnh nhân giảm ý thức và không có khả năng bảo vệ đường thở, chấn thương hoặc bóng ở mặt, phẫu thuật ở mặt, thực quản, dạ dày, hội chứng rò rỉ khí (tràn khí màng phổi kèm rò phế quản màng phổi), bệnh lý hen hay COPD vào cơn cấp hay có tình trạng ứ khí phổi nặng gồm hen tăng CO₂ hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng và thoát vị hoành.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 66 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (TB ± ĐLC; ≥ 65; < 65), giới tính (nam, nữ), chỉ số khối cơ thể [BMI] (TB ± ĐLC; béo phì: ≥ 25; không béo phì < 25), chu vi vòng cổ nguy cơ cao (có: >43cm ở nam và >41cm ở nữ), chu vi vòng eo nguy cơ cao (có: ≥ 102cm ở nam và ≥ 88cm ở nữ), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [COPD] (có/không), hen phế quản (có/không), tăng huyết áp (có/không), đái tháo đường (có/không).

Đánh giá kết quả điều trị CPAP: Đánh giá tại thời điểm sau 1 tuần, 1 tháng và 6 tháng điều trị:

- Tỷ lệ các triệu chứng: ngưng thở-nghẹt thở, ngưng thở tắc nghẽn, đau đầu buổi sáng, giảm thở, giảm tập trung, thức dậy mệt mỏi, ngáy to, thức giấc về đêm, tình trạng buồn ngủ ban ngày.

- Điểm Epworth.
- Chỉ số AHI: sự kiện/giờ.
- Chỉ số ODI: sự kiện/giờ.
- Chỉ số SpO₂: thấp nhất và trung bình (%).

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích sử dụng phép kiểm Paired Sample T test để kiểm tra sự khác biệt về trung bình (phân phối chuẩn) trước và sau điều trị. Sử dụng phép

kiểm Wilcoxon signed ranked test để kiểm định sự khác biệt trung bình (với phân phối không chuẩn) trước và sau điều trị. Giá trị $p < 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (24.181.HV/PCT-HĐĐĐ).

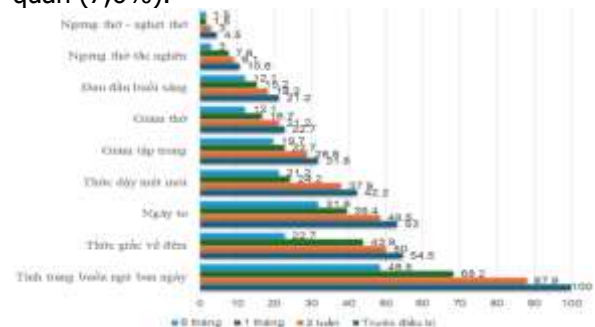
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 05/2024 đến tháng 05/2025, có tổng cộng 66 bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=66)

Đặc điểm	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≥65	33
	<65	33
Tuổi (TB ± ĐLC)	60,23 ± 16,58	
Giới tính	Nam	43
	Nữ	23
BMI (TB ± ĐLC)	25,76 ± 4,84	
Béo phì	38	57,6
Chu vi vòng cổ (nguy cơ cao)	54	81,8
Chu vi vòng eo (nguy cơ cao)	47	71,2
Đái tháo đường	9	13,6
Tăng huyết áp	30	45,5
COPD	14	21,2
Hen phế quản	5	7,6

Nhận xét: Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ ~ 2; độ tuổi trung bình là 60,23 ± 16,58, trong đó nhóm 65 tuổi trở lên chiếm 50,0%. Chỉ số khối cơ thể có trung bình là 25,76 ± 4,84 kg/m², tỷ lệ béo phì là 57,6%. Chu vi vòng cổ và vòng eo thuộc nhóm nguy cơ cao lần lượt là 81,8% và 71,2%. Bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ từ cao tới thấp gồm tăng huyết áp (45,5%), COPD (21,2%), đái tháo đường (13,6%) và hen phế quản (7,6%).



Biểu đồ 1. Biểu đồ tỷ lệ triệu chứng trước và sau điều trị CPAP

Nhận xét: Dựa vào biểu đồ, có thể thấy, phần lớn các triệu chứng đều cải thiện sau điều trị.

Bảng 2. Đặc điểm điểm Epworth trước và sau điều trị

Thời điểm	Điểm Epworth			
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	TB ± ĐLC
Ban đầu ^a (n=66)	20 (30,3)	20 (30,3)	14 (21,2)	11,42 ± 3,86
2 tuần ^b (n=66)	24 (36,4)	36 (54,5)	6 (9,1)	10,83 ± 3,44
p(a-b)		0,001*		0,001**
1 tháng ^c (n=64)	41 (64,1)	23 (35,9)	0 (0)	8,66 ± 2,47
p(a-c)		<0,001*		<0,001**
6 tháng ^d (n=60)	59 (98,3)	1 (1,7)	0 (0)	5,47 ± 1,98
p(a-d)		<0,001*		<0,001**

* Wilcoxon Signed Ranks Test, **Paired Samples Test

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận sau điều trị, điểm Epworth có cải thiện có ý nghĩa thống kê sau điều trị (tất cả p < 0,001). Cụ thể, tại thời điểm ban đầu là 11,42 ± 3,86 điểm. Sau 2 tuần, 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 10,83 ± 3,44; 8,66 ± 2,47 và 5,47 ± 1,98 điểm.

Bảng 3. Đặc điểm AHI trước và sau điều trị

Thời điểm	Điểm AHI			
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Trung vị (Q1-Q3)
Ban đầu ^a (n=66)	0 (0)	51 (77,3)	15 (22,7)	18,15 (16,60-26,90)
2 tuần ^b (n=66)	2 (3,0)	49 (74,2)	15 (22,7)	18,10 (16,10-25,90)
p(a-b)		0,157		0,135
1 tháng ^c (n=64)	17 (26,6)	33 (51,6)	14 (21,9)	14,80 (13,20-23,45)
p(a-c)		<0,001		<0,001
6 tháng ^d (n=60)	39 (65,0)	10 (16,7)	11 (18,3)	12,05 (9,20-22,15)
p(a-d)		<0,001		<0,001

Wilcoxon Signed Ranks Test

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận, AHI có cải thiện có ý nghĩa thống kê sau điều trị tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng. Cụ thể, tại thời điểm ban đầu có trung vị AHI là 18,15. Sau 2 tuần là 18,10 (p=0,135). Sau đó, tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 14,80 và 12,05 (p đều < 0,001).

Bảng 4. Đặc điểm điểm ODI trước và sau điều trị

Thời điểm	Chỉ số ODI			
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Trung vị (Q1-Q3)
Ban đầu ^a (n=66)	0 (0)	55 (83,3)	11 (16,7)	20,90 (17,40-24,30)
2 tuần ^b (n=66)	1 (1,5)	55 (83,3)	10 (15,2)	20,00 (16,90-23,60)
p(a-b)		0,157*		0,064**
1 tháng ^c (n=64)	15 (23,4)	41 (64,1)	8 (12,5)	17,45 (15,70-21,30)
p(a-c)		<0,001*		<0,001**
6 tháng ^d (n=60)	20 (33,3)	35 (58,4)	5 (8,3)	15,88 (12,45-16,94)
p(a-d)		<0,001*		<0,001**

Wilcoxon Signed Ranks Test

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận, ODI có cải thiện có ý nghĩa thống kê sau điều trị tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng. Cụ thể, tại thời điểm ban đầu có trung vị ODI là 20,90. Sau 2 tuần là 20,00 (p=0,064). Sau đó, tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 17,45 và 15,88 (p đều < 0,001).

Bảng 5. Đặc điểm SpO2 trước và sau điều trị

Thời điểm	SpO2	
	Thấp nhất	Trung bình
Ban đầu ^a (n=66)	86,23 ± 5,86	90,73 ± 4,15
2 tuần ^b (n=66)	87,44 ± 4,76	91,02 ± 3,58
p(a-b)	<0,001	0,017
1 tháng ^c (n=64)	89,80 ± 3,03	92,30 ± 2,59
p(a-c)	<0,001	<0,001

6 tháng ^d (n=60)	90,48 ± 2,63	92,68 ± 2,18
p(a-d)	<0,001	<0,001

Paired Samples Test

Nhận xét: Kết quả điều trị cho thấy có sự cải thiện đáng kể chỉ số SpO2 sau điều trị CPAP ở bệnh nhân OSA ngay từ thời điểm 2 tuần, 1 tháng và 6 tháng. Sự khác biệt ghi nhận đều có ý nghĩa thống kê (p đều < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 66 bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025 cho thấy hiệu quả của CPAP trong điều trị OSA. Nghiên cứu ghi nhận có sự cải

thiện đáng kể các triệu chứng, chỉ số Epworth, AHI, ODI và SpO_2 của bệnh nhân sau điều trị tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 6 tháng.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,23 \pm 16,58$ tuổi, trong đó có đến 50% bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên. Y văn đã chứng minh tỷ lệ mắc OSA tăng dần theo tuổi, đạt đỉnh ở khoảng 65 tuổi và sau đó duy trì ở mức cao. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong nước, ví dụ như nghiên cứu của Lê Thị Hồng Thắm và Ngô Quý Châu (2021) cũng tập trung vào nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi và kết luận đây là đối tượng có gánh nặng triệu chứng OSA cao, đặc biệt là ngủ ngáy [6]. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế rõ rệt với tỷ lệ 65,2%, gần gấp đôi so với nữ giới (34,8%). Kết quả này đồng nhất với nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam. Cụ thể, một tổng quan hệ thống năm 2017 của Senaratna C. V. và cộng sự cho thấy, tỷ lệ mắc OSA ở nam giới cao hơn đáng kể so với nữ giới ở mọi lứa tuổi [2]. Nghiên cứu của Võ Phạm Minh Thư và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cho thấy nam giới chiếm 81,3% [7]. Lý giải cho điều này, về mặt giải phẫu, nam giới có xu hướng có đường hô hấp trên dài hơn và diện tích hẹp hơn. Về mặt nội tiết, các hormone như progesterone và estrogen ở phụ nữ tiền mãn kinh được cho là có vai trò kích thích hô hấp và bảo vệ, giúp giảm nguy cơ xẹp đường thở. Sự khác biệt về phân bố mỡ cơ thể, với nam giới có xu hướng tích tụ mỡ ở vùng cổ và thân trên nhiều hơn, cũng là một yếu tố góp phần quan trọng. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ cao bệnh nhân bị béo phì, với BMI trung bình là $25,76 \pm 4,84 \text{ kg/m}^2$ và có đến 57,6% bệnh nhân có BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$. Kết quả phù hợp với y văn khi béo phì được xem là yếu tố nguy cơ hàng đầu của OSA. Các chỉ số nhân trắc khác trong nghiên cứu của chúng tôi như chu vi vòng eo ($81,8\%$ ở nhóm nguy cơ cao) và chu vi vòng eo ($71,2\%$ ở nhóm nguy cơ cao) cũng ở mức rất cao, phản ánh phần nào vai trò của béo phì trung tâm. Cơ chế giải thích mối liên quan này là do sự gia tăng lắng đọng mỡ ở các cấu trúc mô mềm quanh đường hô hấp trên (lưỡi, khẩu cái mềm, thành bên hầu họng) trực tiếp gây hẹp lòng đường thở, trong khi béo phì trung tâm (thể hiện qua chu vi vòng eo lớn) làm giảm thể tích giãn nở của phổi, làm giảm lực kéo dọc lên thành hầu, khiến đường thở dễ xẹp hơn trong khi ngủ. Các bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD, hen phế quản ghi nhận trong nghiên cứu cũng phù hợp với y văn bởi đây là các bệnh đồng mắc thường gặp trên

bệnh nhân mắc OSA.

Sau 6 tháng can thiệp, liệu pháp CPAP đã chứng tỏ hiệu quả trong việc cải thiện các triệu chứng của OSA. Cụ thể, tình trạng buồn ngủ ban ngày (giảm từ 100% xuống 48,5%), thức dậy mệt mỏi (giảm từ 42,2% xuống 21,2%), đau đầu buổi sáng, thức giấc về đêm, ngáy to và giảm tập trung (tất cả $p < 0,05$). Sự cải thiện này còn được phản ánh qua sự sụt giảm có ý nghĩa của cả điểm Epworth trung bình (từ $11,42 \pm 3,86$ xuống $5,47 \pm 1,98$; $p < 0,001$) và đặc điểm đa ký hô hấp như AHI, ODI, SpO_2 cũng cải thiện rõ rệt. Những kết quả này phù hợp với các bằng chứng từ y văn hiện hành. Các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng và các phân tích gộp đều nhất quán cho thấy CPAP là liệu pháp hiệu quả nhất để làm giảm triệu chứng buồn ngủ và cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân OSA. Cơ chế của sự cải thiện này do CPAP hoạt động như một nẹp khí nén, giữ cho đường thở trên luôn mở trong khi ngủ, chấm dứt các cơn ngưng thở và giảm thở giúp bình thường hóa cấu trúc giấc ngủ, loại bỏ các vi thức giấc, và khôi phục lại tình trạng oxy hóa bình thường, dẫn đến sự phục hồi về mặt thể chất và tinh thần vào ngày hôm sau. Không những có lợi về mặt cải thiện triệu chứng, phân tích tổng hợp của tác giả XiaoMei Xie và cộng sự còn ghi nhận CPAP có khả năng cải thiện tình trạng viêm hệ thống ở bệnh nhân mắc OSA, góp phần cải thiện tiên lượng về chuỗi bệnh lý tim mạch trên nhóm đối tượng này [8].

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế. Việc thiếu nhóm chứng khiến không thể đánh giá một cách trực tiếp tác động của CPAP ở bệnh nhân mắc OSA, mặc dù hiệu quả của liệu pháp này đã được chứng minh rộng rãi. Thứ hai, nghiên cứu được tiến hành đơn trung tâm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, với cỡ mẫu tương đối nhỏ ($n=66$). Điều này có thể giới hạn khả năng khái quát hóa kết quả cho các quần thể bệnh nhân OSA ở các vùng miền khác hoặc các tuyến y tế khác nhau. Tuy nhiên, với những phát hiện bước đầu của nghiên cứu, có thể mang lại những định hướng cho các nghiên cứu trong tương lai với thiết kế cao cấp hơn, tiền cứu, đa trung tâm, với cỡ mẫu lớn hơn và có nhóm chứng, nhằm xác định rõ ràng hơn hiệu quả dài hạn của CPAP trên kết cục lâm sàng ở bệnh nhân OSA.

V. KẾT LUẬN

Điều trị ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ với thông khí áp lực dương liên tục cho thấy hiệu quả trong cải thiện triệu chứng, điểm Epworth,

các chỉ số AHI, ODI và spO₂.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Salman L. A., Shulman R., Cohen J. B.** (2020). "Obstructive Sleep Apnea, Hypertension, and Cardiovascular Risk: Epidemiology, Pathophysiology, and Management". *Curr Cardiol Rep.* 22(2): 6.
2. **Senaratna C. V., Perret J. L., Lodge C. J., et al** (2017). "Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review". *Sleep Med Rev.* 34: 70-81.
3. **Basner R. C.** (2007). "Continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnea". *N Engl J Med.* 356(17): 1751-8.
4. **Kapur V. K., Auckley D. H., Chowdhuri S., et al** (2017). "Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline". *J Clin Sleep Med.* 13(3): 479-504.
5. **Patil S. P., Ayappa I. A., Caples S. M., et al** (2019). "Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea with Positive Airway Pressure: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline". *J Clin Sleep Med.* 15(2): 335-343.
6. **Lê Thị Hồng Thắm, Ngô Quý Châu** (2021). "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân trên 65 tuổi". *Tạp chí Y học Việt Nam.* 507(2): 126-131.
7. **Võ Phạm Minh Thư, Nguyễn Trung Kiên, Trát Quốc Trung** (2023). "Đặc điểm bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ khám ngoại trú tại Đơn vị Hô hấp - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ". *Tạp chí Y học Việt Nam.* 527(1B): 1-7.
8. **Xie X., Pan L., Ren D., et al** (2013). "Effects of continuous positive airway pressure therapy on systemic inflammation in obstructive sleep apnea: a meta-analysis". *Sleep Med.* 14(11): 1139-50.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN SAU PHẪU THUẬT

Nguyễn Thị Thuý Nga¹, Trịnh Quang Điện², Tạ Văn Tò^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là gánh nặng bệnh tật ung thư trên thế giới, tiên lượng sau phẫu thuật cắt gan khá kém. Nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm giải phẫu bệnh UTBMTBG theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGG) năm 2019 và đánh giá mối liên quan giữa chúng với khả năng sống sót. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, có theo dõi dọc được thực hiện trên 330 bệnh nhân UTBMTG được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều. Các đặc điểm mô bệnh học được ghi nhận và phân tích. Phương pháp Kaplan-Meier được sử dụng để đánh giá tỷ lệ sống sót, phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố tiên lượng. **Kết quả:** Giai đoạn IB và II lần lượt là 45.8% và 39.4%, mức độ xơ hoá của gan lành chủ yếu là F2, F3. Típ mô bệnh học chủ yếu là típ thông thường (82.4%), típ bè lớn (12.4%). Biệt hóa vừa chiếm ưu thế (62.7%), trong khi kém biệt hóa chiếm 31.8%. 45.8% xâm nhập mạch, 2.1% xâm nhập thần kinh, 51.5% hoại tử u. Có 66/263 trường hợp tử vong, thời gian sống trung bình là 35.6 ± 15.2 tháng. Tỷ lệ sống sót sau 1, 2, 3 năm là 90.9%, 82.5% và 74.5%. Qua phân tích đơn biến, các yếu tố tiên lượng khả năng sống sót của bệnh nhân UTBMTBG là tuổi, kích thước u, giai đoạn TNM, típ bè lớn, độ mô học, xâm nhập mạch, hoại tử u và mức độ xơ hoá của gan lành. Qua phân tích đa biến, biệt hoá

kém và xơ hoá nặng (F4-6) là yếu tố tiên lượng độc lập. **Kết luận:** Típ thông thường là típ mô bệnh học phổ biến nhất. Tình trạng xâm nhập mạch và hoại tử u được ghi nhận khá nhiều. Một số đặc điểm giải phẫu bệnh như mức độ xơ hoá của gan lành, típ mô bệnh học, độ mô học, xâm nhập mạch, hoại tử u là những yếu tố liên quan đến tiên lượng khả năng sống sót, trong đó, biệt hoá kém và mức độ xơ hoá gan nặng (F4-6) là những yếu tố tiên lượng độc lập.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, đặc điểm giải phẫu bệnh, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND PROGNOSTIC FACTORS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AFTER RESECTION

Objective: Hepatocellular carcinoma (HCC) represents a significant global cancer burden, with relatively poor prognosis following hepatic resection. This study aimed to describe certain histopathological characteristics of HCC according to the 2019 World Health Organization (WHO) classification and to evaluate their association with patient survival. **Methods:** A retrospective, cross-sectional study with longitudinal follow-up was conducted on 330 HCC patients who underwent liver resection at K Hospital, Tan Trieu branch. Histopathological features were recorded and analyzed. Kaplan-Meier method was used to estimate survival rates; univariate and multivariate analyses were performed. **Results:** Stage IB and II accounted for 45.8% and 39.4% of cases, respectively. Liver fibrosis in non-tumorous tissue was mainly F2-F3. The predominant histological subtype was the conventional type (82.4%), followed by macrotrabecular (12.4%). Moderate differentiation

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Nga

Email: ngamit1111@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

was most common (62.7%), while poor differentiation was found in 31.8%. Vascular invasion was present in 45.8%, perineural invasion in 2.1%, and tumor necrosis in 51.5%. There were 66 deaths among 263 cases, with a mean survival time of 35.6 ± 15.2 months. The 1-, 2-, and 3-year overall survival rates were 90.9%, 82.5%, and 74.5%, respectively. Univariate analysis identified age, tumor size, TNM stage, macrotrabecular subtype, histological grade, vascular invasion, tumor necrosis, and fibrosis stage as prognostic factors. Multivariate analysis revealed poor differentiation and advanced fibrosis (F4–6) as independent prognostic factors. **Conclusion:** The conventional subtype is the most common histological pattern. Vascular invasion and tumor necrosis are frequently observed. Histopathological features such as fibrosis stage, subtype, histological grade, vascular invasion, and tumor necrosis are associated with survival prognosis, with poor differentiation and advanced fibrosis being independent predictors.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, histopathological characteristics, prognostic factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) vẫn là gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới với hơn 860000 ca mắc mới mỗi năm, và đứng thứ 3 trong các nguyên nhân tử vong do ung thư với hơn 700000 ca tử vong năm 2022.³ Ở Việt Nam, với 24502 ca mắc mới và 23333 ca tử vong, ung thư gan đứng thứ hai về tỷ lệ mắc và thứ nhất về tỷ lệ tử vong, trở thành vấn đề bệnh tật đáng quan tâm.³ Trong hai thập kỷ qua, dù đã có những tiến bộ đáng kể trong điều trị, nhưng phẫu thuật cắt gan và ghép gan vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả nhất. Tuy nhiên, tiên lượng của bệnh nhân UTBMTBG sau phẫu thuật cắt gan khá kém. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm sau phẫu thuật cắt gan lần lượt là 70% và 18-36%.¹ Do đó việc dự đoán khả năng sống của bệnh nhân rất quan trọng.

Có rất nhiều yếu tố khác nhau ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân UTBMTBG, trong đó các đặc điểm giải phẫu bệnh cho thấy sự xâm lấn khối u như xâm lấn tĩnh mạch, nhân vệ tinh, kích thước khối u lớn, khối u kém biệt hoá hay giai đoạn tiến triển đã được xác định là những yếu tố nguy cơ liên quan đến tái phát và thời gian sống thêm ngắn.⁵ Tại Việt Nam chưa có các nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa các đặc điểm giải phẫu bệnh với thời gian sống thêm của bệnh nhân UTBMTBG sau điều trị phẫu thuật cắt gan. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tế bào gan theo phân loại của TCYTGG năm 2019 tại Bệnh viện K và đánh giá mối liên quan giữa chúng với khả năng sống sót.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 330 bệnh nhân UTBMTBG được điều trị phẫu thuật cắt gan, từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2022, tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các trường hợp được chẩn đoán ung thư gan và phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều lần đầu, có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào gan.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp không thoả mãn đủ tiêu chuẩn trên.

- Có bệnh ung thư khác kèm theo.

- Các trường hợp đã được hoá chất và xạ trị tiền phẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, có theo dõi dọc.

Cỡ mẫu: Áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu mô tả định tính như sau:

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

Trong đó: n: số lượng tối thiểu

α: mức ý nghĩa thống kê (chúng tôi chọn 0.05); Z: hệ số giới hạn độ tin cậy ($Z = 1.96$ tương ứng $\alpha = 0.05$); e: sai số tuyệt đối cho phép (chúng tôi chọn $e = 0.05$)

p: tỷ lệ sống sót 3 năm của UTBMTBG sau phẫu thuật cắt gan theo nghiên cứu phân tích tổng hợp là 0.6993 (69.93%).⁷

Tính được cỡ mẫu tối thiểu là 324 trường hợp.

Biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Một số đặc điểm chung: tuổi, giới, kích thước khối u, sự xơ hoá của mô gan lành xa u theo thang điểm Ishak, số lượng u, giai đoạn TNM theo AJCC 8th.

- Một số đặc điểm mô bệnh học theo phân loại TCYTGG 2019:

+ Típ mô bệnh học: thông thường, bè lớn, tế bào sáng, xơ lá, xơ cứng, dạng gan nhiễm mỡ, kỵ màu, giàu bạch cầu đa nhân trung tính, giàu lympho bào.

+ Độ mô học: biệt hoá cao, biệt hoá vừa và kém biệt hoá.

+ Xâm nhập mạch, xâm nhập thần kinh, hoại tử u: có hoặc không.

- Thời gian sống thêm sau điều trị phẫu thuật cắt gan (tháng) và tỷ lệ sống sót sau 3 năm.

Quy trình thu thập số liệu: Chúng tôi thực hiện lấy danh sách bệnh nhân, tra cứu theo mã ICD để tìm tiêu bản, khối nén. Tất cả bệnh nhân được khai thác thông tin chung từ hồ sơ bệnh án.

Các thông tin và dữ liệu về các đặc điểm mô

bệnh học theo phân loại TCYTTG 2019 được thu thập qua đánh giá trên kính hiển vi quang học các tiêu bản Hematoxylin-Eosin (HE), lưu trữ tại Trung tâm Giải phẫu bệnh và Sinh học phân tử tại Bệnh viện K.

Xác định ngày chẩn đoán mô bệnh học trên phiếu trả lời kết quả giải phẫu bệnh, theo dõi tình trạng sống hay chết của bệnh nhân từ khi có chẩn đoán mô bệnh học. Tình trạng bệnh nhân còn sống hay đã chết được xác định bằng cách gọi điện trực tiếp cho số điện thoại liên hệ trong hồ sơ bệnh án hoặc xác định từ hồ sơ bệnh án. Ngày nhận thân tin cuối cùng là 31/12/2024.

Ước lượng tỷ lệ sống sót, phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố mô bệnh học ảnh hưởng đến tỷ lệ sống sót.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

Tính tỷ lệ sống sót sau điều trị: dùng phương pháp ước lượng sống thêm của Kaplan-Meier. Phân tích đơn yếu tố bằng kiểm định LogRank, phân tích đa biến theo mô hình hồi quy Cox.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

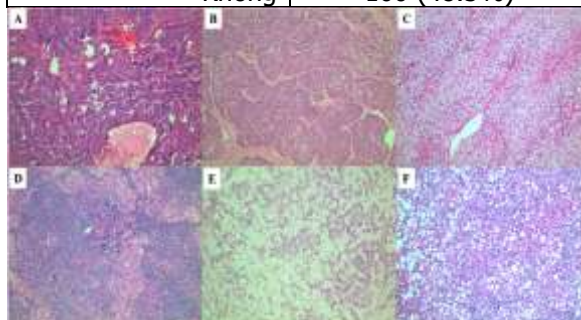
Đặc điểm	Số lượng và tỷ lệ %
Tuổi trung bình	56.23 ± 11.01
<50	80 (24.2%)
≥50	250 (75.8%)
Tuổi nhỏ nhất	17
Tuổi lớn nhất	80
Giới tính: Nam	282 (85.5%)
Nữ	48 (14.5%)
Kích thước u trung bình	5.7 ± 3.1
≤2cm	24 (7.3%)
2-≤ 5cm	157 (47.6%)
>5cm	149 (45.2%)
Số lượng u trung bình	1.1 ± 0.4 (1-4)
Đơn độc	300 (90.9%)
Nhiều u	30 (9.1%)
Giai đoạn theo AJCC 8th	
IA	9 (2.7%)
IB	151 (45.8%)
II	130 (39.4%)
IIIA	29 (8.8%)
IIIB	11 (3.3%)
IV	0
Mức độ xơ hoá mô gan lành theo Ishak	
F1	47 (14.2%)

F2	104 (31.5%)
F3	111 (33.6%)
F4	53 (16.1%)
F5	13 (3.9%)
F6	2 (0.6%)

3.2. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 3.2: Một số đặc điểm mô bệnh học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng và tỷ lệ (%)
Típ mô bệnh học	
Thông thường	272 (82.4%)
Bè lớn	41 (12.4%)
Tế bào sáng	4 (1.2%)
Dạng gan nhiễm mỡ	7 (2.1%)
Xơ cứng	5 (1.5%)
Giàu lympho bào	1 (0.3%)
Độ mô học	
Biệt hoá cao	18 (5.5%)
Biệt hoá vừa	207 (62.7%)
Kém biệt hoá	105 (31.8%)
Xâm nhập mạch	
Có	151 (45.8%)
Không	179 (54.2%)
Xâm nhập thần kinh	
Có	7 (2.1%)
Không	323 (97.9%)
Hoại tử u: Có	170 (51.5%)
Không	160 (48.5%)



Hình 3.1: Hình ảnh Hematoxylin – Eosin (HE) của một số típ mô bệnh học

A – típ thông thường. B – típ bè lớn. C – típ tế bào sáng. D – típ giàu lympho bào. E – típ xơ cứng. F – típ dạng gan nhiễm mỡ. (x100)

3.3. Thời gian sống sót và tỷ lệ sống sót sau điều trị.

Bảng 3.3: Thông tin theo dõi chung sau điều trị

Tình trạng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có thông tin	263	79.7
Mất thông tin	67	20.3
Còn sống	197	74.9
Tử vong	66	25.1
Thời gian sống trung bình	35.6 ± 15.2 tháng	
Tử vong sớm nhất	0.3 tháng (10 ngày)	

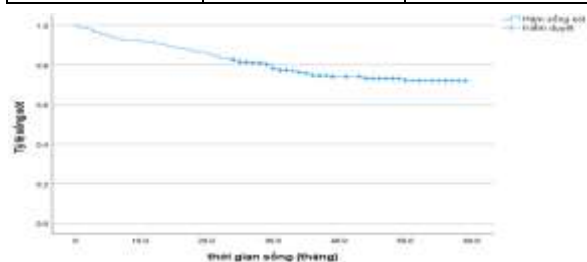
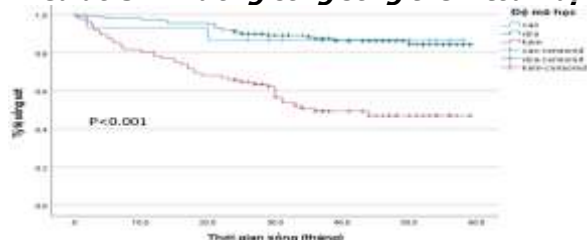
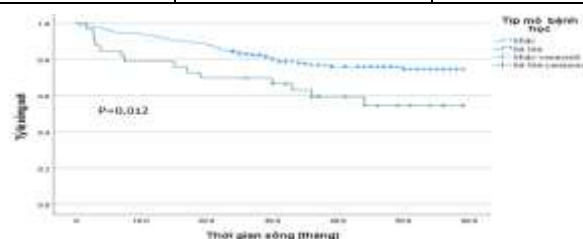
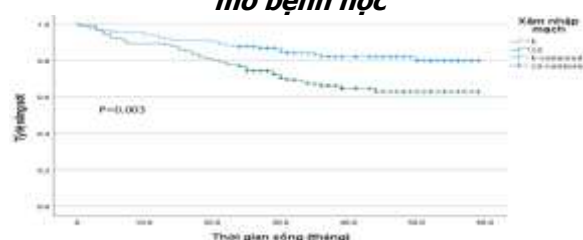
Thời gian theo dõi dài nhất	59 tháng

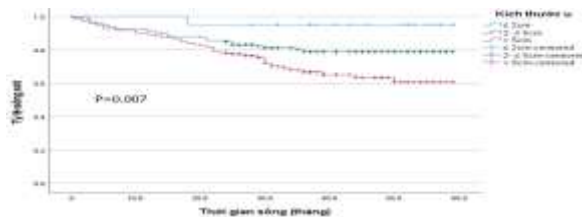
Bảng 3.4: Tỷ lệ sống sót sau điều trị từng năm

Sống thêm theo Kaplan-Meier	1 năm	2 năm	3 năm
Số chết tích lũy	24	46	63
Tỷ lệ sống sót (%)	90.9%	82.5%	74.5%

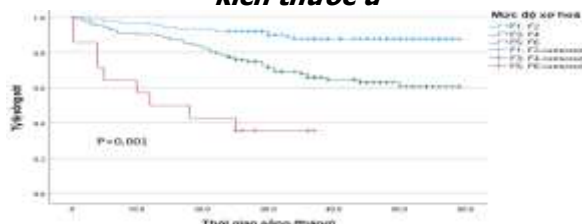
Bảng 3.5: Một số đặc điểm giải phẫu bệnh ảnh hưởng đến tỷ lệ sống sót sau 3 năm

Đặc điểm		Tỷ lệ sống sót sau 3 năm (%)	P (kiểm định LogRank)	Phân tích đa biến HR (95%CI)	P (kiểm định Wald)
Tuổi	< 50	94	<0.001		
	≥ 50	67.8			
Kích thước u	≤ 2cm	95	0.007	1.022 (0.945-1.106)	0.582
	2- ≤ 5cm	78.7			
	> 5cm	66.5			
Số lượng u	Đơn độc	75.3	0.335	0.780 (0.390-1.562)	0.484
	Nhiều u	65.5			
Giai đoạn TNM	IA	100	<0.001	2.807 (0.970-8.123)	0.057
	IB	85.6			
	II	71.5			
	IIIA	41.7			
	IIIB	34.1			
Típ mô bệnh học	Thông thường	75.7	0.106		
	Bề lớn	59.5			
	Xơ cứng	75			
	Bề lớn	59.5	0.012	0.924 (0.487-1.755)	0.809
	Khác	76.8			
Độ mô học	Biệt hoá cao	86.7	<0.001	3.470 (1.967-6.122)	0.000
	Biệt hoá vừa	87.4			
	Biệt hoá kém	49.4			
Xâm nhập mạch	Có	66	0.003	1.467 (0.598-3.599)	0.403
	Không	81.8			
Hoại tử u	Có	64.5	<0.001	0.801 (0.435-1.476)	0.477
	Không	85.1			
Mức độ xơ hoá mô gan lành	F1	91	<0.001	3.270 (1.967-5.437)	0.000
	F2	86.2			
	F3	69.2			
	F4	59.2			
	F5	33.3			
	F6	50			

**Biểu đồ 3.1: Đường cong sống sót thêm toàn bộ****Biểu đồ 3.2: Đường cong sống sót theo độ mô học****Biểu đồ 3.3: Đường cong sống sót theo típ mô bệnh học****Biểu đồ 3.4: Đường cong sống sót theo tình trạng xâm nhập mạch**



Biểu đồ 3.5: Đường cong sống sót theo kích thước u



Biểu đồ 3.6: Đường cong sống sót theo mức độ xơ hoá gan lành

IV. BÀN LUẬN

Về một số đặc điểm chung, trên 330 đối tượng nghiên cứu, chủ yếu gặp kích thước u là từ 2- ≤ 5cm (47.6%) và u đơn độc khá tương đồng với các nghiên cứu của Lee và cộng sự, Sweed và cộng sự.^{9, 2} Điều này có thể liên quan đến chỉ định phẫu thuật cắt gan trong điều trị UTBMTBG, thường là các khối u kích thước nhỏ - trung bình và số lượng u là 01. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy giai đoạn TNM chủ yếu là giai đoạn sớm với giai đoạn I và II chiếm phần lớn (87.9%), và không có trường hợp nào ở giai đoạn IV, kết quả này khá tương tự với nghiên cứu của Sweed và cộng sự tại Egypt.² Kết quả nghiên cứu cho thấy khoảng hơn 80% bệnh nhân có tình trạng gan xơ hoá từ mức độ nhẹ đến nặng, khá phù hợp với dữ liệu trên toàn thế giới, tỷ lệ u xơ gan ở những bệnh nhân mắc UTBMTBG khoảng 80-90%.⁸

Biệt hoá vừa là độ biệt hoá hay độ mô học phổ biến trong nghiên cứu (62.7%), trong khi đó biệt hoá kém cũng chiếm tỷ lệ không nhỏ (31.8%). Mức độ biệt hoá của khối u có mối liên quan đáng kể với kích thước u, xâm nhập mạch và hoại tử u. Hơn 1 nửa (58.1%) khối u có biệt hoá kém có kích thước u >5cm ($p<0.001$). Tỷ lệ u kém biệt hoá có xâm nhập mạch và hoại tử u lần lượt là 62.9% và 81% ($p<0.001$). Hầu hết khối u UTBMTBG là tít thông thường (82.4%), tít bề lớn đứng thứ 2 (12.4%), tít tế bào sáng, tít dạng gan nhiễm mỡ, tít xơ cứng, tít giàu lympho bào chiếm tỷ lệ nhỏ; ngoài ra không ghi nhận trường hợp nào tít xơ lá, giàu bạch cầu đa nhân trung tính và kỵ màu. Đặc biệt, UTBMTBG tít bề lớn thường có tỷ lệ biệt hoá kém (63.4%), tình trạng xâm nhập mạch nhiều hơn (82.9%)

với $p=0.000$.

Từ kết quả nghiên cứu trên 263/330 trường hợp có thông tin, có 66 bệnh nhân tử vong, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 35.6 ± 15.2 tháng, với thời gian sống ngắn nhất là 0.3 tháng. Tỷ lệ sống sót 3 năm là 74.5%. Trong nghiên cứu phân tích tổng hợp trên toàn cầu các trường hợp sau phẫu thuật cắt gan của bệnh nhân UTBMTBG, thời gian sống sót trung bình là 48.7 tháng, tỷ lệ sống sót 3 năm trên toàn thế giới và châu Á lần lượt là 66.93% và 70.26%.⁷

Khi phân tích đơn biến, các yếu tố tiên lượng khả năng sống sót của bệnh nhân UTBMTBG là tuổi, kích thước u, giai đoạn TNM, nhân vệ tinh, tít bề lớn, độ mô học, xâm nhập mạch, hoại tử u và mức độ xơ hoá của gan lành. Tỷ lệ sống sót ở những bệnh nhân có kích thước u >5cm thấp hơn đáng kể so với nhóm có kích thước u ≤2cm và 2 - ≤5cm (66.5% so với 95% và 78.7%) với $p=0.007$. Phân tích đơn biến các tít mô bệnh học riêng lẻ cho thấy không có sự khác biệt về tiên lượng sống giữa các tít ($p=0.106$), tuy nhiên khi so sánh giữa tít bề lớn và các tít còn lại, kết quả chỉ ra rằng bệnh nhân UTBMTBG tít bề lớn có tiên lượng xấu hơn đáng kể (59.5%) với $p=0.012$. Theo nghiên cứu của Sweed và cộng sự tại Egypt, thời gian sống trung bình của bệnh nhân UTBMTBG tít bề lớn khoảng 32 tháng, tỷ lệ tái phát cao (45.5%).² Bên cạnh đó, tít bề lớn cũng thường có các đặc điểm của khối u độ cao như mức biệt hoá kém, kích thước u lớn (>5cm), tình trạng xâm nhập mạch nhiều hơn. Ngoài ra, khi có xâm nhập mạch hay hoại tử u, tỷ lệ sống sót của bệnh nhân UTBMTBG giảm đáng kể so với trường hợp không có ($p=0.003$ và $p<0.001$). Nghiên cứu phân tích hệ thống của Manuel và cộng sự nhấn mạnh vai trò tiên lượng của sự xâm nhập mạch trong UTBMTBG sau phẫu thuật cắt gan cũng như ghép gan với thời gian sống không bệnh và thời gian sống toàn bộ 3 năm ngắn hơn.⁶

Phân tích đa biến trong nghiên cứu cho thấy độ mô học (biệt hoá kém) và mức độ xơ hoá của gan lành (F4-6) là các yếu tố tiên lượng độc lập ở bệnh nhân UTBMTBG. Từ nghiên cứu của Sweed và cộng sự, bên cạnh kích thước u và xâm nhập mạch, biệt hoá kém cũng là yếu tố tiên lượng độc lập và dự đoán thời gian sống không tái phát (HR=1.678, 95% CI 1.259–2.514, $p=0.008$).² Hầu hết bệnh nhân mắc UTBMTBG tử vong do suy gan, do đó sự xơ hoá của mô gan lành có ảnh hưởng đến khả năng sống sót của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt gan. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có gan xơ hoá càng nặng thì tỷ lệ sống sót sau 3 năm càng giảm

(F5 - 33.3%, F4 - 59.2% so với F3 - 69.2%, F2 - 86.2%, F1 - 91% với $p < 0.001$). Trường hợp xơ hoá gan F6 ghi nhận 2 bệnh nhân thì tỷ lệ tử vong là 50%. Trong một nghiên cứu gần đây, tỷ lệ tái phát cao hơn đáng kể ở nhóm F4 so với F1-3 và xơ hoá gan cũng là yếu tố tiên lượng độc lập với thời gian sống không tái phát.⁴

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào gan là khối u không đồng nhất về tuổi, giới, các đặc điểm mô bệnh học và tiên lượng. Dù phân loại của Tổ chức Y tế thế giới 2020 đã chia nhiều tip mô bệnh học khác nhau, tuy nhiên tip thông thường vẫn là tip phổ biến nhất. Tình trạng xâm nhập mạch và hoại tử u được ghi nhận khá nhiều, phản ánh tính chất tiến triển của u. Các đặc điểm giải phẫu bệnh như kích thước u, giai đoạn TNM, mức độ xơ hoá của gan lành, tip mô bệnh học, độ mô học, xâm nhập mạch, hoại tử u là những yếu tố liên quan đến tiên lượng khả năng sống sót của bệnh nhân UTBMTBG sau phẫu thuật cắt gan, trong đó, biệt hoá kém và mức độ xơ hoá gan nặng (F4-6) là những yếu tố tiên lượng độc lập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roseman BJ, Roh MS.** Prognostic factors in surgical resection for hepatocellular carcinoma. In: Pollock RE, ed. Surgical Oncology. Cancer Treatment and Research. Springer US; 1997:331-345. doi:10.1007/978-1-4615-6165-1_17.
2. **Sweed D, Sweed E, Moaz I, et al.** The clinicopathological and prognostic factors of

- hepatocellular carcinoma: a 10-year tertiary center experience in Egypt. World J Surg Oncol. 2022;20(1):298. doi:10.1186/s12957-022-02764-2
3. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834.
4. **Yasukawa K, Shimizu A, Kubota K, et al.** Impact of Liver Fibrosis Severity on Oncological Prognosis in Hepatocellular Carcinoma. Liver Cancer. 2023;13(2): 150-160. doi:10.1159/000533857.
5. **Qin LX, Tang ZY.** The prognostic significance of clinical and pathological features in hepatocellular carcinoma. World J Gastroenterol. 2002;8(2):193-199. doi:10.3748/wjg.v8.i2.193.
6. **Rodríguez-Perálvarez M, Luong TV, Andreana L, Meyer T, Dhillon AP, Burroughs AK.** A systematic review of microvascular invasion in hepatocellular carcinoma: diagnostic and prognostic variability. Ann Surg Oncol. 2013;20(1):325-339. doi:10.1245/s10434-012-2513-1
7. **Reveron-Thornton RF, Teng MLP, Lee EY, et al.** Global and regional long-term survival following resection for HCC in the recent decade: A meta-analysis of 110 studies. Hepatol Commun. 2022;6(7):1813-1826. doi:10.1002/hep4.1923.
8. **Simonetti RG, Cammà C, Fiorello F, Politi F, D'Amico G, Pagliaro L.** Hepatocellular carcinoma. A worldwide problem and the major risk factors. Dig Dis Sci. 1991;36(7):962-972. doi:10.1007/BF01297149.
9. **Lee Y, Park H, Lee H, et al.** The Clinicopathological and Prognostic Significance of the Gross Classification of Hepatocellular Carcinoma. J Pathol Transl Med. 2018;52(2):85-92. doi:10.4132/jptm.2017.11.13.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU GHÉP GAN KINH ĐIỂN TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải¹, Nguyễn Đức Trung¹,
Đỗ Hải Đăng¹, Dương Đức Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả bước đầu ghép gan kinh điển từ người hiến chết não được thực hiện tại bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, lấy mẫu thuận tiện các bệnh nhân (BN) được ghép gan toàn bộ từ người cho chết não, sử dụng kỹ thuật kinh điển từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 17 BN trong nghiên cứu, tuổi trung bình $52,5 \pm 10,4$, nam giới chủ yếu 82,4%, tiền

sử viêm gan B chiếm 58,8%. Chỉ định ghép gan gồm ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) 41,2%, suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính (ACLF) 29,4% và xơ gan 29,4%. Chức năng gan trước mổ chủ yếu là Child B và C 71%. Thời gian thiếu máu nóng và thời gian phẫu thuật toàn bộ lần lượt là $24,76 \pm 5,04$ và $366,5 \pm 59,9$ phút. Nổi động mạch (ĐM) gan chung - động mạch gan riêng chiếm 70,6%, nối đường mật tận tụy chiếm 94,1%, hội chứng sau tái tưới máu gặp 17,6%. Không có trường hợp nào phải làm bắc cầu bypass do huyết động không ổn định khi thực hiện kỹ thuật. Biến chứng thường gặp nhất sau mổ là nhiễm trùng chiếm 29,4%, trong khi đó biến chứng ngoại khoa có 2 trường hợp 11,8%. Có 1 trường hợp tử vong 5,9%, 1 trường hợp biến chứng độ 4 (5,9%) được ghi nhận. **Kết luận:** Kỹ thuật ghép gan kinh điển từ người hiến chết não có thể thực hiện an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp, giúp giảm thời gian mổ, thời gian thiếu máu

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải
Email: drninhvietkhai@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.7.2025
Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025
Ngày duyệt bài: 3.10.2025

nóng, lượng máu mất. **Từ khóa:** Ghép gan kinh điển

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF CONVENTIONAL BRAIN - DEAD DONOR LIVER TRANSPLANTATION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the technical characteristics and initial results of conventional liver transplantation from brain-dead donors performed at Viet Duc Hospital. **Method:** Prospective study, all patients who underwent liver transplantation from brain-dead donors, using conventional techniques from October 2024 to April 2025 at Viet Duc University Hospital. **Results:** There were 17 patients in the study, average age $52,5 \pm 10,4$ mainly male 82,4%, history of hepatitis B accounted for 58,8%. Indications for liver transplantation included hepatocellular carcinoma (HCC) 41,2%, acute on chronic liver disease (ACLF) 29,4% and cirrhosis 29,4%. Preoperative liver function was almost Child B and C 71%. Warm ischemia time and total operative time were 24.76 ± 5.04 and 366.5 ± 59.9 minutes, respectively. Common hepatic artery - proper hepatic artery anastomosis accounted for 70,6%, end-to-end biliary anastomosis accounted for 94,1%, post-reperfusion syndrome occurred in 17,6%. There were no cases requiring bypass due to hemodynamic instability during the operation. The most common postoperative complication was infection accounting for 29,4%, while surgical complications occurred in 2 cases (11,8%). There was 1 case of death (5,9%) and 1 case of grade 4 complication (5,9%). **Conclusion:** The classic liver transplantation technique from a brain-dead donor can be performed safely with a low complication rate, helping to reduce operative time, warm ischemia time, and blood loss.

Keywords: conventional liver transplantation, classic liver transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cả ghép gan đầu tiên trên thế giới được thực hiện năm 1967 bởi Thomas Starzl, trong đó gan bệnh được cắt bỏ kèm đoạn tĩnh mạch (TM) chủ dưới, và được thay thế bằng gan lành kèm đoạn TM chủ dưới tương ứng – hay còn được gọi là kỹ thuật kinh điển [1]. Tuy nhiên, kỹ thuật cần tạo cầu nối bypass đưa máu từ tĩnh mạch cửa và TM chủ dưới gan về nhĩ phải để duy trì huyết động hay một số trường hợp bất tương xứng giữa gan hiến với người nhận gây khó khăn khi làm miệng nối. Do đó, một số tác giả đã đưa ra kỹ thuật ghép gan trong đó gan bệnh được lấy bỏ nhưng TM chủ dưới sau gan được bảo tồn, không ảnh hưởng huyết động do giảm thiểu tác động đến máu từ TM chủ dưới về tim - kỹ thuật Piggyback [2].

Gần đây, với những tiến bộ trong gây mê hồi sức, kỹ thuật ghép gan kinh điển được thực hiện mà không cần làm cầu nối và dần được áp dụng

trở lại nhiều hơn ở các trung tâm trên thế giới [3]. Đặc biệt, khi cải tiến trong thứ tự khâu nối, giúp phát huy ưu điểm và khắc phục những nhược điểm của phương pháp cổ điển. Hiện tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về ghép gan kinh điển, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu ghép gan kinh điển tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: BN được phẫu thuật ghép gan từ người hiến chết não có kèm thay đoạn TM chủ dưới từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN được ghép đa tạng đồng thời, hồ sơ không đầy đủ.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Gồm các chỉ tiêu về lâm sàng (tuổi, giới, tiền sử bệnh lý, can thiệp, tiêu chuẩn ghép gan,...), cận lâm sàng (xét nghiệm sinh hóa, huyết học), đặc điểm phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, truyền máu...), thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ (chảy máu, rò mật, tắc mạch, nhiễm trùng...) và phân độ theo Clavien Dindo, tử vong.

Quy trình phẫu thuật: Quy trình ghép gan kèm thay đoạn TMCD tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức như sau:

1. Cắt gan bệnh kèm TM chủ dưới sau gan
2. Nối TM chủ dưới trên gan người nhận – người hiến
3. Nối TM chủ dưới dưới gan người nhận – người hiến
4. Nối TM cửa
5. Tái tưới máu gan
6. Nối ĐM gan người hiến – người nhận
7. Nối đường mật

Tuy nhiên trong một số trường hợp, miệng nối TM cửa sẽ được thực hiện ngay sau khi hoàn thành miệng nối TM chủ dưới trên gan và thực hiện tái tưới máu gan, sau đó mới nối TM chủ dưới dưới gan người nhận – người hiến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 17 BN ghép gan từ người hiến chết nao có thay đoạn TM chủ dưới từ 11/2024 - 4/2025 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước ghép

Chỉ tiêu (n=17)	n	%
Tuổi	52,5±10,4	tuổi

Giới	Nam	14	82,4%
	Nữ	3	17,6%
Tiền sử bệnh liên quan	Viêm gan B	10	58,8%
	Viêm gan C	3	17,6%
	Nghiện rượu	3	17,6%
	Wilson	1	5,9%
Tiền sử can thiệp	Nút ĐM gan hóa chất (TACE) +/- đốt sóng cao tần	7	41,2%
	Phẫu thuật bụng	1	5,9%
	Lọc huyết tương (PEX)	3	17,6%
Chức năng gan trước ghép	Child –Pugh: A	5	29,4%
	B	5	29,4%
	C	7	41,2%
	Điểm Meld ≤10	6	35,3%
	11-20	5	29,4%
	21-30	1	5,9%
	31-40	5	29,4%

Nhận xét: Tuổi trung bình là $52,5 \pm 10,4$ tuổi, nam giới chiếm đa số (82,4%). Tiền sử viêm gan B và C chiếm đa số (76,5%), sau đó là nghiện rượu (17,6%) và wilson (5,9%). 41,2% BN xơ gan Child Pugh C, 29,4% BN có điểm Meld 31-40.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật ghép gan kinh điển

Bảng 2: Chỉ định ghép gan

Chỉ định ghép	n	%
HCC	7	41,2%
Xơ gan	5	29,4%
ACLF	5	29,4%

Nhận xét: Ghép gan cho BN ung thư gan HCC chiếm 41,2%, tất cả đều đã được TACE có hoặc không đốt sóng cao tần trước mổ. Các bệnh lý lành tính gồm xơ gan (29,4%) và ACLF (29,4%). Có 3/5 BN ACLF đã phải lọc huyết tương trước ghép.

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật ghép gan kinh điển

	Toàn bộ (n=17)	HCC (n=7)	ACLF (n=5)	Xơ gan (n=5)
Đường mổ chữ J	3 (17,6%)	1 (14,3%)	0 (0%)	2 (40%)
Nối ĐM gan chung - riêng	12 (70,6%)	5 (71,4%)	4 (80%)	3 (60%)
Nối đường mật tận tận	16 (94,1%)	7 (100%)	5 (100%)	4 (80%)
Làm bypass TM chủ dưới - trên	0	0	0	0
Thời gian mổ (phút)	$366,5 \pm 59,9$	$327,1 \pm 48,6$	$384,0 \pm 53,7$	$404,00 \pm 55,50$
Thời gian nối TM gan (phút)	$14,76 \pm 3,62$	$13,14 \pm 3,76$	$16,00 \pm 4,18$	$15,80 \pm 2,39$
Thời gian nối TM cửa (phút)	$9,59 \pm 3,54$	$9,86 \pm 3,34$	$10,20 \pm 10,59$	$8,60 \pm 4,04$
Thời gian nối ĐM gan (phút)	$23,18 \pm 7,98$	$21,14 \pm 7,80$	$26,20 \pm 10,59$	$23,00 \pm 5,70$
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	$24,76 \pm 5,04$	$23,00 \pm 3,65$	$27,00 \pm 6,71$	$25,00 \pm 5,00$
Thời gian thiếu máu lạnh (phút)	$128,67 \pm 28,00$	$113,33 \pm 19,66$	$134,00 \pm 29,67$	$145,00 \pm 31,09$

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là $366,5 \pm 59,9$ phút, thời gian thiếu máu nóng trung bình là $24,76 \pm 5,04$ phút. So sánh giữa các nhóm cho thấy nhóm HCC so với 2 nhóm còn lại có thời gian mổ ($327,1 \pm 48,6$ phút) và thời gian thiếu máu nóng ($23,00 \pm 3,65$ phút) ít hơn đáng kể so với 2 nhóm còn lại. Không có BN nào cần làm bypass TM chủ dưới – chủ trên

Bảng 4: Mất máu toàn bộ - Truyền máu – Hội chứng sau tái tưới máu

Chẩn đoán	Mất máu trung vị (ml)	Truyền máu (đơn vị)	Hội chứng sau tái tưới máu (PRS)	Suy thận cấp sau ghép (AKI)
HCC (n=7)	600	$1,43 \pm 2,23$	1 (14,3%)	0
ACLF (n=5)	1400	$6,00 \pm 1,41$	2 (40%)	0
Xơ gan (n=5)	2200	$4,60 \pm 1,82$	0 (0%)	0

Nhận xét: Mất máu trong mổ và truyền máu thấp nhất ở nhóm BN ghép do HCC. Chỉ có 3 BN có hội chứng sau tái tưới máu. Chức năng thận ổn định ở tất cả các BN với lượng nước tiểu sau mổ tối thiểu 1000ml/24h kèm theo xét nghiệm creatinin giảm dần trong 7 ngày đầu sau mổ

3.4. Biến chứng sau mổ

Bảng 5: Biến chứng nội và ngoại khoa sau mổ

Biến chứng	n(%)	Xử trí	Kết quả
Biến chứng ngoại khoa			
Chảy máu	1(5,9%)	Mổ lại	Tử vong

Huyết khối TM cửa	1(5,9%)	Mổ lại, lấy HK	Ổn định
Tràn dịch màng phổi			
Biến chứng nội khoa			
Nhiễm trùng	5(29,4%)		
- Đường mật	4(23,5%)	Nội khoa ± HSTC	1 BN tử vong
- Viêm phổi	1(5,9%)	Nội khoa + HSTC	Ổn định
Thải ghép	0(0%)		
Tử vong 90 ngày	1 (5,9%)		

Phân độ biến chứng (Dindo)	
- ĐỘ 1	4 (23,5%)
- ĐỘ 2	3 (17,6%)
- ĐỘ 3	8 (47,1%)
- ĐỘ 4	1 (5,9%)
- ĐỘ 5	1 (5,9%)

Nhận xét: Biến chứng ngoại khoa gồm chảy máu (5,9%) và huyết khối TM cửa (5,9%), trong đó có 1 BN tử vong. Biến chứng nhiễm trùng chiếm tỉ lệ cao (29,4%), chủ yếu là nhiễm trùng đường mật (4/5 BN). Tỉ lệ tử vong sau 90 ngày là 5,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của BN là $52,5 \pm 10,4$ tuổi, với tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (82,4%). Đặc điểm này phù hợp với xu hướng chung được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu về ghép gan, đặc biệt trong nhóm BN mắc ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) và xơ gan do viêm gan virus. Về nguyên nhân nền, viêm gan B chiếm tỉ lệ cao nhất (58,8%), tiếp theo là viêm gan C (17,6%) và nghiện rượu (17,6%), phù hợp với dữ liệu tại các quốc gia châu Á, nơi viêm gan B là nguyên nhân hàng đầu gây xơ gan và HCC [3]. Một trường hợp Wilson cũng được ghi nhận, tuy hiếm gặp nhưng phù hợp với tỷ lệ mắc bệnh di truyền này trong cộng đồng.

Ghép gan được chỉ định cho các trường hợp HCC (41,2%), xơ gan (29,4%) và suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính (29,4%). Đáng chú ý, tất cả các BN HCC đều được can thiệp trước ghép như TACE hoặc RFA, điều này phù hợp với chiến lược 'bridge therapy' được khuyến cáo trong nhiều hướng dẫn quốc tế như AASLD (2023) [3]. Về chức năng gan, nhóm BN có điểm Child-Pugh B hoặc C chiếm đến 70,6% và điểm MELD cao (≥ 31) ở 29,4% BN phản ánh mức độ suy giảm chức năng gan nặng trước phẫu thuật, cần can thiệp sớm hoặc cấp cứu như nhóm ACLF, điều này tương đồng với ghi nhận của Genda et al. (2020) khi đánh giá các ca ghép gan cấp cứu tại Nhật Bản [4].

4.2. Đặc điểm phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là $366,5 \pm 59,9$ phút, trong đó nhóm HCC có thời gian mổ ngắn hơn đáng kể ($327,1 \pm 48,6$ phút) so với nhóm ACLF ($384 \pm 53,7$ phút) và xơ gan ($404 \pm 55,5$ phút). Điều này có thể được lý giải do BN HCC thường có chức năng gan tốt hơn, cấu trúc mô gan ít bị biến đổi, giúp quá trình bóc tách, cắt gan và nối mạch dễ dàng hơn. Ngược lại, nhóm BN xơ gan và ACLF thường có mô gan xơ hóa nặng, TM nhánh và tuần hoàn phụ phát triển gây khó khăn trong thao tác phẫu thuật và tăng nguy cơ chảy

máu. Thời gian thiếu máu nóng trung bình là $24,76 \pm 5,04$ phút, cũng ngắn hơn ở nhóm HCC ($23,00 \pm 3,65$ phút) so với nhóm ACLF ($27,00 \pm 6,71$ phút). Việc kiểm soát thời gian thiếu máu nóng là yếu tố quan trọng giúp bảo tồn chức năng tế bào gan sau ghép, đồng thời hạn chế biến chứng tái tưới máu. Theo Li Z. và cộng sự (2023), mỗi 10 phút tăng thêm của thời gian thiếu máu nóng sau mổ 30 phút làm tăng nguy cơ suy gan sau ghép lên 3%, tương đương 0.3% cho mỗi phút [5]. So với các nghiên cứu trên thế giới, thời gian thiếu máu nóng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Tại Châu Âu, theo Jochmans I. và cộng sự (2018) trên 5223 BN, thời gian thiếu máu nóng trung vị là 42 phút, và mỗi 10 phút tăng lên gây tăng nguy cơ mất mảnh ghép 4% [6]. Tại Nhật Bản, Sakamoto và cộng sự (2024) cũng đưa ra khuyến cáo nên giữ thời gian thiếu máu nóng dưới 48 phút để làm giảm nguy cơ biến chứng hẹp đường mật sau ghép [7]. Để đạt được sự tối ưu này, chúng tôi đã điều chỉnh thứ tự kẹp xả mạch máu phù hợp cho từng BN, có thể tái tưới máu ngay sau khi hoàn thành miệng nối trên TM chủ dưới và miệng nối TM cửa. Đồng thời chuẩn bị tốt mảnh ghép từ khâu lấy tạng đến rửa tạng là rất quan trọng để tránh kéo dài thời gian nối mạch máu.

Tỷ lệ hội chứng sau tái tưới máu (Post-reperfusion syndrome - PRS), được định nghĩa là khi huyết áp động mạch giảm trên 30% trong 5 phút đầu sau tái tưới máu, trong nghiên cứu của chúng tôi là 17,6%. So sánh với nghiên cứu Adelman D. và cộng sự (2018) PRS xảy ra ở khoảng 20-30% các ca ghép gan, cho thấy kết quả tương đương [8].

4.3. Biến chứng sau mổ. Biến chứng sau mổ chiếm tỉ lệ đáng kể, trong đó biến chứng nội khoa chiếm ưu thế. Tỉ lệ nhiễm trùng là 29,4%, đường mật 23,5%, viêm phổi 5,9% và không có trường hợp thải ghép cấp ghi nhận được. Biến chứng ngoại khoa gồm chảy máu (5,9%) và huyết khối TM chủ dưới (5,9%). Một trường hợp chảy máu dẫn đến tử vong xảy ra ở BN có nhiễm trùng đường mật nặng, sau mổ xử lý cầm máu tuy nhiên tình trạng nhiễm trùng nặng dẫn đến suy đa tạng và không qua khỏi. BN huyết khối TM cửa trong nghiên cứu của chúng tôi có nguyên nhân do chúng tôi bơm keo cầm máu (Bioglue) gây ra việc dính hẹp TM cửa, biểu hiện lâm sàng với tình trạng tăng men gan và Bilirubin, chúng tôi mổ lại gỡ dính chỗ gây hẹp và lấy huyết khối, BN sau mổ ổn định.

Phân độ biến chứng theo thang Dindo-Clavien cho thấy 47,1% biến chứng ở mức độ 3 (cần can thiệp ngoại khoa hoặc thủ thuật) tuy

nhiên đây chủ yếu là biến chứng liên quan đến tràn dịch màng phổi cần chọc dẫn lưu, 5,9% mức độ 4 (cần hồi sức tích cực) và 5,9% tử vong. Điều này phản ánh mức độ phức tạp của ghép gan kết hợp thay đoạn tĩnh mạch chủ dưới, đồng thời đòi hỏi hệ thống hậu phẫu và chăm sóc tích cực cao. So sánh với nghiên cứu của Ravaioli et al. (2020), trong đó biến chứng nặng ($\text{Dindo} \geq \text{III}$) chiếm 22,2%, và khoảng 40-60% ở các ca ghép gan phức tạp, cho thấy tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu này nằm trong khoảng cho phép.[9]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kỹ thuật ghép gan kinh điển có thể được thực hiện an toàn, với tỷ lệ biến chứng ngoại khoa và biến chứng thận cấp thấp. Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế và chưa đánh giá được biến chứng mạch máu muộn; do đó, các nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để khẳng định độ an toàn, hiệu quả dài hạn cũng như xác định rõ chỉ định tối ưu cho kỹ thuật ghép gan này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Starzl, T.E., et al., Orthotopic homotransplantation of the human liver. Ann Surg, 1968. 168(3): p. 392-415.

2. Calne, R.Y. and R. Williams, Liver transplantation in man. I. Observations on technique and organization in five cases. Br Med J, 1968. 4(5630): p. 535-40.
3. Singal, A.G., et al., AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. Hepatology, 2023. 78(6): p. 1922-1965.
4. Genda, T., et al., Outcome of patients with acute liver failure awaiting liver transplantation in Japan. Hepatol Res, 2020. 50(10): p. 1186-1195.
5. Li, Z., et al., A single center analysis of long-term outcomes and survival related risk factors in liver retransplantation. Hepatobiliary Surg Nutr, 2024. 13(3): p. 425-443.
6. Jochmans, I., et al., The Impact of Implantation Time During Liver Transplantation on Outcome: A Eurotransplant Cohort Study. Transplant Direct, 2018. 4(6): p. e356.
7. Sakamoto, A., et al., Prolonged warm ischemia time in the recipient is associated with post-transplant biliary stricture following living-donor liver transplantation. Surg Today, 2024. 54(10): p. 1193-1200.
8. Adelman, D., et al., Intraoperative Management of Liver Transplant Patients Without the Routine Use of Renal Replacement Therapy. Transplantation, 2018. 102(5): p. e229-e235.
9. Levi Sandri, G.B., et al., The Role of Salvage Transplantation in Patients Initially Treated With Open Versus Minimally Invasive Liver Surgery: An Intention-to-Treat Analysis. Liver Transpl, 2020. 26(7): p. 878-887.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THẬN NƯỚC DO TẮC KHÚC NỔ BỂ THẬN-NIÊU QUẢN Ở TRẺ NHỮ NHI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trương Nguyễn Uy Linh¹, Trần Thị Phụng², Nguyễn Hữu Chí²,
Nguyễn Thị Trúc Linh¹, Nhâm Bá Duy², Lê Thanh Hùng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản là dị tật tiết niệu trên thường gặp nhất ở trẻ em, đa số được phát hiện trước sinh hoặc trong năm đầu tiên sau sinh. Với nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ phát hiện thận nước trước sinh và phát hiện sớm sau sinh ngày càng tăng, hiệu quả điều trị cũng được cải thiện. Bệnh viện Nhi Đồng 1 là trung tâm nhi khoa lớn ở miền Nam quản lý và điều trị số lượng lớn bệnh nhi bị thận nước, tuy nhiên có ít nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị thận nước phát hiện trước sinh. Chúng tôi báo cáo đặc

điểm lâm sàng, diễn tiến ở trẻ phát hiện thận nước trước sinh và kết quả điều trị thận nước ở bệnh viện Nhi Đồng 1 trong thời gian từ 01/01/2019 - 31/12/2022. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả loạt trường hợp trẻ nhũ nhi có thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản. **Kết quả:** Trong 337 bệnh nhi, có 260 (77,2%) trường hợp là nam, 270 (80,1%) trường hợp thận nước bên trái, 77,2% phát hiện qua siêu âm trước sinh. Có 258 (76,6%) trường hợp điều trị bảo tồn, 79 (23,4%) trường hợp được phẫu thuật, trong đó mổ mở tạo hình khúc nối bể thận niệu quản (THKNBTNQ) là 98,7%, 60% bệnh nhân được chuyển dòng nước tiểu bằng nòng niệu quản, 40% được chuyển dòng nước tiểu bằng thông JJ. **Kết luận:** Đa số thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản có thể được điều trị bảo tồn. Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản ở trẻ nhũ nhi là an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** thận nước, tắc khúc nối bể thận-niệu quản, tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT OF

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Phụng

Email: tranthi-phung.ump@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION-LIKE HYDRONEPHROSIS IN INFANTS AT CHILDREN HOSPITAL 1 TREATMENT OUTCOME OF INFANTS WITH URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION-LIKE HYDRONEPHROSIS AT CHILDREN HOSPITAL 1

Introduction: Ureteropelvic junction obstruction (UPJO) represents the most prevalent congenital anomaly of the upper urinary tract in the pediatric population, with the majority of cases identified antenatally or within the first year of postnatal life. Children's Hospital 1, a leading tertiary pediatric referral center in Southern Vietnam, has extensive experience in the diagnosis, surveillance, and management of hydronephrosis. Nevertheless, there remains a paucity of data regarding the clinical profiles and therapeutic outcomes of affected infants, particularly within this critical age group. **Subjects and methods:** We conducted a descriptive case series involving infants diagnosed with hydronephrosis secondary to ureteropelvic junction obstruction. **Results:** Of the 337 patients included, 260 (77.2%) were male and 270 (80.1%) presented with left-sided hydronephrosis. Antenatal ultrasonographic detection accounted for 77.2% of diagnoses. Conservative management was adopted in 258 cases (76.6%), while 79 patients (23.4%) underwent surgical intervention. Among those who underwent surgery, open pyeloplasty was performed in 98.7% of cases. Urinary diversion was achieved via ureteral stenting in 60% and double-J catheterization in 40% of operated patients. **Conclusion:** A substantial proportion of infants with UPJO-related hydronephrosis can be successfully managed with non-operative strategies. In cases requiring intervention, pyeloplasty demonstrates a high safety profile and favorable efficacy, underscoring its role as a definitive treatment modality in infancy. **Keywords:** hydronephrosis, ureteropelvic junction obstruction, pyeloplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản (TKNBNTNQ) là dị tật tiết niệu trên thường gặp nhất ở trẻ em.¹ Đa số thận nước không triệu chứng và có thể tự thoái lui (50 – 80%).¹ Tuy nhiên, nếu không được điều trị, thận nước nặng có thể biểu hiện các triệu chứng lâm sàng như nhiễm trùng đường tiết niệu, tiểu máu, giảm chức năng thận tiến triển và tổn thương thận vĩnh viễn.¹ Tỷ lệ phát hiện thận nước trước sinh được báo cáo trong 1 – 5% thai kỳ,¹ phần còn lại chủ yếu được phát hiện trong giai đoạn nhũ nhi. Tuy nhiên, chưa có báo cáo nào về kết quả theo dõi và điều trị bệnh nhân thận nước trong giai đoạn sớm dưới 1 tuổi. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để tổng kết và có kế hoạch theo dõi, can thiệp sớm để đem lại kết quả điều trị tốt nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các hồ sơ bệnh án ở lứa tuổi nhũ nhi, được chẩn đoán thận nước do TKNBNTNQ với ICD10 là Q62.0, khẳng định qua kết quả siêu âm trong lần khám đầu tiên, từ ngày 1/1/2019 – 31/12/2022.

Đối với các hồ sơ bệnh án nội trú, chúng tôi ghi nhận các thông tin như triệu chứng lâm sàng, kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng, được phẫu thuật hay không, thời gian, phương pháp và kết quả phẫu thuật. Đối với các hồ sơ bệnh án về nhà theo dõi sẽ được thu thập thông tin theo dõi diễn tiến bệnh qua điện thoại.

Nhập liệu và xử lý số liệu bằng SPSS 26.0. Soạn thảo và vẽ biểu đồ bằng Microsoft Word 2019, giá trị p có ý nghĩa khi $p < 0.05$.

Đạo đức nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, không can thiệp vào diễn tiến hay quá trình điều trị bệnh nhân. Nghiên cứu này được bắt đầu khi có sự chấp thuận của Hội đồng y đức Bệnh viện Nhi Đồng 1, mã nghiên cứu CS/N1/22/46, quyết định số 418/GCN-BVND1. Bảng dữ liệu được nhà nghiên cứu lưu giữ an toàn và bảo mật xuyên suốt. Tập dữ liệu điện tử được tạo ra bằng mã hóa bằng mật khẩu và chỉ nhóm nghiên cứu mới được cung cấp.

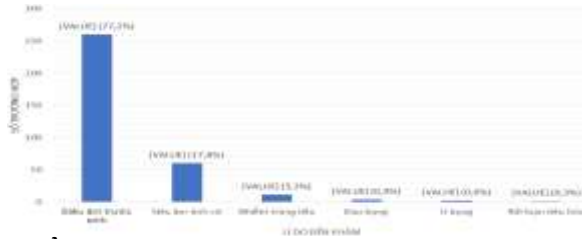
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng. Trong thời gian từ 1/2019 đến 12/2022, có 337 trường hợp đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu trong đó tại thời điểm lần đầu đến khám, tuổi trung vị là 3 tháng, tuổi nhỏ nhất là 1 ngày, tuổi lớn nhất là 12 tháng. Độ tuổi bệnh nhi đến khám lần đầu nhiều nhất là 0 – 3 tháng. Có 96 (28.5%) trường hợp cư trú tại TPHCM và 241 (71.5%) trường hợp ngoài TPHCM.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 260 (77.2%) trường hợp là nam, chiếm ưu thế là nam ở cả hai nhóm điều trị ($p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân nam, nữ ở nhóm phẫu thuật ($n = 79$) và nhóm được điều trị bảo tồn ($n = 258$) không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê.

Đa số bệnh nhi bị thận nước bên trái, chiếm 270 (80,1%) trường hợp, bên phải chiếm 67 (19,9%) trường hợp. Trong nhóm bệnh nhi được phẫu thuật, tỷ lệ thận nước bên phải (29,1%) cao hơn nhóm được điều trị bảo tồn (17,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,019$.

Về lý do đến khám, chúng tôi phát hiện bệnh qua siêu âm trước sinh (77.2%) hoặc siêu âm tình cờ (17.8%), lý do đến khám được thể hiện như biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Lý do đến khám lần đầu của bệnh nhân thận nước do TKNBTNQ

Trong 337 trường hợp, có 18 (5.3%) trường hợp có tiền căn nhiễm trùng tiểu cần nhập viện để điều trị, 3 (0.9%) trường hợp nhiễm trùng tiểu điều trị ngoại trú, 316 (93.8%) trường hợp không có nhiễm trùng tiểu trong quá trình theo dõi.

Đặc điểm cận lâm sàng. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật có độ ứ nước 3, 4 theo SFU (91.2%) trên siêu âm. Khi thận ứ nước càng nặng thì tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật càng cao ($p < 0.001$).

Đối với những bệnh nhân được phẫu thuật, đường kính trước sau bể thận có trung vị là 36 mm, nhỏ nhất là 9,3 mm, lớn nhất là 93 mm. Khi đường kính trước sau bể thận càng lớn, tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật càng cao ($p < 0,001$).

Trong nhóm phẫu thuật, chức năng trung bình của thận là $35.7 \pm 9.9\%$, thấp hơn nhóm được điều trị bảo tồn, chức năng trung bình là $47 \pm 4.3\%$ ($p < 0.001$).

Nhóm phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 79 trường hợp được chỉ định phẫu thuật. Trong đó, có 78 (98,7%) trường hợp được mổ mở và 1 (1,3%) trường hợp được mổ nội soi, chức năng thận riêng phần bên thận nước là 35,9% và có tắc nghẽn đường bài niệu trên xạ hình thận. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 4 trẻ có chức năng thận kém dưới 10% được phẫu thuật dẫn lưu bể thận ra da, theo dõi có 2 bé được phẫu thuật sau 6 tháng, 1 bé được phẫu thuật sau 1 năm sau đó vì chức năng thận tăng lên $>10\%$, 1 bệnh nhi có chức năng thận không cải thiện nên không được THKNBTNQ.

Khảo sát nguyên nhân trong mổ, tất cả đều có TKNBTNQ, trong đó có 1 (1,3%) trường hợp có kèm theo mạch máu cực dưới nằm trước khúc nối bể thận-niệu quản (Hình 2).

Thời gian phẫu thuật mổ mở THKNBTNQ (75 trường hợp) có trung vị là 68,5 phút, ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 140 phút. Trường hợp mổ nội soi trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật là 170 phút.

Trong 75 trường hợp được phẫu thuật THKNBTNQ, có 45 (60%) trường hợp được chuyển dòng nước tiểu bằng nòng niệu quản, 30 (40%) trường hợp chuyển dòng nước tiểu bằng

thông JJ. Việc lựa chọn phương tiện chuyển dòng nước tiểu phụ thuộc vào tuổi của bệnh nhân, dụng cụ sẵn có và đường kính lòng niệu quản. Tại Bệnh viện Nhi đồng 1, nhóm bệnh nhân phẫu thuật trên 6 tháng tuổi được xem xét chuyển dòng nước tiểu bằng thông JJ.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi có 337 trường hợp thận nước do TKNBTNQ, trong đó tuổi trung vị đến khám lần đầu là 3 tháng. Kết quả này tương tự với kết quả của hai nghiên cứu của Bruce Li năm 2020 là 3 tháng tuổi.² Babu³ cũng thu được kết quả tuổi trung vị của lần khám đầu tiên sau sinh trên 125 trường hợp thận nước là 4,5 tháng. Đa số bệnh nhân đến khám trong những tháng đầu sau sinh (0 – 3 tháng tuổi) vì hầu hết thận nước được phát hiện trong giai đoạn trước sinh và không triệu chứng nên thường được đến khám để đánh giá và theo dõi từ sau lứa tuổi sơ sinh.

Bệnh nhân nam chiếm ưu thế (77,2%), kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của thận nước và giống với các nghiên cứu khác trên thế giới như của Bruce Li¹ và Sadeghi-Bojd³ là 78%.

Thận nước bên trái, chiếm 80,1% trường hợp, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới.¹ Trong nhóm bệnh nhân được phẫu thuật, tỉ lệ thận nước bên phải (29,1%) cao hơn nhóm được điều trị bảo tồn (17,1%) có ý nghĩa thống kê ($p = 0,019$). Kết quả này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Hodhod A.⁴ công bố năm 2023, tỉ lệ thận nước ở bên phải trong nhóm được phẫu thuật là 34,1% cao hơn nhóm được điều trị bảo tồn (15,6%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014$. Hiện tại, chưa có nghiên cứu nào giải thích cho khác biệt này.

Đa số thận nước không có triệu chứng, nhất là ở nhũ nhi.^{1,2} Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 5,1% đến khám lần đầu với các triệu chứng của thận nước như nhiễm trùng tiểu, đau bụng, u bụng, rối loạn tiêu hóa.

Đặc điểm cận lâm sàng. Độ ứ nước theo phân độ SFU và đường kính trước sau bể thận là các thông số quan trọng trong quá trình đánh giá và theo dõi thận nước do TKNBTNQ. Tình trạng tăng độ ứ nước, đặc biệt là độ 3, 4 theo SFU là yếu tố nguy cơ độc lập cho phẫu thuật. Nghiên cứu của Braga và cộng sự⁵ cho thấy tỉ lệ phẫu thuật ở độ 3, 4 cao hơn thận ứ nước độ 1,2 (23% so với 2%). Thận ứ nước nặng hoặc tăng trong quá trình theo dõi là một trong những chỉ định của phẫu thuật THKNBTNQ. Tuy nhiên, việc quyết định phẫu thuật được phối hợp dựa trên

lâm sàng, diễn tiến trên siêu âm và kết quả các cận lâm sàng khác.

So sánh với nghiên cứu của Ramiro J.,⁶ trong 416 trường hợp thận ứ nước độ thấp, tỉ lệ thận nước có cải thiện hoặc ổn định trong năm đầu tiên là 97,4%, tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của chúng tôi (97,1%). Các nghiên cứu cho rằng chức năng thận bình thường không giúp loại trừ tắc nghẽn. Điều này liên quan đến hoạt động hơn mức bình thường của thận trong giai đoạn chưa trưởng thành. Qua việc theo dõi sát các trường hợp thận nước do TKNBTNQ không được phẫu thuật vì có chức năng thận bảo tồn nhưng có tắc nghẽn nặng kéo dài, người ta nhận ra rằng chức năng thận có xu hướng giảm hơn 10% và hầu hết được phẫu thuật sau đó. Những bệnh nhân có chức năng thận từ 35 – 40% trước phẫu thuật có khả năng trở về bình thường sau phẫu thuật THKNBTNQ.

Nhóm phẫu thuật. Tỉ lệ bệnh nhân cần can thiệp phẫu thuật của chúng tôi (23,4%) tương đương với nghiên cứu của Bruce Li¹ và nhiều nghiên cứu khác. Như vậy, chỉ gần một phần tư thận nước do TKNBTNQ cần được điều trị phẫu thuật, trong khi đó, đa số có thể tự thoái lui và được điều trị bảo tồn bằng cách theo dõi triệu chứng lâm sàng và siêu âm định kì.



Hình 1. Thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản "Nguồn: Nguyễn Xuân B., 3 tháng tuổi, SHS 338560/22".

Những lợi ích của việc can thiệp phẫu thuật sớm đã được báo cáo qua nhiều y văn. Về khía cạnh chức năng thận, Babu⁷ so sánh những trẻ có thận nước do TKNBTNQ, có độ ứ nước là 3, 4 theo SFU được phẫu thuật ở tuổi trung bình là 2.8 và 12.5 tháng. Sau 1 năm theo dõi, ở nhóm được can thiệp phẫu thuật sớm, chức năng riêng phần của thận cải thiện tốt hơn trong khi nhóm phẫu thuật muộn, chức năng thận ít cải thiện.



Hình 2. Thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản do mạch máu cực dưới "Nguồn: Phan Minh T., 2 tháng tuổi, SHS 187462/21".

Trong 79 bệnh nhân được phẫu thuật, có 78 trường hợp do nguyên nhân nội tại gây TKNBTNQ, trong đó có 1 (1,3%) trường hợp có nguyên nhân nội tại kèm theo mạch máu cực dưới.

Việc lựa chọn phương pháp nào để chuyển dòng nước tiểu sau phẫu thuật THKNBTNQ phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, cũng như điều kiện sẵn có tại cơ sở thực hành.

Theo nghiên cứu của Vaughn.F⁸ năm 2023, trong 162 trường hợp được phẫu thuật THKNBTNQ, có 95,7% trường hợp được đặt thông JJ và 3,7% chuyển lưu nước tiểu bằng nòng niệu quản. Nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này lần lượt là 40% và 60%. Sự khác biệt này do tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, việc lựa chọn phương pháp chuyển dòng nước tiểu phụ thuộc vào tuổi bệnh nhân, dụng cụ sẵn có và kích thước lòng niệu quản. Đa số bệnh nhân được chuyển dòng nước tiểu bằng nòng niệu quản vì đây là phương pháp an toàn, hạn chế số lần gây mê và có thể được rút sớm từ 5 – 7 ngày sau mổ. Thông JJ được sử dụng nhiều hơn khi đường kính lòng niệu quản hẹp, tuy nhiên ít được lựa chọn hơn do ống soi niệu đạo-bàng quang kích thước phù hợp với trẻ nhỏ dưới 12 tháng tuổi không có sẵn, gây khó khăn cho việc rút thông JJ sau đó. So với sử dụng dòng niệu quản, bệnh nhân được phẫu thuật THKNBTNQ và đặt thông JJ cần thêm một lần nhập viện, gây mê để rút thông JJ.



Hình 3. Chuyển dòng nước tiểu bằng nòng niệu quản "Nguồn: Nguyễn Ngọc Gia H., 7 tháng tuổi, SHS 165643/22".



Hình 4. Chuyển dòng nước tiểu bằng thông JJ "Nguồn: Trần Đức H., 9 tháng tuổi, SHS 3861/22".

V. KẾT LUẬN

Đa số thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản có thể điều trị bảo tồn. Việc theo dõi trên siêu âm là cần thiết cho tất cả các trường hợp để chọn thời điểm can thiệp kịp thời. Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản ở trẻ nhũ nhi là an toàn và hiệu quả.

VI. TÀI TRỢ

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 110/2024/HĐ-ĐHYD ngày 17/04/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Li B, McGrath M, Farrokhyar F, Braga LH.** Ultrasound-Based Scoring System for Indication of Pyeloplasty in Patients With UPJO-Like Hydronephrosis. *Front Pediatr.* 2020;8:353. doi:10.3389/fped.2020.00353.
2. **Babu R, Venkatachalapathy E, Sai V.** Hydronephrosis severity score: an objective assessment of hydronephrosis severity in children – a preliminary report. *J Pediatr Urol.* 2019;15(1): 68. e1-68. e6. doi:10.1016/j.jpuro. 2018.09.020
3. **Sadeghi-Bojd S, Kajbafzadeh A-M, Ansari-Moghadam A, et al.** Postnatal evaluation and outcome of prenatal hydronephrosis. *Iran J Pediatr.* 2016;26(2)
4. **Hodhod A, Eid H, Capolicchio J-P, et al.** How can we measure the renal pelvic anteroposterior diameter in postnatal isolated hydronephrosis? *J Pediatr Urol.* 2023;19(1):75-82.
5. **Braga LH, McGrath M, Farrokhyar F, Jegatheeswaran K, Lorenzo A.** Associations of initial Society for Fetal Urology Grades and Urinary Tract Dilatation Risk Groups with clinical outcomes in patients with isolated prenatal hydronephrosis. *J Urol.* 2017;197(3):831-7.
6. **Madden-Fuentes RJ, McNamara ER, Nseyo U, et al.** Resolution rate of isolated low-grade hydronephrosis diagnosed within the first year of life. *J Pediatr Urol.* 2014;10(4):639-44
7. **Babu R, Rathish VR, Sai V.** Functional outcomes of early versus delayed pyeloplasty in prenatally diagnosed pelvi-ureteric junction obstruction. *J Pediatr Urol.* 2015;11(2):63. e1-63. e5. doi:10.1016/j.jpuro.2014.10.007.
8. **Vauth F, Zöhrer P, Girtner F, et al.** Open Pyeloplasty in Infants under 1 Year-Proven or Meaningless? *J Child.* 2023;10(2):257.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY THÙNG BÍT

Thái Nguyên Hưng¹, Viên Đình Bình²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu với 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) của BN thủng bít do UTDD. 2. Đánh giá kỹ thuật và kết quả phẫu thuật UTDD thủng bít. Có 25 BN: Nam 18 BN (72%), Nữ 7 BN (28%); Tuổi TB 64,6 (từ 48-85 T). Triệu chứng LS: Đau bụng thượng vị 96,0%, sút cân 62,5%, xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 45,8%, hẹp môn vị (HMP) 41,6%. Xét nghiệm (XN) bạch cầu >10,0 G/L 72,0%. Nội soi dạ dày (NSDD) khối UTDD kích thước ≤ 5 cm chiếm 64%; Khối UTDD từ 5-10 cm chiếm 36%; CLVT 72%, khối UTDD ≤ 5 cm; 28% khối UTDD >5-10 cm. Thủng UTDD 1/3 Dưới 72%; 1/3 Giữa 12%; 1/3 Trên 16%; Các tạng lân cận bít lỗ thủng: Đầu tụy 11/25 BN (44%); D1-D2 tá tràng 13/25 BN (52%); Cuồng gan và các phân thùy gan 9/25 BN (36%); Thân tụy 8/25 BN (32%); Mạc treo ĐT (rẻ mạc treo ruột non: 1 BN) 8/25 BN (32%). Phẫu thuật cắt GTBDD 21 BN; Cắt TBDD 4 BN trong đó 9 BN cắt GTBDD và dẫn lưu mòm tá tràng; 5 BN cắt GTBDD và tạo hình mòm tá tràng; 23/25 BN cắt DD triệt căn (92%), Vết hạch (VH) D2; 2/25BN cắt DD palliative (8,0%, di căn phúc mạc); Kích thước (KT) khối UTDD Trung bình (TB) 6,8 cm (từ 4-10 cm); KT lỗ thủng TB 3,14 cm (từ 0,5-6 cm). Số hạch vét được TB 17,94 (từ 5-39). Số hạch (+) TB 5,28 hạch (0-32).

Không có TV; 2 BN rò mòm tá tràng sau DLM mòm tá tràng và tạo hình mòm tá tràng được luồn sond hút và điều trị nội. 1 BN chảy máu sau mổ cắt TBDD, lách, thận dưới tụy mổ cấp cứu khâu cầm máu. Kết quả giải phẫu bệnh (GPB): GĐ III (b-c): 20/25 BN 80% (IIb: 11BN, IIc: 9 BN) GĐIV: 2/25 BN: 8,0%. U lympho 2/25 BN (8,0%); U xơ cơ viêm 1/25BN (4,0%). **Kết luận:** UTDD thủng bít thường xảy ra trên BN cao tuổi (NC này 64,6T), nam chiếm tỷ lệ cao (NC này 72%). Triệu chứng chủ yếu là đau bụng (96%) phối hợp với XHTH (NC này 45,8%), hẹp môn vị (NC này 41,6%). Thủng UTDD 1/3 Dưới chiếm tỷ lệ cao (NC này 72%). Thủng vào đầu tụy 44,0%, Thủng vào D1-D2 tá tràng 52,0%; Thủng vào cuồng gan và phân thùy gan 36%, thân tụy 32%, mạc treo đại tràng 32%. Kích thước khối UTDD TB 6,8 cm (4-10 cm); KT lỗ thủng TB 3,14 cm (0,5-6 cm). Mổ cắt dạ dày triệt căn, vét hạch D2 92,0%, cắt dạ dày palliative 8,0%; Mổ cắt GTBDD và dẫn lưu mòm tá tràng 9 BN; Cắt GTBDD và tạo hình mòm tá tràng 5 BN. Không có TV. Tỷ lệ biến chứng 12%. Kết quả GPB: UTDD thủng GĐIII (b-c) 80,0%; GĐIV 8,0%; U lympho 8,0%; U xơ cơ viêm 4%.

SUMMARY

THE CLINICAL FEATURES AND SURGICAL RESULTS OF ERODED GASTRIC CANCER PERFORATION

Aim of study: 1. Evaluation the clinical and paraclinical features of eroded gastric cancer perforation. 2. The surgical results of eroded gastric cancer perforation. **Patients and methods:** Retrospective study. **Results:** There were 25 patients, male 72%, female 18%; average age 64,6 years (range 48-85). Epigastric pain 96,0%, melena 45,8%, gastric outlet obstruction 41,6%. Eroded gastric

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

cancer perforation (EGCP) located at lower third of stomach in 72,0%, middle third in 12%, upper third in 16%. The adjacent organs to be eroded were: Head of pancreas in 44,0%; D1-D2 portion of duodenum in 52%, hepato-duodenal ligaments and hepatic segments in 36,0%; Body of pancreas 32,0%; Mesentery of transversal colon 32,0%. The average diameter of EGCP 3,14 cm (0,5-6 cm); The average diameter of gastric tumor 6,8 cm (4-10cm). Surgical procedure: Curative gastrectomy and D2 lymph node dissection in 92,0%; Palliative gastrectomy in 8,0% (peritoneal metastasis), Duodenostomy for compression in 9 patients; Plastic surgery by round ligaments to stump of duodenum (duodenal stump located adjacent to ampulla of Vater). No death intra and post operation. Complication (12%): 2 patients had stump leakage that healing by drainage under ultrasound. 1 patient had bleeding post operation that had re operated. Histo pathology: Stage III (b-c) 80%; Stage IV 8,0%; Gastric lymphoma tumor 8,0%; Inflammatory myo fibroblastic tumor 4,0%.

Conclusion: We concluded that: The average age of eroded gastric cancer perforation was more than 60 years (this study was 64,6 Y), predominant in male (72,0%). The symptoms were epigastric pain associated with melena and gastric outlet obstruction. EGCP located in lower third of stomach was elevated (72% in this study). The average diameter of gastric cancer hole was larger than free perforation (3,14 cm in this study) and the average gastric tumor diameter was larger than that of free perforation (6,8 cm in this study). Curative gastrectomy with D2 Lymph node dissection was performed in 92,0% and palliative gastrectomy in 8% (in this study). Duodenostomy was performed in 9 patients whose the duodenal stump located adjacent to ampulla of Vater. Plastic round ligament to duodenal stump in case of fragile duodenal wall and duodenal stump located adjacent to the ampulla of Vate was performed in 5 patients. No death per and post operation. Complication in 12%. (Duodenal stump fistula in 2 patients who were drained under ultrasound. One patient bleeding post operation that had re operated). Histopathology: Stage III b-c in 80,0%, stage IV in 8,0%; Gastric lymphoma tumor 8,0%; Inflammatory myo fibroblastic tumor 4,0% in our study.

Keywords: Eroded gastric cancer perforation, Limited gastric cancer perforation, duodenostomy; round ligament plastic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) bụng là một biến chứng nặng của bệnh lý UTDD. Thủng UTDD vào ổ bụng tự do chiếm 9% tổng số thủng dạ dày, tá tràng (DD-TT). Tuy nhiên có một số trường hợp tổn thương UTDD thủng được các tạng lân cận bọc lại hoặc một số UTTT trên cơ sở loét lại ăn mòn vào các mạch máu hoặc ăn mòn vào các tạng lân cận. Những trường hợp thủng UTDD này đa số được chẩn đoán khi mổ phẫu thuật hoặc khi thủng vào mạch máu gây XHTH nặng cần mổ cấp cứu.

Tại BV K gần đây số lượng BN thủng bít do

UTDD hay thủng vào hậu cung mạc nối hoặc thủng tạo ổ apxe cạnh dạ dày có xu hướng tăng lên. BN thường đến muộn, UTDD thủng vào đầu tụy, tá tràng, đường mật, cuống gan hay mạc treo đại tràng và ruột non làm cho phẫu thuật triệt căn trở nên khó khăn và có thể không thực hiện được. Bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng của BN thủng bít do UTDD.

2. Đánh giá kỹ thuật và kết quả phẫu thuật UTDD thủng bít.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

+ Tất cả các trường hợp UTDD thủng bít được phẫu thuật tại khoa Ngoại Bụng 2, BV K từ 2022-2025.

+ Loại trừ: Thủng UTDD vào OB tự do hoặc thủng ổ loét DD-TT lành tính.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 25 BN đủ tiêu chuẩn: Nam 18 BN (72%); Nữ 7 BN (28%); Tuổi TB 64,6 T (48-85).

Bảng 1: Các đặc điểm tiền sử (TS) và lâm sàng (LS):

Đặc điểm TS-LS	n	%
Cao HA	4	16,0
Đái tháo đường (ĐTĐ)	3	12,0
Lao phổi	2	8,0
Liệt 1/2 người (TBMN)	1	4,0
Đã mổ apxe gan	1	4,0
Nổi vị tràng	1	4,0
UT trực tràng (cắt đoạn TT)	1	4,0
Vỡ phình động mạch chủ	1	4,0
Đang điều trị hóa chất (UTDD di căn phúc mạc)	1	4,0
Hóa chất tiền phẫu	2	8,0
Đau bụng thượng vị	24 /25	96,0
Đau bụng có sốt	2	8,0
Nôn máu	4	16,6
Ia phân đen	11	45,8
Khám có mass thượng vị	11	45,8
Sút cân	15	62,5
Hep môn vị (HMOV)	10	41,6

Bảng 2: Kết quả XN và chẩn đoán hình ảnh

Kết quả XN-chẩn đoán	n	%
Thiếu máu:	1. Nặng	5 20,0
	2. Trung bình (TB)	7 28,0
	3. Nhẹ	6 24,0
	4. Không thiếu máu	7 28,0
Bạch cầu (BC):	1. <10.000	7 28,0
	2. ≥10-15.000	15 60,0
	3. >15.000	3 12,0
Tiểu cầu:	1 Bình thường	22 88,0
	2 Giảm (50-100.000)	1 4,0

3. Tăng	2	8,0	CLVT: 1. KT khối UTDD ≤5 cm 18 72,0 2. KT khối UTDD >5-10 cm 7 28,0 - XN sinh hóa: Ure tăng: 1/25BN; Creatinin tăng: 3 BN; Bilirubine tăng 2 BN, GOT tăng 1 BN; Đường máu tăng: 3 BN. - Nội soi dạ dày (NSDD).
Albumin: 1. <25	4	16,0	
2. Từ 25-30	7	28,0	
3. >30	14	56,0	
NSDD			
1 Kích thước (KT) khối. UTDD ≤5 cm	16	64,0	
2. KT khối UTDD >5-10 cm	9	36,0	

Bảng 3: Vị trí UTDD qua NSDD và CLVT

TT	Vị trí tổn thương (NSDD)	KT khối U ≤5 cm n (%)	>5-10 cm n (%)	Vị trí tổn thương (CLVT)	KT khối U ≤5cm	KT khối U >5-10 cm
1	Hang vị	1		Hang vị	1	
2	Môn vị	2		Môn vị	2	
3	Hang vị-môn vị	6	3	Hang môn vị	5	3
4	Hang vị-BCN	2	2	Hang vị-BCN	3	2
5	Hang vị-BCL	1	2	Hang vị-BCL	2	1
6	BCN	1		BCN	1	
7	Thân vị	1		Thân Vị	1	
8	Thân vị-phình vị		1	Thân vị-phình vị		1
9	Thân vị-tâm vị		1	Thân vị-Tâm vị	1	
10	Tâm vị	2		Tâm vị	2	
	Tổng	16	9	Tổng	18	7

Bảng 4: Tổn thương trong mổ, xử trí phẫu thuật

Vị trí U	Thủng <1 cm	Thủng >1-3	Thủng >3-5	Thủng >5-10	Thủng vào Đuôi tụy	Thủng vào thân tụy	Thủng vào D1-D2	Thủng vào Gan (G) Cuống gan (CG)	Thủng vào Đại tràng-mạc treo	Xử trí (n)
Môn vị		2			2		2	1 (CG)		2. GTBDD-2. Dẫn lưu mòm tá tràng (DLM)
Hang môn vị	1	7			6		7	4(CG). 2(GT)	2 (ĐT)	8. GTBD 6. DLM 5. Tạo hình mòm tá tràng (THM)
Hang vị		1				1				1. GTBD
Hang vị-Bờ cong nhỏ (BCN)		1	1	2	3	1	3	1.CG	3.ĐT	4. GTBDD 1. DLM
Hang vị-Bờ cong lớn (BCL)		2	1						3	3. GTBD
BCN		2				1	1	1GT		2. GTBD*
Thân vị		1				1				1. GTBD
Thân vị-phình vị			1			1				1. TBDD**
Thân vị-tâm vị		2				2				2. TBDD
Tâm vị		1				1				1. TBDD
Tổng	1	19	3	2	11	8	13	9	8	21. GTBDD 4. TBDD 9. DLM 5. TH

* Thủng gan trái; **Cắt lách, thân-đuôi tụy, cơ hoành trái, ĐT trái

- Số hạch vét được TB:17,94 hạch (5-39).

Số hạch (+) TB:5,28 hạch (0-32)

- KT khối UTDD TB: 6,8 cm (4-10 cm).KT lỗ thủng TB 3,14 cm (0,5-6 cm).

Kết quả GPB: GĐ III (b-c): 20/25 BN 80%

(IIIb: 11BN, IIIc: 9 BN) GĐIV: 2/25 BN: 8,0%;

U lympho 2/25 BN (8,0%); U xơ cơ viêm 1/25BN (4,0%).

**Ảnh 1: Thùng bí UTDD vào thân tụy**

Độ mô học: AC.KBH: 7/25BN (28%); AC.BHV 6/25BN (24%); AC.BHC 1/25 (4%); TB nhẵn 7/25 BN (28%) TB nhày 1/25 BN (4%).

IV. BÀN LUẬN

UTDD thủng là biến chứng nặng của UTDD xảy ra với tỷ lệ cao ở GĐ III-IV. Biến chứng thủng UTDD ít gặp hơn XHTH do UTDD và chiếm tỷ lệ 0,56-3,9% tổng số UTDD, chiếm 10-16% số thủng ổ loét DD [1]

Tsujimoto [2] cho rằng rất khó khăn để chẩn đoán thủng UTDD hay loét DD thủng bởi độ nhạy của chẩn đoán trong mổ chỉ đạt 50%. Thủng UTDD gây viêm phúc mạc do dịch dạ dày và dịch tiêu hóa, mặc dù tỷ lệ thủng UTDD chiếm 10-16% các trường hợp thủng DD tuy nhiên chẩn đoán UTDD thường là chẩn đoán sau mổ khi có kết quả GPB. Rất khó phân biệt tổn thương trong mổ khi không có sinh thiết tức thì hay NSDD trong mổ. Phẫu thuật viên thường chẩn đoán dựa vào độ cứng của thành DD, hạch, kích thước ổ loét, sự xuất hiện di căn gan, phúc mạc. Cũng có thể chẩn đoán UTDD thủng qua NSDD trong mổ. Nhiều tác giả cho rằng mẫu chốt để chẩn đoán UTDD thủng là BN tuổi cao, KT khối ung thư >KT khối UTDD không bị thủng.

Bảng 5: Đặc điểm và đánh giá trước mổ của các nghiên cứu trên TG [4]

Tác giả (năm)	Nước	n	Tuổi TB	Giới (nam) (%)	Tỷ lệ chẩn đoán UTDD trước thủng (%)	Giai đoạn III	Giai đoạn IV
Tsujimoto (2010)	Nhật	8	64,5	65,5	51,7	75	12
Tan (2011)	Singapore	9	76	56,0	22	73	27
Kim (2014)	Hàn Quốc	35	NR	65,7	NR	60	NR
Hata (2014)	Nhật	514	NR	74,6	NR	55	34
Ignjatovic (2016)	Serbia	11	60	72,8	18	73	27
Wang et al (2017)	Trung Quốc	29	77	65,5	51,7	55	34
Fisher et al	Mỹ	2967	79	59,4	NR	36	23
Kim et al (2020)	Hàn Quốc	43	69	55,0	42	75	25

Theo Bảng 5: Tuổi UTDD thủng dao động từ >60-79 T; Nam chiếm tỷ lệ từ >55% đến 75%; Thủng chiếm tỷ lệ cao ở giai đoạn (GĐ) muộn (T3 55-75%) tuy nhiên có 1 số báo cáo thủng UTDD GĐ 1 chiếm 19%, GĐ 2 chiếm 12% [5].

Báo cáo của Ignjatovic [3] 11 Bn (100%) UTDD thủng đã xâm lấn thanh mạc.

Chẩn đoán UTDD trước khi thủng là yếu tố quan trọng quyết định thái độ xử trí. Tỷ lệ chẩn đoán trước thủng thấp TB 38%. Theo các báo

cho tới nay có nhiều tranh luận xoay quanh thái độ xử trí trước một UNDD thủng: Cắt DD cấp cứu 1 thì hay khâu lỗ thủng, làm sạch ổ bụng (thì 1) sau đó cắt DD triệt căn, nạo vét hạch D2 (thì 2) sau 2-3 tuần (17-21 ngày).

Các tác giả nhận thấy cắt DD cấp cứu 1 thì có nhiều nhược điểm: BN đến muộn, ổ bụng bẩn, chưa được chẩn đoán UTDD trước thủng, tuổi cao, nhiều bệnh phối hợp bởi vậy tỷ lệ TV và biến chứng cao, tỷ lệ đạt được diện cắt R0 thấp, số hạch nạo vét được thấp, tỷ lệ sống sau 5 năm thấp. Bởi vậy cắt DD cấp cứu 1 thì được chỉ định khi BN đến sớm, ổ bụng sạch, UTDD được chẩn đoán trước và BN không hoặc ít bệnh nội khoa phối hợp.

Thủng bí UTDD là tổn thương khi UTDD xâm lấn các tạng xung quanh, gây thủng và được các cơ quan lân cận như tụy, tá tràng, gan, cuống gan hay mạc nối bịt lại nên dịch tiêu hóa không bị thoát ra OB tự do hoặc thoát ra tạo thành khối apxe lân cận dạ dày hay khối dịch khu trú trong hậu cung mạc nối (HCMN).

Đối với tổn thương loét DD-TT, đáy ổ loét ăn thủng vào đầu tụy, tá tràng, cuống gan hay ĐM vị tá tràng gây chảy máu dữ dội, sốc mất máu, thường phải mổ cấp cứu khẩn cấp.

Đối với UTDD thủng bí theo nghiên cứu này lứa tuổi thủng UTDD bí 64,8 T trong đó tỷ lệ nam/nữ 72% nam, 28% nữ.

Báo cáo của Ignjatovic [3]: Tuổi TB thủng UTDD là 59,9+/- 9,2T; Báo cáo của Kotan tuổi TB là 59.0+/- 9,56 T.

cáo (bảng 5): Tỷ lệ chẩn đoán UTDD trước thủng là 18%-57,7%.[4]

Chẩn đoán trước mổ mang tính quyết định thái độ xử trí cắt dạ dày, vét hạch triệt căn 1 thì hay 2 thì. Nếu BN đến sớm, ổ bụng (OB) sạch, không có hay có ít bệnh nội khoa phối hợp, UTDD được chẩn đoán trước mổ thì có thể cắt DD vét hạch triệt căn 1 thì.

Nếu BN đến muộn, OB bẩn, BN có nhiều bệnh phối hợp, UTDD không được chẩn đoán

trước mổ nếu cắt DD 1 thì tỷ lệ TV cao.

Hata [1] so sánh cắt DD 1 thì do UTDD thủng và 2 thì thấy tỷ lệ TV do cắt DD 2 thì là 1,9% vs 11,4% (1 thì). Tỷ lệ đạt được diện cắt R0 50% (1 thì) vs 78,4% (2 thì). Tác giả cho rằng không nên cắt DD cấp cứu nếu không đạt diện cắt R0 do viêm phúc mạc. Mổ cắt DD palliative hay cắt DD không triệt căn nên tránh. Nên cắt DD 2 thì triệt căn sau khi đã điều trị tốt viêm phúc mạc. Hata cũng báo cáo thời gian sống TB 75 tháng, tỷ lệ sống sau 5 năm đạt 50% khi cắt DD triệt căn.

Ignjatovics báo cáo tỷ lệ sống cao đối với BN cắt DD triệt căn vs mổ khâu thủng đơn thuần (75,77 ngày vs 18 ngày).

Đối với tái phát UTDD sau mổ thủng UTDD, báo cáo của Tsujimoto [2]: Không có sự khác biệt giữa UTDD thủng và UTDD. Theo các tác giả: Nhiễm trùng phúc mạc do UTDD thủng không ảnh hưởng tới thời gian sống như quan điểm trước đây

Bảng 6: So sánh PT cắt dạ dày triệt căn, vết hạch 1 thì vs 2 thì [6]

Đặc điểm lâm sàng	Cắt DD 1 thì (n=29)	Cắt DD triệt căn 2 thì (n=15)
Tuổi	63,72±11,99	62,67±12,16
Giới (nam)	75,86%(22/29)	80,00%(12/15)
Kích thước U (≥5 cm)	62,07%(18/29)	93,33%(14/15)
Dùng thuốc kháng tiểu cầu	27,59%(8/29)	20%(3/15)
Biệt hóa ung thư (kém biệt hóa)	13,80%(4/29)	6,67%(1/15)
T staging (T4)	100%(29/29)	93,33%(14/15)
N staging (N+)	20,69% (6/29)	13,33 (2/15)
M Staging (M+)	0,00%	0,00%
Vị trí ung thư (1/3 dưới)	79,31%(23/29)	86,67%(13/15)
HGB (< 90 g/L)	41,38%(12/29)	33,33% (5/15)
CEA (≥10ng/mL)	10,34(3/29)	33,33% (5/15)
Nạo vét hạch D2	62,07%(18/29)	100% (15/15)
Số lượng hạch vét được	17(12-24)	31(27-38)
Số hạch +	2(1-5)	3(2-8,5)
Tổng lượng máu truyền (ml)	200(0-800)	0(0-100)
Thời gian nằm hồi sức ICU	3(0-3)	0(0-1,5)

+ Theo bảng 6 [6]: 62,07% khối UTDD ≥5 cm được cắt DD vét hạch triệt căn 1 thì trong khi 93,33% khối UTDD ≥5 cm cắt DD vét hạch triệt căn 2 thì. Thủng UTDD 1/3 dưới 79,31% được cắt DD vét hạch 1 thì vs 86,67% thủng 1/3 dưới được cắt DD, VH 2 thì. Khối UTDD T4 100% cắt

1 thì vs 93,33% cắt DD VH 2 thì. Vết hạch D2 1 thì chiếm 62,07% vs 100% (2 thì). Số hạch vét được TB 17 hạch (1 thì) vs 31 hạch (2 thì).

Diện cắt R0 không phản ánh đủ tổn thương do không thể hiện được di căn hạch và không bám sát tình trạng OB. Thời gian sống thêm (OS) nhóm UTDD thủng (cắt 1 thì) 11 tháng vs 45 tháng (2 thì). Mặt khác nhóm thủng UTDD cắt 1 thì có OS 18 tháng VS nhóm UTDD (không bị thủng) cùng tiêu chí có OS 30 tháng.[6]

Số liệu trên 40.281 BN UTDD tại Mỹ: Số hạch nạo vét được ≥29 hạch trên những BN UTDD giai đoạn cao sẽ làm cho OS tương đương với UTDD giai đoạn thấp hơn. Khuyến cáo của 8th AJCC: Số hạch thu được ≥16 mới đủ để đánh giá tốt giai đoạn UTDD. Để đánh giá chính xác hơn cần vét được ≥30 hạch. [7]

Thủng bít UTDD là tổn thương phức tạp, mặc dù không có viêm phúc mạc và nhiễm trùng OB nhưng lại là tổn thương muộn, thường xâm lấn rộng các tạng quan trọng như đầu tụy, D1-DII tá tràng, cuống gan, thùy gan hay mạc treo ĐT làm phẫu thuật triệt căn trở nên phức tạp và thường cần những phẫu thuật phân lưu phối hợp hay tạo hình để giảm nguy cơ bực hay rò miệng nối sau mổ.

+ Thái Nguyên Hưng [8] báo cáo 11 ca XHTH nặng, sốc mất máu do loét mặt sau gối trên-DII tá tràng (loét dưới hành tá tràng) hay kissing ulcer cho thấy 100% là loét mặt sau D1-DII trong đó 72,7% loét thủng vào động mạch vị tá tràng, đầu tụy, đường mật (thủng bít). Mổ khâu cầm máu, nối vị tràng có tỷ lệ tái xuất huyết cao. Mổ cắt đoạn dạ dày, dẫn lưu mỏm tá tràng cho kết quả tốt, không có BN tử vong. Biến chứng có 2 trường hợp rò (1 BN rò mỏm tá tràng, 1 BN rò mật).

Theo số liệu của chúng tôi: 25 BN, nam chiếm 72%, nữ 28%, tuổi TB 64,6T là lứa tuổi và tỷ lệ giới khá tương đồng với lứa tuổi thủng UTDD ở Châu Á và Đông Nam á (từ 64,5 T-79T, Nam chiếm 55,0-74,6%) (Bảng 5).

96% BN đau thượng vị trong đó 2 BN có sốt (8%). Trong 2 BN này: 1 BN UTDD thủng vào hậu cung mạc nối (HCMN), 1 BN thủng tạo thành ổ apxe cạnh bờ cong lớn kèm XHTH, đây là những thể đặc biệt của thủng UTDD (không thủng vào OB tự do gây viêm phúc mạc). Có 4 BN nôn máu, 11 BN ỉa phân đen (45,8%). Như vậy có tỷ lệ cao BN đau bụng kèm XHTH trước mổ, tuy nhiên không BN nào cần mổ cấp cứu do XHTH nhẹ và trung bình. Theo số liệu Bảng 1: 45,8% (11 BN) có mass thượng vị, 62,5% sút cân, 41,6% (10 BN) HMV.

Theo Bảng 2: 72% BN có BC tăng cao (>10,0

G/L). Nhận xét về LS: BN thủng UTDD bất có tỷ lệ cao phối hợp XHTH (45,5%), HMT (41,6%), sụt cân 62,5% và có BC tăng cao (72%).

Đánh giá tổn thương trong mổ (Bảng 1): KT khối UTDD TB 6,8 cm (4-10) cm, KT lỗ thủng TB 3,14 cm (0,5-6cm).

So sánh với báo cáo của Thái Nguyên Hưng 26 BN thủng UTDD vào ổ bụng tự do: KT lỗ thủng TB 1,72cm (0,5-4 cm); KT khối UTDD TB 5,36cm (3-10cm). Như vậy thủng vào OB tự do có KT lỗ thủng và KT khối UTDD nhỏ hơn [9]

Theo Bảng 3, Bảng 4: 4/25 BN (16%) thủng 1/3 trên dạ dày; UTDD thủng (1/3 dưới) vùng môn vị, hang môn vị xâm lấn BCN và BCL là 18/25 BN (72%); Thủng thân vị và BCN (1/3 Giữa) 3/25 BN (12%). Như vậy tổng số UTDD thủng bất ở 1/3 Dưới và 1/3 Giữa là 84%. Tỷ lệ thủng 1/3 dưới theo Zhang [6] là 79,31% (nhóm cắt DD 1 thì) và 86,67% (cắt DD 2 thì).

Các tạng lân cận bất lỗ thủng (bảng 4): Đầu tụy 11/25 BN (44%); D1-D2 tá tràng 13/25 BN (52%), cuống gan và các phần thùy gan 9/25BN (36%); Thân tụy 8/25 BN (32%), mạc treo ĐT 8/25 BN (32%, mạc treo ruột non 1 BN).

Đánh giá tổn thương thủng vào các tạng lân cận và khả năng cắt DD triệt căn chúng tôi nhận thấy: 2 BN UTDD môn vị thủng (lỗ thủng 1-3 cm) vào đầu tụy, D1-D2 tá tràng, cuống gan (1 BN), phẫu thuật cắt GTBDD, vét hạch D2 phối hợp dẫn lưu mòm (DLM) tá tràng do tổn thương xâm lấn sát bóng Vater, nguy cơ rò mòm tá tràng rất cao, mòm tá tràng sâu, mủn do đó cần DLM tá tràng giảm áp.

Đối với tổn thương hang môn vị thủng bất có 6/8 BN cần DLM tá tràng giảm áp và tạo hình mòm tá tràng bằng dây chằng tròn. 6/8 BN thủng vào đầu tụy phối hợp với D1-D2 tá tràng (7/8 BN), cuống gan 4/8 BN, thùy gan 2/8 BN (Bảng 4). Như vậy tổn thương cuống gan, đầu tụy và D1-D2 tá tràng là 1 đặc điểm và khó khăn khi phẫu thuật cắt triệt căn UTDD thủng bất. Tuy nhiên chúng tôi chỉ ghi nhận 1 ca XHTH do UTDD thủng vào động mạch vị tá tràng (ĐM.VTT). Đặc điểm này khác biệt so với loét mặt sau D1-D2 tá tràng thủng hay Kissing ulcer thủng.



Ảnh 2: Thủng bất UTDD vào đầu tụy

+ Không có BN TV (sau mổ và ≤30 ngày).

+ Biến chứng: 2 BN rò mòm tá tràng, 1 BN

chảy máu sau mổ cắt TBDD, lách, thân đuôi tụy
++ 1 BN cắt GTBDD triệt căn, DLM tá tràng (Lò Văn T): Rò mòm tá tràng tạo thành khối apxe 8-10 cm dưới thùy gan trái được DL dưới SA.

++ 1 BN (Khuất Thị T, 82 T) UTDD hang môn vị thủng vào cuống gan, đầu tụy, D1-D2 tá tràng được cắt DD triệt căn, DLM tá tràng sau đó rò qua vết mổ điều trị nội ổn định, ra viên.

++ 1BN chảy máu sau mổ 3h được mổ lại khâu cầm máu (diện cắt thân tụy)

V. KẾT LUẬN

UTDD thủng bất thường xảy ra trên BN cao tuổi (NC này 64,6T), nam chiếm tỷ lệ cao (NC này 72%). Triệu chứng chủ yếu là đau bụng phối hợp với XHTH (NC này 45,8%), hẹp môn vị (NC này 41,6%). Thủng UTDD 1/3 Dưới chiếm tỷ lệ cao (NC này 72%). Trong nghiên cứu này: Thủng vào đầu tụy 44,0%, Thủng vào D1-D2 tá tràng 52,0%; Thủng vào cuống gan và phần thùy gan 36%; Thân tụy 32%, mạc treo ĐT 32%. Mổ cắt dạ dày triệt căn, vét hạch D2 92,0%, cắt dạ dày palliative 8,0%; Mổ cắt GTBDD và dẫn lưu mòm tá tràng 9 BN; Cắt GTBDD và tạo hình mòm tá tràng 5 BN. Kích thước khối UTDD TB 6,8 cm (4-10 cm); KT lỗ thủng TB 3,14 cm (0,5-6 cm). Số hạch vét được TB 17,94 (5-39); Số hạch (+) TB 5,28 (0-32).

Không có TV. Biến chứng 12,0%. GPB GĐ III (a-b) 80%; GĐIV 8,0%; U lympho: 8,0%, U xơ cơ viêm 4,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hata T, Sakata N, Kudohk, Shibata C, Uno M. The best surgical approach for perforated gastric cancer: one stage vs two stage gastrectomy. Gastric Cancer: 2014; 17 (3): 578-87.
2. Hironori Tsujimoto et al. Outcome after emergency surgery in patients with a free perforation caused by gastric cancer. Experimental and therapeutic medicine 1 199-203, 2010.
3. Nebojsa Ignjatovic, Dragan Stojanov, Miodrag Djordjevic, Jelena Ignjatovic, Daniela Benedeto Stojanov and Babana Milojkovic. Perforation of gastric cancer - What should the surgeon do?. Bosn J Basic Med Sci, 2016 Aug;16 (3): 222-226.
4. Sara Di Carlo, Marzia Franceschilli, Piero Cavallaro, Maurizio Cardi, Danilo vinci and Simone Sibio. Perforated gastric cancer: A critical appraisal. Discov Oncol, 2021: 12:15.
5. Adachi et al. Surgical result of perforated gastric cancer: An analysis of 155 japaness patients. Am J gastroenterol.1997: 92 (3): 516-8)
6. Jungling Zang et al. Short and Long term outcomes of one stage versus two stage gastrectomy for perforated gastric cancer: a multicenter retrospective propensity score-matched study. World Journal of Surgical Oncology (2024) 22:7.

7. **Naffouje SA, Salti GI.** Extensive Lymph Node Dissection Improves Survival among American Patients with Gastric Adenocarcinoma Treated Surgically. Analysis of the National Center Database. JGC 2017; 17(4):319-30.
8. **Thái Nguyên Hưng.** Điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa nặng, sốc mất máu do loét mặt

sau gối trên-DII tá tràng ở người bệnh đang điều trị bệnh lý ung thư. Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật Nội Soi Việt Nam (2024) Số 1 tập 14; 79-87.

9. **Thái Nguyên Hưng, Viên Đình Bình, Trịnh Thành Vinh.** Thái độ xử trí và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày thực quản. Y học Việt Nam tập 551-Tháng 6-số 1-2025: 65-70

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HOÁ CÓ DI CẢN HẠCH CỔ BÊN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thanh Tùng², Ngô Xuân Quý¹,
Hoàng Mạnh Thắng^{1,2}, Ngô Quốc Duy^{1,2}, Trần Đức Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch cổ bên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch cổ bên và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 11/2022 đến tháng 11/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1/3, độ tuổi trung bình là 44,63 ± 12,87. Bệnh nhân tình cờ khám phát hiện u chiếm 69,9%. Siêu âm khối u ở 1 thùy chiếm 69,1%, kích thước ≤2cm là 70,7%. Hạch cổ cùng bên với khối u chiếm 88,6%, đường kính ngang ≥10mm là 59,3%. Thời gian nằm viện <10 ngày chiếm 97,6%. Kết quả mô bệnh học sau mổ: Ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm 99,2%, tỷ lệ hạch cổ trung tâm không di căn chiếm 15,4%. Thời điểm 72 giờ sau mổ, biến chứng tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN) 32,5%, suy tuyến cận giáp 20,3%, rò bạch huyết 8,9%. Các biến chứng sau đó giảm dần và hầu hết tổn thương này là tạm thời. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng: 87,8% tốt; 6 tháng: 97,6% tốt. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch cổ bên cho kết quả sớm khả quan và tính an toàn cao. **Từ khóa:** ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, di căn hạch cổ bên.

SUMMARY

EARLY SURGICAL OUTCOMES OF DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA WITH LATERAL CERVICAL LYMPH NODE METASTASES AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the early surgical outcomes in patients with differentiated thyroid carcinoma with lateral cervical lymph node metastases. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 123 patients diagnosed with DTC with lateral neck lymph

node metastases and treated at K Hospital from November 2022 to November 2024. **Results:** The male-to-female ratio was 1:3, with a mean age of 44.63 ± 12.87 years. Incidental tumor detection accounted for 69.9% of cases. Tumors located in a single thyroid lobe were observed in 69.1% of patients, and tumors ≤2 cm in size were found in 70.7%. Ipsilateral cervical lymph node metastasis occurred in 88.6% of cases, with 59.3% of metastatic nodes having a short-axis diameter ≥10 mm. Hospital stays of less than 10 days accounted for 97.6% of patients. Postoperative histopathology showed that papillary thyroid carcinoma accounted for 99.2% of cases, and 15.4% had no metastasis in central neck lymph nodes. At 72 hours post-surgery, complications included recurrent laryngeal nerve (RLN) injury in 32.5%, hypoparathyroidism in 20.3%, and chyle leak in 8.9%. These complications gradually improved, with most being temporary. Surgical outcomes were rated as good in 87.8% of patients at 1 month postoperatively and 97.6% at 6 months. **Conclusion:** Surgery for differentiated thyroid carcinoma with lateral cervical lymph node metastases provides favorable early outcomes and demonstrates high safety. **Keywords:** differentiated thyroid cancer, lateral cervical lymph node metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) là loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết (chiếm 90%) và chiếm 3% trong các bệnh ung thư nói chung. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư tuyến giáp đứng thứ 7 về số ca mắc mới với 821.214 ca, và thứ 24 về số ca tử vong với 47.507 ca. Việt Nam cũng là một trong những quốc gia có tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao với khoảng 6.122 ca mới mỗi năm, đứng thứ 6 trên toàn thế giới về số ca mới mắc hàng năm.¹

Trong thực hành lâm sàng, tình trạng di căn hạch cổ bên trong ung thư tuyến giáp là tương đối phổ biến. Theo hướng dẫn của ATA 2015, các trường hợp này cần được cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên. Mức độ phẫu thuật có phần rộng rãi này tiềm ẩn nhiều nguy cơ biến chứng về thần kinh, nội

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Tùng

Email: tung98hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

tiết,... Hơn nữa, một số nghiên cứu cũng chỉ ra vết hạch cổ bên là yếu tố tiên lượng độc lập tăng nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật.^{2,3}

Tại Việt Nam, trong thực hành lâm sàng chúng tôi nhận thấy UTBMTG di căn hạch cổ bên xảy ra tương đối phổ biến, nhiều trường hợp cần phải phẫu thuật phức tạp. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu tổng kết về nhóm đối tượng này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hoá có di căn hạch cổ bên tại Bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTG thể biệt hoá có di căn hạch cổ bên, đã được phẫu thuật tại bệnh viện K từ tháng 11/2022 đến tháng 11/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hoá có di căn hạch cổ bên dựa vào lâm sàng, siêu âm và chọc hút tế bào.
- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch cổ.
- Kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh u tuyến giáp và hạch cổ, khẳng định là UTBMTG thể biệt hoá di căn hạch cổ bên.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Ung thư tuyến giáp tái phát.
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại tuyến trước.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu dựa trên một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0 và sử dụng các thuật toán phù hợp.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các quy định của hội đồng đạo đức nghiên cứu Trường Đại học Y Hà Nội và phác đồ điều trị đã được thông qua hội đồng chuyên môn của bệnh viện K.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh học. Trong nghiên cứu tỉ lệ nữ/ nam là 3/1. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là $44,63 \pm 12,87$ tuổi, nhỏ nhất là 14 tuổi, lớn nhất 82 tuổi. Lý do đến khám nhiều nhất

là tình cờ thông qua khám sức khỏe (69,9%).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh học u giáp

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ (%)
Số lượng u	Đơn ổ	74	60,2
	Đa ổ	49	39,8
Kích thước u	≤20mm	87	70,7
	20-40mm	34	27,6
	>40mm	2	1,6
Vị trí u	Một thùy/eo	87	70,7
	Hai thùy	36	29,3
TIRADS	3	4	3,3
	4	44	35,8
	5	75	61,0
Giai đoạn T	1	60	48,8
	2	10	8,1
	3b	28	22,8
	4a	25	20,3

Nhận xét: Đặc điểm u giáp trên siêu âm cho thấy, phần lớn u giáp có tính chất đơn ổ (60,2%), được phát hiện sớm khi kích thước <20mm (70,7%). Ngoài ra, đa số u được xếp vào TIRADS 5 (61%), tỷ lệ u còn khu trú trong bao giáp (T1-2) chiếm 56,9%, u phá vỡ xâm lấn cơ chiếm 22,8% và 20,3% u đã xâm lấn vào một số cơ quan như khí thực quản, TKTQQN.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh học hạch cổ di căn

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ (%)
Vị trí hạch cổ với u	Cùng bên	109	88,6
	Đối bên	0	0
	Cả hai bên	14	11,4
Nhóm hạch cổ bên	Nhóm II	4	3,3
	Nhóm III	11	8,9
	Nhóm IV	50	40,7
	Nhóm V	3	2,4
	Phối hợp nhiều nhóm	55	44,7
Kích thước	<10mm	50	40,7
	≥10mm	73	59,3
FNA (n=70)	Di căn carcinoma	36	51,4
	Nghi ngờ di căn	24	34,3
	Hạch viêm	10	14,3

Nhận xét: Đa số hạch cổ tại thời điểm chẩn đoán cùng bên với u giáp (88,6%), tỷ lệ di căn hạch cổ hai bên chiếm 11,4%. Về vị trí di căn, phần lớn di căn nhiều nhóm hạch cảnh cùng lúc (44,7%), có 3 trường hợp phát hiện di căn hạch nhóm V trên siêu âm. Kích thước hạch ≥10mm chiếm chủ yếu (59,3%). Trong 70 trường hợp được chọc hút tế bào hạch cổ, chẩn đoán di căn carcinoma chiếm 51,4%, và có 14,3% được chẩn đoán hạch viêm.

3.2. Kết quả sớm phẫu thuật. Thời gian nằm viện đa số dưới 10 ngày (<6 ngày: 48%, 6-10 ngày: 49,6%). Thời gian rút dẫn lưu từ 3-5 ngày chiếm 73%. Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng: 87,8% tốt và 12,2% trung bình; sau 6

tháng: 97,6% tốt và 2,4% trung bình, không có kết quả xấu.

Bảng 3. Kết quả sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số BN	Tỉ lệ (%)
Phương pháp vét hạch cổ	Vét hạch cổ một bên	104 84,6
	Vét hạch cổ hai bên	19 15,4
Di căn hạch cổ trung tâm	Có	104 84,6
	Không	19 15,4
Ung thư tuyến giáp	Thể nhú	122 99,2
	Thể nang	1 0,8

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được thực hiện vét hạch cổ một bên (84,6%). Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật cho thấy, ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm 99,2%, tỷ lệ hạch cổ trung tâm không di căn chiếm 15,4%.

Bảng 4. Biến chứng sau 24 giờ, 72 giờ, 1 tuần

Các biến chứng sau phẫu thuật	24 giờ	72 giờ	1 tuần
Chảy máu, tụ máu	0	0	0
Khó thở	0	0	0
Khàn tiếng	41(33,3%)	40(32,5%)	28(22,7%)
Tê bì và co rút tay chân	18(14,6%)	25(20,3%)	25(20,3%)
Rò bạch huyết	12(9,7%)	11(8,9%)	2(1,6%)
Nhiễm trùng vết mổ	0	2(1,6%)	0

Nhận xét: Biến chứng chảy máu, tụ máu hay khó thở không được ghi nhận. Biến chứng khàn tiếng và tê bì tay chân là các biến chứng chủ yếu sau phẫu thuật. Biến chứng rò bạch huyết xảy ra tại thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật là 9,7% sau đó giảm dần và thấp nhất sau 1 tuần với 1,6%. Ngoài ra, ghi nhận 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ sau 72 giờ phẫu thuật.

Bảng 5. Biến chứng sau 1,3,6 tháng

Các biến chứng sau phẫu thuật	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Khàn tiếng	24(19,5%)	11(8,9%)	3(2,4%)
Tê bì hoặc co rút tay chân	12(9,7%)	7(5,7%)	4(3,2%)
Hội chứng Horner	2(1,6%)	2(1,6%)	2(1,6%)
Tổn thương thần kinh phụ	2(1,6%)	2(1,6%)	2(1,6%)

Nhận xét: Khàn tiếng và tê bì tay chân đa số là tổn thương tạm thời và giảm dần theo thời gian. Ghi nhận 2 trường hợp hội chứng Horner và 2 trường hợp tổn thương thần kinh phụ với biểu hiện teo và yếu cơ vùng bả vai.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nữ/nam là 3/1. Kết quả về tỉ lệ giới tính này tương đồng với tỷ lệ chung của UTBMTG thể biệt hóa khi đa số là nữ giới, cho thấy không có sự khác biệt về phân bố giới tính ở nhóm di căn hạch cổ bên. Phần lớn các bệnh nhân ở tuổi trung niên, với độ tuổi trung bình là $44,63 \pm 12,87$ tuổi, nhỏ nhất là 14 tuổi, lớn nhất 82 tuổi. Tương tự, Jinsun Lim (2024) cho thấy nhóm có di căn hạch cổ bên có tuổi trung bình $45,6 \pm 11,7$ tuổi, trong đó 71,4% dưới 55 tuổi.⁴ Đa số các bệnh nhân phát hiện bệnh qua khám sức khỏe định kì phát hiện u tuyến giáp (69,9%).

Đánh giá trên siêu âm, tỷ lệ u giáp đơn độc chiếm 60,2%, chủ yếu phát hiện u khi kích thước $\leq 2\text{cm}$ (70,2%), u ở cả 2 thùy gặp ở 36 bệnh nhân, chiếm 29,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Long (2018) với u đơn ổ 53,2%, u hai bên 37,3%, u $\leq 2\text{cm}$ 78,6%.⁵ Đánh giá theo TIRADS, tỉ lệ bệnh nhân có TIRADS 5 là cao nhất với 61%. Ngoài ra, 35,8% bệnh nhân được đánh giá TIRADS 4 và tỉ lệ TIRADS 3 trở xuống là rất thấp. Điều này đánh giá đặc điểm u ác tính cao trên hình ảnh siêu âm của UTBMTG di căn hạch cổ. Tỷ lệ u còn khu trú trong bao giáp (T1-2) chiếm 56,9%, u phá vỡ xâm lấn cơ chiếm 22,8% và 20,3% u đã xâm lấn vào một số cơ quan như khí-thực quản, TKTQQN.

Về đặc điểm hạch cổ di căn, đa số hạch cổ tại thời điểm chẩn đoán cùng bên với u giáp (88,6%), tỷ lệ di căn hạch cổ hai bên chiếm 11,4%. Phần lớn hạch cổ di căn nhiều nhóm hạch cảnh cùng lúc (44,7%), có 3 trường hợp phát hiện di căn hạch nhóm V trên siêu âm. Kích thước hạch $\geq 10\text{mm}$ chiếm chủ yếu (59,3%). Kết quả chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Bích Ngọc (2014) với hạch cùng bên với u (90,6%), kích thước hạch $\geq 10\text{mm}$ (53,1%).⁶ Trong 70 trường hợp được chọc hút tế bào hạch cổ, chẩn đoán di căn carcinoma chiếm 51,4%, và 14,3% được chẩn đoán hạch viêm.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ bệnh nhân được chỉ định cắt tuyến giáp toàn bộ kèm theo nạo vét hạch cổ chọn lọc. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân được nạo vét hạch cổ hai bên chiếm 15,4% (19/123). Đáng chú ý, khi so sánh với kết quả siêu âm trước mổ chỉ phát hiện 14 trường hợp di căn hạch cổ hai bên, cho thấy 5 bệnh nhân được phát hiện có di căn hạch cổ đối bên trong quá trình phẫu thuật mà các phương pháp chẩn đoán trước mổ chưa ghi nhận. Kết quả mô bệnh học sau mổ cho thấy phần lớn UTBMTG thể nhú (99,2%), duy nhất 1 trường hợp UTBMTG thể nang được ghi nhận. Tỷ lệ di căn hạch cổ bên

mà không có di căn hạch trung tâm là 15,4%.

Biến chứng sau phẫu thuật là một vấn đề quan trọng, ảnh hưởng đến tiên lượng và chất lượng sống của người bệnh. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp chảy máu nặng và khó thở sau mổ nào trong nghiên cứu. Tổn thương TKTQQN với biểu hiện khàn tiếng lại là biến chứng phổ biến sau phẫu thuật tuyến giáp. Tỷ lệ tổn thương TKTQQN tạm thời trong nghiên cứu của chúng tôi cao nhất tại thời điểm 72 giờ sau mổ là 32,5% và tổn thương vĩnh viễn là 2,4%. So sánh với nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2019), tỷ lệ tổn thương TKTQQN tạm thời và vĩnh viễn lần lượt là 32,3% và 0,6%.⁷ Tỷ lệ tổn thương vĩnh viễn trong nghiên cứu của chúng tôi có phần cao hơn được giải thích do tỷ lệ u giáp xâm lấn các cấu trúc xung quanh (thần kinh, mạch máu) tương đối cao. Suy tuyến cận giáp là biến chứng thường gặp tiếp theo với biểu hiện lâm sàng tùy theo mức độ hạ canxi máu. Tỷ lệ suy tuyến cận giáp tạm thời cao nhất tại thời điểm 72 giờ sau mổ là 20,3% và tổn thương vĩnh viễn là 3,2% (Bảng 3 và 4). Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Rocke (2020) với tỷ lệ suy tuyến cận giáp tạm thời và vĩnh viễn trong nhóm vét hạch cổ bên là 21,7% và 8,8%.² Biến chứng rò ống ngực dẫn đến rò đường chấp, gây ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng và miễn dịch của người bệnh, làm chậm quá trình hồi phục vết mổ và kéo dài thời gian nằm viện. Biến chứng này tuy hiếm nhưng nguy cơ xảy ra cao khi có vết hạch cổ bên kèm theo, đặc biệt khi vét hạch nhóm IV cổ trái. Sau 24 giờ phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận 12 bệnh nhân (9,7%) xuất hiện rò bạch huyết. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Rocke (1,1%) và Baud (2,4%).^{2,3} Tuy nhiên, tất cả các bệnh nhân đều được điều trị nội khoa và hồi phục hoàn toàn. Sự khác biệt được giải thích do nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ di căn hạch cảnh đa nhóm chiếm 44,7% và nhóm IV đơn thuần chiếm 40,7%, do đó nguy cơ rò bạch huyết khi phẫu thuật tăng lên đáng kể. Một số biến chứng hiếm gặp như hội chứng Horner, tổn thương thần kinh phụ cũng được chúng tôi ghi nhận. Trong nghiên cứu có 2 trường hợp hội chứng Horner (1,6%), cả hai đều có đặc điểm u lớn, xâm lấn cấu trúc thần kinh và có nhiều hạch vùng máng cảnh. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Baud (2022) với 5 trường hợp (1%) gặp biến chứng này.³ Ngoài ra, chúng tôi cũng nhận thấy có 2 trường hợp (1,6%) gặp biến chứng tổn thương thần kinh phụ kéo dài với triệu chứng đau vai cổ mạn tính và yếu cơ vùng bả vai cùng bên vết hạch. Trong đó, có 1 trường hợp được vét hạch cổ bên có

chứa nhóm V. Polistena (2021) cũng cho thấy kết quả tương tự với tổn thương thần kinh phụ là 10,7% (8,9% tạm thời và 1,8% vĩnh viễn).⁸ Sau một năm theo dõi, các trường hợp này hồi phục không hoàn toàn nhưng ảnh hưởng đến chất lượng sống không đáng kể.

Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng: 87,8% tốt và 12,2% trung bình; sau 6 tháng: 97,6% tốt và 2,4% trung bình, không có kết quả xấu. Như vậy, phẫu thuật trong ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa có di căn hạch cổ bên cho kết quả sớm khả quan và tính an toàn cao, các biến chứng sau phẫu thuật như tổn thương TKTQQN và suy tuyến cận giáp, tuy phổ biến nhưng đa phần là tạm thời và có khả năng hồi phục tốt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 123 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa di căn hạch cổ bên, chúng tôi rút ra kết luận: Tỷ lệ nữ/nam là 3/1. Tuổi trung bình là $44,63 \pm 12,87$ tuổi, nhỏ nhất là 14 tuổi, lớn nhất 82 tuổi. Lý do đến khám nhiều nhất là tình cờ thông qua khám sức khỏe (69,9%). Đặc điểm u giáp trên siêu âm: u giáp đơn ổ (60,2%), kích thước $<20\text{mm}$ (70,7%), TIRADS 5 (61%), u giai đoạn T1-2 (56,9%). Đặc điểm hạch cổ di căn trên siêu âm: Hạch cổ cùng bên với u giáp (88,6%), di căn hạch cổ hai bên (11,4%), di căn nhiều nhóm hạch cảnh cùng lúc (44,7%), kích thước hạch $\geq 10\text{mm}$ (59,3%). Kết quả FNA hạch cổ: di căn carcinoma (51,4%), hạch viêm (14,3%). Thời gian nằm <6 ngày (48%), 6-10 ngày (49,6%). Thời gian rút dẫn lưu 3-5 ngày (73%). Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng: 87,8% tốt và 12,2% trung bình; sau 6 tháng: 97,6% tốt và 2,4% trung bình, không có kết quả xấu. Tỷ lệ vét hạch cổ một bên (84,6%). Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật: ung thư tuyến giáp thể nhú (99,2%), thể nang (0,8%), hạch cổ trung tâm không di căn (15,4%). Biến chứng sau phẫu thuật: Biến chứng chảy máu và khó thở không được ghi nhận. Tổn thương TKTQQN tạm thời và vĩnh viễn lần lượt là 32,5% và 2,4%. Tỷ lệ suy tuyến cận giáp tạm thời và vĩnh viễn lần lượt là 20,3% và 3,2%. Biến chứng rò bạch huyết tại thời điểm 24 giờ sau phẫu thuật là 9,7%. Có 2 trường hợp (1,6%) nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật. Hội chứng Horner và tổn thương thần kinh phụ cùng gặp với tỷ lệ 1,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lyu Z, Zhang Y, Sheng C, Huang Y, Zhang Q, Chen K.** Global burden of thyroid cancer in 2022: Incidence and mortality estimates from

- GLOBOCAN. Chin Med J (Engl). 2024 Nov 5;137(21):2567-2576.
- Baud G, Jannin A, Marciniak C, et al.** Impact of Lymph Node Dissection on Postoperative Complications of Total Thyroidectomy in Patients with Thyroid Carcinoma. *Cancers (Basel)*. 2022;14(21):5462.
 - Rocke DJ, Mulder H, Cyr D, et al.** The effect of lateral neck dissection on complication rate for total thyroidectomy. *Am J Otolaryngol*. 2020; 41(3):102421.
 - Lim J, Lee HS, Heo JH, Song YS.** Clinicopathological Features and Molecular Signatures of Lateral Neck Lymph Node Metastasis in Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Endocrinol Metab (Seoul)*. 2024;39(2):324-333.
 - Lê Văn Long.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K năm 2017, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2018
 - Nguyễn Thị Bích Ngọc.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hạch cổ di căn của ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhũ tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2014
 - Lê Văn Quảng, Ngô Quốc Duy, Mai Thế Vương, và cộng sự.** Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng di căn hạch nhóm 6 ở bệnh nhân vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhũ giai đoạn cN0. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, Số 1 – 2019.
 - Polistena A, Ranalli M, Avenia S, et al.** The Role of IONM in Reducing the Occurrence of Shoulder Syndrome Following Lateral Neck Dissection for Thyroid Cancer. *J Clin Med*. 2021;10(18):4246. Published 2021 Sep 18.

ĐẶC ĐIỂM ĐIỀU TRỊ SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE BẰNG DUNG DỊCH ALBUMIN 5% TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Huỳnh Tiểu Niệm^{1,2}, Phạm Văn Quang^{1,2}

Từ khóa: sốc SXHD, albumin 5%, trẻ em, hồi sức dịch.

TÓM TẮT

Giới thiệu: Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm có thể dẫn đến sốc giảm thể tích nếu không được xử trí kịp thời. Trong bối cảnh hiện nay, dung dịch albumin 5% được xem là lựa chọn thay thế hoặc bổ sung cho dịch tinh thể và cao phân tử (CPT) trong điều trị sốc SXHD. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm sử dụng albumin 5% và đánh giá hiệu quả lâm sàng của liệu pháp này trên bệnh nhi sốc SXHD. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại khoa Hồi sức Tích cực Chống độc, Bệnh viện Nhi đồng 1, từ tháng 01/06/2022 đến 30/06/2025. Đối tượng là bệnh nhi từ 1 tháng đến < 16 tuổi, chẩn đoán SXHD nặng có sốc và được truyền albumin 5%. Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án, xử lý bằng SPSS 27. **Kết quả:** Tổng cộng 164 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ tử vong 4,3%. Tuổi trung bình là $7,7 \pm 3,4$, dư cân béo phì 53,7%. Albumin 5% được truyền trung bình sau 17,1 giờ bắt đầu sốc, tổng lượng dịch trước truyền albumin 5% là 112 ml/kg, trong đó CPT 76 ml/kg. Liều albumin 5% trung vị 1,4 g/kg trong thời gian 15 giờ. Sau truyền, huyết động cải thiện: mạch giảm từ 113,3 xuống 107,3 lần/phút, huyết áp trung bình tăng từ 84,2 lên 89,5 mmHg, thể tích khối hồng cầu (Hct) giảm từ 41% xuống còn 35,3%. Albumin máu tăng từ 1,5 lên 2,8 g/dL. Không có biến cố gan, thận nghiêm trọng. **Kết luận:** Albumin 5% giúp cải thiện huyết động, hồi phục albumin máu, ổn định nội môi và có thể là liệu pháp an toàn trong hồi sức SXHD trẻ em.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF 5% ALBUMIN THERAPY IN MANAGING OF DENGUE SHOCK SYNDROME AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Introduction: Dengue hemorrhagic fever (DHF) is a serious infectious disease that can progress to hypovolemic shock if not managed promptly. Currently, 5% albumin solution is considered an alternative or adjunct to crystalloid and colloid solutions in the treatment of dengue shock syndrome (DSS). **Objective:** To describe the characteristics of 5% albumin use and evaluate its clinical effectiveness in pediatric patients with DSS. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at the Pediatric Intensive Care Unit, Children's Hospital 1, from June 1, 2022, to June 30, 2025. The study included patients aged 1 month to under 16 years diagnosed with severe DHF complicated by shock and treated with 5% albumin. Data were collected from medical records and analyzed using SPSS 27. **Results:** A total of 164 pediatric patients were enrolled. The mortality rate was 4.3%. The mean age was 7.7 ± 3.4 years, and 53.7% were overweight or obese. Albumin 5% was administered on average 17.1 hours after the onset of shock, following a total fluid volume of 112 ml/kg, including 76 ml/kg of colloid. The median dose of albumin was 1.4 g/kg over 15 hours. Post-infusion, hemodynamic improvements were observed: heart rate decreased from 113.3 to 107.3 bpm, mean arterial pressure increased from 84.2 to 89.5 mmHg, hematocrit dropped from 41.0% to 35.3%. Serum albumin levels rose from 1.5 to 2.8 g/dL. No major liver or kidney complications occurred. **Conclusion:** The use of 5% albumin improved hemodynamic status, restored serum albumin, stabilized internal homeostasis, and appears to be a

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhi đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Tiểu Niệm.

Email: bstieuniem@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

safe and effective therapy in pediatric DSS resuscitation. **Keywords:** Dengue shock syndrome, albumin 5%, pediatrics, fluid resuscitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm do vi rút Dengue gây ra, với nguy cơ gây dịch cao tại các nước nhiệt đới, trong đó có Việt Nam với số liệu báo cáo 369.000 ca năm 2023.[1] Đặc điểm của SXHD là sốt, xuất huyết và thất thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời sẽ dẫn đến tử vong.[2] Truyền dịch là biện pháp chính trong hồi sức sốc, song việc lựa chọn loại dung dịch phù hợp đang là vấn đề được quan tâm. Dung dịch albumin 5%, đã được đề cập trong các nghiên cứu gần đây như một phương án cải thiện áp lực keo, giảm thoát dịch và cải thiện tưới máu. Tuy nhiên, ở Việt Nam, số liệu về sử dụng albumin trong SXHD còn hạn chế, nhất là trên đối tượng nhi khoa. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm làm rõ đặc điểm sử dụng và hiệu quả albumin 5% trong điều trị sốc SXHD ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang bệnh nhi được chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue nặng có sốc nhập khoa Hồi sức Tích cực Chống độc, Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 01/06/2022 đến 30/06/2025, được truyền albumin.

Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu liên tiếp

Tiêu chuẩn chọn mẫu: thỏa cả 4 tiêu chuẩn

– Các bệnh nhi từ 1 tháng tuổi đến dưới 16 tuổi.

– Được chẩn đoán SXHD nặng có sốc theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị SXHD của Bộ Y tế năm 2023 và có kết quả huyết thanh chẩn đoán SXHD MAC-ELISA Dengue IgM dương tính và/ hoặc NS1Ag dương tính.[3]

– Có được truyền albumin.

Tiêu chuẩn loại trừ

– Bệnh nhân đã được chẩn đoán SXHD nặng và điều trị ở bệnh viện tuyến trước > 6 giờ.

– Bệnh nhân đã được chẩn đoán các bệnh lý nền khác kèm theo: bệnh tim bẩm sinh, gan, thận, hô hấp, huyết học, thần kinh.

Vấn đề y đức. Nghiên cứu hoàn toàn không thực hiện các thủ thuật xâm lấn, không sử dụng các loại thuốc ngoài phác đồ điều trị của bệnh viện Nhi đồng 1. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức của Bệnh viện Nhi Đồng 1 số 595/GCN-BVND1.

Phương pháp thu thập số liệu

Biến số lâm sàng. Các chỉ số nhân trắc học bao gồm: Tuổi = ngày dương lịch của ngày nhập viện-ngày sinh, tính theo năm; giới tính (nam/nữ); chiều cao (mét), cân nặng (kg) và chỉ số khối cơ thể (BMI). Phân loại tình trạng dinh dưỡng dựa vào BMI: Thiếu cân: < bách phân vị 5th, bình thường: từ bách phân vị 5th đến nhỏ dưới bách phân vị 85th, dư cân: từ bách phân vị 85th đến dưới bách phân vị 95th, béo phì: từ bách phân vị 95th trở lên. [3] Tiểu ít: < 1 ml/kg/giờ. Gan to: bờ dưới gan sờ thấy hơn 2cm dưới hạ sườn phải. Đo huyết áp, ghi nhận huyết áp tâm thu và tâm trương. Huyết áp trung bình (HATB) = (huyết áp tâm thu + 2 x huyết áp tâm trương)/3. Sốc khi: huyết áp tâm thu < giới hạn bình thường theo tuổi. Nhũ nhi: < 70mmHg; 1-10 tuổi: < 70 + (tuổi x 2) mmHg; >10 tuổi: < 90 mmHg hoặc huyết áp kẹp hiệu áp < 20 mmHg. Ngày vào sốc: Ngày bắt đầu phát hiện vào sốc tính từ lúc khởi đầu bệnh. Ra sốc: tỉnh táo, tay chân ấm, CRT bình thường, mạch rõ và bình thường theo tuổi, huyết áp bình thường theo tuổi, nước tiểu ≥ 1 ml/kg/giờ. Suy hô hấp khi có ≥ 2 dấu hiệu sau: (1) thở nhanh: trẻ < 12 tháng: ≥ 50 lần/phút, 1-5 tuổi: ≥ 40 lần/phút, > 5 tuổi: ≥ 30 lần/phút, (2) rút lõm ngực, (3) phập phồng cánh mũi, (4) tím tái, (5) SpO₂ < 92% (khí trời).[3]

Biến số cận lâm sàng. Các xét nghiệm máu bao gồm: Hematocrit, bạch cầu, tiểu cầu trong máu, aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), creatinin, thời gian prothrombine (PT), INR, aPTT, fibrinogen, khí máu động mạch: pH, HCO₃⁻. Tiểu cầu giảm: khi ≤ 100.000/mm³ (trung bình ≤ 50.000/ mm³; nặng ≤ 30.000/ mm³). Rối loạn đông máu khi: PT > 18 giây hoặc INR > 1,5; aPTT > 45 giây hoặc Fibrinogen < 1 g/L. Toan chuyển hóa: pH < 7,35 và HCO₃⁻ < 17 mEq/L.[3]

Tràn dịch màng phổi được chẩn đoán qua X quang phổi: lượng ít chỉ thấy từ góc sườn hoành; lượng trung bình: mờ đồng đều 1/3-1/2 dưới phế trường, còn thấy đường cong Damoiseau; lượng nhiều: mờ đồng đều hơn 1/2 dưới phế trường, đẩy bóng tim sang đối bên.

Tràn dịch màng bụng được chẩn đoán qua siêu âm bụng: lượng ít: thấy dịch khu trú trong một số khoang trống, bề dày lớp dịch < 3cm; lượng trung bình: ruột ngập trong nước, lượng dịch không quá giữa bụng, bề dày lớp dịch 3-10 cm; lượng nhiều: dịch tự do nhiều chiếm toàn bộ khoang bụng, bề dày lớp dịch > 10 cm.

Biến kết cục. Tử vong: tử vong tại bệnh viện hoặc tử vong trong vòng 24 giờ sau khi hấp hối xin về.

Tổn thương gan cấp khi AST hoặc ALT: nhẹ từ 120-400U/L; Trung bình: 400-1000U/L; Nặng: ≥ 1000 U/L.[3]

Tổn thương thận cấp: creatinin máu tăng $\geq 1,5$ -2 lần trị số bình thường theo tuổi. [3]
Ngưỡng creatinin bình thường theo tuổi: dưới 1 tuổi: 35 μ mol/L, từ 1-13 tuổi: 62 μ mol/L; trên 13 tuổi: 88 μ mol/L.[4]

Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp (ARDS): có tổn thương trên Xquang phổi, $PaO_2/FiO_2 \leq 300$

Phân tích số liệu. Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 27. Tính tần số và tỉ lệ phần trăm đối với các biến số định tính. Tính trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân bố chuẩn) hoặc trung vị, khoảng tứ phân vị (nếu phân bố không chuẩn) với biến số định lượng. So sánh trung bình các yếu tố định lượng bằng phép kiểm t test. Tính liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng với tử vong bằng kiểm định χ^2 hoặc Fisher's exact. Đối với tất cả các test thống kê, mức $p < 0,05$ được sử dụng để xác định khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

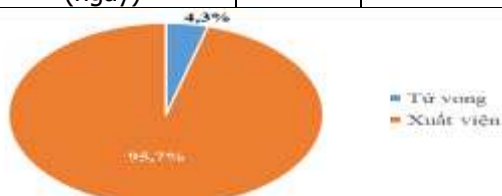
Đặc điểm dân số nghiên cứu. Chúng tôi chọn được vào nghiên cứu 164 bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue nặng có sốc được truyền albumin 5%. Tuổi trung bình $7,7 \pm 3,4$, trong đó có 88 nam (chiếm 53,7%), 109 trường hợp sống tại TP.Hồ Chí Minh (66,5%), 55 trường hợp được chuyển viện đến (33,5%). Bảy bệnh nhi tử vong (4,3%) (biểu đồ 1). Các đặc điểm khác được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tên biến	n (%)	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn Trung vị (Tứ phân vị 2; 3)
Nhóm tuổi (năm)		
<1	8 (4,9)	
1-5	21 (12,8)	
5-13	128 (78,0)	
≥ 13	7 (4,3)	
Phân nhóm dinh dưỡng		
Nhẹ cân	4 (2,4)	
Bình thường	72 (43,9)	
Thừa cân – béo phì	88 (53,7)	
Ngày vào sốc		$4,3 \pm 0,8$
Sốc vào ngày bệnh thứ		
Ngày 3	23 (14,0)	
Ngày 4	80 (48,8)	
Ngày 5	50 (30,5)	
Ngày 6	11 (6,7)	
Phân độ sốc		

Sốc	90 (54,9)	
Sốc nặng	74 (45,1)	
Sốt	161 (91,2)	
Sốt khi sốc	20 (12,2)	
Đau bụng	128 (78,0)	
Nôn	130 (79,3)	
Rối loạn tri giác	6 (3,7)	
Có giật	7 (4,3)	
Xuất huyết dưới da	146 (89,0)	
Xuất huyết niêm mạc	16 (9,8)	
Xuất huyết nặng	15 (9,1)	
Gan to	123 (75,0)	
Thiếu niệu	19 (11,6)	
Tràn dịch màng phổi	115 (70,1)	
Tràn dịch màng bụng	115 (70,1)	
Bạch cầu (/mm ³)		4.920 (3.400;6.470)
Phân nhóm bạch cầu (/mm ³)		
<4.000	55(33,5)	
≥ 4.000	109(66,5)	
Hct (%)		$49,6 \pm 5,1$
Phân nhóm Hct (%)		
$\leq 45\%$	29 (17,7)	
46-50%	77 (46,9)	
51-55%	42 (25,6)	
>55%	16 (9,8)	
Tiểu cầu (/mm ³)		36.000 (23.000;58.750)
Phân nhóm tiểu cầu (mm ³)		
≤ 30.000	63 (38,4)	
>30.000-50.000	48 (29,3)	
>50.000-100.000	48 (29,3)	
>100.000	5 (3,0)	
PT >18 giây	68 (41,5)	
INR >1,5	50 (30,5)	
APTT >45 giây	94 (57,3)	
Fibrinogen <1 g/L	23 (14,0)	
Rối loạn đông máu	111(67,7)	
Ure (mmol/L)		4,8 (3,7; 6,0)
Creatinin (μ mol/L)		55,6 (48,7;66,9)
Tổn thương thận cấp	4 (2,4)	
AST (U/L)		152,1 (92,8;324,1)
ALT (U/L)		52,5 (33,5;153,8)

Tổn thương gan Nhẹ	53 (32,3)	
Trung bình	18 (11,0)	
Nặng	23 (14,0)	
Na < 130 mmol/L	12 (7,3)	
K < 3,5 mmol/L	83 (50,6)	
Ca < 1,0 mmol/L	31 (18,9)	
Nhóm lactat máu (mmol/L)	24 (14,6)	
<2	40 (24,4)	
2-4	83 (50,6)	
>4	41 (25,0)	
Toan chuyển hoá	51 (31,1)	
Hạ đường huyết	2 (1,2)	
Albumin 5% (g/dL)		2,7 ± 0,7
Tái sốc trước truyền albumin	21 (12,8)	
Thời gian nằm viện (ngày)		6,0 (5,0; 7,0)
Thời gian nằm PICU (ngày)		4,0 (4,0; 5,0)

**Biểu đồ 1: Tỷ lệ tử vong****Bảng 2: Tỷ lệ các chỉ định truyền albumin 5% theo Hướng dẫn Bộ Y tế**

			Nồng độ albumin máu (g/dL)	
			<1,0	1,0-2,5
Tổng lượng dịch CPT ≥60ml/kg, n (%)	Có	Tốc độ dịch CPT ≥5	3 (1,8)	58 (35,4)
		Tốc độ dịch CPT <5	0 (0)	62 (37,8)
	Không	Tốc độ dịch CPT ≥5	2 (1,2)	22 (13,4)
		Tốc độ dịch CPT <5	0 (0)	17 (10,4)
			5 (3,0)	159 (97,0)
Tổn thương gan cấp, n(%)	Có		4 (2,4)	64 (39,1)
	Không		1 (0,6)	95 (57,9)
Tổn thương thận cấp, n(%)	Có		2 (1,2)	1 (0,6)
	Không		3 (1,8)	158 (96,4)
ARDS n (%)	Có		2 (1,2)	5 (3,1)
	Không		3 (1,8)	154 (93,9)

Phần lớn bệnh nhi được truyền albumin 5% khi có nồng độ albumin máu từ 1,0 đến 2,5 g/dL

Bảng 4: Thay đổi huyết động, sinh hoá trong vòng 36 giờ sau truyền albumin 5%

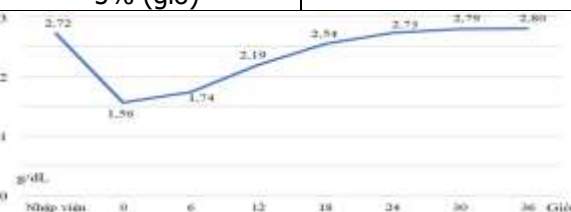
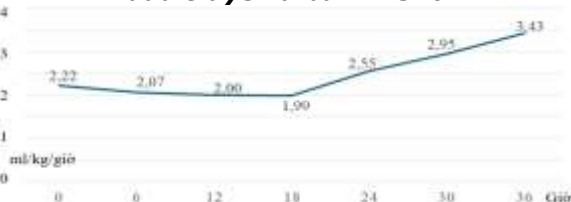
Biến số	Giờ thứ							p*
	0	6	12	18	24	30	36	
Mach	113,3±20,1	107,1±22,5	110,6±21,9	112,0±21,7	111,1±21,7	110,0±21,0	107,3±20,9	<0,01

159 (97%), chủ yếu do tổng lượng dịch CPT ≥ 60 ml/kg hoặc tốc độ CPT ≥ 5 ml/kg/giờ và tổn thương gan cấp. Tổn thương thận và ARDS ít gặp.

Nồng độ albumin máu trung bình 1,56 g/dL ở thời điểm bắt đầu truyền albumin 5%, sau đó tăng dần 2,8g/dL ở giờ 36 (biểu đồ 2). Tốc độ khởi đầu truyền albumin 5% trung bình là 2,22ml/kg/giờ, sau đó giảm dần còn 1,99ml/kg/giờ ở giờ thứ 18, rồi tăng dần đến 3,43ml/kg/giờ (biểu đồ 3).

Bảng 3: Đặc điểm sử dụng dung dịch albumin 5% truyền tĩnh mạch

Tên biến	Trung bình ± độ lệch chuẩn Trung vị (BPV 25%;75%)
Thời điểm bắt đầu truyền albumin 5% (giờ)	17,13 ± 7,67 (sớm nhất – muộn nhất: 3 – 65)
Tổng lượng dịch đã truyền trước khi truyền albumin 5% (ml/kg)	112,00 (93,00; 134,00) (ít nhất – nhiều nhất: 50 – 257)
Tổng lượng dịch CPT đã truyền trước khi truyền albumin 5% (ml/kg)	76,00 (59,63; 93,00) (ít nhất – nhiều nhất: 0 – 227)
Liều lượng albumin 5% (g/kg)	1,40 (1,00; 1,87)
Lượng dịch albumin 5% (ml/kg)	28,5 (20,0; 37,5)
Thời gian truyền albumin 5% (giờ)	15,00 (11,25; 20,00)

**Biểu đồ 2: Diễn tiến nồng độ albumin máu từ lúc nhập viện đến giờ thứ 36 từ khi bắt đầu truyền albumin 5%****Biểu đồ 3: Diễn tiến tốc độ truyền albumin 5% từ giờ 0 đến giờ thứ 36 từ khi bắt đầu truyền albumin 5%**

HATB	84,2±11,1	85,8±11,4	86,6±11,6	88,9±11,8	89,5±11,6	88,7±11,9	85,1±11,5	<0,01
Hematocrit	41,0±5,5	38,7±5,2	38,2±6,7	38,4±5,4	37,6±6,0	36,5±5,6	35,3±5,4	<0,01
Albumin	1,5±0,4	1,6±0,4	2,0±0,3	2,3±0,4	2,5±0,4	2,6±0,4	2,8±0,4	<0,01
Natri	130,7±4,1	131,8±3,9	132,5±3,0	133,5±3,0	133,9±3,3	134,0±3,1	134,3±3,5	<0,01
Kali	3,98 ± 0,58	4,04±0,40	4,06±0,54	4,05±0,63	4,03±0,44	4,02±0,60	3,89±0,52	0,53
Canxi	1,02±0,09	1,05±0,08	1,06±0,08	1,05±0,09	1,06±0,06	1,06±0,09	1,09±0,08	<0,01
Lactate	1,56	1,83	2,10	2,16	2,23	2,41	2,47	0,06
PaO₂/FiO₂	421,8±140,5	384,3 ±134,5	336,6 ±111,8	295,2 ±92,7	262,3 ±85,9	257,0 ±91,7	257,9 ±91,6	<0,01

* Phép kiểm phân tích phương sai ANOVA lặp lại hoặc Friedman test nếu phân bố không chuẩn

Sau truyền albumin 5%, các chỉ số huyết động (mạch, huyết áp trung bình), sinh hoá (albumin, natri, canxi, Hct) cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). PaO₂/FiO₂ giảm dần nhưng vẫn trên ngưỡng ARDS trung bình nặng (bảng 4).

Bảng 5: Thay đổi chức năng thận, men gan, đông máu trước và sau truyền albumin 5%

Biến số	Thay đổi trước - sau truyền	n (%)	p*
Tổn thương thận cấp	Trước truyền albumin 5%	5 (3,0)	0,45
	Sau truyền albumin 5%	8 (4,9)	
Tổn thương gan	Trước truyền albumin 5%	100 (60,9)	<0,01
	Sau truyền albumin 5%	74 (45,1)	
Rối loạn đông máu	Trước truyền albumin 5%	145 (88,4)	<0,01
	Sau truyền albumin 5%	105 (64,0)	

* Phép kiểm McNemar test

Tổn thương gan và rối loạn đông máu: giảm có ý nghĩa thống kê sau truyền albumin 5% ($p < 0,01$). Tổn thương thận thay đổi không đáng kể sau truyền albumin 5% ($p = 0,45$)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát đặc điểm sử dụng albumin 5% trên 164 bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue nặng có sốc tại Khoa Hồi sức tích cực-chống độc, Bệnh viện Nhi đồng 1. Kết quả ghi nhận tỷ lệ tử vong thấp (4,3%), phần lớn bệnh nhi được truyền albumin 5% khi nồng độ albumin máu < 2,5 g/dL và có tổng lượng CPT ≥ 60 ml/kg, phù hợp hướng dẫn của Bộ Y tế 2023.[3]

Tuổi trung bình là 7,7 ± 3,4 tuổi, không có sự khác biệt đáng kể về giới (tỷ số nam/nữ = 1,1). Tỷ lệ trẻ dư cân béo phì cao (53,7%), là yếu tố cần lưu ý vì có thể ảnh hưởng đến phân bố dịch và đáp ứng điều trị. Ngày vào sốc trung bình là 4,3, trong đó vào sốc sớm (ngày 3 – 4)

62,8%. Phân độ sốc và sốc SXHD nặng chiếm lần lượt 54,9% và 45,1%, Hct lúc vào sốc cao (49,6 ± 5,1%) cho thấy tình trạng cô đặc máu rõ.

Sau truyền albumin 5%, các chỉ số huyết động cải thiện đáng kể: mạch trung bình giảm từ 113,3 xuống 107,3 lần/phút ($p < 0,01$), HATB tăng từ 84,2 lên 89,5 mmHg. Tương tự ghi nhận của Lý Hoà Anh Minh. [5] Hct giảm từ 41% xuống 38,7% trong 36 giờ, phản ánh sự cải thiện thoát dịch nội mạch nhờ vai trò duy trì áp lực keo, hạn chế thoát dịch khỏi lòng mạch, đồng thời hỗ trợ vận chuyển các chất gắn albumin và điều hoà cân bằng dịch, điện giải. Nồng độ albumin máu tăng đều và đạt ngưỡng sinh lý sau 36 giờ (2,8 g/dL) khẳng định hiệu quả trực tiếp và khả năng duy trì ổn định huyết thanh của liệu pháp. Nguyễn Văn Hào (2017) cũng chỉ ra nồng độ albumin < 2,5 g/dL liên quan chặt chẽ với tiên lượng xấu ở SXHD nặng.[6]

Điện giải đồ ghi nhận natri máu tăng từ 130,7 lên 134,3 mmol/L ($p < 0,01$), cải thiện tình trạng hạ natri thường gặp ở bệnh nhi SXHD. Canxi máu tăng nhẹ có ý nghĩa ($p < 0,01$) góp phần ổn định chức năng tim mạch. Lactate tăng nhẹ không có ý nghĩa thống kê. PaO₂/FiO₂ giảm dần trong 36 giờ (421,8 – 257,9) cho thấy có hiện tượng ứ đọng dịch ở phế nang, mô kẽ phổi do đó cần theo dõi sát diễn tiến hô hấp.

Sau truyền albumin 5%, chức năng thận nhìn chung ổn định, tỷ lệ tổn thương thận cấp tăng nhẹ từ 3,0% lên 4,9% nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,45$). Điều này phù hợp với ghi nhận của Nguyễn Minh Tiến khi sử dụng albumin 10% với cải thiện huyết động, rối loạn đông máu và chức năng thận ổn định.[7]. Tổn thương gan giảm rõ rệt từ 60,9% xuống 45,1% ($p < 0,01$), men gan AST tăng trội hơn ALT, gợi ý tổn thương gan chủ yếu do diễn tiến SXHD hơn là do albumin. Rối loạn đông máu giảm từ 88,4% xuống 64,0% ($p < 0,01$), củng cố giả thuyết albumin 5% hỗ trợ cải thiện đông máu thông qua ổn định huyết động và nội môi. Lê Phước Truyền (2024) cũng ghi nhận truyền albumin 5% ở bệnh nhi SXHD giúp cải thiện huyết động, ổn định chức năng gan thận và

giảm tỷ lệ rối loạn đông máu. Tuy nhiên, men gan vẫn có xu hướng tăng do diễn tiến của bệnh.[8]

Thời điểm bắt đầu truyền albumin 5% trung bình là 17,13 giờ, tổng lượng dịch đã truyền trước đó là 112 ml/kg, trong đó CPT là 76 ml/kg. Thời điểm bắt đầu truyền albumin 5% có tổng lượng dịch nhiều, điều này có thể lý giải tình trạng suy hô hấp, ứ đọng phế nang tiến triển. Liều lượng albumin 5% trung vị 28,5 ml/kg trong thời gian truyền trung vị 15 giờ. Không ghi nhận tác dụng phụ dị ứng trong quá trình truyền albumin 5%.

V. KẾT LUẬN

Albumin 5% là lựa chọn an toàn và có hiệu quả trong hồi sức sốc SXHD ở trẻ em, đặc biệt trong các trường hợp kém đáp ứng với dung dịch tinh thể và CPT. Cần có nghiên cứu đối chứng để củng cố giá trị của liệu pháp này trong thực hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổ chức Y tế Thế giới.** Dengue and severe dengue. 2024; Available from: [https://www.who.](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue)

[int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue).

2. **Bộ Y tế,** Cẩm nang điều trị Sốt xuất huyết Dengue. 2019, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. **Bộ Y tế,** Quyết định Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Sốt xuất huyết Dengue. 2023.
4. Anderson, C.C., S. Kapoor, and T.E. Mark, The Harriet Lane Handbook E-Book: The Harriet Lane Handbook E-Book. 2023: Elsevier Health Sciences.
5. **Lý Hòa Anh Minh,** Đánh giá đáp ứng điều trị của albumin cho bệnh nhi SXHD nặng tại khoa Nhiễm bệnh viện Nhi đồng Thành phố. Tạp chí Nhi khoa, 2024. 17.
6. **Nguyễn Văn Hào,** Nghiên cứu biến đổi albumin máu với tình trạng tăng tính thấm thành mạch, rối loạn đông máu trong bệnh nhiễm dengue người lớn. 2017, Trường Đại học Y Dược TP.HCM.
7. **Nguyễn Minh Tiên,** Khảo sát thay đổi huyết động, tình trạng hô hấp, điện giải, kiềm toan và rối loạn đông máu ở bệnh nhân sốc sốt xuất huyết dengue điều trị dung dịch albumin 10% tại bệnh viện nhi đồng thành phố. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, 2025(49): p. 27-33.
8. **Lê Phước Truyền,** Prognostic value of N-terminal pro B-type natriuretic peptide and troponin I in children with dengue shock syndrome. Asian Pacific Journal of Tropical Medicine, 2024. 17(4): p. 166-172.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE QUANH AMIDAN TRONG 72 GIỜ ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Liệu¹, Nguyễn Lê Hoa², Cao Hương Quỳnh³,
Nguyễn Tuấn Anh³, Đỗ Bá Hưng³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 136 bệnh nhân áp xe quanh amidan được điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 01/07/2024 đến 30/06/2025 với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị áp xe quanh amidan trong 72 giờ đầu. Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $45,16 \pm 14,80$; tỉ lệ nam/nữ là 2,68/1. Thời gian bị bệnh trung bình trước khi vào viện là $5,2 \pm 3,2$ ngày, phần lớn bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước khi nhập viện (86%). Một số yếu tố khởi phát và ảnh hưởng tới tình trạng bệnh: Viêm amidan tái diễn (27,9%), đái tháo đường (11%). Phác đồ kháng sinh phổ biến gồm hai loại phối hợp giữa một kháng sinh phổ rộng và một loại chống vi khuẩn kỵ khí (76,4%), trong đó hay dùng là Quinolone kết hợp Metronidazol với 60,3%, có 22,1% phối hợp 3 kháng sinh, chỉ 1,5% dùng đơn kháng sinh. Kết quả

điều trị trong 72 giờ đầu tương đối tốt với: 53,7% đáp ứng tốt, 34,6% trung bình và chỉ có 11,8% đáp ứng kém, không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa các phác đồ kháng sinh. **Từ khóa:** Áp xe quanh amidan, vi khuẩn, kháng sinh, kết quả điều trị

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY TREATMENT OUTCOMES OF PERITONSILLAR ABSCESS WITHIN THE FIRST 72 HOURS AT THE NATIONAL ENT HOSPITAL

This study was conducted on 136 patients with peritonsillar abscess treated at the National Otorhinolaryngology Hospital from July 1, 2024, to June 30, 2025, with the objective of evaluating treatment outcomes within the first 72 hours. The mean age of participants was 45.16 ± 14.80 years, the male/female ratio is 2.68/1. The mean duration of symptoms before admission was 5.2 ± 3.2 days; 86% of patients had received antibiotics prior to hospitalization. Potential triggering and contributing factors included recurrent tonsillitis (27.9%) and diabetes mellitus (11%). The most common antibiotic regimen involved a combination of a broad-spectrum antibiotic with an agent active against anaerobes (76.4%), most frequently quinolone plus metronidazole (60.3%); triple-antibiotic combinations

¹Bệnh viện Nhi Hải Phòng

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

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Bá Hưng

Email: dobahung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

were used in 22.1%, and monotherapy in only 1.5% of cases. Treatment outcomes within 72 hours were generally favorable, with good response in 53.7%, moderate response in 34.6%, and poor response in only 11.8%. No statistically significant difference in outcomes was observed between different antibiotic regimens. **Keywords:** Peritonsillar abscess, bacteria, antibiotics, treatment outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe quanh amidan là tình trạng tụ mủ khu trú giữa bao amidan và cơ siết họng trên, thường là biến chứng tại chỗ của viêm amidan cấp hoặc đợt cấp của viêm amidan mạn tính, một số trường hợp ít gặp hơn có thể do viêm nhiễm lan từ răng khôn hàm dưới.^{1,2} Đây là một trong những bệnh lý nhiễm trùng cổ sâu phổ biến nhất và được xếp vào nhóm cấp cứu Tai mũi họng thường gặp do nguy cơ biến chứng nặng nếu không được điều trị kịp thời. Các biến chứng nguy hiểm có thể bao gồm viêm tấy hoặc áp xe khoang cạnh họng, khoang trước sống, viêm trung thất, viêm phổi, nhiễm trùng huyết...³

Tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng ổn định hoặc tăng nhẹ tại nhiều quốc gia. Theo thống kê, mỗi năm Đan Mạch ghi nhận khoảng 2.000 ca áp xe quanh amidan; tại Mỹ, tỷ lệ mắc khoảng 30 trường hợp trên 100.000 dân³. Tại Việt Nam, số liệu ghi nhận tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM từ năm 2001–2002 cho thấy có 214 ca đến khám và điều trị⁴, trong khi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, riêng năm 2024 đã tiếp nhận và điều trị 194 bệnh nhân áp xe quanh amidan, chiếm tới 8% tổng số bệnh nhân nội trú tại khoa cấp cứu.

Bệnh do vi khuẩn gây ra, bao gồm cả vi khuẩn Gram dương, Gram âm, hiếu khí và kỵ khí. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước chỉ ra rằng liên cầu là nhóm vi khuẩn phổ biến nhất gây bệnh, trong đó *Streptococcus viridans* và *S. pyogenes* thường được nhắc đến^{2,5}. Đặc biệt, các vi khuẩn kỵ khí như *Fusobacterium necrophorum* ngày càng được xác định là căn nguyên chủ đạo trong nhiều báo cáo gần đây⁶. Theo thống kê của Tsai (2018), tỷ lệ vi khuẩn kỵ khí trong các ca áp xe quanh amidan đã tăng từ 25% (giai đoạn 1990–1995) lên 49,35% (giai đoạn 2008–2013)⁶.

Sự gia tăng tỷ lệ kháng kháng sinh cũng đang trở thành thách thức lớn trong điều trị, một phần do lạm dụng kháng sinh trong cộng đồng và hậu quả của đại dịch COVID-19. Thay đổi trong hệ vi sinh vùng hầu họng sau nhiễm SARS-CoV-2 cũng được giả thuyết là yếu tố góp phần làm thay đổi đặc điểm vi khuẩn học của áp xe quanh amidan⁷.

Trong điều trị, mặc dù dẫn lưu mủ vẫn là phương pháp chủ yếu, việc lựa chọn kháng sinh

ban đầu mang tính kinh nghiệm vẫn chưa thống nhất. Tại nhiều quốc gia, các phác đồ điều trị khác nhau được áp dụng, từ đơn trị liệu với penicillin đến phối hợp kháng sinh phổ rộng với thuốc kháng vi khuẩn kỵ khí như metronidazol, quinolon hay cephalosporin thế hệ 3.^{8,9} Trong nước, cũng chưa có hướng dẫn điều trị chuẩn hóa cho nhóm bệnh nhân này, đặc biệt trong giai đoạn điều trị ban đầu.

Do đó, việc đánh giá kết quả điều trị trong 72 giờ đầu - giai đoạn quan trọng để theo dõi hiệu quả lâm sàng, điều chỉnh kháng sinh và dự phòng biến chứng là rất cần thiết. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương nhằm mục tiêu cung cấp dữ liệu thực tiễn về đáp ứng điều trị, hiệu quả của các phác đồ kháng sinh hiện hành, từ đó góp phần hoàn thiện chiến lược điều trị áp xe quanh amidan tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 136 bệnh nhân được chẩn đoán áp xe quanh amidan, được điều trị nội trú tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, từ tháng 07/2024 đến tháng 06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định áp xe quanh amidan dựa trên lâm sàng, cận lâm sàng hoặc chọc hút có mủ.

- Được lấy mủ nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ theo tiêu chuẩn tại khoa vi sinh bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương.

- Có đủ dữ liệu theo dõi lâm sàng trong 72 giờ đầu sau điều trị.

- Bệnh nhân hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân chẩn đoán viêm amidan cấp hoặc viêm tấy quanh amidan.

- Bệnh nhân không được nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu: Hệ thống máy nội soi Tai Mũi Họng, máy chụp cắt lớp vi tính, bộ dụng cụ trích rạch áp xe quanh amidan, hệ thống máy định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ tự động.

2.2.4. Xử lý số liệu: Dữ liệu được thể hiện dưới dạng trung bình, tỉ lệ phần trăm. Sự khác biệt về tỷ lệ và trung bình giữa các nhóm được phân tích bằng Fisher's Exact test, Wilcoxon

signed rank test. Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Excel và SPSS 20.0 của công ty IBM chi nhánh Việt Nam, sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

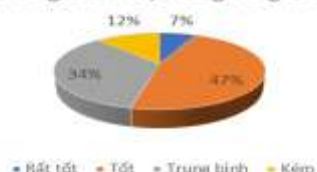
2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được Hội đồng chăm đề cương nghiên cứu thạc sĩ của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua. Bệnh nhân hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu và tất cả thông tin về bệnh nhân đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Gồm 136 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $45,16 \pm 14,80$ tuổi, tuổi thấp nhất là 14 tuổi, lớn tuổi nhất là 77 tuổi, tập trung chủ yếu ở độ tuổi lao động từ 30-60 với 81,6%. Phân bố theo giới: Nam: 99 bệnh nhân (72,8%); Nữ: 37 bệnh nhân (27,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 2,68/1. Thời gian bị bệnh trung bình trước khi vào viện là $5,24 \pm 3,24$, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 21 ngày. Điều trị trước khi nhập viện: 117/136 bệnh nhân (86%) đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện, có 11/136 bệnh nhân (8,1%) được điều trị nội khoa kết hợp với chọc hút hoặc chích rạch mủ ở tuyến dưới. Một số yếu tố nguy cơ và yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng bệnh: viêm amidan tái diễn 36/136 bệnh nhân (27,9%), tiền sử bị áp xe quanh amidan 2/136 bệnh nhân (1,5%), mắc bệnh lí làm suy giảm miễn dịch toàn thân (đái tháo đường, suy tuyến thượng thận, ung thư đang hóa xạ trị) 17/136 bệnh nhân (12,5%), trong đó đái tháo đường là 15/136 bệnh nhân (11,0%).

3.2. Kết quả điều trị trong 72 giờ đầu

Đáp ứng điều trị trong 72 giờ đầu



Biểu đồ 3.1. Đáp ứng điều trị trong 72 giờ đầu

Kết quả điều trị trong 72 giờ đầu là khá tốt với nhóm đáp ứng tốt đến rất tốt chiếm tỉ lệ 53,7%, nhóm đáp ứng trung bình chiếm 34,6%, nhóm đáp ứng kém chỉ chiếm 11,8%.

Bảng 3.1. Diễn biến triệu chứng lâm sàng chính trong 72 giờ đầu

Triệu chứng	Diễn biến sau 72 giờ	Giảm (%)	Tăng (%)	Không thay đổi (%)
Mức độ sốt		9,6	0	90,4
Đau họng		97,1	0,7	2,2
Nuốt đau		97,1	0,7	2,2

Nuốt vướng	95,6	0	4,4
Đau tai	63,2	0,7	36,1
Há miệng hạn chế	90,4	0	9,6
Tăng tiết nước bọt	80,9	0	19,1
Thay đổi giọng nói	80,1	0	19,9
Trụ sưng nề	69,9	0	30,1
Amidan bị đẩy lệch	84,6	0	15,4
Lưỡi gà bị đẩy lệch	83,8	0	16,2
Màn hầu sưng nề	75,7	0	24,3

Hầu hết các triệu chứng cơ năng đều giảm sau 72 giờ điều trị với tỉ lệ giảm từ trên 60% đến trên 90%, duy nhất triệu chứng sốt có 90,4% là không thay đổi, lí do là đa phần bệnh nhân đến viện đều không sốt, sự thay đổi này rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$.

Bảng 3.2. Thay đổi về cận lâm sàng và lượng mủ từ ổ áp xe sau 72 giờ đầu

	Bạch cầu (G/l)	CRP (mg/l)	Lượng mủ (ml)
Trước điều trị	$15,4 \pm 4,4$	$72,84 \pm 63,54$	$6,45 \pm 4,76$
Sau điều trị 72 giờ	$11,4 \pm 3,2$	$37,78 \pm 42,66$	$0,89 \pm 2,18$

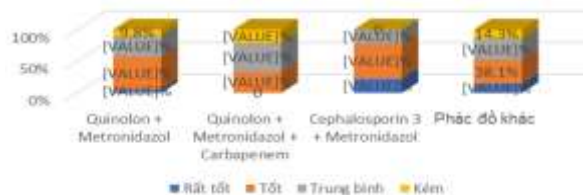
Số lượng bạch cầu trung bình trước điều trị là $15,4 \pm 4,4$ G/l, sau điều trị 72 giờ giảm xuống còn $11,4 \pm 3,2$ G/l, CRP trước điều trị trung bình là $72,8 \pm 63,54$ mg/l, sau điều trị còn $37,78 \pm 42,66$ mg/l, lượng mủ ngày đầu tiên trích rạch trung bình là $6,45 \pm 4,76$ ml, sau điều trị giảm còn $0,89 \pm 2,18$ ml, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Liên quan giữa phác đồ điều trị và kết quả điều trị. Hầu hết các phác đồ điều trị bao gồm hai kháng sinh phối hợp trở lên chiếm 134/136 ca (98,5%), trong đó 2 loại kháng sinh phối hợp chiếm phần lớn với 105/136 bệnh nhân (76,4%), 3 loại kháng sinh kết hợp chiếm số lượng tương đối 30/136 bệnh nhân (22,1%), chỉ có 2/136 bệnh nhân (1,5%) là dùng 1 loại kháng sinh. Thông thường các phác đồ điều trị bao gồm một loại kháng sinh có phổ tác dụng chọn lọc với vi khuẩn kỵ khí thường là metronidazol kết hợp với loại kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng như nhóm cephalosporin thế hệ 3, quinolon hay carbapenem. Trong đó phác đồ hai kháng sinh gồm quinolon (hay dùng levofloxacin) phối hợp metronidazol được sử dụng phổ biến nhất với tỉ lệ 60,3% (82/136), tiếp theo là phác đồ 3 kháng sinh quinolon kết hợp metronidazol và carbapenem với 17,7%, cephalosporin thế hệ 3 kết hợp metronidazol khá ít 6,6%, còn lại là đa dạng các cách phối hợp kháng sinh khác với 15,4%.

Với phác đồ quinolon kết hợp metronidazol mức độ đáp ứng lần lượt là: rất tốt 4,9%, tốt 52,4%, trung bình 32,9% và kém 9,8%; phác đồ quinolon phối hợp metronidazol và carbapenem

kết quả điều trị là: tốt 33,3%, trung bình 45,8%, kém 20,9%; phác đồ cephalosporin thế hệ 3 kết hợp metronidazol cho kết quả: rất tốt 22,2%, tốt 55,6%, trung bình 22,2%. Các phác đồ còn lại cũng cho kết quả tương tự với đáp ứng rất tốt 14,3%, tốt 38,1%, trung bình 33,3% và kém 14,3%. Kết quả điều trị của các phác đồ thường dùng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,142 > 0,05$).

Liên quan giữa phác đồ điều trị và kết quả điều trị



Biểu đồ 3.2. Liên quan giữa phác đồ điều trị và kết quả điều trị

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của bệnh nhân áp xe quanh amidan. Tuổi trung bình bệnh nhân là $45,16 \pm 14,80$, chủ yếu ở độ tuổi lao động (81,6%), nam giới chiếm ưu thế với tỉ lệ nam/nữ là 2,68/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thái Hà (2024) khi bệnh nhân chủ yếu là nam và trong độ tuổi trung niên.¹⁰

Thời gian mắc bệnh trung bình trước nhập viện là $5,2 \pm 3,2$ ngày. Tỉ lệ sử dụng kháng sinh trước nhập viện lên tới 86,0%, cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây. Điều này phản ánh thực trạng lạm dụng kháng sinh tại Việt Nam do thuốc dễ tiếp cận mà không cần kê đơn.

Về kết quả điều trị trong 72 giờ đầu của áp xe quanh amidan. 98,5% bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ phối hợp ≥ 2 loại kháng sinh, chủ yếu là quinolon kết hợp metronidazol (60,3%). So sánh với nghiên cứu của R. Bigdeli (Úc, 2021), phác đồ hai kháng sinh phổ biến là penicillin và metronidazol (37%), trong khi ở S. Takano (Nhật Bản, 2020), penicillin phối hợp clindamycin là chủ yếu.^{8,9} Sự khác biệt có thể do đặc điểm vi khuẩn học và tình hình kháng kháng sinh khác nhau giữa các quốc gia.

Đáp ứng điều trị sau 72 giờ nhìn chung tích cực: >70% bệnh nhân cải thiện các triệu chứng lâm sàng. Riêng triệu chứng sốt không thay đổi nhiều do phần lớn bệnh nhân không sốt khi nhập viện. Các chỉ số viêm (bạch cầu, CRP) giảm rõ rệt, lượng mủ giảm từ $6,45 \pm 4,76$ ml còn $0,89 \pm 2,18$ ml.

Về kết quả tổng thể, 53,7% bệnh nhân đáp ứng tốt – rất tốt, 34,6% trung bình, và chỉ 11,8% đáp ứng kém. Không có sự khác biệt

đáng kể về hiệu quả điều trị giữa các phác đồ kháng sinh ban đầu – phù hợp với kết luận của R. Bigdeli, hiệu quả điều trị phụ thuộc chủ yếu vào dẫn lưu mủ kịp thời, trong khi kháng sinh đóng vai trò hỗ trợ.⁸

Ngoài ra, trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân được chích rạch dẫn lưu mủ ngay trong ngày đầu, cùng với việc sử dụng metronidazol phổ biến – kháng sinh hiệu quả với vi khuẩn kỵ khí góp phần làm tăng tỷ lệ cải thiện triệu chứng trong 72 giờ đầu.

V. KẾT LUẬN

Áp xe quanh amidan thường gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động. Bệnh nhân thường đến viện muộn (sau trung bình 5 ± 3 ngày) và đa số đã sử dụng kháng sinh trước nhập viện. Yếu tố khởi phát phổ biến là viêm amidan tái diễn (27,9%) và các bệnh lý suy giảm miễn dịch như đái tháo đường (11,0%).

Về điều trị, phần lớn bệnh nhân được dùng phác đồ phối hợp hai kháng sinh (76,4%), chủ yếu gồm một kháng sinh phổ rộng và metronidazol; 22,1% dùng ba kháng sinh, trong khi đơn trị liệu rất hiếm (1,5%). Sau 72 giờ, tỉ lệ đáp ứng tốt đạt 53,7%, trung bình 34,6%, và kém chỉ 11,8%. Không có sự khác biệt đáng kể về hiệu quả giữa các phác đồ. Nhìn chung, các phác đồ hiện tại vẫn đạt hiệu quả điều trị tương đối tốt trong 72 giờ đầu.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Khi điều trị áp xe quanh amidan nên lựa chọn kháng sinh đầu tay theo kinh nghiệm là cephalosporin thế hệ 3 hoặc nhóm penicillin. Ngoài ra, nên phối hợp với metronidazol vì các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy vi khuẩn kỵ khí đang có xu hướng tăng lên cũng như tính hiệu quả hiện nay trong điều trị.

Nghiên cứu này đã cung cấp thông tin hữu ích về kết quả điều trị áp xe quanh amidan trong 72 giờ đầu. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu có thể phân lập được vi khuẩn kỵ khí để đánh giá toàn diện về đặc điểm vi khuẩn gây bệnh, và các nghiên cứu khác xác định rõ hơn các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị để tối ưu hóa phác đồ điều trị cho bệnh nhân áp xe quanh amidan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Galioto NJ.** Peritonsillar Abscess. Am Fam Physician. 2017;95(7):501-506.
2. **Klug TE, et al.** The bacteriology of peritonsillar abscess. J Clin Microbiol. 2009;47(8):2329-2333.
3. **Johnson RF, Stewart MG.** The contemporary approach to diagnosis and management of peritonsillar abscess. Curr Opin Otolaryngol Head

- Neck Surg. 2005;13(3):157-160.
4. **Trương Kim Tri.** Nghiên cứu vi khuẩn gây áp xe quanh amidan tại TP.HCM. Tạp chí Y học Việt Nam. 2003.
5. **Sowerby LJ, Hussain Z.** Microbiology and antibiotic resistance of peritonsillar abscesses. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;42:43.
6. **Tsai YT, et al.** Increasing prevalence of anaerobes in peritonsillar abscess: A 24-year retrospective study. J Microbiol Immunol Infect. 2018;51(1):74-79.
7. **Klug TE, et al.** Changes in peritonsillar abscess microbiology after COVID-19 lockdown. Clin Otolaryngol. 2021;46(6):1141-1145.
8. **Bigdeli R, et al.** Review of management of peritonsillar abscess in Australia. ANZ J Surg. 2022;92(1-2):79-84.
9. **Takano S, et al.** Comparison of two-drug regimens in treatment of peritonsillar abscess. J Infect Chemother. 2019;25(4):296-300.
10. **Hà N. T. & San N. N.** Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học áp xe quanh amidan tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 01/09/2023 đến 31/03/2024. TCNCYH 182, 86-96 (2024).

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ SÓN TIỂU CHO PHỤ NỮ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TOT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Minh Đức¹, Nguyễn Quảng Bắc^{2,3,4}, Lê Đức Duy⁵,
Vũ Thùy Linh⁵, Vũ Ngọc Mai², Ngô Toàn Anh², Nguyễn Quang Minh²

TÓM TẮT

Són tiểu là một gánh nặng tâm lý làm giảm chất lượng cuộc sống, gây rối loạn sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Điều trị són tiểu gắng sức bằng phương pháp TOT cho đến nay đã trở thành lựa chọn đầu tiên trong điều trị són tiểu gắng sức vì dễ thực hiện, ít xâm nhập, có thể điều chỉnh và có hiệu quả cao. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật TOT trong điều trị són tiểu gắng sức ở phụ nữ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng thiết kế nghiên cứu hồi cứu trên 92 bệnh nhân từ 1/2022 đến 31/12/2023 được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 54,6±9,6 tuổi. BMI trung bình ở nhóm đối tượng nghiên cứu là 22,7±2,1. Bệnh nhân mắc són tiểu không gắng sức ở mức độ trung bình với 83,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 40,3±14,3 phút. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 94,6%. Tổng số những trường hợp còn són tiểu sau khi ho hoặc gắng sức sau 12 tháng theo dõi là 5, trong đó có 2 trường hợp vẫn còn cảm giác buồn tiểu. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật bằng phương pháp TOT là phương pháp hiệu quả đối với các bệnh nhân được chẩn đoán són tiểu gắng sức với tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: TOT, són tiểu gắng sức, phẫu thuật, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF URINARY

¹Bệnh viện Thu Cúc

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Đại học Quốc Gia Hà Nội

⁵Phòng khám Sản phụ khoa Hoàng Cầu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

INCONTINENCE SURGICAL MANAGEMENT BY TOT METHOD AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Urinary incontinence is a psychological burden that reduces the quality of life and disrupts the daily activities of patients. Treatment of stress urinary incontinence by TOT has become the first choice in the treatment of stress urinary incontinence because it is easy to perform, less invasive, adjustable and highly effective. **Objective:** To evaluate the effectiveness of TOT surgery in the treatment of stress urinary incontinence in women at the National hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methodology:** Using a retrospective study design on 92 patients from January 2022 to December 31, 2023, who underwent surgery at the Central Obstetrics Hospital. **Results:** The average age of patients in the study was 54.6±9.6 years old. The average BMI in the study group was 22.7±2.1. Patients with moderate stress urinary incontinence accounted for 83.7%. The mean surgical time was 40.3±14.3 minutes. The surgical success rate was 94.6%. The total number of cases with urinary incontinence after coughing or straining after 12 months of follow-up was 5, of which 2 cases still had the feeling of needing to urinate. **Conclusion:** Surgical treatment by TOT is an effective method for patients diagnosed with stress urinary incontinence with a low complication rate.

Keywords: TOT, Urinary incontinence, surgery, National hospital of Obstetrics and Gynecology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu không tự chủ do căng thẳng (SUI) được Hiệp hội Kiểm soát Tiểu tiện Quốc tế (ICS) định nghĩa là tình trạng mất nước tiểu không tự chủ trong quá trình gắng sức về thể chất, chẳng hạn như khi ho, hắt hơi, cười hoặc chạy.¹ Són tiểu là một gánh nặng tâm lý làm giảm chất lượng cuộc sống, gây rối loạn sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Phụ nữ bị són tiểu cảm thấy giảm tự tin vào bản thân, mệt mỏi, xấu hổ, rối loạn giấc

ngủ, không muốn hòa nhập vào các hoạt động cộng đồng. Sốn tiểu nữ chiếm tỷ lệ 35% trong các bệnh mãn tính, so với đái đường 10%, tăng huyết áp 21%.² Sốn tiểu do gắng sức chiếm tỷ lệ 49% trong tổng số bệnh nhân nữ sốn tiểu, bệnh xảy ra khi tăng áp lực trong ổ bụng như ho, cười, hắt hơi, làm việc nặng... Kỹ thuật TOT bởi De Lorme năm 2001 đã có những thay đổi đột ngột trong chiến lược điều trị sốn tiểu gắng sức, cho đến nay đã trở thành lựa chọn đầu tiên trong điều trị sốn tiểu gắng sức vì dễ thực hiện, ít xâm nhập, có thể điều chỉnh và có hiệu quả cao.¹ Tại Việt Nam, phẫu thuật điều trị sốn tiểu gắng sức bằng phẫu thuật TOT (trans obturator tape) đã đạt được nhiều kết quả rất khả quan trong thời gian gần đây, để tiếp tục cải tiến và nâng cao chất lượng điều trị chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục đích đánh giá hiệu quả của phẫu thuật TOT trong điều trị sốn tiểu gắng sức ở phụ nữ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân được chẩn đoán sốn tiểu không tự chủ và được phẫu thuật TOT tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 1/2022– 31/12/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tất cả các bệnh nhân đã được chẩn đoán STKGS, điều trị phẫu thuật TOT và theo dõi sau mổ tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương có đầy đủ hồ sơ bệnh án.
- Các bệnh nhân được chẩn đoán sốn tiểu gắng sức.
- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu, đồng ý phẫu thuật và có điều kiện theo dõi sau phẫu thuật.
- Đủ sức khỏe chịu đựng cuộc phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không được chẩn đoán là STGS (Những bệnh nhân này do những bệnh lý khác gây tiểu không kiểm soát như BQ hỗn loạn thần kinh, tiểu gấp...).
- Bệnh nhân có kèm theo tiểu khó (thể hiện trên lâm sàng, nước tiểu tồn lưu sau tiểu > 100ml và qua niệu động học cho thấy: khả năng tổng xuất bàng quang kém).
- Ngoài ra những nữ bệnh nhân STKGS có kèm theo các yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật như:
 - + Sa sinh dục nặng.
 - + Sau sanh trong vòng 12 tháng.
 - + Đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến chức năng bàng quang.
 - + Đang điều trị bằng xạ trị vùng chậu.

+ Mở rộng bàng quang bằng ruột, cơ thắt nhân tạo.

- + Có phẫu thuật vùng chậu gần đây.
- + Có tiền sử nhiễm trùng vùng chậu nặng.
- + Bệnh nhân có những bệnh lý đi kèm, không thể thực hiện được phẫu thuật: bệnh tim mạch, phổi, rối loạn đông máu... (BN chống chỉ định PT).

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu hồi cứu.

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

- Trong loạt nghiên cứu này, bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng, 6 tháng và 1 năm.
- Thành công: BN được xem là thành công khi chấm dứt hoàn toàn tình trạng STKGS sau mổ.
- Thất bại: BN xem là thất bại khi LS còn STKGS dù ít/nhiều.

Thu thập số liệu và xử lý số liệu: Nghiên cứu này dùng phần mềm thống kê SPSS 18.0 để quản lý, tính toán, xử lý các dữ liệu thống kê. Các kiểm định thống kê: Dùng kiểm định chính xác Fisher, Hồi qui tuyến tính và kiểm định t.

Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được Hội đồng khoa học và Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Hà Nội và BV Phụ Sản trung ương. Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện tham gia sau khi đã được cung cấp đầy đủ thông tin nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
≤40 tuổi	10	10,9
41-50 tuổi	18	19,6
51-60 tuổi	38	41,3
≥61 tuổi	26	28,2
Tuổi trung bình	54,6±9,6 (35-77)	
Địa dư		
Thành thị	75	81,5
Nông thôn	17	18,5
BMI		
<18,5	1	1,1
18,5-22,9	53	57,6
≥23	38	41,3
Trung bình	22,7±2,1 (17,9-29,8)	

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 54,6±9,6 tuổi trong đó trẻ nhất là 35 tuổi và già nhất là 77 tuổi. Nhóm tuổi từ 51-60 chiếm

tỷ lệ lớn nhất với 41,3% ít nhất là nhóm dưới 40 tuổi (10,9%). BMI trung bình ở nhóm đối tượng nghiên cứu là $22,7 \pm 2,1$ thấp nhất là 17,9 và cao nhất là 29,8. BMI trên 23 chiếm tỷ lệ tương đối lớn với 41,3%.

Bảng 2: Độ nặng của STKGS

Mức độ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nhẹ	9	9,8
Trung bình	77	83,7
Nặng	6	6,5
Tổng	92	

Phần lớn bệnh nhân mắc són tiểu không gắng sức ở mức độ trung bình với 83,7%, nhẹ chiếm tỷ lệ 9,8% và nặng chiếm tỷ lệ 6,5%.

Bảng 3: Các đặc điểm khác

Các đặc điểm	Trung bình	Min	Max
Thời gian PT (phút)	$40,3 \pm 14,3$	20	110
Thời gian trung tiện (giờ)	$17,4 \pm 3,5$	10	25
Thời gian tiểu tiện (giờ)	$25,5 \pm 3,5$	1	28

Thời gian phẫu thuật trung bình là $40,3 \pm 14,3$ phút. Thời gian trung tiện trung bình là $17,4 \pm 3,5$ giờ. Thời gian tiểu tiện trung bình là $25,5 \pm 3,5$ giờ.

Bảng 4: Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Thành công	87	94,5
Thất bại	5	5,5
Chảy máu	1	1,1
Không cải thiện	4	4,4
Tổng	92	

Tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 94,6% và thất bại là 5,4% (5 ca), trong đó có 1 trường hợp chảy máu và 4 trường hợp không cải thiện sau phẫu thuật chiếm 4,4%.

Bảng 5: Mức độ hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật

Hài lòng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Có	88	95,6
Không	4	4,4
Tổng số	92	100

Mức độ hài lòng của phẫu thuật là 95,6%. Chỉ có 4,4% chưa hài lòng do kết quả phẫu thuật không như ý và gặp phải tai biến sau phẫu thuật.

Bảng 6: Kết quả theo dõi sau 1, 6 và 12 tháng

Theo dõi	12 tháng sau mổ
Cảm giác buồn tiểu	2
Khi ho hay gắng sức có bị són tiểu	5
Tổng số	5

Tổng số những trường hợp còn són tiểu sau khi ho hoặc gắng sức sau 12 tháng theo dõi là 5, trong đó có 2 trường hợp vẫn còn cảm giác buồn tiểu. Đây là những trường hợp thất bại điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là $54,6 \pm 9,6$ tuổi, thấp nhất là 35 tuổi, cao nhất là 77 tuổi (bảng 1). Tuổi trung bình của nghiên cứu này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Lứa tuổi gặp nhiều nhất là trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ lớn, phù hợp với nghiên cứu của Charette M và Cannarella R.^{3,4} Các tác giả trước đó đều đồng thuận tỷ lệ són tiểu tăng lên theo tuổi, tức là tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng tăng. Đây là lý do mà són tiểu gắng sức là căn bệnh phổ biến ở người phụ nữ cao tuổi. Không nên coi són tiểu là bình thường ở người có tuổi cho dù do sự thay đổi ở bàng quang, các tổ chức trong tiểu khung, suy yếu các dây chằng vùng tầng sinh môn ở bệnh nhân lớn tuổi góp phần làm xuất hiện bệnh. Nhiều người đặc biệt là người cao tuổi cho rằng són tiểu là "hệ quả tất yếu" của tuổi già và không phải là bệnh cần điều trị. Điều này dẫn tới tâm lý cam chịu và không đi khám bệnh. Mặt khác, tâm lý xấu hổ, thiếu hiểu biết về bệnh và quan trọng nhất là triệu chứng són tiểu chỉ rất nhẹ nhàng và tiến triển âm thầm nên càng dễ bỏ sót khi khám định kỳ.

Về chỉ số cơ thể (BMI), nhóm nghiên cứu có các đối tượng <18,5 chiếm 1,1%, bình thường (57,6%), béo (41,3%). Kết quả này khác với kết quả của một số nghiên cứu đã chỉ ra có mối liên quan giữa chỉ số cơ thể và BMI.⁵ Nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh được thừa cân béo phì làm tăng nguy cơ són tiểu gắng sức do tăng áp lực ổ bụng, suy yếu cơ sàn chậu và rối loạn chức năng bàng quang.² Việc giảm cân có thể cải thiện được tình trạng són tiểu. Nghiên cứu can thiệp cho thấy giảm từ 5-10% trọng lượng cơ thể có thể làm giảm đáng kể tần suất và mức độ nặng của són tiểu (47% số lần són tiểu trong 1 tuần).⁶ Vậy việc đẩy mạnh công tác thông tin truyền truyền giáo dục trong cộng đồng về các yếu tố liên quan đến són tiểu như thừa cân, táo bón, lao động nặng để chị em có chế độ ăn uống, sinh hoạt hợp lý cũng là một trong những biện pháp phòng bệnh són tiểu.

Mức độ són tiểu. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 2) phần lớn bệnh nhân mắc són tiểu không gắng sức ở mức độ trung bình với 83,7%, nhẹ chiếm tỷ lệ 9,8% và nặng chiếm tỷ lệ 6,5%. Tỷ lệ mức độ són tiểu có thể khác nhau ở nhiều nghiên cứu tuy nhiên điểm chung có thể nhận ra rằng són tiểu ở mức độ trung bình luôn chiếm tỷ lệ cao.⁷ Són tiểu mất thời gian, tiền bạc cho việc thay, giặt quần áo, sử dụng băng vệ sinh thường xuyên..., mất tập

trung vào công việc cũng như không thoải mái về tâm lý là những ảnh hưởng không nhỏ đối với cuộc sống của người mắc chứng són tiểu. Có thể do chỉ bị són tiểu mức độ nhẹ và trung bình nên bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian chịu đựng bệnh dài không đi khám và điều trị bệnh.

Thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $40,3 \pm 14,3$ phút, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 20 phút, thời gian phẫu thuật dài nhất là 110 phút (bảng 3). Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu khác.⁸ Phẫu thuật TOT là một kỹ thuật mới được áp dụng tại Bệnh viện của chúng tôi nên những ca mổ đầu tiên, các phẫu thuật viên thực hiện rất cẩn thận, từ từ dưới sự hướng dẫn của các chuyên gia trong và ngoài nước nên thời gian phẫu thuật kéo dài.

Kết quả và biến chứng sau phẫu thuật. Tỷ lệ thành công chiếm đa số với 94,5%. Tỷ lệ thất bại chiếm 5,5%. Trong số những trường hợp thất bại, có 1 trường hợp biến chứng sớm là chảy máu trong mổ và 4 trường hợp không cải thiện tình trạng són tiểu (biến chứng muộn). Tỷ lệ thành công của phẫu thuật trong nghiên cứu này tương đương với các nghiên cứu khác trên thế giới giao động từ 80%-97%.^{2,3} Biến chứng của phẫu thuật TOT rất thấp, nhiều nghiên cứu trên thế giới ghi nhận những biến chứng như thủng bàng quang, thủng âm đạo, chảy máu giao động từ 1% đến 4,7%.⁹ Mặc dù TOT được coi là an toàn hơn so với phương pháp TVT (Tension-free Vaginal Tape) do tránh đường đi sau xương mu, nhưng vẫn có những rủi ro, đặc biệt liên quan đến vị trí đường hầm xuyên qua cơ khép đùi và vùng lỗ bịt. Các biến chứng sớm như đau vùng đùi, tụ máu, hoặc nhiễm trùng thường nhẹ và điều trị bảo tồn. Tuy nhiên, nếu không phát hiện và xử trí kịp thời, có thể để lại di chứng kéo dài, ảnh hưởng đến sinh hoạt người bệnh.

Hài lòng người bệnh. Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân sau mổ, tỷ lệ người bệnh hài lòng chiếm tới 95,6%, có 4 bệnh nhân chưa hài lòng do tai biến sau mổ và tình trạng không được cải thiện. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu khác.¹⁰ Sự khác biệt này có thể do số lượng bệnh nhân ở các nghiên cứu trên thế giới không nhiều như trong nghiên cứu của chúng tôi. Nhiều nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ hài lòng sau TOT đạt 80–90%, đặc biệt ở các bệnh nhân được chọn lọc đúng chỉ định (không kèm tăng hoạt bàng quang). Người bệnh thường báo cáo cải thiện rõ rệt trong tần suất són tiểu và số

lần thay băng vệ sinh, mức độ lo âu khi tham gia sinh hoạt xã hội, chất lượng giấc ngủ, hoạt động thể chất và tình dục.

Kết quả theo dõi sau mổ. Sau khi ra viện 1 tháng 100% các bệnh nhân được hẹn đã quay lại để khám và đánh giá hiệu quả của phẫu thuật. Kết quả ghi nhận bệnh nhân có cảm giác buồn tiểu và són tiểu gắng sức giảm dần theo thời gian. Tổng số có tất cả 5 bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi theo dõi bệnh nhân đến 12 tháng sau phẫu thuật, đây là thời gian theo dõi bệnh nhân tương đối dài so với đa số nghiên cứu trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật TOT là một lựa chọn hiệu quả và an toàn trong điều trị són tiểu do gắng sức, với tỷ lệ thành công cao và mức độ hồi phục nhanh. Tuy nhiên, để đạt được kết quả tối ưu sau mổ, cần chú trọng đến chọn lọc bệnh nhân đúng chỉ định, kỹ thuật mổ chuẩn xác và theo dõi biến chứng sau mổ. Việc đánh giá hiệu quả điều trị cần dựa không chỉ vào sự cải thiện triệu chứng mà còn trên chất lượng sống, chức năng tiểu tiện và sự hài lòng dài hạn của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al.** The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
2. **Oliveira LM, Dias MM, Martins SB, Haddad JM, Girão M, Castro RA.** Surgical Treatment for Stress Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Rev Bras Ginecol Obstet*. Aug 2018;40(8):477-490. Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço em mulheres: revisão sistemática e metanálise. doi:10.1055/s-0038-1667184
3. **Charette M, Pacheco-Brousseau L, Poitras S, Ashton R, McLean L.** Management of urinary incontinence in females by primary care providers: a systematic review. *BJU Int*. May 2024;133(5):498-512. doi:10.1111/bju.16234
4. **Cannarella R, Condorelli RA, Barbagallo F, La Vignera S, Calogero AE.** Endocrinology of the Aging Prostate: Current Concepts. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:554078. doi:10.3389/fendo.2021.554078
5. **Akobundu UN, Onuzulu MS, Obiekwe SJ, et al.** Prevalence of urinary incontinence and knowledge of pelvic floor muscle training among older women in a Nigerian suburban community. *Womens Health (Lond)*. Jan-Dec 2024;20:17455057241276255. doi:10.1177/17455057241276255
6. **Subak LL, Wing R, West DS, et al.** Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(5): 481-490. doi:doi:10.1056/NEJMoa0806375

7. Tang DH, Colayco DC, Khalaf KM, et al. Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. BJU international. 2014;113(3):484-491.
8. Docimo L, Bruscianno L. Anal incontinence: clinical management and surgical techniques. Springer Nature; 2023.
9. Marín-Martínez FM, Oñate-Celdrán J, Molina-Hernández O, et al. Medium-term safety outcomes in patients undergoing tension free vaginal tape obturator for stress urinary incontinence in Murcia, Spain. Historical cohort. Rev Colomb Obstet Ginecol. Mar 30 2021;72(1):43-52. Resultados de seguridad a mediano plazo en pacientes intervenidas con el cabestrillo suburetral transobturador dentro-fuera para incontinencia urinaria de esfuerzo en Murcia, España. Cohorte histórica. doi:10.18597/rcog.3613
10. Saiki L, Meize-Grochowski R. Urinary Incontinence and Psychosocial Factors Associated With Intimate Relationship Satisfaction Among Midlife Women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Jul-Aug 2017;46(4): 555-566. doi:10.1016/j.jogn.2017.02.003

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN VIRUS HỢP BÀO HÔ HẤP TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Phương^{1,2}, Lê Đức Quang¹, Phạm Thu Nga¹

TÓM TẮT

Virus hợp bào hô hấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây viêm phổi ở trẻ nhỏ. Bệnh diễn biến nhanh, với nguy cơ suy hô hấp nặng, vì vậy cần tối ưu trong chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ mắc viêm phổi liên quan đến virus hợp bào hô hấp tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024-2025. **Đối tượng nghiên cứu:** 277 trẻ từ 1 tháng – dưới 16 tuổi được chẩn đoán viêm phổi có liên quan đến virus hợp bào hô hấp tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/10/2024 đến 30/06/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiền cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh cao hơn nữ (nam/nữ = 1,4/1), chủ yếu thuộc nhóm tuổi 2–12 tháng (82,0%). Thời gian trung vị từ khi khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện là 3 ngày. Có 21,3% trẻ được phân loại viêm phổi nặng. Triệu chứng cơ năng thường gặp gồm: chảy mũi (98,6%), ho (92,8%) và khó khè (82,3%). Các dấu hiệu lâm sàng phổ biến là thở nhanh (75,1%), rút lõm lồng ngực (62,8%) và sốt (34,3%). Khám phổi cho thấy ran ẩm (83,8%) và ran rít (65,0%) là hai triệu chứng nổi bật. Xét nghiệm ghi nhận tăng bạch cầu ở 32,9% và tăng CRP ở 39% trường hợp. Hình ảnh X-quang thường gặp là tăng đậm các nhánh phế quản (87,4%) và nốt mờ lan tỏa hai bên (53,8%). Khoảng 1/3 bệnh nhân có nuôi cấy dịch tỵ hầu dương tính, trong đó H. influenzae là tác nhân đồng nhiễm phổ biến nhất (19,9%). **Kết luận:** Viêm phổi liên quan virus hợp bào hô hấp chủ yếu ở nhóm tuổi 2–12 tháng, với 21,3% các trường hợp viêm phổi nặng. Khoảng 1/3 số bệnh nhân có đồng nhiễm vi khuẩn - virus, trong đó H. influenzae là vi khuẩn thường gặp nhất.

Từ khóa: Viêm phổi, virus hợp bào hô hấp, Bệnh viện Nhi Trung ương.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS-RELATED PNEUMONIA AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Respiratory syncytial virus is one of the leading causes of pneumonia in young children. The disease often progresses rapidly and may result in severe respiratory failure, highlighting the importance of early diagnosis and timely intervention. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of children with RSV-associated pneumonia at the Respiratory Center, Vietnam National Children's Hospital, during 2024–2025. **Subjects:** A total of 277 children aged from 1 month to under 16 years diagnosed with RSV-associated pneumonia were enrolled at the Respiratory Center, Vietnam National Children's Hospital, from October 1, 2024, to June 30, 2025. **Methods:** A prospective cross-sectional descriptive study. **Results:** The male-to-female ratio was 1.4:1. The majority of cases (82.0%) were in the 2–12-month age group. The median duration from symptom onset to hospital admission was 3 days. Severe pneumonia was diagnosed in 21.3% of patients. Common presenting symptoms included rhinorrhea (98.6%), cough (92.8%), and wheezing (82.3%). Frequent clinical signs were tachypnea (75.1%), chest indrawing (62.8%), and fever (34.3%). Auscultatory findings included crackles (83.8%) and wheezing (65.0%). Leukocytosis and elevated C-reactive protein (CRP) were observed in 32.9% and 39.0% of cases, respectively. Chest X-ray findings commonly showed peribronchial thickening (87.4%) and bilateral diffuse opacities (53.8%). Positive nasopharyngeal culture was detected in one-third of patients, with Haemophilus influenzae being the most frequently identified co-infecting bacterium (19.9%). **Conclusion:** RSV-associated pneumonia predominantly affects children aged 2–12 months, with 21.3% presenting as severe pneumonia. Bacterial

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương

Email: nguyenthiphuong.pn20.pn@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

co-infection was identified in approximately one-third of cases, most commonly with *H. influenzae*.

Keywords: Pneumonia, Respiratory Syncytial Virus, National Children's Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus hợp bào hô hấp (RSV) là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng hô hấp dưới nghiêm trọng ở trẻ nhỏ, đặc biệt là viêm tiểu phế quản và viêm phổi (VP). Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có khoảng 3,4 triệu ca nhập viện và gần 200.000 ca tử vong do RSV ở trẻ dưới 5 tuổi, chủ yếu tại các quốc gia đang phát triển.¹ Tại Việt Nam, RSV là tác nhân phổ biến gây VP nặng, đặc biệt ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi, tạo nên gánh nặng lớn cho hệ thống y tế, nhất là tại các bệnh viện tuyến cuối như Bệnh viện Nhi Trung ương. VP liên quan RSV thường khởi phát với các triệu chứng như chảy mũi, ho, khò khè, nhưng có thể diễn tiến nhanh, gây suy hô hấp nặng trong vài ngày đầu. Đặc biệt, ở trẻ đẻ non, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch hoặc có bệnh lý mạn tính như tim bẩm sinh, loạn sản phế quản phổi, bệnh diễn tiến phức tạp hơn và khó điều trị hơn. Chẩn đoán bệnh cần kết hợp giữa lâm sàng và cận lâm sàng, tuy nhiên các chỉ số như bạch cầu, CRP và X-quang phổi thường thay đổi theo mức độ nặng và tình trạng đồng nhiễm. Xu hướng đồng nhiễm vi khuẩn – virus ngày càng phức tạp, làm nặng diễn biến và ảnh hưởng đến chiến lược điều trị. Trước thực trạng trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ viêm phổi liên quan đến virus hợp bào hô hấp tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024–2025"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 277 trẻ từ 1 tháng – dưới 16 tuổi được chẩn đoán VP có liên quan đến RSV tại Trung tâm hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/10/2024 đến 30/06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Trẻ được chẩn đoán VP theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế 2014:²

- **Lâm sàng:** Trẻ ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

+ Thở nhanh: ≥ 60 lần/phút ở trẻ < 2 tháng; ≥ 50 lần/phút ở trẻ 2 – 12 tháng; ≥ 40 lần/phút ở trẻ 1 – 5 tuổi

+ Rút lõm lồng ngực.

+ Nghe phổi có ran ẩm nhỏ hạt, có thể có ran rít, ran rã.

- **Cận lâm sàng:** tổn thương phổi trên phim

X-quang.

Phân loại VP nặng theo Bộ Y tế 2014: Viêm phổi kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:²

- Dấu hiệu toàn thân nặng:

+ Bỏ bú hoặc không uống được.

+ Rối loạn tri giác: lơ mơ hoặc hôn mê.

+ Co giật.

- Dấu hiệu suy hô hấp nặng (thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng).

- Tím tái hoặc $SpO_2 < 90\%$.

- Trẻ < 2 tháng tuổi.

Xác nhận bệnh nhân có liên quan RSV bằng xét nghiệm dịch tỵ hầu có test nhanh RSV (+) hoặc PCR RSV (+).

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bố-mẹ trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- **Thời gian và địa điểm:** Nghiên cứu được thực hiện từ ngày 01/10/2024 đến 30/06/2025 tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung ương.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, bao gồm tất cả 277 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

- **Quy trình thu thập số liệu:** Dữ liệu được thu thập vào một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Các thông tin chung, tiền sử, bệnh sử và kết quả khám lâm sàng, cận lâm sàng được ghi nhận để mô tả đặc điểm của tình trạng VP liên quan đến RSV.

- **Xử lý số liệu:** Các biến số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được mô tả bằng tỷ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (đối với biến phân phối chuẩn) hoặc trung vị (khoảng biến thiên) (đối với biến phân phối không chuẩn).

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương phê duyệt (số 2426/BVNTW-HĐĐĐ ngày 23/09/2024). Đây là một nghiên cứu quan sát, mô tả, không can thiệp vào phác đồ điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

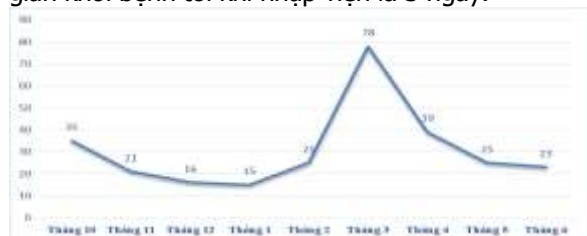
Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2024 đến tháng 6/2025, chúng tôi thu thập được 277 trẻ VP liên quan đến RSV đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới đây:

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân viêm phổi liên quan RSV

Đặc điểm		Số lượng (N=277)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	162	58,5
	Nữ	115	41,5
Tuổi	<2 tháng	21	7,6
	2-12 tháng	136	49,1
	12-24 tháng	91	32,9
	>24 tháng	29	10,5
Tiền sử đẻ non	Có	40	14,4
	Không	237	85,6
Tiền sử bệnh lý	Khỏe mạnh	245	88,4
	Có tiền sử bệnh lý*	32	11,6
Tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp dưới	Nhiễm lần đầu	143	51,6
	Có tiền sử (Trung vị, min-max)	134	48,4
		2 (1 - 8)	
Tình trạng dinh dưỡng	BT	236	85,2
	SDD (<-2SD)	28	10,1
	SDD nặng (<-3SD)	11	4,0
	Thừa cân (>2SD)	2	0,7
Số lần nhập viện vì nhiễm khuẩn hô hấp dưới trước đó (Trung vị, min - max)		1,7 (0-8)	
Điều trị kháng sinh trước khi đến viện	Có	131	47,3
	Không	146	52,7
Phân loại viêm phổi	Viêm phổi	218	78,7
	Viêm phổi nặng	59	21,3
Thời gian mắc bệnh trước khi vào viện (trung vị, min-max) (ngày)		3 (1 - 15)	

*Bao gồm các bệnh lý: loạn sản phế quản phổi (n=10), vàng da sơ sinh (n=5), suy dinh dưỡng bào thai (n=4), thông liên nhĩ (n=3) và một số bệnh hiếm gặp khác.

Nhận xét: VP do RSV gặp nhiều ở trẻ nam (tỷ lệ nam/nữ $\approx 1,4:1$), chủ yếu trong nhóm 2-12 tháng (49,1%) và 12-24 tháng (32,9%). Tỷ lệ trẻ đẻ non là 14,4%; 88,4% có tiền sử khỏe mạnh. Gần một nửa có tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp dưới; 47,3% đã dùng kháng sinh trước nhập viện. Phần lớn trẻ được phân loại VP (78,7%). Trung vị thời gian khởi bệnh tới khi nhập viện là 3 ngày.



Biểu đồ 1. Phân bố thời gian mắc bệnh

Nhận xét: Số trẻ mắc VP liên quan RSV tăng dần từ tháng 2, cao nhất vào tháng 3 (78

ca bệnh). Sau đó số ca mắc giảm dần. Bệnh gặp chủ yếu vào mùa xuân.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng viêm phổi liên quan tới virus hợp bào hô hấp

Triệu chứng cơ năng	Số lượng (N=277)	Tỷ lệ (%)
Sốt	95	34,3
Ho	257	92,8
Khò khè	228	82,3
Chảy mũi	273	98,6
Nôn, trớ	94	33,9
Tiêu chảy	59	21,3

Nhận xét: Khò khè, ho và chảy mũi là các triệu chứng phổ biến ở hầu hết trẻ mắc viêm phổi do RSV. Sốt ghi nhận ở khoảng 1/3 trường hợp. Rối loạn tiêu hóa đi kèm như nôn và tiêu chảy cũng tương đối thường gặp.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể viêm phổi do virus hợp bào hô hấp

Triệu chứng thực thể		Số lượng (N=277)	Tỷ lệ (%)
Thở nhanh (theo lứa tuổi)		208	75,1
Nhịp tim nhanh (theo lứa tuổi)		269	97,1
Tím		129	46,6
Dấu hiệu thở gắng sức	Phập phồng cánh mũi	16	5,8
	Rút lõm hõm ức	17	6,1
	Rút lõm lồng ngực	174	62,8
	Cơ kéo cơ liên sườn	8	2,9
Nghe phổi	Ran rít	180	65,0
	Ran ngáy	72	26,0
	Ran ẩm	232	83,8
	Giảm thông khí phế nang	3	1,1

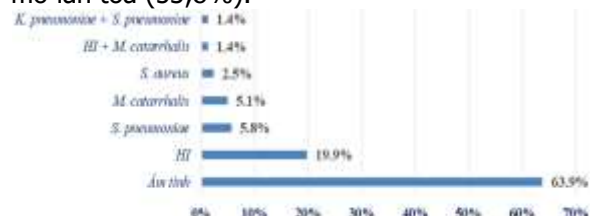
Nhận xét: Tăng nhịp tim (97,1%) và thở nhanh (75,1%) là các dấu hiệu rất phổ biến. Tím gặp ở 46,6% trường hợp. Rút lõm lồng ngực là dấu hiệu thở gắng sức thường gặp nhất (62,8%). Ran ẩm (83,8%) và ran rít (65,0%) là các triệu chứng thực thể nổi bật.

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm máu và X-quang phổi ở trẻ viêm phổi liên tới virus hợp bào hô hấp

Cận lâm sàng		Số lượng (N=277)	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu (Trung vị, min-max) (G/L)		10,5 (3,72 – 28,61)	
Bạch cầu tăng (≥10G/L)		91	32,9
CRP tăng (≥ 6mg/L)		108	39,0
Hemo- globin	Giảm	50	18,1
	Bình thường	227	81,9
X- quang	Tăng đậm nhánh phế quản	242	87,4
	Nốt mờ/đám mờ lan tỏa	149	53,8
	Tổn thương khu trú thùy, phần thùy	20	7,2

Tổn thương dạng kẽ	43	15,5
Tràn dịch màng phổi	2	0,7
Xẹp phổi	1	0,4

Nhận xét: Tăng bạch cầu và CRP chỉ ghi nhận ở khoảng 1/3 bệnh nhân, lần lượt là 32,9% và 39%. Thiếu máu gặp ở 18,1% trường hợp. Trên X-quang, tổn thương thường gặp là tăng đậm các nhánh phế quản (87,4%) và nốt/đám mờ lan tỏa (53,8%).



Biểu đồ 2. Kết quả nuôi cấy dịch tỵ hầu

Nhận xét: Gần 2/3 bệnh nhân có nuôi cấy dịch tỵ hầu âm tính. H. influenzae là vi khuẩn đồng nhiễm phổ biến nhất (19,9%), tiếp theo là S. pneumoniae (5,8%), M. catarrhalis (5,1%) và S. aureus (2,5%). Đồng nhiễm ≥ 2 loại vi khuẩn hiếm gặp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Nhi Trung ương, với 277 bệnh nhi mắc VP liên quan RSV. Tỷ lệ trẻ nam chiếm 58,5%, tương đồng với các nghiên cứu trong nước và khu vực.³⁻⁷ Về độ tuổi, nhóm 2–24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (82,0%), phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền (69,6%).⁶ Tuy nhiên, kết quả khác biệt so với nghiên cứu của Hoàng Trung Thanh, trong đó 91,2% là trẻ dưới 12 tháng tuổi.⁴ Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu trên được thực hiện tại bệnh viện sản – nhi, nơi chuyên tiếp nhận trẻ sơ sinh và trẻ non tháng, bao gồm cả các trường hợp có bệnh lý từ sớm, dẫn đến tỷ lệ trẻ nhỏ trong mẫu cao hơn.

Tỷ lệ trẻ có tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp dưới trong nghiên cứu này là 48,4%, thấp hơn so với 69% trong nghiên cứu của Vũ Công Thành.⁸ Sự khác biệt có thể do Vũ Công Thành đánh giá tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp nói chung, trong khi nghiên cứu này chỉ xét nhiễm khuẩn hô hấp dưới. Tỷ lệ trẻ đẻ non (14,4%) và suy dinh dưỡng (14,1%) cũng thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của tác giả này (lần lượt là 19,2% và 45,1%). Điều này có thể liên quan đến cải thiện trong chăm sóc sơ sinh và dinh dưỡng sau đại dịch COVID-19, cũng như khác biệt về tiêu chuẩn nhập viện giữa hai giai đoạn nghiên cứu.

Khoảng một nửa số bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước nhập viện và thường vào viện vào ngày thứ 3 của bệnh. Kết quả này tương

đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Phương Mai, ghi nhận 38,7% trẻ dùng kháng sinh tại nhà và thời gian mắc bệnh trung bình trước nhập viện là 3,78 ngày.³ Điều này phù hợp với sinh bệnh học của RSV, khi triệu chứng thường rõ rệt và nặng hơn từ ngày thứ 3 của bệnh.

Số ca mắc tăng dần từ tháng 2, đạt đỉnh vào tháng 3, sau đó giảm dần. Xu hướng này phù hợp với y văn, cho thấy đỉnh dịch RSV thường xảy ra vào mùa xuân, khi thời tiết lạnh, ẩm và trẻ thường ở lâu trong không gian kín.

Tỷ lệ bệnh nhân được phân loại VP nặng là 21,3%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền (7,7%) nhưng thấp hơn Vũ Công Thành (37,9%).^{6,8} Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền thực hiện tại bệnh viện tuyến tỉnh và loại trừ các ca đồng nhiễm, trong khi nghiên cứu của chúng tôi và Vũ Công Thành đều được tiến hành tại bệnh viện nhi tuyến cuối, nơi tiếp nhận nhiều ca bệnh nặng. Ngoài ra, nghiên cứu của Vũ Công Thành thực hiện vào năm 2020, trong bối cảnh đại dịch COVID-19, khi tiêu chuẩn nhập viện có thể nghiêm ngặt hơn, do đó tỷ lệ bệnh nhân nặng cần nhập viện cao hơn.

Các triệu chứng viêm long hô hấp trên như ho (92,8%) và chảy mũi (98,6%) là phổ biến nhất, sau đó là khô khè (82,3%). Triệu chứng sốt chỉ gặp ở khoảng 1/3 trường hợp. Triệu chứng tiêu hóa kèm theo như nôn (33,9%) và tiêu chảy (21,3%) cũng được ghi nhận. Tỷ lệ ho, chảy mũi và khô khè trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của Hoàng Trung Thanh, Đinh Thị Phương Mai và Nguyễn Thị Thu Hiền.^{3,4,6}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ VP do RSV thường có tăng nhịp thở (75,1%) và nhịp tim (97,1%). Tỷ lệ tăng nhịp thở tương đương các nghiên cứu khác (81,2%–84,9%).^{3,4,6} Tăng nhịp tim cũng được ghi nhận ở 59,3% trẻ nhiễm RSV đơn thuần và 65,7% trẻ đồng nhiễm vi khuẩn.⁷ Tím xuất hiện ở 46,6% trường hợp, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Hoàng Trung Thanh (18%).⁴ Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện tuyến cuối, nơi tiếp nhận nhiều ca bệnh nặng hơn.

Rút lõm lồng ngực là dấu hiệu thở gắng sức phổ biến nhất (62,8%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trước đó.⁴ Đây là dấu hiệu đặc trưng trong VP, phản ánh tình trạng tăng áp lực âm trong khoang ngực do hẹp đường thở và giảm độ giãn nở phổi.

Ran ẩm (83,8%) và ran rít (65,0%) là các ran bệnh lý thường gặp. Kết quả này phù hợp

với các nghiên cứu trước, ghi nhận ran ẩm >97% và ran rít dao động 42,7%–51,4%.^{4,6} Hai loại ran này phản ánh cơ chế bệnh sinh của VP: tắc nghẽn, hẹp phế quản nhỏ gây ran rít; tích tụ dịch và bọt khí trong phế nang tạo ran ẩm.

Tăng bạch cầu, giảm hemoglobin và tăng CRP không phổ biến trong VP do RSV. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 32,9% trẻ tăng bạch cầu, 18,1% giảm hemoglobin và 39,0% tăng CRP (>6 mg/L); mức tăng bạch cầu thường nhẹ, trung vị 10,5 G/L. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước.^{3,4,8} Theo Lin và cộng sự (2021), bệnh nhân đồng nhiễm vi khuẩn có bạch cầu và CRP cao hơn rõ rệt ($p < 0,001$), trong đó CRP là yếu tố dự báo độc lập cho đồng nhiễm (OR hiệu chỉnh 1,08; KTC 95%: 1,02–1,15; $p = 0,005$). Điều này cho thấy vai trò phân biệt của các chỉ số này giữa nhiễm RSV đơn thuần và đồng nhiễm vi khuẩn⁷

Trên X-quang, tổn thương chủ yếu là hình ảnh tăng đậm nhánh phế quản hai bên (87,4%) và nốt/đám mờ lan tỏa (53,8%). Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền, ghi nhận dày thành phế quản (90,3%) và nốt/đám mờ (33,8%) là tổn thương thường gặp.⁶

Kết quả nuôi cấy dịch tỵ hầu cho thấy khoảng 1/3 bệnh nhân có đồng nhiễm vi khuẩn, phổ biến nhất là *H. influenzae* (19,9%), tiếp đến là *S. pneumoniae* (5,8%), *M. catarrhalis* (5,1%) và *S. aureus* (2,5%). Đồng nhiễm từ 2 loại vi khuẩn là hiếm gặp (1,4%). Nghiên cứu của Lê Thị Hoa cũng ghi nhận các vi khuẩn trên là tác nhân thường gặp.⁵ Đây là các vi khuẩn thường trú vùng mũi họng, dễ xâm nhập gây bội nhiễm khi hàng rào niêm mạc bị tổn thương sau nhiễm virus.

V. KẾT LUẬN

VP liên quan RSV chủ yếu gặp ở trẻ 2–24

tháng tuổi, nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ 1,4/1). Ho, chảy mũi, khò khè là triệu chứng cơ năng thường gặp. Lâm sàng thường ghi nhận tăng nhịp tim, nhịp thở; khoảng 50% trẻ có tím. Rút lõm lồng ngực là dấu hiệu gắng sức phổ biến nhất. Bạch cầu và CRP chủ yếu không tăng, nếu tăng có thể gợi ý đồng nhiễm vi khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nair Harish, Nokes D James và cộng sự.** Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl.* 2010;375(9725): 1545-1555.
2. **Bộ Y tế.** Hướng Dẫn Xử Trí Viêm Phổi Cộng Đồng ở Trẻ Em. Bộ Y tế; 2014.
3. **Đinh Thị Phương Mai, Bùi Thị Hoàng Ngân và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc viêm phổi cộng đồng nhiễm RSV tại Trung tâm nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2025;546(3).
4. **Hoàng Trung Thanh, Nguyễn Thị Yến và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phế quản phổi nhiễm RSV (Respiratory Syncytial Virus) ở trẻ em tại Bệnh viện sản nhi Vĩnh Phúc. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2021;505(2).
5. **Lê Thị Hoa, Lê Thị Hồng Hanh và cộng sự.** Đồng nhiễm vi khuẩn ở bệnh nhi viêm phổi nhiễm vi rút hợp bào hô hấp. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;545(3).
6. **Nguyễn Thị Thu Hiền, Hoàng Minh Hào và cộng sự.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do vi rút hợp bào hô hấp (RSV) ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2022. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;541(1).
7. **Lin Hsiao Chi, Liu Yun-Chung và cộng sự.** RSV pneumonia with or without bacterial co-infection among healthy children. *J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi.* 2022;121(3):687-693.
8. **Vũ Công Thành.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi có nhiễm virus hợp bào hô hấp ở trẻ em. Luận văn bác sĩ CKII. Đại học Y Hà Nội; 2020.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRASTUZUMAB PHỐI HỢP HÓA CHẤT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TÁI PHÁT DI CĂN CỐ HER2/NEU DƯƠNG TÍNH

TÓM TẮT

¹Bệnh viện K

²Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Yến

Email: leynbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

Lê Thị Yến^{1,2,3}, Nguyễn Thị Dương Dương¹

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của trastuzumab phối hợp hóa chất trong điều trị ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn tái phát di căn có HER/neu dương tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh hồi cứu có theo dõi dọc 55 bệnh nhân chẩn đoán UTDD giai đoạn tái phát di căn được điều trị bằng phác đồ trastuzumab kết hợp hóa chất tại Bệnh viện K trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $59,4 \pm 11,1$ (34-80); tỷ lệ nam/nữ = 1,5/1; tỷ lệ đáp ứng khách quan

49,1%; tỷ lệ kiểm soát bệnh 81,8%; sống thêm bệnh không tiến triển trung bình $10,3 \pm 1,43$ tháng, thời gian sống thêm trung vị là 6,4 tháng. **Kết luận:** Phác đồ trastuzumab kết hợp hóa chất là một sự lựa chọn điều trị phù hợp trên đối tượng bệnh nhân UTDD giai đoạn tái phát di căn có HER2/neu dương tính với tỷ lệ đáp ứng, tỷ lệ kiểm soát bệnh khả quan với tác dụng phụ dung nạp được. **Từ khóa:** UTDD giai đoạn tái phát di căn, Trastuzumab, HER2/neu.

SUMMARY

THE EFFICACY OF IRINOTECAN MONOTHERAPY AS SECOND-LINE TREATMENT IN PATIENTS WITH ADVANCED GASTRIC CANCER

Objectives: To evaluate the efficacy of trastuzumab combined with chemotherapy treatment in patients with recurrent/metastatic gastric cancer with HER2/neu positive. **Patients and methods:** Descriptive, retrospective, longitudinal case study of 55 patients with recurrent/metastatic gastric cancer treated with trastuzumab combined with chemotherapy from 01/2023 to 06/2025 at Vietnam's National Cancer Hospital. **Results:** The mean age was $59,4 \pm 11,1$ (34-80); the male/female ratio was 1,5/1. The overall response rate (ORR) was 49,1%, the DCR was 81,8%. The mean progression-free survival (PFS) was $10,3 \pm 1,43$ months, and the median progression-free survival was 6,4 months. **Conclusion:** In patients with recurrent/metastatic gastric cancer with HER2/neu positive, trastuzumab plus chemotherapy is a reasonable treatment option.

Keywords: recurrent/metastatic gastric cancer, trastuzumab, HER2/neu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTDD là một trong những ung thư phổ biến nhất trên thế giới, cũng như ở Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2022 UTDD đứng hàng thứ 5 về tỉ lệ mới mắc, chiếm 4,9% với gần 1 triệu ca mới mắc, số người tử vong đứng hàng thứ 5 với ước tính gần 700.000 trường hợp [1]. Tại Việt Nam UTDD đứng hàng thứ 5 về tỉ lệ mắc mới với hơn 16.000 ca năm 2022, và đứng hàng thứ 3 về tỉ lệ tử vong với hơn 13.000 ca 1. Trong vài thập kỷ trở lại đây, tỉ lệ mắc mới của UTDD có xu hướng giảm, tuy nhiên số lượng ca tử vong vẫn ở mức cao, đòi hỏi những tiến bộ hơn nữa trong chẩn đoán và điều trị.

Ở giai đoạn sớm các triệu chứng của UTDD thường không rõ ràng, không đặc hiệu, vì vậy vẫn còn tỉ lệ cao bệnh nhân đến khám khi khối u đã xâm lấn các tạng xung quanh hoặc di căn xa, không còn khả năng phẫu thuật triệt căn. So sánh tiên lượng UTDD giai đoạn sớm và giai đoạn di căn cho thấy sự khác biệt đáng kể. Nghiên cứu CLASSIC cho thấy tỉ lệ sống thêm toàn bộ (OS) tại thời điểm 5 năm đạt 78% với bệnh nhân giai đoạn II – IIIB được phẫu thuật

triệt căn và hóa chất bổ trợ [2]. Tương tự, nghiên cứu FLOT4 trên bệnh nhân UTDD giai đoạn u $\geq$ cT2 hoặc hạch dương tính được điều trị hóa chất tân bổ trợ sau đó phẫu thuật triệt căn cũng cho thấy tỉ lệ OS 5 năm đạt 45% [3]. Tuy nhiên, thống kê cho thấy tỉ lệ OS 5 năm của UTDD ở giai đoạn muộn hoặc di căn xa chỉ khoảng 7% [4].

Các điều trị tiên tiến như điều trị nhắm trúng đích, điều trị miễn dịch đã lần lượt chứng minh được hiệu quả trong điều trị UTDD giai đoạn di căn với hồ sơ độc tính chấp nhận được. Với việc phát hiện yếu tố HER2/neu như một dấu ấn sinh học quan trọng thúc đẩy quá trình ung thư hóa trong UTDD đã mở ra hướng điều trị mới với các thuốc nhắm đến đích điều trị này như trastuzumab. Các thống kê gần đây cho thấy khoảng 17,9% bệnh nhân UTDD có sự khuếch đại hoặc biểu hiện quá mức HER2/neu, được xác định bằng nhuộm hóa mô miễn dịch (IHC) hoặc lai huỳnh quang tại chỗ (FISH) [5]. Nghiên cứu cũng đề cập HER2/neu là một yếu tố tiên lượng xấu liên quan đến tỉ lệ tái phát sớm và những đặc điểm sinh học ác tính hơn của khối u [6]. Phác đồ hóa chất kết hợp trastuzumab đã được chứng minh hiệu quả trong nhiều nghiên cứu với khả năng dung nạp tốt. Tại bệnh viện K, sử dụng phác đồ hóa chất kết hợp trastuzumab là một trong các lựa chọn điều trị UTDD giai đoạn tái phát di căn HER2/neu dương tính, tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo về kết quả cũng như độc tính của phác đồ, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ nhằm tổng kết, đúc rút thêm kinh nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 55 bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTDD giai đoạn tái phát, di căn được điều trị bằng phác đồ trastuzumab kết hợp hóa chất tại bệnh viện K từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán xác định là UTDD giai đoạn tái phát di căn không có khả năng phẫu thuật triệt căn dựa trên chẩn đoán hình ảnh và/hoặc mô bệnh học. Các tổn thương đích có thể đánh giá được.

- Có khuếch đại gen HER2/neu (trên mẫu bệnh phẩm u nguyên phát hoặc tổ chức di căn) xác định bằng HER/neu dương tính qua hóa mô miễn dịch (IHC 3+) hoặc kết quả IHC 2+ kèm kết quả xét nghiệm FISH dương tính (tỉ lệ HER2:CEP17 ratio $\geq$ 2)

- Chỉ số toàn trạng: PS 0-2.
- Không có bệnh kèm theo chống chỉ định điều trị hóa chất.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin
- Chức năng gan, thận, huyết học trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã điều trị hóa chất cho UTDD giai đoạn tái phát di căn trước đó

- Kết quả siêu âm tim cho thấy phân suất tống máu thất trái (LVEF) < 50%

- Mặc các bệnh tim mạch khác kèm theo như nhồi máu cơ tim xuyên thành, suy tim xung huyết, tăng huyết áp không kiểm soát (huyết áp tâm thu >180 mm Hg hoặc huyết áp tâm trương >100 mm Hg), đau thắt ngực cần dùng thuốc, bệnh van tim có ý nghĩa lâm sàng, rối loạn nhịp tim nguy cơ cao.

- Có di căn não.

- Bệnh mạn tính trầm trọng khác đe dọa đến tính mạng trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

- Bệnh nhân bỏ điều trị không phải vì lý do chuyên môn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, hồi cứu, có theo dõi dọc.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Tính theo công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể như sau:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu. Z: hệ số tin cậy, giá trị $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, tương ứng với $\alpha = 0,05$.

p: là tỷ lệ ước tính, lấy giá trị $p = 0,47$ theo nghiên cứu TOGA [7]; d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn, lấy $= 0,16$ (16%).

Tính được cỡ mẫu tối thiểu $n = 37$

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lấy tất cả hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu, thu được 55 hồ sơ phù hợp.

Các bước tiến hành:

+ Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án
+ Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu

Phác đồ điều trị:

+ Trastuzumab 8mg/kg truyền tĩnh mạch ngày 1 chu kỳ đầu tiên, sau đó liều 6mg/kg mỗi chu kỳ 3 tuần (21 ngày) tiếp theo cho đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính không chấp nhận được.

+ Phác đồ hóa chất kết hợp theo lựa chọn của bác sĩ điều trị

Đánh giá kết quả điều trị:

+ Thời điểm đánh giá: sau khi bắt đầu điều trị mỗi 3 chu kỳ điều trị hoặc khi có các diễn biến

bất thường về lâm sàng.

+ Phương pháp đánh giá: Thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh

+ Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 (2009) gồm 4 mức độ: đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh giữ nguyên và bệnh tiến triển.

* Đánh giá tỉ lệ kiểm soát bệnh

- Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ gồm tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, và tỷ lệ đáp ứng một phần.

- Tỷ lệ kiểm soát bệnh gồm tỷ lệ đáp ứng toàn bộ, và tỷ lệ bệnh giữ nguyên

* Đánh giá thời gian sống thêm:

- Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tính bằng tháng.

- Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển: được xác định là ngày bắt đầu điều trị đến ngày bệnh tiến triển theo đánh giá khách quan hoặc ngày tử vong bởi bất kỳ nguyên nhân nào trong trường hợp không xác định là bệnh tiến triển hoặc ngày mất thông tin.

Đánh giá độc tính:

- Đánh giá độc tính theo tiêu chuẩn đánh giá độc tính của NCI (National Cancer Institute Common Toxicity Criteria) phiên bản 5.0

- Ghi nhận độc tính trước mỗi đợt điều trị hoặc khi có dấu hiệu lâm sàng.

- Mọi độc tính, xử trí độc tính, giảm liều và khoảng thời gian chậm trễ đều được ghi nhận.

Xử lý số liệu: - Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Phân tích sống thêm theo phương pháp Kaplan-Meier.

- Phân tích đa biến: Sử dụng mô hình hồi quy Cox với độ tin cậy 95%. Kết quả kiểm định được coi là có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (%)
Tuổi	<60 tuổi	21 (38,2)
	≥60 tuổi	34 (61,8)
Giới	Nam	33 (60,0)
	Nữ	22 (40,0)
Lý do vào viện	Đau bụng	36 (65,5)
	Buồn nôn, nôn	8 (14,5)
	Gầy sút cân	15 (27,3)
	Đại tiện phân đen	5 (9,1)
	Chán ăn	10 (18,2)
	Tự sờ thấy khối u/hạch	2 (3,6)
Toàn trạng (ECOG)	0	36 (65,5)
	1	13 (23,6)
	2	6 (10,9)

Phẫu thuật cắt dạ dày	Có	24 (43,6)
	Không	31 (56,4)
Loại mô học	Type ruột	35 (63,6)
	Type lan tỏa	20 (36,4)
Số cơ quan di căn	1-2 cơ quan	43 (78,2)
	> 2 cơ quan	12 (21,8)
Vị trí di căn	Phức mạc	25 (45,5)
	Gan	23 (41,8)
	Phổi	12 (21,8)
	Hạch ổ bụng	19 (34,5)
	Khác	21 (38,2)
Giai đoạn	Tái phát	12 (21,8)
	Di căn	43 (78,2)
Tình trạng bộc lộ HER2/neu	HER2 (3+)	47 (85,5)
	HER2 (2+)/ FISH (+)	8 (14,5)
Vị trí u nguyên phát	Hang vị	37 (67,3)
	Thân vị	15 (27,3)
	Tâm vị	3 (5,5)
Hóa chất phối hợp	Cisplatin-Capecitabine/S-1	8 (14,5)
	XELOX	29 (52,7)
	SOX	10 (18,2)
	Taxane (docetaxel/paclitaxel)	3 (5,5)
	FOLFOX	2 (3,6)
	FOLFIRI	3 (5,5)
Điều trị miễn dịch kết hợp	Có	5 (9,1)
	Không	50 (90,9)

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 59,4 tuổi, trẻ nhất là 34 tuổi, lớn nhất là 80 tuổi, 61,8% có độ tuổi từ 60 trở lên. Tỷ lệ nữ/nam = 1/1,5. Đa số có chỉ số toàn trạng PS=0 (65,5%). Loại mô học thường gặp là type ruột chiếm tỉ lệ 63,6%; hang vị là vị trí u nguyên phát thường gặp nhất (67,3%), đa số có biểu hiện HER2/neu qua kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch (85,5%). Có 43,6% bệnh

nhân trong nghiên cứu đã được phẫu thuật cắt dạ dày (bao gồm cả phẫu thuật triệt căn và phẫu thuật triệu chứng) trước đó. Vị trí di căn hay gặp nhất là phúc mạc (45,5%), gan (41,8%), sau đó là các vị trí khác như phổi, hạch ổ bụng, buồng trứng, xương, phần mềm,...; 21,8% có trên 2 cơ quan di căn trở lên; 78,2% di căn từ thời điểm chẩn đoán, còn lại là tái phát sau điều trị. Trong nghiên cứu, đa số được điều trị phác đồ hóa chất kết hợp dựa trên nền tảng platinum và fluorouracil, trong đó phác đồ XELOX chiếm tỷ lệ nhiều nhất (52,7%); 9,1% có điều trị kèm liệu pháp miễn dịch (pembrolizumab).

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 2: Phân bố tỷ lệ đáp ứng của phác đồ trastuzumab kết hợp hóa chất

Đáp ứng		Số BN	Tỷ lệ (%)
Có đáp ứng	Đáp ứng hoàn toàn	5	9,1
	Đáp ứng một phần	22	40,0
Không đáp ứng	Bệnh ổn định	18	32,7
	Bệnh tiến triển	10	18,2
Tổng		55	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ đáp ứng đạt 49,1%, trong đó 9,1% đạt đáp ứng hoàn toàn, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 81,8%.

Bảng 3: Đánh giá triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị

Triệu chứng cơ năng	Trước ĐT		Sau điều trị	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	36	65,5	14	25,5
Buồn nôn, nôn	8	14,5	4	7,3
Gầy sút cân	15	27,3	9	16,4
Chán ăn	10	18,2	7	12,7

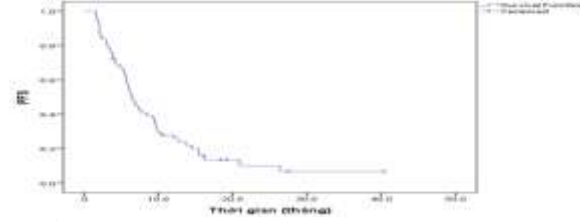
Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng đều cải thiện sau điều trị, trong đó đau bụng từ 65,5% giảm còn 25,5%

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị

Yếu tố	Không đáp ứng (n,%)	Có đáp ứng (n,%)	Tổng	p
Tuổi	<60 tuổi	13 (61,9)	8 (38,1)	0,20
	≥60 tuổi	15 (44,1)	19 (55,9)	
Giới	Nam	20 (60,6)	13 (39,4)	0,08
	Nữ	8 (36,4)	14 (63,6)	
Toàn trạng (ECOG)	0	14 (38,9)	22 (61,1)	0,02
	1	8 (61,5)	5 (38,5)	
	2	6 (100)	0 (0,0)	
Phẫu thuật cắt dạ dày	Có	13 (54,2)	11 (45,8)	0,67
	Không	15 (48,4)	16 (51,6)	
Loại mô học	Type ruột	16 (45,7)	19 (54,3)	0,31
	Type lan tỏa	12 (60,0)	8 (40,0)	
Số cơ quan di căn	1-2 cơ quan	21 (48,8)	22 (51,2)	0,76
	>2 cơ quan	7 (58,3)	5 (41,7)	

Di căn phúc mạc	Có	14 (56,0)	11 (44,0)	25	0,49
	Không	14 (46,7)	16 (53,3)	30	
Điều trị miễn dịch kết hợp	Có	2 (40,0)	3 (60,0)	5	0,61
	Không	26 (52,0)	24 (48,0)	50	

Nhận xét: Chỉ số toàn trạng PS=2 có tỷ lệ đáp ứng kém hơn có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$), các yếu tố khác như tuổi, giới, tình trạng phẫu thuật, loại mô học, số cơ quan di căn, điều trị miễn dịch hay di căn phúc mạc không ảnh hưởng tới tỷ lệ đáp ứng ($p>0,05$)



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình $10,3 \pm 1,43$ tháng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 6,4 tháng (95% CI 5,3-7,6 tháng).

Bảng 5: Một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm không tiến triển

Yếu tố	mPFS (tháng)	p
Tuổi	<60 tuổi	6,4
	≥60 tuổi	6,4
Giới	Nam	5,6
	Nữ	7,7
Phẫu thuật cắt dạ dày	Có	5,7
	Không	7,3
Loại mô học	Type ruột	6,9
	Type lan tỏa	5,6
Số cơ quan di căn	1-2 cơ quan	7,4
	>2 cơ quan	5,8
Di căn phúc mạc	Có	7,0
	Không	6,0

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) giữa các phân nhóm giới tính, tuổi, phẫu thuật, loại mô học, số cơ quan di căn hay tình trạng di căn phúc mạc ($p > 0,05$, Log-rank test).

Bảng 6: Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ

Tác dụng không mong muốn	N(%)			
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Thiếu máu	26(47,3)	13(23,6)	2(3,6)	0
Hạ bạch cầu	7(12,7)	4(7,3)	2(3,6)	0
Hạ bạch cầu đa nhân trung tính	20(36,4)	2(4,7)	4(7,3)	3(5,5)
Hạ tiểu cầu	8(14,5)	1(1,8)	1(1,8)	0
Sốt giảm bạch cầu	0	0	3(5,5)	0

Tăng AST/ALT	20(36,4)	4(7,3)	0	0
Tăng creatinin	4(7,3)	0	0	0
Giảm phân suất tổng máu thất trái	0	0	0	0
Buồn nôn	25(45,5)	5(9,1)	0	0
Nôn	8(14,5)	1(1,8)	0	0
Tiêu chảy	9(16,4)	3(5,5)	3(5,5)	0
Độc tính thần kinh ngoại vi	4(7,3)	19(34,5)	0	0
Hội chứng bàn tay bàn chân	20(36,4)	5(9,1)	1(1,8)	0

Nhận xét: Độc tính trên hệ huyết học thường gặp, trong đó hạ bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 53,9%, tỉ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 3,4 là 12,8%. Tỉ lệ sốt giảm cầu là 5,5%. 74,5% bệnh nhân có thiếu máu, phần lớn đều là độ 1,2. Giảm tiểu cầu ít gặp. Độc tính ngoài hệ huyết học chủ yếu là độ 1,2. Trong đó buồn nôn là độc tính thường gặp nhất (54,2%), tiếp đến hội chứng bàn tay bàn chân (47,3%), độc tính trên hệ thần kinh ngoại vi (41,8%). Chỉ có 7,3% tăng creatinin, tất cả đều là độ 1. Không có bệnh nhân nào giảm phân suất tổng máu thất trái. Không có bệnh nhân nào tử vong do biến chứng trong quá trình điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Tuổi trung bình của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 59,4 tuổi, trẻ nhất là 34 tuổi, lớn nhất là 80 tuổi, kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Chan Thi Thuy Linh (2023) (55,9 tuổi) [8], Quách Thị Dung (2022) (58 tuổi) [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1 phù hợp với hầu hết các nghiên cứu UTDD trên thế giới với tỷ lệ nam/giới mắc nhiều hơn nửa giới, dao động từ 1,5/1 đến 2,5/1.

Ngoài ra, có 21,8% bệnh nhân tham gia nghiên cứu di căn trên 2 cơ quan, trong đó phần lớn có di căn phúc mạc (45,5%), gan (41,8%) tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (2018) tỷ lệ bệnh nhân di căn phúc mạc chiếm nhiều nhất (40%) [10]. Vị trí u nguyên phát thường gặp hơn ở vùng hang vị (67,3%) phù hợp với đặc điểm UTDD ở các nước phương đông, thường gặp cực dưới vùng hang môn vị, khác biệt so với phương Tây, một phần lớn khối u nguyên phát gặp ở đoạn nối dạ dày thực quản và tâm phình vị. Phác đồ hóa chất kết hợp phần lớn là bộ đôi platinum và fluorouracil với sự kết hợp giữa oxaliplatin và các thuốc

fluororacil dạng uống (XELOX, SOX chiếm 70,9%) cho thấy xu hướng lựa chọn các phác đồ hóa chất đã được chứng minh hiệu quả tương đương, ít độc tính và thuận tiện hơn trong điều trị UTDD của các bác sĩ lâm sàng. Ngoài ra, một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có kết quả HER2/neu dương tính kết hợp CPS ≥ 1 thỏa mãn tiêu chuẩn trong nghiên cứu KEYNOTE 811 cũng đã được áp dụng điều trị với liệu pháp miễn dịch (9,1%).

Kết quả nghiên cứu. Các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân đều cải thiện sau điều trị, đau bụng là triệu chứng cơ năng cũng như lý do vào viện thường gặp nhất chiếm 65,5% có sự giảm đáng kể sau điều trị (25,5%). Các triệu chứng cơ năng khác cũng có sự cải thiện. Tương tự với kết quả nghiên cứu của Chan Thi Thuy Linh (2023) [8] tỷ lệ đau bụng giảm từ 70,7% xuống 41,4% sau điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm đánh giá, có 22 bệnh nhân đáp ứng một phần (40%) và 5 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn (9,1%), tỷ lệ bệnh nhân đạt được bệnh ổn định chiếm phần lớn (32,7%). Như vậy tỷ lệ đáp ứng toàn bộ của nghiên cứu là: 49,1% và lợi ích lâm sàng đạt được: 81,8%. Đây là kết quả khả quan trên nhóm bệnh nhân UTDD giai đoạn tái phát di căn với đặc điểm di căn nhiều cơ quan, tuổi cao. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Chan Thi Thuy Linh khi thực hiện nghiên cứu tương tự trên 41 bệnh nhân UTDD điều trị trastuzumab và hóa chất tại bệnh viện K và bệnh viện Ung bướu Hà Nội, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 61% [8], tuy nhiên tương đồng với thử nghiệm TOGA của Yung-Jue Bang và cộng sự khi phân tích trên 584 bệnh nhân có HER2/neu dương tính điều trị với trastuzumab và hóa chất với tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 47%[7]. Một nghiên cứu khác tại Trung Quốc trên 34 bệnh nhân UTDD giai đoạn muộn, tất cả đều dương tính với HER2/neu, được phân ngẫu nhiên vào nhóm thử nghiệm và nhóm đối chứng để điều trị bằng phác đồ FOLFIRI kết hợp trastuzumab hoặc FOLFIRI riêng lẻ cũng cho thấy kết quả tương tự, tỉ lệ đáp ứng chung (ORR) lần lượt là 58,8% ở nhóm kết hợp và 35,3% ở hóa chất riêng lẻ, với tỉ lệ kiểm soát bệnh (DCR) lần lượt là 88,2% và 64,7% ($p < 0,05$).

Trung vị thời gian sống không bệnh tiến triển trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,4 tháng, khác biệt không đáng kể với kết quả của nghiên cứu TOGA là 6,9 tháng [7] và Chan Thi Thuy Linh (6,3 tháng) [8]. Kết quả của nghiên cứu TOGA cũng cho thấy trung vị sống thêm toàn bộ (mOS) đạt 13,8 tháng những bệnh nhân được chỉ định điều trị với trastuzumab kết hợp

với hóa trị so với 11,1 tháng ở những bệnh nhân được chỉ định chỉ hóa trị (HR 0,74; CI 95% 0,60–0,91; $p = 0,0046$) [7], tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm phân tích, dữ liệu OS chưa trưởng thành.

Tác dụng không mong muốn. Các tác dụng phụ không mong muốn đa phần gặp trên hệ tạo huyết, chủ yếu độ 1,2. Các độc tính nghiêm trọng (độ 3,4) gặp với tỷ lệ thấp (dao động từ 1,8% đến 12,85%). Các tác dụng ngoài hệ tạo huyết chủ yếu gặp buồn nôn là độc tính thường gặp nhất (54,2%), tiếp đến hội chứng bàn tay bàn chân (47,3%), độc tính trên hệ thần kinh ngoại vi (41,8%), đa phần độ 1, 2 và có thể kiểm soát được. Không có bệnh nhân nào gặp tác dụng phụ giảm phân suất tổng máu thất trái. Không bệnh nhân nào phải dừng điều trị vì tác dụng phụ. Các kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác của các tác giả trong điều trị hóa chất bước 1 UTDD giai đoạn tái phát, di căn, cũng như các nghiên cứu về trastuzumab trong UTDD, cho thấy việc kết hợp trastuzumab trong điều trị không làm gia tăng đáng kể các tác dụng không mong muốn. bệnh nhân nào phải dừng điều trị vì tác dụng phụ.

V. KẾT LUẬN

Lựa chọn điều trị trastuzumab kết hợp hóa chất trong UTDD giai đoạn tái phát di căn có HER2/neu dương tính mang lại kết quả đáp ứng khả quan (49,1%), thời gian sống thêm không tiến triển đạt 6,4 tháng trong khi an toàn, độc tính mức độ thấp và có thể kiểm soát được.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nhóm tác giả xin tuyên bố rằng không có bất kỳ xung đột lợi ích nào liên quan đến việc công bố, nội dung hoặc kết quả của nghiên cứu/bài viết này.

Mọi dữ liệu, phân tích và kết luận được trình bày một cách trung thực, khách quan và không chịu ảnh hưởng bởi bất kỳ tổ chức, cá nhân hay nguồn tài trợ nào có thể dẫn đến xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024 May-Jun;74(3):229-263.
2. Noh SH, Park SR, Yang HK, et al. Adjuvant capecitabine plus oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): 5-year follow-up of an open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2014;15(12):1389-1396.
3. Al-Batran SE, Homann N, Pauligk C, et al. Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and

- epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. *Lancet Lond Engl.* 2019;393(10184):1948-1957.
4. **Stomach (Gastric) Cancer Survival Rates.** Accessed March 5, 2025. <https://www.cancer.org/cancer/types/stomach-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>.
 5. **Abrahao-Machado LF, Scapulatempo-Neto C.** HER2 testing in gastric cancer: An update. *World J Gastroenterol.* 2016;22(19):4619-4625.
 6. **Jørgensen JT, Hersom M.** HER2 as a Prognostic Marker in Gastric Cancer - A Systematic Analysis of Data from the Literature. *J Cancer.* 2012;3:137-144.
 7. **Bang YJ, Cutsem EV, Feyereislova A, et al.** Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet.* 2010;376(9742):687-697.
 8. **Chan Thi Thuy Linh, Pham Tuan Anh, Le Van Quang.** Kết quả điều trị trastuzumab kết hợp hóa trị UTDD giai đoạn muộn. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2023.
 9. **Quách Thị Dung, Vũ Hồng Thắng.** Đánh giá kết quả điều trị TS-1 và oxaliplatin trong UTDD giai đoạn muộn tại bệnh viện K. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2022.
 10. **Nguyễn Văn Hùng, Vũ Hồng Thắng.** Đánh giá kết quả điều trị duy trì UTDD tái phát di căn bằng phác đồ FOLFIRI. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2018.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHỊP TIM Ở BỆNH NHÂN BỆNH CƠ TIM THÂM NHIỄM AMYLOID CHUỖI NHẹ

Bùi Thế Dũng¹, Trần Thị Xuân Anh¹, Nguyễn Thanh Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm rối loạn nhịp tim và đánh giá kết cục tử vong ở bệnh nhân cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ (AL-CA). **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca hồi cứu thực hiện trên 30 bệnh nhân AL-CA điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 7/2017 đến tháng 1/2025. Các thông tin được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, loại rối loạn nhịp tim, thời gian sống còn và tình trạng tử vong. Phân tích số liệu sử dụng các phương pháp thống kê phù hợp để so sánh giữa các nhóm. **Kết quả:** Trong số 30 bệnh nhân, có 20 trường hợp (66,7%) ghi nhận rối loạn nhịp tim, trong đó 50% mắc đồng thời từ hai loại rối loạn nhịp trở lên. Rối loạn nhịp thất là phổ biến nhất (56,7%), tiếp theo là suy nút xoang (23,3%) và rung nhĩ (13,3%). Nhóm có rối loạn nhịp với tỷ lệ tử vong 95,0%, cao hơn đáng kể so với 60,0% ở nhóm không rối loạn nhịp ($p = 0,03$). Thời gian sống trung vị của nhóm có và không rối loạn nhịp lần lượt là 3 và 5 tháng. Trong thời gian theo dõi trung bình 36 tháng, bốn bệnh nhân không rối loạn nhịp còn sống, bao gồm một trường hợp sống đến 89 tháng, trong khi nhóm rối loạn nhịp chỉ còn một bệnh nhân sống dài hạn 133 tháng. Tỷ lệ tử vong chung của loạt ca là 83,3% (25/30). **Kết luận:** Rối loạn nhịp tim là biến chứng phổ biến và là yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân AL-CA. Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát, phát hiện sớm và quản lý tích cực rối loạn nhịp nhằm cải thiện kết cục cho bệnh nhân.

Từ khóa: amyloidosis, rối loạn nhịp tim.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH LIGHT-CHAIN CARDIAC AMYLOIDOSIS

Objective: To describe the characteristics of cardiac arrhythmias and evaluate mortality outcomes in patients with light-chain cardiac amyloidosis (AL-CA). **Methods:** A retrospective case series was conducted on 30 AL-CA patients treated at University Medical Center Ho Chi Minh City from July 2017 to January 2025. Clinical and paraclinical characteristics, types of arrhythmias, survival time, and mortality data were collected and analyzed. Appropriate statistical methods were used to compare between groups. **Results:** Among 30 patients, 20 cases (66.7%) exhibited cardiac arrhythmias, of which 50% presented with two or more concurrent types of arrhythmias. Ventricular arrhythmias were the most common (56.7%), followed by sick sinus syndrome (23.3%) and atrial fibrillation (13.3%). The arrhythmia group had a mortality rate of 95.0%, which was significantly higher than 60.0% in the non-arrhythmia group ($p = 0.03$). Median survival was 3 months in patients with arrhythmias and 5 months in those without. During a median follow-up of 36 months, four patients without arrhythmias remained alive, including one who survived up to 89 months, whereas only one patient with arrhythmias achieved long-term survival of 133 months. Overall mortality for the cohort was 83.3% (25/30). **Conclusion:** Cardiac arrhythmias are common and represent an adverse prognostic factor in patients with AL-CA. The findings underscore the importance of early detection, prompt intervention, and multidisciplinary management of arrhythmias to improve patient outcomes.

Keywords: amyloidosis, arrhythmia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp tim là biến chứng thường gặp

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: dung.bt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

và là yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ (Light-chain cardiac amyloidosis, AL-CA). Sự lắng đọng amyloid trong cơ tim và hệ thống dẫn truyền làm tăng nguy cơ xuất hiện nhiều loại rối loạn nhịp nguy hiểm như rung nhĩ, rối loạn nhịp thất, block nhĩ thất và suy nút xoang. Những rối loạn nhịp này không chỉ làm nặng thêm tình trạng suy tim mà còn góp phần vào các biến cố nghiêm trọng như đột tử hoặc nhập viện cấp cứu [1],[2],[3]. Các nghiên cứu quốc tế đã mô tả khá đầy đủ đặc điểm rối loạn nhịp tim ở AL-CA, ghi nhận tỷ lệ cao cũng như sự đa dạng về kiểu loại rối loạn nhịp [1],[4]. Tuy nhiên, dữ liệu thực tế tại Việt Nam hiện còn rất hạn chế và chưa có báo cáo loạt ca nào. Việc nhận diện sớm và mô tả chi tiết các đặc điểm rối loạn nhịp ở nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa quan trọng, góp phần nâng cao hiệu quả theo dõi, điều trị và cải thiện kết cục lâm sàng. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này tập trung đánh giá tỷ lệ, kiểu loại và kết cục của rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân AL-CA tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, qua đó cung cấp bằng chứng thực tiễn đầu tiên tại Việt Nam về bệnh cảnh hiểm gặp và thách thức này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca hồi cứu, tiến hành tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 7/2017 đến tháng 1/2025.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ (AL-CA) theo lược đồ chẩn đoán của Khoa Nội Tim mạch, có xác nhận lắng đọng amyloid chuỗi nhẹ trên mô bệnh học, điều trị tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Tiêu chí chọn mẫu: Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi thỏa tất cả các điều kiện sau: Có triệu chứng suy tim kèm đặc điểm siêu âm tim gợi ý (độ dày thành thất trái ≥ 12 mm, giảm phân suất tống máu hoặc dấu hiệu đặc hiệu trên CMR). Sinh thiết mô hoặc xét nghiệm miễn dịch huyết thanh xác định lắng đọng amyloid chuỗi nhẹ. Hồ sơ bệnh án đầy đủ và đồng ý sử dụng dữ liệu cho nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu: Sử dụng mẫu thuận tiện, gồm toàn bộ các NB đủ tiêu chuẩn trong giai đoạn nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu chính

- + Đặc điểm chung: tuổi, giới, phân độ suy tim NYHA, tiền sử tăng huyết áp, bệnh mạch vành.
- + Chỉ số sinh học: Troponin I/T, BNP, NT-proBNP, GFR, Albumin, chuỗi nhẹ Kappa/Lambda.
- + Điện tâm đồ và nhịp tim: rung nhĩ, ngoại

tâm thu thất, nhịp nhanh thất, rung thất, block nhĩ thất, block nhánh, suy nút xoang.

+ Siêu âm tim: bề dày vách liên thất và thành sau thất trái, EF, khối lượng thất trái, chỉ số thể tích nhĩ trái, chức năng tâm trương, GLS thất trái, chức năng thất phải.

+ Kết cục: tử vong do mọi nguyên nhân và thời gian sống còn.

2.6. Kiểm soát sai lệch: Thu thập dữ liệu khách quan từ hồ sơ y tế chính thức. Định nghĩa rõ ràng các biến số. Kiểm tra chéo dữ liệu bởi nhóm nghiên cứu.

2.7. Thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập bằng Excel 2013 và xử lý trên SPSS 26.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM phê duyệt. Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp điều trị; thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

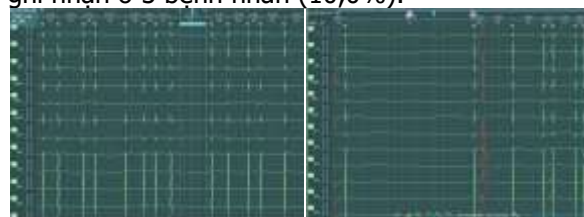
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ và kiểu loại rối loạn nhịp tim

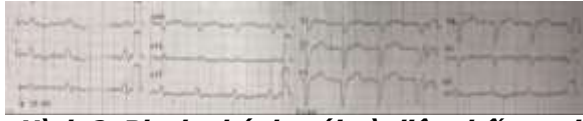
Bảng 1. Tần suất các loại rối loạn nhịp tim ở NB AL-CA (N=30)

Loại rối loạn nhịp	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Suy nút xoang	7	23,3
Rung nhĩ	4	13,3
Block nhánh trái	5	16,7
Block nhĩ thất độ III	3	10,0
Ngoại tâm thu thất	9	30,0
Nhanh thất/rung thất	8	26,7
Không rối loạn nhịp	10	33,3

Nhận xét: Trong tổng số 30 bệnh nhân AL-CA, 20 trường hợp (66,7%) ghi nhận ít nhất một dạng rối loạn nhịp tim. Trong số này, 10 bệnh nhân có từ hai loại rối loạn nhịp trở lên, phản ánh sự phức tạp của tổn thương điện học trong bệnh cảnh amyloidosis. Rối loạn nhịp thất chiếm ưu thế với tỷ lệ 56,7%, trong đó ngoại tâm thu thất là loại thường gặp nhất (30,0%), theo sau là nhịp nhanh thất hoặc rung thất (26,7%). Rối loạn nhịp nhĩ xuất hiện ở 36,7% trường hợp, chủ yếu là hội chứng suy nút xoang (23,3%) và rung nhĩ (13,3%). Ngoài ra, block nhĩ thất độ III được ghi nhận ở 3 bệnh nhân (10,0%).



Hình 1. Hội chứng suy nút xoang ở người bệnh AL-CA



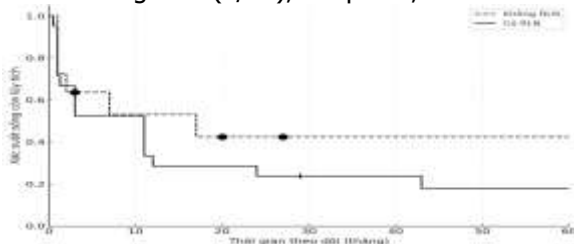
Hình 2. Block nhánh trái và điện thế ngoại biên thấp ở người bệnh AL-CA

3.2. So sánh đặc điểm lâm sàng và kết cục giữa nhóm có và không rối loạn nhịp

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và kết cục giữa hai nhóm

Đặc điểm	Có RLN (n=20)	Không RLN (n=10)	p-value
Tuổi (trung bình $\pm$ SD)	66,9 $\pm$ 11,1	61,0 $\pm$ 12,0	0,20
Nam giới (%)	1 (5,0)	4 (40,0)	0,04
Troponin T (ng/mL)	255,9 $\pm$ 448,9	223,5 $\pm$ 279,9	0,81
NT-proBNP (pg/mL)	17.264,0 $\pm$ 24.545,8	15.758,6 $\pm$ 15.048,1	0,76
EF (%)	53,3 $\pm$ 12,8	49,7 $\pm$ 8,6	0,34
FAC giảm (%)	35,0	30,0	0,79
Tử vong (%)	19 (95,0)	6 (60,0)	0,03

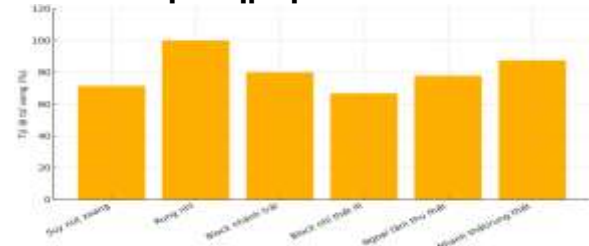
Nhận xét: Khi so sánh giữa nhóm có rối loạn nhịp (n = 20) và nhóm không có rối loạn nhịp (n = 10), ghi nhận một số điểm nổi bật (bảng 2): Tuổi trung bình cao hơn ở nhóm có rối loạn nhịp (66,9 $\pm$ 11,1 vs. 61,0 $\pm$ 12,0; p = 0,198). Tỷ lệ nam giới thấp hơn đáng kể ở nhóm có rối loạn nhịp (5,0% vs. 40,0%; p = 0,04). Troponin T và NT-proBNP đều cao ở cả hai nhóm nhưng không khác biệt có ý nghĩa. EF và FAC tương tự giữa hai nhóm (p > 0,05). Tỷ lệ tử vong chung là 83,3% (25/30). Tỷ lệ tử vong lần lượt là 95,0% ở nhóm RLN (19/20) và 60,0% ở nhóm không RLN (6/10), với p = 0,03.



Hình 3. Biểu đồ Kaplan-Meier sống còn giữa 2 nhóm bệnh nhân AL-CA

Nhận xét: Phân tích Kaplan-Meier cho thấy nhóm bệnh nhân có rối loạn nhịp (RLN) tử vong sớm và nhiều hơn rõ rệt so với nhóm không RLN. Thời gian sống trung vị của nhóm RLN là 3 tháng, trong khi nhóm không RLN là 5 tháng. Trong thời gian theo dõi trung bình 36 tháng, nhóm không RLN có 4 bệnh nhân còn sống, trong đó có một bệnh nhân sống sau 89 tháng theo dõi. Nhóm RLN chỉ có một bệnh nhân còn sống tại thời điểm cuối theo dõi (133 tháng).

3.3. Tử vong và thời gian sống còn theo nhóm rối loạn nhịp cụ thể



Hình 4. Tỷ lệ tử vong theo loại rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân AL-CA

Bảng 3. Tử vong và thời gian sống còn ở các nhóm rối loạn nhịp

Nhóm rối loạn nhịp	Thời gian sống còn trung vị (tháng)	IQR (tháng)
Suy nút xoang	4,0	2–7
ECG rung nhĩ	3,5	1–7
Block nhánh trái	3,0	1–6
Block nhĩ thất độ III	3,0	2–4,5
Ngoại tâm thu thất	3,0	1–8
Nhanh thất/rung thất	2,5	1–5

Nhận xét: Bệnh nhân rung nhĩ, nhịp nhanh thất/rung thất chiếm tỷ lệ tử vong cao nhất, thời gian sống còn thấp nhất.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm rối loạn nhịp thất. Trong nghiên cứu này, rối loạn nhịp thất chiếm tỷ lệ cao nhất (56,7%), bao gồm cả ngoại tâm thu thất đơn giản và các loạn nhịp thất ác tính như nhịp nhanh thất và rung thất. Điều này phản ánh mức độ tổn thương nặng nề của hệ thống dẫn truyền thất ở bệnh nhân AL-CA. Lắng đọng amyloid tại các vùng quanh hệ thống Purkinje và mô thất không chỉ làm rối loạn hoạt động điện học mà còn tạo điều kiện thuận lợi cho sự hình thành các vòng vào lại (reentry), dẫn tới các loạn nhịp thất nguy hiểm [2],[5]. Sự hiện diện của loạn nhịp thất ác tính có liên quan mật thiết đến nguy cơ đột tử và tỷ lệ tử vong sớm [2],[4],[5]. Các nghiên cứu lớn cũng chỉ ra rằng tiến trình lắng đọng amyloid ở AL-CA thường diễn ra nhanh và sâu hơn ATTR, dẫn tới nguy cơ xuất hiện loạn nhịp thất cao hơn, cũng như tăng tỷ lệ đột tử và tử vong không hồi phục [4],[5]. Bên cạnh đó, tổn thương tế bào cơ tim và mô kẽ do amyloid còn thúc đẩy xơ hóa lan tỏa và rối loạn chuyển hóa ion, làm nền điện học thất mất ổn định, càng làm tăng nguy cơ các rối loạn nhịp thất phức tạp [2],[5]. Theo tổng kết từ các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ loạn nhịp thất ở AL-CA dao động từ 45% đến 65%, trong đó đột tử do

loạn nhịp thất chiếm khoảng một phần ba các trường hợp tử vong [5].

4.2. Đặc điểm rối loạn nhịp nhĩ. Tỷ lệ rung nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp (13,3%) nhưng lại liên quan đến tỷ lệ tử vong 100%, củng cố nhận định rằng đây là yếu tố tiên lượng cực kỳ xấu ở AL-CA. Một số nghiên cứu quốc tế cho rằng bệnh nhân AL-CA thường có thời gian sống còn ngắn, do đó ít xuất hiện rung nhĩ kéo dài như ở các thể amyloidosis khác [3]. Ngoài nguyên nhân do giãn nhĩ, sự lắng đọng amyloid trực tiếp trong mô nhĩ có thể gây xơ hóa và thay đổi cấu trúc vi mô của cơ nhĩ, làm gia tăng nguy cơ hình thành các ổ hoạt động điện bất thường, dẫn tới rung nhĩ hoặc cuồng nhĩ [1],[3]. Đặc biệt, ở nhóm bệnh nhân đã có suy tim nền, sự xuất hiện rung nhĩ càng làm tăng nguy cơ huyết khối, tắc mạch và biến chứng suy tim mất bù, góp phần làm xấu thêm kết cục [3]. Sự phối hợp giữa rung nhĩ và rối loạn huyết động do suy tim trong AL-CA có thể tạo ra vòng xoắn bệnh lý, làm tăng nguy cơ tử vong sớm ở nhóm bệnh nhân này.

4.3. Rối loạn dẫn truyền và block nhĩ thất. Block nhĩ thất độ III xuất hiện ở 10% bệnh nhân trong nghiên cứu này, không phải là tỷ lệ nhỏ đối với một bệnh cảnh hiểm gấp. Sự xâm lấn của amyloid vào hệ thống dẫn truyền trung tâm, bao gồm nút nhĩ thất và bó His, làm gia tăng nguy cơ block các mức độ cũng như suy nút xoang [1],[6]. Nhiều nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ block nhĩ thất ở AL-CA dao động 5–15%, trong đó nhiều trường hợp phải cấy máy tạo nhịp sớm nhằm phòng ngừa các biến chứng nguy hiểm [6]. Gần đây, vai trò của thiết bị hỗ trợ nhịp như máy tạo nhịp vĩnh viễn hoặc máy phá rung cấy dưới da (ICD) ngày càng được nhấn mạnh trong quản lý bệnh nhân AL-CA, đặc biệt ở các trường hợp có block dẫn truyền hoặc nguy cơ đột tử do loạn nhịp thất [5],[6]. Tuy nhiên, việc chỉ định ICD cho bệnh nhân AL-CA còn nhiều tranh cãi do tỷ lệ tử vong do tiến triển bệnh nền cao, nên khuyến cáo chỉ cấy ICD cho các trường hợp có tiên lượng sống còn đủ dài [2],[5].

4.4. Mối liên quan giữa rối loạn nhịp và tử vong. Kết quả sống còn của nghiên cứu cho thấy rối loạn nhịp (RLN) là một yếu tố tiên lượng xấu rõ rệt ở bệnh nhân cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ. Nhóm có RLN có tỷ lệ tử vong gần như tuyệt đối (95%), trong khi nhóm không RLN có tỷ lệ tử vong thấp hơn (60%). Sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$ khẳng định mối liên quan mạnh giữa rối loạn nhịp và tử vong sớm. Điều này khẳng định biểu hiện rối loạn điện học

đóng vai trò là yếu tố tiên lượng đặc biệt xấu ở bệnh nhân AL-CA. Kết quả phân tích sống còn Kaplan-Meier cho thấy bệnh nhân có RLN tử vong sớm và nhiều hơn so với bệnh nhân không RLN. Thời gian sống trung vị của nhóm RLN chỉ 3 tháng, trong khi nhóm không RLN là 5 tháng. Đường Kaplan-Meier giảm mạnh trong 6 tháng đầu ở nhóm RLN, phản ánh nguy cơ tử vong sớm rất cao. Trong khi đó, nhóm không RLN có bốn bệnh nhân còn sống đến thời điểm cuối theo dõi, bao gồm một bệnh nhân sống 89 tháng. Đáng chú ý, nhóm RLN chỉ còn một bệnh nhân sống dài hạn (133 tháng), phản ánh rằng mặc dù RLN là yếu tố tiên lượng xấu, vẫn tồn tại những trường hợp sống kéo dài hiếm gặp. Những kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, trong đó RLN, đặc biệt là rối loạn nhịp thất ác tính và rung nhĩ, được xem là yếu tố dự báo tử vong sớm ở bệnh nhân cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ [4],[5],[6]. Kết quả tử loạt ca đầu tiên tại Việt Nam này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát, phát hiện và quản lý sớm rối loạn nhịp tim. Việc phối hợp điều trị đa chuyên khoa, bao gồm tim mạch, huyết học và hồi sức tích cực, có thể góp phần giảm tử vong sớm và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân AL amyloidosis. Một số nghiên cứu quốc tế lớn cũng khuyến cáo rằng việc tầm soát, phát hiện sớm và kiểm soát các loạn nhịp tim ở bệnh nhân AL-CA là cực kỳ quan trọng nhằm giảm tỷ lệ đột tử, cải thiện chất lượng sống và kéo dài thời gian sống còn cho bệnh nhân [2],[4]. Đặc biệt, cần đánh giá thường quy bằng Holter ECG, siêu âm tim, và phối hợp đa chuyên khoa trong quản lý bệnh nhân, đồng thời cập nhật các phác đồ điều trị mới nhất để tối ưu kết quả điều trị [7],[8].

V. KẾT LUẬN

Rối loạn nhịp tim là biểu hiện thường gặp và có giá trị tiên lượng xấu ở bệnh nhân cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ. Rối loạn nhịp xuất hiện ở 66,7% tổng số bệnh nhân, với tỷ lệ tử vong 95%, cao hơn đáng kể so với 60% ở nhóm không rối loạn nhịp ($p = 0,031$). Thời gian sống trung vị lần lượt là 3 tháng và 5 tháng cho nhóm có và không có rối loạn nhịp. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát và quản lý sớm rối loạn nhịp tim, phối hợp đa chuyên khoa, nhằm giảm tử vong sớm và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân AL-CA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y, et al.** Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis: a position statement of the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. European

- Heart Journal. 2021;42(16):1554–1568. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab072>
2. Kittleson M, Ruberg F, et al. 2023 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Comprehensive Multidisciplinary Care for the Patient With Cardiac Amyloidosis. Journal of the American College of Cardiology. 2023 Mar; 81(11):1076–1126. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.11.022>
 3. Longhi S, Quarta CC, Milandri A, et al. Atrial fibrillation in amyloidotic cardiomyopathy: prevalence, incidence, risk factors and prognostic role. Amyloid. 2015;22(3):147–155.
 4. López-Ponce de León JD, Granados-Álvarez S, et al. A case series of patients with cardiac amyloidosis evaluated at a Colombian university hospital. Frontiers in Cardiovascular Medicine. 2025. doi:10.3389/fcvm.2025.1487717.
 5. Miyamoto M, Nakamura K, et al. Prevalence and Treatment of Arrhythmias in Patients With Transthyretin and Light-Chain Cardiac Amyloidosis. Circulation Reports. 2023;5:298–305.
 6. Muchtar E, Lin G, Grogan M. The Challenges in Chemotherapy and Stem Cell Transplantation for Light-Chain Amyloidosis. Canadian Journal of Cardiology. 2020 Mar;36(3): 384–395. doi: 10.1016/j.cjca.2019.11.032.
 7. Mussinelli R, Salinaro F, Alogna A, et al. Diagnostic and prognostic value of low QRS voltages in cardiac AL amyloidosis. Annals of Noninvasive Electrophysiology. 2013;18(3):271–280.
 8. Palladini G, Merlini G. What is new in diagnosis and management of light chain amyloidosis? Blood. 2016 Jul 14;128(2):159–68. doi: 10.1182/blood-2016-01-629790.

PHẪU THUẬT TRƯỢT ĐỐT SỐNG HAI TẦNG BẰNG VÍT QUA DA VÀ HÀN XƯƠNG LIỀN THÂN ĐỐT LỖI SAU: KẾT QUẢ LÂM SÀNG VÀ MỨC ĐỘ CẢI THIỆN CÂN BẰNG CỘT SỐNG – KHUNG CHẬU

Trần Tuấn Anh^{1,2}, Nguyễn Vũ^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật, khả năng phục hồi cân bằng cột sống – khung chậu (spinopelvic alignment) ở bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng hai tầng được điều trị bằng vít qua da và hàn xương liền thân đốt lõi sau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 34 bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong giai đoạn 2020–2025. Thu thập số liệu, so sánh các triệu chứng trước và sau phẫu thuật, đánh giá kết quả phẫu thuật, khả năng phục hồi cân bằng cột sống – khung chậu. **Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình $54,2 \pm 11,5$ năm, số bệnh nhân nữ chiếm 79,4%, thời gian nằm viện trung bình: $10,9 \pm 3,6$ ngày, điểm VAS lưng giảm từ $7,24 \pm 0,61$ xuống $2,00 \pm 0,65$ ($p < 0,05$), điểm VAS chân giảm từ $7,26 \pm 0,62$ xuống $1,85 \pm 0,50$ sau mổ ($p < 0,05$), điểm ODI trung bình trước mổ là $54,2 \pm 11,6\%$ giảm xuống $15,4 \pm 9,2\%$ sau mổ ($p < 0,05$). Chỉ số PI – LL mismatch giảm từ $24,6 \pm 11,0$ xuống $18,6 \pm 9,4$ ($p < 0,001$) cho thấy xu hướng hồi phục cân bằng cột sống – khung chậu, bệnh nhân đạt PI–LL mismatch $\leq 10^\circ$ sau mổ: 6/34 (17,6%). **Kết luận:** Phẫu thuật vít qua da và hàn xương liền thân đốt lõi sau cho kết quả giảm đau và cải thiện chức năng rõ rệt, phục hồi hiệu quả spinopelvic alignment, góp phần rút ngắn thời gian

nằm viện và giảm thiểu biến chứng. **Từ khóa:** Trượt đốt sống hai tầng; vít qua da; hàn xương liền thân đốt; MIS TLIF; cân bằng cột sống–khung chậu

SUMMARY

DOUBLE-LEVEL LUMBAR PONDYLOLISTHESIS SURGERY VIA PERCUTANEOUS PEDICLE SCREW FIXATION AND POSTERIOR INTERBODY FUSION: CLINICAL OUTCOMES AND SPINOPELVIC ALIGNMENT IMPROVEMENT

Objectives: To evaluate the surgical outcomes and restoration of spinopelvic alignment in patients with double-level lumbar spondylolisthesis treated via percutaneous pedicle screws and posterior lumbar interbody fusion. **Methods:** A combined retrospective and prospective study was conducted on 34 patients (mean age 54.2 ± 11.5 years; 79.4% female) who underwent surgery at Hanoi Medical University Hospital between 2020 and 2025. Data on clinical symptoms, functional status (ODI), pain scores (VAS for back and leg), length of hospital stay, spinopelvic parameters (PI–LL mismatch, PT, SS), fusion rates, and complications were collected preoperatively and at 6 months postoperatively. Statistical analysis was performed using paired t-tests ($p < 0.05$ significance). **Results:** The average hospital stay was 10.9 ± 3.6 days. Mean back VAS decreased from 7.24 ± 0.61 to 2.00 ± 0.65 ($p < 0.05$), and leg VAS from 7.26 ± 0.62 to 1.85 ± 0.50 ($p < 0.05$). ODI improved from $54.2 \pm 11.6\%$ to $15.4 \pm 9.2\%$ ($p < 0.05$). PI–LL mismatch reduced from 24.6 ± 11.0 to $18.6 \pm 9.4^\circ$ ($p < 0.001$), with 6/34 patients (17.6%) achieving PI–LL $\leq 10^\circ$ postoperatively. **Conclusion:** Percutaneous TLIF achieves significant pain relief and functional improvement, effectively restores spinopelvic

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ

Email: nguyenvu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

alignment, shortens hospital stay, and minimizes complications in double-level lumbar spondylolisthesis.

Keywords: double-level lumbar spondylolisthesis; percutaneous pedicle screw; posterior lumbar interbody fusion; MIS TLIF; spinopelvic alignment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống thắt lưng là tình trạng mất vững khớp liên thân đốt và lệch trượt của thân đốt theo phương ngang, có thể gây đau lưng mạn tính, hạn chế chức năng vận động và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Mặc dù trượt đơn tầng đã được nghiên cứu rộng rãi, trượt hai tầng liên kề có tần suất xuất hiện thấp hơn nhưng thường nặng hơn, kèm theo tình trạng thoái hóa cấu trúc cột sống rõ rệt và biến dạng cột sống toàn thân, đặc biệt là mất cân bằng sagittal. Cân bằng sagittal đóng vai trò quan trọng trong sinh lý vận động và tiên lượng kết quả sau phẫu thuật cột sống. Rối loạn cân bằng sagittal có thể dẫn đến đau lan tỏa, mỏi cơ gân, suy giảm chức năng và tăng nguy cơ biến chứng lâu dài. Cân bằng cột sống–khung chậu phản ánh mối quan hệ giải phẫu giữa cột sống thắt lưng và khung chậu, quyết định khả năng duy trì tư thế thẳng đứng với tiêu hao năng lượng tối thiểu. Việc duy trì hoặc khôi phục cân bằng cột sống–khung chậu tối ưu giúp giảm áp lực lên đĩa đệm và khớp cột sống, phòng ngừa biến dạng tiến triển, và cải thiện chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. Đồng thời, các chỉ số như PI, PT, SS và PI–LL mismatch là công cụ quan trọng để lập kế hoạch phẫu thuật, định hướng tái lập lordosis phù hợp với giải phẫu khung chậu từng bệnh nhân¹. Trong những năm gần đây, kỹ thuật nẹp vít qua da kết hợp hàn xương liên thân đốt qua lỗ sau (MIS TLIF) đã được áp dụng để giảm sang chấn, duy trì cấu trúc giải phẫu và cải thiện cân bằng sagittal². Tuy nhiên, nghiên cứu về hiệu quả lâm sàng ở bệnh nhân trượt hai tầng vẫn còn hạn chế về số lượng và thời gian theo dõi. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị, mức độ cải thiện triệu chứng, khả năng phục hồi cân bằng cột sống – khung chậu sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng hai tầng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ người bệnh có chẩn đoán trượt đốt sống hai tầng có chỉ định phẫu thuật vít qua da và hàn xương liên thân đốt tại khoa Ngoại thần kinh – Cột sống Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01 năm 2020 – tháng 4 năm 2025.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu kết hợp hồi cứu và mô tả tiến cứu, không đối chứng.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả bệnh nhân đủ điều kiện lựa chọn, không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Số bệnh nhân chúng tôi thu nhận là 34 bệnh nhân.

Quy trình nghiên cứu: Thu thập thông tin bệnh nhân hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, đối với bệnh nhân tiến cứu thăm khám, thu thập thông tin, ghi nhận triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, giới
- So sánh điểm VAS lưng và chân trước và sau mổ 06 tháng.
- So sánh điểm ODI trước và sau mổ 06 tháng.
- Tỷ lệ can xương sau mổ 06 tháng.
- Chỉ số cân bằng cột sống – khung chậu (PI – LL mismatch, PT, SS) trước và sau mổ.

Các tiêu chuẩn áp dụng:

- Thang điểm VAS (Visual Analog Scale) đau lưng, VAS đau chân: Đánh giá mức độ triệu chứng đau lưng, đau chân của bệnh nhân. Thang điểm VAS đánh giá mức độ cảm nhận đau chủ quan của bệnh nhân được chia thành 10 mức độ đau tương ứng, từ không đau đến đau nặng nhất có thể.

- Chỉ số ODI (Oswestry Disability Index): Đánh giá các ảnh hưởng của tình trạng bệnh lý đau lưng đến các hoạt động hàng ngày của bệnh nhân. Chỉ số ODI do John O’Berien đưa ra năm 1976, gồm 10 chỉ mục câu hỏi được thiết kế để nhận biết đau lưng và chân ảnh hưởng mức độ nào đến khả năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Mỗi chỉ mục được đánh điểm từ 0–5, điểm số tối đa là 50. Điểm số này được nhân 2 để tính phần trăm, là giá trị của trị số ODI. Trị số ODI càng cao, bệnh nhân càng bị hạn chế sinh hoạt hàng ngày do bệnh lý đau thắt lưng (Phụ lục).

Tỷ lệ mất chức năng cột sống thắt lưng (ODI) = Tổng điểm của 10 mục (1–10)/50 × 100 = %

Tỷ lệ mất chức năng cột sống được chia làm 5 mức:

Mức 1 (mất chức năng ít): ODI 0–20%. Bệnh nhân có thể tự sinh hoạt bình thường, không cần điều trị, cần hướng dẫn tư thế lao động và sinh hoạt, bê vác, giảm cân nếu cần.

Mức 2 (mất chức năng vừa): ODI 21–40%. Bệnh nhân cảm thấy đau lưng nhiều hơn khi ngồi, khi bê vác, khi đứng. Du lịch và hoạt động xã hội khó khăn hơn. Có thể điều trị nội khoa.

Mức 3 (mất chức năng nhiều): ODI 41–60%. Đau lưng là vấn đề chính đối với bệnh nhân, bệnh nhân cảm thấy trở ngại trong sinh hoạt, hoạt động xã hội, sinh hoạt tình dục và khó ngủ.

Mức 4 (mất chức năng rất nhiều): ODI 61–80%. Đau lưng ảnh hưởng sâu sắc đến đời sống của bệnh nhân và công việc. Phác đồ điều trị tích cực là cần thiết.

Mức 5 (mất hoàn toàn chức năng): ODI > 80%. Bệnh nhân có thể phải nằm tại chỗ hoặc cảm thấy đau đớn quá mức cần có sự chăm sóc đặc biệt. Cần có phác đồ điều trị tổng hợp.

- Phân độ hợp nhất xương theo Bridwell:

Grade I: Liên chắc với tạo tua xương và cấu trúc xương liên tục.

Grade II: Ghép xương còn nguyên, chưa hoàn toàn tạo tua và hợp nhất, nhưng không có vùng sáng quanh ghép.

Grade III: Ghép xương còn nguyên, nhưng xuất hiện vùng sáng quanh bề mặt ghép ở trên và/hoặc dưới.

Grade IV: Không liên xương rõ, ghép có hiện tượng tiêu xương hoặc sụp xẹp.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS v22.0. Số liệu liên tục biểu diễn dưới dạng mean $\pm$ SD; so sánh trước và sau mổ bằng kiểm định t đối đôi; biến số phân loại bằng chi-square; tương quan Pearson giữa PI–LL mismatch và ODI. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: - Nghiên cứu được sự đồng ý của hội đồng nghiên cứu khoa học bệnh viện.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi giải thích rõ mục tiêu của nghiên cứu và có thể rời khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

- Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ sức khỏe người bệnh, sức khỏe cộng đồng, không có mục đích khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung và triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	7	20,6
	Nữ	27	79,4
Tuổi	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	54,2 $\pm$ 11,5	
Thời gian nằm viện	≤ 7 ngày	3	8,8
	> 7 ngày	31	91,2
	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	10,8 $\pm$ 3,6 (6,0–21,0)	
Vị trí trượt đốt sống	L3L4 – L4L5	16	47,0
	L4L5 – L5S1	18	53,0
Mức độ trượt đốt sống	2 tầng trượt độ I	28	82,4
	1 tầng trượt độ I và 1 tầng trượt độ II	6	17,6
Dấu hiệu đau cách hồi thần kinh		34	100%

Tuổi trung bình 54,2 $\pm$ 11,5 (23–78) tuổi, cho thấy nhóm bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi trung niên và cao tuổi, nữ chiếm ưu thế với 27/34 (79,4%). Thời gian nằm viện trung bình 10,8 $\pm$ 3,6 ngày (6,0–21,0), phản ánh giai đoạn hồi phục sau MIS TLIF kéo dài khoảng 1–2 tuần. Tỷ lệ gần như cân bằng giữa hai mức: L3–L4 (16/34, 47,0%) và L4–L5 (18/34, 53,0%). Đa số (28/34, 82,4%) là trượt hai tầng đều ở độ I theo Meyerding. Tất cả 34/34 (100%) bệnh nhân có dấu hiệu đau cách hồi thần kinh, khẳng định tính đồng nhất về biểu hiện lâm sàng của nhóm.

Bảng 2. Mức độ cải thiện triệu chứng đau theo VAS trước và sau phẫu thuật

Vị trí đánh giá	Trước phẫu thuật (mean $\pm$ SD)	Sau phẫu thuật (mean $\pm$ SD)	p
VAS lưng	7,24 $\pm$ 0,61	2,00 $\pm$ 0,65	<0,001
VAS chân	7,26 $\pm$ 0,62	1,85 $\pm$ 0,50	<0,001

Hiệu quả giảm đau rất rõ rệt ở cả vùng lưng và chân với mức giảm trung bình lần lượt là 5,24 và 5,41 điểm VAS, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3. Phục hồi sau mổ theo OSWESTRY

ODI	Trước mổ (n,%)	Sau mổ 6 tháng (n,%)
Mức 1 (0–20%)	0 (0.0%)	32 (94.1%)
Mức 2 (21 – 40%)	25 (73.5%)	2 (5.9%)
Mức 3 (41 – 60%)	9 (26.5%)	0 (0.0%)
Mức 4 (61 – 80%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mức 5 (81 – 100%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mean $\pm$ SD (Min-Max)	39.8 $\pm$ 8.5 (22.0–55.0)	14.3 $\pm$ 5.1 (5.0–30.0)

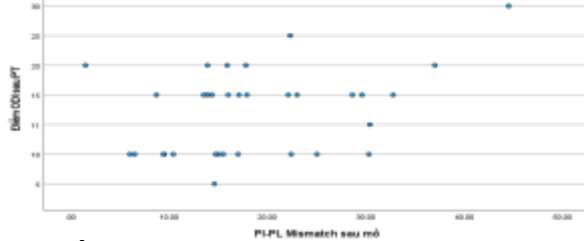
Trước mổ, không có bệnh nhân ở mức nhẹ nhất (0–20%); 73,5% ở mức 2 (21–40%) và 26,5% ở mức 3 (41–60%). Sau mổ, 94,1% bệnh nhân đã cải thiện về mức 1 (0–20%), chỉ còn 5,9% ở mức 2 và không còn ai ở mức 3 trở lên. Điểm ODI trung bình giảm từ 39,8 $\pm$ 8,5 (22,0–55,0) xuống 14,3 $\pm$ 5,1 (5,0–30,0). Sự giảm lớn này phản ánh cải thiện chức năng hàng ngày rõ rệt.

Bảng 4. Chỉ số khung chậu – Cột sống trước và sau mổ

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	p-value
Pelvic Tilt (PT) (°)	27,1 $\pm$ 7,7	25,0 $\pm$ 8,7	0,148
Sacral Slope (SS) (°)	32,5 $\pm$ 9,2	34,1 $\pm$ 9,7	0,215
PI–LL mismatch	24,6 $\pm$ 11,0	18,6 $\pm$ 9,4	<0,001
Lumbar Lordosis (LL) (°)	35,2 $\pm$ 13,5	40,5 $\pm$ 11,8	<0,001

Pelvic Tilt giảm từ 27,1° xuống 25,0° nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,148$), cho thấy kỹ thuật MIS TLIF ảnh hưởng nhẹ đến xoay chậu bù trừ. Sacral Slope tăng từ 32,5° lên 34,1° ($p =$

0,215), thay đổi chưa đạt ý nghĩa, cần theo dõi lâu dài. PI–LL mismatch giảm đáng kể từ 24,6° xuống 18,6° ($p < 0,001$), chứng tỏ khả năng khôi phục cân bằng cột sống–khung chậu hiệu quả. Lumbar Lordosis tăng từ 35,2° lên 40,5° ($p < 0,001$), khôi phục đáng kể đường cong sinh lý thắt lưng.



Biểu đồ 3.1. Mối tương quan giữa PI–LL mismatch sau mổ và phục hồi chức năng theo ODI

Kết quả phân tích cho thấy có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa PI–LL mismatch sau mổ và điểm ODI sau phẫu thuật ($r = 0,375$, $p = 0,029$). Điều này cho thấy rằng sự phục hồi hình thái học không tối ưu có thể liên quan đến mức độ giảm chức năng cao hơn sau phẫu thuật.

Bảng 5. Kết quả liền xương sau mổ 06 tháng

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Can xương	31	91,1
Can xương chưa hoàn toàn	3	8,9

Tỷ lệ liền xương hoàn toàn đạt cao (91,1%), cho thấy hiệu quả tốt của kỹ thuật hàn xương liên thân đốt qua lõi sau. Chỉ có 3/34 trường hợp (8,9%) liền xương chưa hoàn toàn, không ghi nhận trường hợp hở ghép hoặc tiêu xương rõ rệt, phản ánh độ an toàn và ổn định của phương pháp.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu gồm 34 bệnh nhân với tuổi trung bình $54,2 \pm 11,5$ (23–78) tuổi, đa phần ở độ tuổi trung niên và cao tuổi – giai đoạn dễ gặp thoái hóa cột sống thắt lưng và trượt đốt sống. Tỷ lệ nữ chiếm ưu thế (27/34, 79,4%), tương đồng với nhiều báo cáo cho thấy phụ nữ mãn kinh có nguy cơ thoái hóa đĩa đệm cao hơn do giảm estrogen và thay đổi cơ học cột sống. Thời gian nằm viện trung bình $10,8 \pm 3,6$ ngày (6,0–21,0) phản ánh quá trình hồi phục sau MIS TLIF kéo dài khoảng 1–2 tuần, rút ngắn so với phẫu thuật mở. Vị trí trượt tỷ lệ gần như cân bằng giữa L3–L4 (16/34, 47,0%) và L4–L5 (18/34, 53,0%), cho thấy hai mức này chịu tải trọng và thoái hóa tương đương. Đa số (28/34, 82,4%) trượt ở độ I theo Meyerding, tức độ

trượt nhẹ–vừa, phù hợp cho cố định qua da. Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau cách hồi thần kinh, khẳng định tính đồng nhất và mức độ chèn ép ống sống đáng kể trong nhóm.

Giảm đau theo VAS: Điểm VAS lường và chân giảm đáng kể (± 5 điểm) kết quả này tương đương với báo cáo của Nguyễn Vũ³ cho thấy hiệu quả về làm vững cột sống và giải phóng chèn ép các cấu trúc thần kinh.

Tỷ lệ hợp nhất xương: Tỷ lệ hợp nhất xương đạt 91,1% (31/34) theo tiêu chuẩn Bridwell, tương đương với báo cáo của Nguyễn Phương (2024)³ và cao hơn so với tỷ lệ 85%–90% của Luan H (2022)⁴, chứng tỏ kỹ thuật hàn xương liên thân đốt qua lõi sau bền vững.

Phân tích cải thiện chức năng theo ODI: Điểm ODI trung bình giảm từ $39,8 \pm 8,5\%$ trước mổ xuống $14,3 \pm 5,1\%$ sau 6 tháng ($p < 0,001$), cho thấy sự cải thiện chức năng lưng–thắt lưng rõ rệt. Mức độ chuyển dịch phần lớn bệnh nhân từ nhóm hạn chế vừa-nhiều (ODI 21–60%) sang nhóm hạn chế nhẹ (ODI $\leq 20\%$) tương đương với tỷ lệ thành công lâm sàng cao (94,1% ở mức 1 theo ODI). So sánh với nghiên cứu của Luan H. báo cáo ODI giảm từ 50,2% xuống 16,8%, kết quả của chúng tôi tương đồng, khẳng định tính ổn định về chức năng dài hạn⁴.

Hiệu quả phục hồi cân bằng cột sống – khung chậu: PI–LL mismatch cải thiện từ 24,6° xuống 18,6° ($p < 0,001$), chứng tỏ khả năng khôi phục đường cong lordosis phù hợp với cấu trúc khung chậu. Mặc dù PT và SS thay đổi không có ý nghĩa thống kê, nhu cầu bù trừ khung chậu giảm nhẹ (PT giảm từ 27,1° xuống 25,0°) và sacral slope tăng (32,5° lên 34,1°) cho thấy kết quả hướng về đường cong sinh lý hơn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Wang T, ghi nhận PI–LL mismatch giảm trung bình 6,2° sau TLIF hai tầng⁵. Ngoài ra, tăng LL từ 35,2° lên 40,5° ($p < 0,001$) cũng cho thấy tái lập lordosis thắt lưng thành công, tương tự Zhang và cộng sự với tăng 5° lordosis L4–S1⁶.

Tương quan giữa cân bằng cột sống – khung chậu và chức năng theo ODI: Mối tương quan sau mổ giữa PI–LL mismatch và ODI ($r = 0,375$, $p = 0,029$) cho thấy bệnh nhân khôi phục cân bằng sagittal tốt hơn thường có cải thiện chức năng mạnh mẽ hơn. Điều này phù hợp với quan điểm của Li Y và cộng sự khi nhấn mạnh mối liên hệ giữa thông số spinopelvic và chất lượng sống⁷. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng PI–LL mismatch là yếu tố tiên lượng cho kết quả chức năng sau mổ⁸.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng hai tầng bằng vít qua da kết hợp hàn xương liên thân đốt lõi sau (MIS TLIF) mang lại kết quả lâm sàng tích cực với: Giảm đau rõ rệt: VAS lưng giảm trung bình 5,24 điểm, VAS chân giảm 5,41 điểm ($p < 0,001$). Cải thiện chức năng đáng kể: ODI giảm từ 39,8% xuống 14,3% sau 6 tháng ($p < 0,001$), 94,1% bệnh nhân đạt mức khuyết tật nhẹ ($ODI \leq 20\%$). Phục hồi cân bằng cột sống-khung chậu: PI-LL mismatch giảm từ $24,6^\circ$ xuống $18,6^\circ$ ($p < 0,001$), Lumbar Lordosis tăng từ $35,2^\circ$ lên $40,5^\circ$ ($p < 0,001$). Tỷ lệ liền xương cao 91,1%. MIS TLIF là lựa chọn hiệu quả trong điều trị trượt đốt sống hai tầng, cải thiện cả triệu chứng lâm sàng và cân bằng giải phẫu cột sống – khung chậu.

VI. HẠN CHẾ VÀ HƯỚNG NGHIÊN CỨU TIẾP THEO

Số lượng bệnh nhân nhỏ do tổn thương hiếm gặp và thiếu nhóm đối chứng là hạn chế chính; chỉ số cân bằng cột sống – khung chậu đo ở vùng cột sống thắt lưng, khung chậu chưa phản ánh toàn bộ cân bằng cột sống, cần khảo sát trên phim xquang toàn bộ cột sống. Nghiên cứu tiếp theo cần mở rộng quy mô, kéo dài thời gian theo dõi và so sánh trực tiếp với nhóm phẫu thuật mở để đánh giá hiệu quả của phương pháp và nguy cơ của bệnh lý thoái hóa liên kề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tebet MA.** Current concepts on the sagittal balance and classification of spondylolysis and

spondylolisthesis. Rev Bras Ortop. 2014;49(1):3-12. doi:10.1016/j.rboe.2014.02.003

2. **Vũ N, Hải ĐM.** Kết quả giảm đau và phục hồi chức năng cột sống ở người bệnh trượt đốt sống hai tầng điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn cố định cột sống qua và ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp. VMJ. 2025;550(3). doi:10.51298/vmj.v550i3.14362
3. **Phương NX, Kiên TT.** kết quả phẫu thuật trượt thân đốt sống hai tầng liên kề vùng thắt lưng tại bệnh viện quân y 175. VMJ. 2024;539(1B). doi:10.51298/vmj.v539i1B.9979
4. **Luan H, Wang Y, Liu K, Sheng W, Deng Q.** Efficacy of transforaminal lumbar interbody fusion in the treatment of double-level lumbar spondylolisthesis with sagittal imbalance. BMC Musculoskeletal Disorders. 2022;23(1):1038. doi:10.1186/s12891-022-06018-w
5. **Wang T, Wang H, Liu H, Ma L, Liu FY, Ding WY.** Sagittal spinopelvic parameters in 2-level lumbar degenerative spondylolisthesis: A retrospective study. Medicine (Baltimore). 2016; 95(50):e5417. doi:10.1097/MD.00000000000005417
6. **Zhang S, Ye C, Lai Q, et al.** Double-level lumbar spondylolysis and spondylolisthesis: A retrospective study. J Orthop Surg Res. 2018;13(1):55. doi:10.1186/s13018-018-0723-3
7. **Li Y, Wang R, Li J, Wang L, Shen Y.** Different Degeneration Patterns of Paraspinal Muscles Between Double-Level and Single-Level Lumbar Spondylolisthesis: An Magnetic Resonance Imaging Analysis of 140 Patients. Neurospine. 2024;21(3): 1029-1039. doi:10.14245/ns.2448576.288
8. **Thornley P, Urquhart JC, Glennie A, et al.** Functional outcomes correlate with sagittal spinal balance in degenerative lumbar spondylolisthesis surgery. Spine J. 2023;23(10):1512-1521. doi:10.1016/j.spinee.2023.06.004

ĐẶC ĐIỂM TÁI PHÁT SAU NỘI SOI CÀM MÁU CỦA XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO DO LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

Nguyễn Hồng Sơn¹, Hoàng Bùi Hải^{1,2}

TÓM TẮT

Xuất huyết tiêu hoá cao do loét dạ dày – tá tràng (loét DDTT) là tình trạng cấp cứu nội – ngoại khoa thường gặp, trong đó chảy máu tái phát (CMTP) sau nội soi cầm máu lần đầu là biến chứng nghiêm trọng ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, nhằm mô tả đặc điểm lâm

sàng, cận lâm sàng và kết quả nội soi ở bệnh nhân CMTP trong giai đoạn 1/2022 – 4/2025. Tổng số 337 bệnh nhân ≥ 16 tuổi bị xuất huyết tiêu hoá cao do loét DDTT được đưa vào nghiên cứu; trong đó có 26 trường hợp (7,7%) bị CMTP, chủ yếu là nam giới (73,1%), tuổi trung bình 60. Loét chủ yếu gặp ở mặt trước hành tá tràng (73,1%), thời gian nằm viện trung bình là $20,4 \pm 18,8$ ngày. Phân loại Forrest, vị trí loét và lượng máu truyền không phải yếu tố tiên lượng độc lập đến CMTP hay kết cục điều trị. Thời điểm chảy máu tái phát sớm (≤ 72 giờ) không có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết cục cuối cùng.

Từ khoá: Xuất huyết tiêu hoá cao, loét dạ dày tá tràng, chảy máu tái phát

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF RECURRENT UPPER GASTROINTESTINAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

BLEEDING DUE TO PEPTIC ULCERS AFTER ENDOSCOPIC HEMOSTASIS

Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) due to peptic ulcer disease is a common medical and surgical emergency, in which rebleeding after initial endoscopic hemostasis is a serious complication affecting patient prognosis. This study was conducted at the Emergency and Intensive Care Department, Hanoi Medical University Hospital, to describe the clinical, paraclinical characteristics and endoscopic findings in patients with rebleeding during the period from January 2022 to April 2025. A total of 337 patients aged ≥ 16 years with UGIB caused by peptic ulcers and treated with endoscopic hemostasis were included; among them, 26 cases (7.7%) experienced rebleeding, predominantly male (73.1%), with a mean age of 60 years. The most common ulcer site was the anterior duodenal bulb (73.1%), and the average length of hospital stay was 20.4 ± 18.8 days. Forrest classification, ulcer location, and volume of transfused blood were not independent predictors of rebleeding or clinical outcomes. Additionally, early rebleeding (≤ 72 hours) showed no statistically significant association with treatment outcomes.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, gastric and duodenal ulcers, recurrent bleeding

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hoá cao (XHTH cao) do loét dạ dày - tá tràng (DDTT) là một tình trạng cấp cứu nội - ngoại khoa thường gặp và có tỷ lệ mắc đáng kể trên toàn thế giới. Tại Hoa Kỳ, các nghiên cứu dịch tễ cho thấy XHTH cao do loét DDTT chiếm khoảng 30–40% tổng số trường hợp xuất huyết tiêu hoá trên mỗi năm.¹ Đây là tình trạng bệnh lý nghiêm trọng, đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa, đặc biệt là cấp cứu, hồi sức, nội soi, chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật.

Phác đồ xử trí ban đầu tại khoa Cấp cứu đối với bệnh nhân XHTH cao do loét DDTT bao gồm: hồi sức tích cực bằng dịch truyền và chế phẩm máu, sử dụng thuốc ức chế tiết acid dịch vị (thường là PPI liều cao), và can thiệp nội soi dạ dày - tá tràng để chẩn đoán và cầm máu. Nhờ những tiến bộ trong nội soi can thiệp và điều trị nội khoa, tiên lượng của bệnh nhân XHTH cao đã được cải thiện rõ rệt trong vài thập kỷ qua. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong vẫn ở mức cao, dao động từ 3–14%, trong đó chảy máu tái phát (CMTP) được xem là yếu tố tiên lượng quan trọng và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong trong nhóm bệnh nhân này.²

CMTP không chỉ làm tăng nguy cơ tử vong mà còn ảnh hưởng đáng kể đến thời gian nằm viện, nhu cầu can thiệp ngoại khoa, và chi phí điều trị. Theo nhiều nghiên cứu, tỷ lệ chảy máu tái phát sau can thiệp nội soi lần đầu dao động trong khoảng 6,9–13,2%.^{3,4} Việc nhận diện sớm

các yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao bị CMTP là vấn đề then chốt trong chiến lược quản lý hiệu quả XHTH cao.

Tại Việt Nam, tuy có nhiều cơ sở y tế thực hiện nội soi cấp cứu cầm máu XHTH cao, nhưng dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả nội soi ở nhóm bệnh nhân bị CMTP sau nội soi điều trị ban đầu còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi ở nhóm bệnh nhân bị chảy máu tái phát sau can thiệp nội soi cầm máu ban đầu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong giai đoạn 2022–2025. Kết quả nghiên cứu kỳ vọng sẽ góp phần hỗ trợ nhận diện sớm các trường hợp nguy cơ cao và đề xuất hướng quản lý phù hợp nhằm cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 04 năm 2025 tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bao gồm tất cả bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định xuất huyết tiêu hoá cao do loét dạ dày – tá tràng qua nội soi và đã được can thiệp cầm máu qua nội soi. Bệnh nhân và/hoặc người nhà có đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không được nội soi lần 2 xác định chảy máu tái phát, bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá cao do các nguyên nhân khác không phải loét dạ dày tá tràng, và bệnh nhân có hồ sơ bệnh án thiếu thông tin phục vụ thu thập các biến nghiên cứu chính.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu được đưa vào phân tích. Phương pháp chọn mẫu là hồi cứu hồ sơ bệnh án bệnh nhân vào viện từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 4 năm 2025.

Biến nghiên cứu chính: - Chảy máu tái phát: Tình trạng chảy máu sau nội soi can thiệp cầm máu lần đầu, biểu hiện bằng tình trạng nôn máu/ sonde dạ dày ra máu đỏ tươi, đi ngoài phân đen, huyết sắc tố giảm > 20 g/l sau khi đã ổn định sau can thiệp cầm máu và được chẩn đoán xác định qua nội soi lần 2. Trong đó CMTP sớm xảy ra trong 72h đầu, CMTP muộn xảy ra trong vòng 30 ngày sau nội soi can thiệp.

- Kết cục xấu: Bệnh nhân tử vong, bệnh nhân nặng xin về và sau đó được xác nhận là tử vong

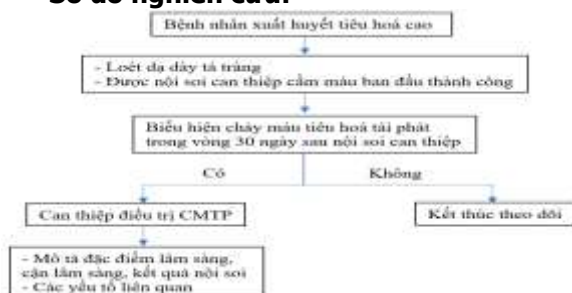
Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được tổng hợp và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 29.0. Các biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm sử dụng các phép kiểm định hai phía phù hợp (chi-squared, Fisher's exact test, t-test), với ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95%.

Đạo đức nghiên cứu: - Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

- Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, không làm thay đổi quy trình điều trị của bệnh nhân.

- Mọi thông tin cá nhân của người tham gia nghiên cứu hoàn toàn được bảo mật và không phục vụ cho mục đích nào khác.

Sơ đồ nghiên cứu:



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 337 bệnh nhân xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày-tá tràng được can thiệp cầm máu qua nội soi trong khoảng thời gian nghiên cứu, trong đó có 26 trường hợp chảy máu tái phát, chiếm tỉ lệ 7,3%.

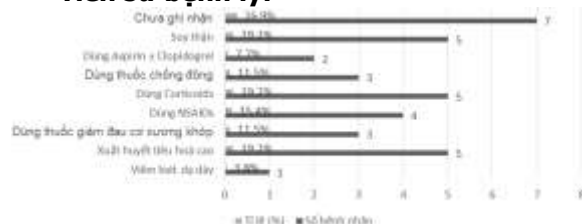
Tuổi: Tuổi trung bình là 60, bệnh nhân thấp nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 91 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ là 2,7.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân chảy máu tiêu hoá tái phát theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
<60 tuổi	9	34,6
60-79 tuổi	14	53,9
≥80 tuổi	3	11,5

Chủ yếu gặp các bệnh nhân chảy máu tiêu hoá tái phát ở nhóm tuổi 60-79 tuổi.

Tiền sử bệnh lý:



Biểu đồ 1. Tiền sử bệnh lý của các bệnh nhân

nhân chảy máu tiêu hoá tái phát

Tiền sử xuất huyết tiêu hoá cao, dùng corticoid, suy thận thường gặp hơn trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

Kết quả nội soi lần đầu theo phân loại Forrest:



Biểu đồ 2. Tình trạng chảy máu của ổ loét qua nội soi

Theo phân loại xuất huyết tiêu hoá Forrest, trong nhóm nghiên cứu có 46% bệnh nhân chảy máu ở mức độ Forrest IIB.

Đa số bệnh nhân (73,1%) trong nhóm CTMP có kích thước ổ loét có đường kính ổ loét từ 1 cm trở lên: 38,5% ổ loét có kích thước 1-2cm (10/26), 34,6% ổ loét có kích thước > 2cm, còn lại 26,9% bệnh nhân CTMP có đường kính ổ loét < 1cm.

Bảng 2. Liên quan giữa kích thước ổ loét và kết quả điều trị

Kích thước ổ loét	OR (CI)	p-value
<1 cm và 1-2 cm	3,6 (0,26 – 50,33)	0,537
1-2 cm và >2 cm	7,2 (0,62-83,35)	0,141

Kích thước ổ loét càng lớn, nguy cơ xảy ra kết cục xấu với người bệnh càng cao, (nhóm 1 – 2 cm cao hơn 3,6 lần so với nhóm < 1cm; nhóm > 2 cm cao hơn 7,2 lần so với nhóm 1 – 2 cm), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê do $p > 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa vị trí ổ loét và kết quả điều trị

Vị trí	n (%)	Khỏi	Tử vong	Tổng	Tỉ lệ tử vong (%)
Bờ cong lớn dạ dày	1 (3,8%)	1	0	1	0
Bờ cong nhỏ dạ dày	2 (7,7%)	2	0	2	0
Thân vị dạ dày	1 (3,8%)	1	0	1	0
Mặt trước hành tá tràng	19 (73,1%)	13	6	19	31,6%
Mặt sau hành tá tràng	1 (3,8%)	1	0	1	0
Mặt trước DI tá tràng	1 (3,8%)	1	0	1	0
Mặt sau DI tá tràng	1 (3,8%)	0	1	1	100,0%
Tổng	26 (100%)	19	7	26	p = 0,527

Tỷ lệ tử vong chung ở nhóm CMTP là 26,9% (7/26), trong đó các ổ loét ở mặt trước hành tá tràng có tỷ lệ tử vong cao nhất (31,6%). Tuy nhiên, không có vị trí nào cho thấy mối liên quan độc lập với tử vong ($p = 0,527$).

26/26 bệnh nhân chảy máu tiêu hóa tái phát sau nội soi đều được sử dụng PPI liều cao tĩnh mạch trong 72 giờ kể từ sau khi cầm máu.

Lượng máu truyền trung bình ở bệnh nhân CMTP là 9 ± 8 đơn vị, có bệnh nhân dù chảy máu tiêu hóa tái phát tuy nhiên không phải truyền khối hồng cầu, bệnh nhân nặng nhất cần truyền 32 đơn vị khối hồng cầu.

Số ngày nằm viện trung bình của các bệnh nhân CMTP là $20,4 \pm 18,8$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 89 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ chảy máu tiêu hóa tái phát (CMTP) sau can thiệp nội soi cầm máu ở bệnh nhân loét dạ dày – tá tràng là 7,7% (26/337 bệnh nhân), nằm trong khoảng dao động được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó (3–14%).¹ Tỷ lệ này cao hơn một chút so với kết quả của Vũ Văn Khiên và cộng sự (6,9%),⁸ nhưng thấp hơn so với báo cáo của Świdnicka-Siergiejko và cộng sự (10,9%).⁵ Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu, chiến lược điều trị và khả năng tiếp cận can thiệp nội soi kịp thời.

Xuất huyết tiêu hóa do loét DDTT thường gặp hơn ở người cao tuổi, đặc biệt là nhóm trên 60 tuổi, có thể do sự gia tăng nhu cầu sử dụng NSAIDs và corticosteroids để điều trị các bệnh lý mạn tính như tim mạch và cơ xương khớp. Các thuốc này là yếu tố nguy cơ đã được chứng minh làm tăng nguy cơ loét tiêu hóa và xuất huyết.^{6,7,8} Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm CMTP là 60, phù hợp với xu hướng trên. Tỷ lệ nam/nữ là 2,7:1, tương tự các nghiên cứu trước và có thể lý giải bởi việc nam giới có tần suất tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như thuốc lá, rượu bia và chất kích thích cao hơn nữ giới.^{9,10}

Tất cả bệnh nhân đều được sử dụng thuốc ức chế bơm proton liều cao sau nội soi cầm máu ban đầu. Khi có biểu hiện nghi ngờ CMTP, 100% bệnh nhân được nội soi lại để đánh giá trước khi chỉ định can thiệp tiếp theo, bao gồm nút mạch (2 ca, 7,7%) và phẫu thuật cấp cứu (6 ca, 23,1%). Mặc dù đây là chiến lược phù hợp với khuyến cáo quốc tế, nhưng tỷ lệ phải can thiệp thêm tương đối cao, cho thấy cần cân nhắc thêm các yếu tố tiên lượng nguy cơ tái phát sớm.

Tỷ lệ tử vong chung ở nhóm CMTP là 26,9% (7/26), trong đó các ổ loét ở mặt trước hành tá

tràng có tỷ lệ tử vong cao nhất (31,6%). Tuy nhiên, không có vị trí nào cho thấy mối liên quan độc lập với tử vong, phù hợp với nhận định của một số nghiên cứu trước rằng vị trí ổ loét không phải là yếu tố tiên lượng mạnh.¹¹

Tương tự, phân loại Forrest ở lần nội soi đầu tiên không liên quan đến tỷ lệ tử vong ($p = 0,80$). Lượng máu truyền trung bình ở nhóm CMTP là $9 \pm 8,8$ đơn vị; dù có xu hướng tăng ở nhóm tử vong, nhưng không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,063$). Điều này cho thấy việc truyền máu phản ánh mức độ mất máu nhưng không dự đoán được kết cục lâm sàng.

Ngoài ra, khi phân tích mối liên quan giữa thời điểm CMTP và tử vong, kết quả cho thấy nguy cơ tử vong cao hơn ở nhóm chảy máu sớm (≤ 72 giờ) với $OR = 2,25$, tuy nhiên khoảng tin cậy rộng (95% CI: 0,346–14,611) và $p > 0,05$, nên không có ý nghĩa thống kê. So sánh kết cục sống/tử vong giữa hai nhóm thời điểm tái phát (≤ 72 giờ và > 72 giờ) cũng không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,658$).

Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm CMTP là $20,4 \pm 18,8$ ngày, dao động từ 3 đến 89 ngày. Những trường hợp nằm viện kéo dài chủ yếu do bệnh nền phức tạp và cần can thiệp hồi sức chuyên sâu như đặt nội khí quản, thở máy.

Tổng thể, kết quả nghiên cứu cho thấy việc xác định sớm các yếu tố nguy cơ tái phát vẫn còn nhiều hạn chế. Các yếu tố như vị trí loét, mức độ xuất huyết (Forrest), và lượng máu truyền không thể hiện được vai trò tiên lượng rõ ràng trong quần thể bệnh nhân này. Điều này đặt ra yêu cầu cần có những nghiên cứu sâu hơn, đa trung tâm và cỡ mẫu lớn hơn để xác định các yếu tố tiên lượng chính xác hơn và cá thể hóa chiến lược điều trị sau nội soi.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chảy máu tiêu hóa tái phát sau nội soi cầm máu trong nghiên cứu là 7,7%. Phân loại Forrest, vị trí ổ loét và số lượng máu truyền không liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết cục điều trị. Chảy máu tái phát sớm (≤ 72 giờ) không làm tăng rõ rệt nguy cơ tử vong. Tuy nhiên, chảy máu tái phát vẫn làm tăng thời gian nằm viện và nhu cầu can thiệp lại, cho thấy cần theo dõi sát và xử trí kịp thời sau nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abulhamail B, Alamer A, Asiri K, et al.** Emergency management of upper gastrointestinal bleeding. *Int J Community Med Public Health*. 2018;5(9): 3647-3652. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20183438
2. **Long ĐV.** Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá

- tràng. In: Bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Y học; 2016:38-45.
3. **Điệp PTH, Phương BK, Ly HTT.** Kết quả kẹp clip cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. Tạp Chí Khoa Học Tiêu Hóa Việt Nam. Published online 2018:3112-3118.
 4. **Tâm HH.** Hiệu quả của tiêm HSE hoặc kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. Published online 2019:22-25.
 5. **Świdnicka-Siergiejko A, Rosołowski M, Wróblewski E, Baniukiewicz A, Dąbrowski A.** Comparison of the efficacy of two combined therapies for peptic ulcer bleeding: adrenaline injection plus haemoclipping versus adrenaline injection followed by bipolar electrocoagulation. Gastroenterol Rev. 2014;6:354-360. doi:10.5114/pg.2014.47898
 6. **Sehested TSG, Carlson N, Hansen PW, et al.** Reduced risk of gastrointestinal bleeding associated with proton pump inhibitor therapy in patients treated with dual antiplatelet therapy after myocardial infarction. Eur Heart J. 2019; 40(24): 1963-1970. doi:10.1093/eurheartj/ehz104
 7. **Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH.** Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: a meta-analysis. The Lancet. 2002;359(9300):14-22. doi:10.1016/s0140-6736(02)07273-2
 8. **Messer Julio, Reitman Dinah, Sacks Henry S., Smith Harry, Chalmers Thomas C.** Association of Adrenocorticosteroid Therapy and Peptic-Ulcer Disease. N Engl J Med. 1983;309(1): 21-24. doi:10.1056/NEJM198307073090105
 9. **Hearnshaw SA, Logan RFA, Lowe D, Travis SPL, Murphy MF, Palmer KR.** Use of endoscopy for management of acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: results of a nationwide audit. Gut. 2010;59(8):1022-1029. doi:10.1136/gut.2008.174599
 10. **Laine L, Jensen DM.** Management of Patients With Ulcer Bleeding. Am J Gastroenterol. 2012;107(3):345-360. doi:10.1038/ajg.2011.480

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN VÀ ĐÁNH GIÁ CK19 TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Thuý Quỳnh¹, Nguyễn Công Trung², Đoàn Minh Khuy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) theo phân loại tổ chức y tế thế giới (TCYTG) 2019 và đánh giá biểu hiện CK19 – một dấu ấn tế bào gốc gan trong mối liên hệ với các yếu tố tiên lượng mô học. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả – phân tích hồi cứu trên 182 trường hợp UTBMTBG phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai (2020- 2022). Biểu hiện CK19 được xác định bằng nhuộm hóa mô miễn dịch (HMMĐ), các đặc điểm mô học được phân tích và đối chiếu với các yếu tố mô học ác tính. **Kết quả:** UTBMTBG trong nghiên cứu chủ yếu có tít mô học thể thông thường (56,0%), cấu trúc mô hỗn hợp (51,1%), phân bào nhiều (67,6%) và xâm nhập mạch máu vi thể (37,9%). CK19 dương tính ở 49 trường hợp (26,9%), gồm 29 ca dạng ổ (15,9%) và 20 ca lan tỏa (11,0%). CK19 dương tính liên quan có ý nghĩa thống kê với phân bào nhiều ($p = 0,0002$), hoại tử u ($p = 0,0228$), xâm nhập mạch máu vi thể ($p = 0,0021$), viêm nhiều ($p = 0,0001$), và có tỷ lệ cao ở các tít mô học ít gặp như xơ cứng (83,3%) và giàu lympho bào (75,0%). Nhóm biểu hiện lan tỏa cho thấy xu hướng gắn với các đặc điểm mô học ác tính nổi bật hơn so với ổ và âm tính. **Kết luận:** Biểu hiện CK19 trong

UTBMTBG liên quan chặt chẽ đến các yếu tố tiên lượng mô học bất lợi, gợi ý vai trò của dấu ấn này trong phân tầng nguy cơ và định hướng điều trị cá thể hóa điều trị. **Từ khoá:** CK19, ung thư biểu mô tế bào gan, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch, tiên lượng.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL FEATURES OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND EVALUATION OF CK19 EXPRESSION

Objective: To describe the histopathological features of hepatocellular carcinoma (UTBMTBG) according to the 2019 WHO classification and evaluate the expression of CK19 – a hepatic progenitor marker – in relation to histological prognostic factors. **Patients and Methods:** A retrospective descriptive-analytical study was conducted on 182 cases of surgically resected HCC at Bach Mai Hospital (2020–2022). CK19 expression was assessed by immunohistochemistry (IHC), and histopathological parameters were examined microscopically and compared with adverse prognostic features. **Results:** The predominant histological subtype was the conventional type (56.0%), with a majority showing mixed architecture (51.1%), high mitotic activity (67.6%), and microvascular invasion (37.9%). CK19 positivity was observed in 49 cases (26.9%), including 29 focal (15.9%) and 20 diffuse (11.0%) patterns. CK19 expression was significantly associated with high mitotic index ($p = 0.0002$), tumor necrosis ($p = 0.0228$), microvascular invasion ($p = 0.0021$), and marked inflammatory infiltration ($p = 0.0001$), and was more frequent in rare histological subtypes such as the scirrhous (83.3%) and lymphocyte-rich (75.0%)

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thuý Quỳnh

Email: quynhchau0810@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

types. The diffuse CK19 expression group tended to show more aggressive histological features than the focal or negative groups.. **Conclusion:** CK19 expression in HCC is closely associated with adverse histological prognostic features, highlighting its potential role in risk stratification and personalized treatment planning.

Keywords: CK19, hepatocellular carcinoma, histopathology, immunohistochemistry, prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là loại ung thư gan nguyên phát phổ biến nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư tại nhiều quốc gia châu Á, trong đó có Việt Nam⁸. Dù đã có tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ tái phát và di căn sau phẫu thuật vẫn còn cao, đòi hỏi cần nhận diện các dấu ấn mô học liên quan đến tiên lượng xấu để cá thể hóa điều trị.

CK19 (cytokeratin 19) là một dấu ấn biểu mô thường được biểu hiện trong ung thư đường mật, tuy nhiên gần đây ngày càng được ghi nhận ở một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân UTBMTBG². Nhiều nghiên cứu cho thấy biểu hiện CK19 có liên quan đến đặc tính tế bào gốc⁷, khả năng xâm lấn, di căn sớm và đáp ứng kém với các phương pháp điều trị thông thường^{2,6}.

Tại Việt Nam, dữ liệu về CK19 trong UTBMTBG còn hạn chế, đặc biệt là mối liên hệ với các yếu tố mô học như độ biệt hóa, phân bào hay xâm nhập mạch máu. Nghiên cứu biểu hiện CK19 trên quần thể bệnh nhân Việt Nam sẽ giúp đánh giá giá trị tiên lượng và khả năng ứng dụng dấu ấn này trong thực hành giải phẫu bệnh. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) theo phân loại TCYTGG 2019 và đánh giá biểu hiện CK19 – một dấu ấn tế bào gốc gan – trong mối liên hệ với các yếu tố tiên lượng mô học.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 182 bệnh nhân UTBMTBG sau phẫu thuật tại Trung tâm Giải phẫu bệnh – Tế bào học, Bệnh viện Bạch Mai (01/2020–12/2022).

Tiêu chuẩn lựa chọn: Mẫu mô gan được chẩn đoán UTBMTBG trên tiêu bản HE, còn nguyên vẹn, đủ điều kiện nhuộm HMMD, kèm đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mô bị hoại tử >90%, không đủ mô đánh giá, UTBMTBG phối hợp ung thư đường mật hoặc di căn gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.
- Chọn mẫu toàn bộ

- Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

2.3. Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu.

Biến lâm sàng – đại thể: Bao gồm tình trạng nhiễm virus (HBV, HCV), xơ gan (có/không), số lượng khối u (đơn độc, 2 nốt hoặc nhiều), và kích thước khối u (<20 mm; 20–50 mm; >50 mm).

Biến mô học: được đánh giá trên tiêu bản nhuộm Hematoxylin – Eosin (H&E) như sau:

Độ biệt hóa: phân loại cao, vừa và kém theo TCYTGG 2019⁸, dựa trên hình thái tế bào và độ dị dạng nhân.

Cấu trúc mô học: gồm bè, giả tuyến, đặc hoặc hỗn hợp. Cấu trúc chiếm ưu thế xác định theo tiêu chí của Calderaro et al.² (≥75% diện mô); nếu không dạng nào ≥75%, xếp là hỗn hợp.

Típ mô học: theo phân loại của TCYTGG 2019⁸.

Phân bào: đếm trên 10 vi trường lớn (400×) tại vùng hoạt động cao nhất, phân loại thành thấp (<10/10 QTL) và cao (≥10/10 QTL)⁷.

Xâm nhập mạch máu vi thể: ghi nhận khi có tế bào u trong lòng mạch tại rìa u trên tiêu bản H&E

Hoại tử u: ghi nhận khi có vùng hoại tử lan tỏa (không tính hoại tử tế bào đơn lẻ)..

Xâm nhập viêm: đánh giá định tính trên ít nhất 2 vi trường lớn (×400), phân loại ít, vừa hoặc nhiều dựa theo mật độ lympho bào. Không tính viêm quanh tĩnh mạch trung tâm để loại trừ viêm mạn kèm theo⁶.

Đánh giá biểu hiện CK19. CK19 nhuộm bằng kỹ thuật hóa mô miễn dịch với kháng thể clone A53-B/A2.26 (Novocastra) trên máy Ventana Benchmark XT. Kết quả đọc dưới kính hiển vi quang học, có kiểm tra của giảng viên chuyên môn.

Biểu hiện được coi là dương tính khi ≥5% diện mô u bắt màu ở bào tương hoặc màng tế bào u. Dương tính được chia thành: Dạng ổ (focal): bắt màu rải rác thành cụm nhỏ không liên tục; Dạng lan tỏa (diffuse): bắt màu đồng đều trên phần lớn diện mô u⁷. Phân nhóm dựa vào mô hình thực hành; hiện chưa có tiêu chuẩn quốc tế cụ thể.ràng^{2,7}

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mô bệnh học và lâm sàng của quần thể nghiên cứu

Đặc điểm	Biến phụ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhiễm virus	B	155	85.2
	0	23	12.6
	C	4	2.2
Xơ gan Child Pugh	A	146	80.2
	B	4	2.2

Kích thước u	Không	32	17.6
	20-50mm	119	65.4
	>50mm	46	25.3
	<20mm	17	9.3
Số lượng u	1	160	87.9
	2	13	7.1
	Nhiều nốt	9	4.9
	Thông thường	102	56.0
Típ mô học	Bề lớn	37	20.3
	Viêm gan nhiễm mỡ	19	10.4
	Tế bào sáng	14	7.7
	Xơ cứng	6	3.3
	Lympho bào	4	2.2
	Hỗn hợp	93	51.1
Cấu trúc mô học	Bề	73	40.1
	Đặc	12	6.6
	Tuyến	4	2.2
	Nhiều	123	67.6
Phân bào	Ít	59	32.4
	Không	113	62.1
Xâm nhập mạch máu vi thể	Có	69	37.9
	Ít	73	40.1

viêm	Vừa	82	45.1
	nhiều	27	14.8
Hoại tử u	không	94	51.2
	có	88	48.3

Nhận xét: Trong 182 trường hợp UTBMTBG, phần lớn bệnh nhân nhiễm HBV (85,2%), có xơ gan mức A (80,2%), u đơn độc (87,9%) và kích thước 20–50 mm (65,4%). Típ mô học thường gặp là thể thông thường (56,0%) và bề lớn (20,3%), với cấu trúc mô học chủ yếu là hỗn hợp (51,1%) và bề (40,1%). Tỷ lệ các yếu tố ác tính mô học khá cao: phân bào nhiều (67,6%), xâm nhập mạch máu vi thể (37,9%), viêm vừa đến nhiều (59,9%) và hoại tử u (48,3%).

3.2. Biểu hiện CK19 trong UTBMTBG. Trong tổng số 182 trường hợp UTBMTBG, biểu hiện dương tính với CK19 được ghi nhận ở 49 ca (26,9%), bao gồm 29 ca biểu hiện dạng ổ (15,9%) và 20 ca lan tỏa mạnh (11,0%). Còn lại 133 ca (73,1%) âm tính hoàn toàn với CK19.

3.3. Mối liên quan giữa biểu hiện CK19 và đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học

Bảng 2. Mối liên quan giữa biểu hiện CK19 và các đặc điểm lâm sàng - mô bệnh học trong UTBMTBG

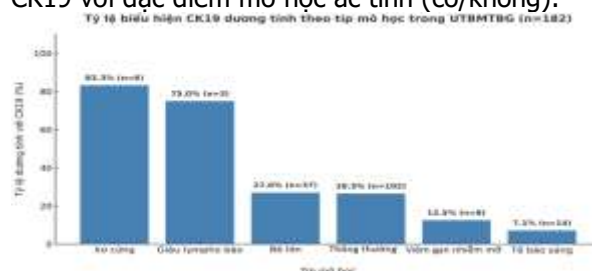
Yếu tố	Nhóm	Dương tính (n)	Âm tính (n)	Tổng	Dương tính (%)	Âm tính (%)	Giá trị p
A. Đặc điểm lâm sàng–đại thể							
Nhiễm virus	Không	4	19	23	17.4	82.6	0.3333
	HBV (B)	43	112	155	27.7	72.3	
	HCV (C)	2	2	4	50.0	50.0	
Xơ gan	Không	12	20	32	37.5	62.5	0.1756
	A	37	109	146	25.3	74.7	
	B	0	4	4	0.0	100.0	
Số lượng u	1 u	44	116	160	27.5	72.5	0.8932
	2 u	3	10	13	23.1	76.9	
	Nhiều u	2	7	9	22.2	77.8	
Kích thước u (mm)	<20	7	10	17	41.2	58.8	0.2541
	20–50	28	91	119	23.5	76.5	
	>50	14	32	46	30.4	69.6	
B. Đặc điểm mô học							
Típ mô bệnh học	Bề lớn	10	27	37	27.0	73.0	0.0042
	Giàu bạch cầu đa nhân trung tính	0	0		0.0	0.0	
	Giàu lympho bào	3	1	4	75.0	25.0	
	Thông thường	27	75	102	26.5	73.5	
	Tế bào sáng	1	13	14	7.1	92.9	
	Viêm gan nhiễm mỡ	3	16	19	15.8	84.2	
	Xơ cứng	5	1	6	83.3	16.7	
	Xơ lá	0	0		0.0	0.0	
Độ biệt hoá	Biệt hóa cao	0	5	5	0.0	100.0	0.269
	Biệt hóa vừa	30	87	117	25.6	74.4	
	Biệt hóa kém	19	41	60	31.7	68.3	
Cấu trúc mô học	Bề	15	58	73	20.5	79.5	0.3448
	Hỗn Hợp	28	65	93	30.1	69.9	

	Tuyến	1	3	4	25	75	
	Đặc	5	7	12	41.7	58.3	
Phân bào	Mức độ cao	44	79	123	35.8	64.2	0.0002
	Mức độ thấp	5	54	59	8.5	91.5	
Hoại tử u	Có	31	57	88	35.2	64.8	0.0228
	Không	18	76	94	19.1	80.9	
Xâm nhập mạch vi thể	Có	28	41	69	40.6	59.4	0.0021
	Không	21	92	113	18.6	81.4	
Xâm nhập viêm	Nhiều	13	14	27	48.1	51.9	0.0001
	Vừa	28	54	82	34.1	65.9	
	Ít	8	65	73	11.0	89.0	

Bảng 3. So sánh đặc điểm mô học theo kiểu hình biểu hiện CK19 trong UTBMTBG

Biểu hiện CK19	Phân bào nhiều (%)	Có xâm nhập mạch (%)	Viêm nhiều (%)	Hoại tử u có (%)
Âm tính	59.4	30.8	10.5	42.9
Dương tính ổ	89.7	58.6	17.2	75.9
Dương tính lan tỏa	90.0	55.0	40.0	45.0
Giá trị p	0.0005	0.005	0.0023	0.0053

Chú thích: CK19: cytokeratin 19; UTBMTBG: ung thư biểu mô tế bào gan. Giá trị p được tính bằng chi-square test (χ^2 test) hoặc kiểm định Fisher (nếu tần suất thấp) giữa 3 nhóm biểu hiện CK19 với đặc điểm mô học ác tính (có/không).



Hình 1. Tỷ lệ biểu hiện CK19 dương tính theo típ mô học trong ung thư biểu mô tế bào gan (n=182)

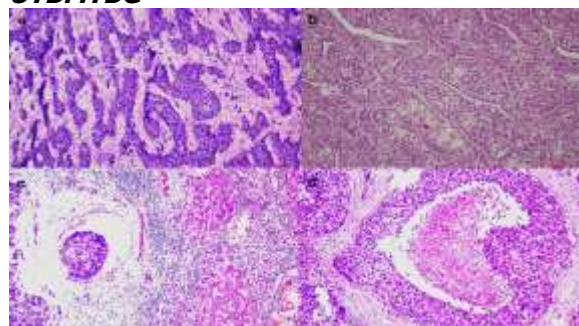
Nhận xét: Trong quần thể nghiên cứu, CK19 dương tính được ghi nhận ở 26,9% số ca, chủ yếu dưới hai dạng biểu hiện: ổ (15,9%) và lan tỏa (11,0%). CK19 dương tính có liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc điểm mô học: phân bào nhiều (35,8% so với 8,5%; $p = 0,0002$), xâm nhập mạch máu vi thể (40,6% so với 18,6%; $p = 0,0021$), hoại tử u (35,2% so với 19,1%; $p = 0,0228$) và viêm nhiều (48,1% so với 11,0%; $p = 0,0001$). Tỷ lệ CK19 dương tính khác biệt giữa các típ mô học ($p = 0,0042$), cao nhất ở thể xơ cứng (83,3%) và giàu lympho bào (75,0%) so với thể thông thường (17,6%), bề lớn (27,0%) và viêm gan nhiễm mỡ (26,3%) (Hình 1).

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa giữa CK19 với các đặc điểm lâm sàng – đại thể như

tình trạng nhiễm virus ($p = 0,3333$), xơ gan ($p = 0,1756$), kích thước khối u ($p = 0,8932$) và số lượng khối u ($p = 0,2541$).

Phân tích sâu theo kiểu hình biểu hiện CK19 cho thấy nhóm lan tỏa cho thấy tỷ lệ phân bào nhiều cao nhất (90,0%), xâm nhập mạch máu vi thể (55,0%), viêm nhiều (40,0%) và hoại tử u (45,0%). Sự khác biệt giữa ba kiểu biểu hiện CK19 (âm tính, ổ, lan tỏa) về các đặc điểm mô học đều có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0005$; $0,005$; $0,0023$; $0,0053$) (Bảng 3).

Một số hình ảnh mô bệnh học của UTBMTBG



Hình 2. Một số đặc điểm mô bệnh học trong UTBMTBG

(a) thể xơ cứng; (b) bề lớn; (c) xâm nhập mạch máu vi thể; (d) hoại tử u (HE, $\times 100$)



Hình 3. Biểu hiện CK19 qua hóa mô miễn dịch trong UTBMTBG

(a) Dương tính lan tỏa mạnh ($\times 100$); (b) Dương tính ổ ($\times 40$); (c) Âm tính hoàn toàn ($\times 100$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này khảo sát biểu hiện CK19 trong 182 trường hợp UTBMTBG phẫu thuật tại một trung tâm lớn tại Việt Nam, kết hợp mô tả đặc điểm mô bệnh học theo phân loại TCYTGT

2019. Đây là một trong số ít nghiên cứu trong nước đánh giá biểu hiện CK19 trên số lượng lớn bệnh phẩm, có phân tích kiểu hình nhuộm và đối chiếu với các yếu tố mô học chi tiết.

Về đặc điểm mô bệnh học, thể thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất (56,0%), tiếp theo là thể bề lớn (20,3%) và viêm gan nhiễm mỡ (10,4%). Các thể ít gặp như xơ cứng (3,3%) và giàu lympho bào (2,2%) tuy hiếm gặp nhưng lại có tỷ lệ CK19 dương tính rất cao, cho thấy khả năng mang đặc điểm sinh học đặc biệt. Về cấu trúc mô học, đa số các u có cấu trúc hỗn hợp (51,1%) và bề (40,1%), phản ánh đặc điểm dị dạng cao trong UTBMTBG. Tỷ lệ các yếu tố mô học ác tính khá cao: phân bào nhiều (67,6%), xâm nhập mạch vi thể (37,9%), hoại tử u (48,3%) và viêm vừa đến nhiều (59,9%) – phù hợp với đặc điểm tiến triển lạnh lẽ và tái phát sớm của UTBMTBG ngay cả khi được phẫu thuật triệt để.

Tỷ lệ CK19 dương tính là 26,9%, nằm trong khoảng 10–30% được ghi nhận trong y văn quốc tế^{3,6}. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kawai et al. (2015)⁴ và Matthai et al. (2013)⁷, nhưng thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Li R. et al. (2012)⁶ (41%) – điều này có thể phản ánh sự khác biệt trong quần thể nghiên cứu, kỹ thuật nhuộm, hoặc tiêu chuẩn đánh giá dương tính. Trong số đó, biểu hiện dạng ổ chiếm đa số (15,9%) còn lan tỏa chỉ 11,0%. Mặc dù số ca lan tỏa còn hạn chế, nhóm này có tỷ lệ phân bào nhiều, xâm nhập mạch và viêm nhiều cao hơn nhóm ổ và âm tính, phù hợp với nhận định của Calderaro và Kawai về kiểu hình sinh học xâm lấn^{2,4}.

CK19 dương tính có liên quan chặt chẽ với các yếu tố mô học ác tính như phân bào nhiều, hoại tử u, xâm nhập mạch máu vi thể, và cũng liên quan với tình trạng viêm mức độ nhiều ($p < 0,05$). Ngoài ra, sự khác biệt có ý nghĩa theo tít mô học ($p = 0,0042$), với tỷ lệ CK19 dương tính đặc biệt cao ở thể xơ cứng (83,3%) và thể giàu lympho bào (75,0%) – đây là các phân nhóm hiếm gặp nhưng tiềm ẩn nguy cơ tiên lượng xấu. Ngược lại, các đặc điểm đại thể như nhiễm virus, xơ gan, kích thước và số lượng khối u không liên quan có ý nghĩa với CK19, gợi ý rằng CK19 phản ánh bản chất vi thể sâu hơn của khối u, vượt ra ngoài các thông số lâm sàng truyền thống.

Phân tích chi tiết trong bảng 3 cho thấy, nhóm biểu hiện lan tỏa có tỷ lệ phân bào nhiều cao nhất (90,0%), kèm theo tỷ lệ xâm nhập mạch máu vi thể (55,0%) và viêm mức độ nhiều (40,0%) cũng vượt trội so với nhóm ổ và âm tính. Dù số lượng ca lan tỏa còn hạn chế, xu

hướng này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây về vai trò tiên lượng bất lợi của kiểu hình biểu hiện CK19 lan tỏa^{2,4}. Điều này gợi ý rằng không chỉ tình trạng dương tính CK19 nói chung, mà kiểu hình biểu hiện cũng có thể mang giá trị tiên lượng độc lập, cần được tiếp tục xác nhận ở các nghiên cứu lớn hơn. Hiện tại, việc phân loại kiểu hình CK19 (ổ, lan tỏa) chủ yếu dựa trên quan sát mô học và kinh nghiệm chuyên gia, chưa có tiêu chuẩn phân trăm diện mô u cụ thể hay sự chuẩn hóa quốc tế. Vì vậy, kết luận về giá trị tiên lượng của phân nhóm này cần được xem như gợi ý ban đầu, cần được kiểm chứng thêm trong các nghiên cứu chuẩn hóa sau này.

Một số tác giả đã đề xuất vai trò của CK19 như một dấu ấn tiên lượng trong UTBMTBG, gợi mở hướng tiếp cận điều trị tích cực hơn ở nhóm dương tính CK19 – bao gồm TACE, điều trị toàn thân sớm, hoặc theo dõi sát sau phẫu thuật^{1,5}. Trong thực hành giải phẫu bệnh tại Việt Nam, nhuộm hóa mô miễn dịch CK19 đã trở nên phổ biến và có thể thực hiện dễ dàng tại các bệnh viện tuyến trung ương, thậm chí tuyến tỉnh. Vì vậy, việc đưa CK19 vào bảng chỉ định nhuộm cơ bản cho các ca UTBMTBG – đặc biệt ở nhóm nghi ngờ biệt hóa kém hoặc có đặc điểm mô học ác tính – là khả thi và hữu ích trong thực tế lâm sàng.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thiết kế hồi cứu đơn trung tâm khiến chưa thể phân tích được mối liên hệ giữa biểu hiện CK19 với thời gian sống còn hoặc nguy cơ tái phát. Một số nhóm mô học hiếm gặp có số lượng mẫu nhỏ, làm giảm độ tin cậy của phân tích thống kê. Ngoài ra, việc phân loại kiểu hình biểu hiện CK19 vẫn mang tính chủ quan định tính, chưa áp dụng các phương pháp lượng hóa hiện đại. Cần có các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn, kết hợp theo dõi tiến triển lâm sàng để làm rõ vai trò tiên lượng và định hướng điều trị của CK19 trong thực hành.

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào gan trong nghiên cứu có đặc điểm mô học đa dạng, trong đó thể thông thường và cấu trúc mô hỗn hợp chiếm ưu thế. Biểu hiện CK19 dương tính được ghi nhận ở 26,9% số ca và có liên quan có ý nghĩa với các yếu tố mô học bất lợi như phân bào nhiều, hoại tử u, xâm nhập mạch máu vi thể và viêm nhiều. Kiểu hình biểu hiện lan tỏa có xu hướng gắn với các đặc điểm xâm lấn rõ hơn. Những kết quả này cho thấy tiềm năng ứng dụng của CK19 trong phân tầng nguy cơ và định hướng điều trị cá thể hóa cho bệnh nhân UTBMTBG, đặc biệt trong thực hành giải phẫu bệnh tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Calderaro J, Couchy G, Imbeaud S, et al.** Histological subtypes of hepatocellular carcinoma are related to the tumor microenvironment and CTNNB1 mutation. *Hepatology*. 2017;65(1):112–124.
2. **Calderaro J, Paradis V, Zafrani ES, et al.** Progenitor cell features are associated with aggressive hepatocellular carcinoma. *Hepatology*. 2014;60(2):496–507.
3. **Govaere O, Komuta M, Berkers J, et al.** Keratin 19 expression identifies poor prognosis hepatocellular carcinomas. *Hepatology*. 2014;60(3):1117–1128.
4. **Kawai T, Yamaguchi T, Kakumu S, et al.** CK19-positive hepatocellular carcinoma: a novel prognostic subtype with high metastatic potential. *J Gastroenterol*. 2015;50(6):645–654.
5. **Kumagai S, Sata M, Suzuki H, et al.** Histological and immunohistochemical features of hepatocellular carcinoma with cholangiocellular carcinoma markers. *J Hepatol*. 1999;30(2):238–244.
6. **Li R, Yiu MK, Huo A, et al.** CK19 expression correlates with the prognosis of patients with hepatocellular carcinoma. *J Clin Pathol*. 2012;65(6):431–436.
7. **Matthai SM, Ramakrishna B, Alexander J, et al.** CK19 expression in hepatocellular carcinoma: diagnostic and prognostic implications. *Indian J Pathol Microbiol*. 2013;56(4):349–353.
8. **WHO Classification of Tumours Editorial Board.** Digestive System Tumours. 5th ed. Lyon: IARC Press; 2019:1–400.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CÓ TRỤC NHÃN CẦU NGẮN TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỦY TINH THỂ

Đoàn Kim Thành^{1,2}, Nguyễn Thị Tú Uyên¹, Lưu Thị Thuý Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo một số đặc điểm lâm sàng của người bệnh trước và sau phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể có trục nhãn cầu ngắn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 32 trường hợp có trục nhãn cầu ngắn dưới 21mm có phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu tại Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh từ 03/2025 đến 09/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 32 trường hợp có trục nhãn cầu ngắn (trung bình $20,3 \pm 1,2$ mm), tuổi trung bình là $62,1 \pm 11,8$ tuổi, nữ giới chiếm 68,8%. Thị lực chỉnh kính tối đa cải thiện đáng kể từ $0,7 \pm 0,4$ LogMAR trước phẫu thuật thành $0,2 \pm 0,2$ sau 3 tháng ($p < 0,001$). Thị lực không kính cải thiện từ $0,5 \pm 0,4$ LogMAR sau 1 tuần thành $0,3 \pm 0,2$ sau 3 tháng ($p < 0,001$). Nhãn áp giảm từ $15,4 \pm 3,5$ mmHg trước phẫu thuật xuống $12,9 \pm 2,2$ sau 3 tháng ($p < 0,001$). Mật độ tế bào nội mô giảm từ $2521 \pm 238,2$ xuống $2161,5 \pm 429,4$ tế bào/mm² ($p < 0,001$). Các chỉ số hình thái nội mô như hệ số biến thiên ($p = 0,432$) và tỷ lệ tế bào lục giác ($p = 0,776$) không thay đổi đáng kể. Độ dày giác mạc tăng nhẹ sau 1 tuần (từ $549 \pm 30,2$ thành $567,3 \pm 28,3$ μ m) nhưng giảm dần về mức nền sau 3 tháng ($541 \pm 27,1$ μ m; $p < 0,001$). **Kết luận:** Phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể ở bệnh nhân có trục nhãn cầu ngắn giúp cải thiện rõ rệt thị lực, giảm nhãn áp và duy trì cấu trúc nội mô giác mạc trong ngắn hạn. Tuy nhiên, sự giảm mật độ tế bào nội mô cho thấy cần theo dõi lâu dài, đặc biệt ở nhóm có nền nội mô yếu. Nghiên cứu này có thể làm tiền đề

cho các nghiên cứu so sánh hoặc theo dõi tiến triển lâu dài trên nhóm bệnh nhân có đặc điểm giải phẫu nhãn cầu bất thường. **Từ khóa:** trục nhãn cầu ngắn, phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SHORT AXIAL EYES LENGTH BEFORE AND AFTER PHACOEMULSIFICATION SURGERY

Objective: Report some clinical characteristics of the patient with short axial eyes length before and after phacoemulsification surgery. **Subjects and research methods:** We conducted research on 32 cases with short axial eyes length shorter than 21mm with the indication of phacoemulsification surgery at The Eye Hospital of Ho Chi Minh City from 03/2025 to 09/2025. **Results:** The study included 32 cases with short axial length (mean $20,3 \pm 1,2$ mm), with a mean age of $62,1 \pm 11,8$ years, and females accounted for 68,8% of the cohort. Best corrected visual acuity improved significantly from $0,7 \pm 0,4$ LogMAR preoperatively to $0,2 \pm 0,2$ at 3 months postoperatively ($p < 0,001$). Uncorrected visual acuity improved from $0,5 \pm 0,4$ LogMAR at 1 week postoperatively, to $0,3 \pm 0,2$ at 3 months ($p < 0,001$). Intraocular pressure decreased from $15,4 \pm 3,5$ mmHg before surgery to $12,9 \pm 2,2$ at 3 months ($p < 0,001$). Endothelial cell density declined from $2521 \pm 238,2$ to $2161,5 \pm 429,4$ cells/mm² ($p < 0,001$). Morphological parameters of the endothelium such as the coefficient of variation index ($p = 0,432$) and hexagonality ($p = 0,776$) showed no significant changes. Central corneal thickness increased slightly at 1 week (from $542,8 \pm 51$ to $567,3 \pm 28,3$ μ m), then gradually returned to baseline at 3 months postoperatively ($541 \pm 27,1$ μ m; $p < 0,001$). **Conclusions:** Phacoemulsification improves vision, lowers intraocular pressure, and maintains corneal morphology in short axial length eyes. Yet, endothelial cell loss warrants long-term follow-up, especially in

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Thị Thuý Linh

Email: luuthuylinh194@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

vulnerable patients, and supports further comparative studies. **Keywords:** short axial eyes length, phacoemulsification surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mắt có trục nhãn cầu ngắn (chiếm 0,046–0,11% bệnh nhân) là tình trạng hiếm gặp, phức tạp và dễ gây biến chứng thị lực nghiêm trọng [7]. Đây là một phổ lâm sàng gồm tật không nhãn cầu, tật mắt nhỏ và tật mắt siêu nhỏ (dưới -2SD so với dân số chung). Phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp nhũ tương hóa thủy tinh thể là một phẫu thuật được xem là an toàn, tuy nhiên trên nhóm bệnh nhân (BN) này khó khăn hơn về mặt kỹ thuật với tỷ lệ biến chứng phẫu thuật khá cao [3,8,9]. Nguyên nhân chủ yếu là do tiền phòng nông, gây khó khăn trong các bước xé bao, thủy tách, chẻ nhân, làm tăng nguy cơ viêm và phù giác mạc [4,8]. Ngoài ra, mắt trục cực ngắn còn dễ tràn dịch hắc mạc và hội chứng thủy dịch lệch hướng [3,5,9].

Nhìn chung, đây là một phẫu thuật khó, đòi hỏi bác sĩ có kinh nghiệm để nhận biết và xử trí biến chứng trước, trong, sau phẫu thuật. Đáng lưu ý, BN trục nhãn cầu ngắn thường có tật khúc xạ nặng trước phẫu thuật, ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống. Do đó, kết quả thị lực sau phẫu thuật có ý nghĩa rất lớn. Về sinh bệnh học, một số ý kiến cho rằng việc tán nhuyễn thể thủy tinh ảnh hưởng trực tiếp đến tế bào nội mô giác mạc. Trên người Việt Nam, sự thay đổi này thế nào? Ý nghĩa lâm sàng ra sao? Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng của BN có trục nhãn cầu ngắn trước và sau phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh từ 03/2025 đến 09/2025.

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán trục nhãn cầu ngắn có đục thủy tinh thể và có chỉ định phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể.

Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ người bệnh đến khám và điều trị tại bệnh viện có trục nhãn cầu ngắn dưới 21 mm, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu. Cuối cùng nghiên cứu khảo sát được 32 người bệnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán trục nhãn cầu ngắn <21 mm, đục thủy tinh thể và có chỉ định tán nhuyễn thủy tinh thể. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh mắc các bệnh lý tại giác mạc, dịch kính hoặc hoàng điểm, tiền căn glaucoma, có tiền sử phẫu thuật hoặc viêm nhiễm tại mắt, có sức khỏe tâm thần không ổn định, không hợp tác trong quá trình nghiên cứu (thăm khám, chụp hình nội mô, điều trị, tái khám).

Biên số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của người bệnh: tuổi, giới tính, bệnh nền, tiền căn liên quan đến glaucoma.
- Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật: chỉ số nhãn áp, thị lực chỉnh kính tối đa (BCVA), độ khúc xạ, đường kính giác mạc, mật độ tế bào nội mô (endothelial cell density – ECD), độ biến thiên kích thước tế bào (coefficient of variation – CV), tỷ lệ tế bào lục giác (HEX), chiều dài trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng, độ dày thể thủy tinh, độ dày trung tâm giác mạc (CCT), độ mở góc tiền phòng, công suất IOL sử dụng.

- Đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật (mốc 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng): nhãn áp, thị lực không chỉnh kính, thị lực chỉnh kính tối đa, độ khúc xạ tồn dư, số lượng tế bào nội mô.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi được thu thập, làm sạch và nhập bằng phần mềm Excel và phân tích bằng R phiên bản 4.5.1.

Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được chấp thuận của Hội Đồng Đạo Đức trong trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch thông qua theo quyết định số 2069/QĐ-TĐHYKPNT ngày 13 tháng 6 năm 2024 và được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện cho phép thực hiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu (n=32)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Từ 30-50 tuổi	6	18,8
	Từ 51 – 60 tuổi	6	18,8
	Từ 61 – 70 tuổi	10	31,3
	Trên 70 tuổi	10	31,3
	Trung bình: 62,1 ± 11,8 (39 – 75)		
Giới tính	Nam	10	31,3
	Nữ	22	68,8
Bệnh nền	Tăng huyết áp	12	37,5
	Đái tháo đường	8	25,0
Tiền căn liên quan tới glaucoma	Không	32	100,0
Tiền căn can thiệp điều trị liên quan đến glaucoma	Không	32	100,0

Độ mở góc tiền phòng	Độ 3	23	71,9
	Độ 4	9	28,1
Chiều dài trục nhãn cầu	Rất ngắn (<20 mm)	7	21,9
	Ngắn (20 - <21 mm)	25	78,1

Trong tổng số 32 trường hợp (TH) tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $62,1 \pm 11,8$ tuổi (nhỏ nhất 39 tuổi và lớn nhất là 75 tuổi), nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 61-70 tuổi và trên 70 tuổi, mỗi nhóm chiếm 31,3%.

Về giới tính, nữ giới chiếm ưu thế với 68,8%, trong khi nam chỉ chiếm 31,3%, tỉ lệ nữ/nam là 2,2.

Về bệnh nền, tăng huyết áp là bệnh lý phổ biến nhất (37,5%), tiếp theo là đái tháo đường (25%). 100% TH không có tiền căn liên quan tới glaucoma hoặc can thiệp điều trị liên quan tới glaucoma trước đó.

Trong số 32 TH, toàn bộ đều có độ mở góc tiền phòng ở mức 3 hoặc 4 theo phân loại góc (Shaffer). Cụ thể, 71,9% TH (n = 23) có độ 3, trong khi 28,1% TH (n = 9) có góc mở rộng hơn ở độ 4.

Về chiều dài trục nhãn cầu, đa số BN có chiều dài trục ngắn (20 - <21 mm), chiếm 78,13%, trong khi nhóm rất ngắn (<20 mm) chiếm 21,88%.

3.2. Các đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Bảng 2. Các đặc điểm lâm sàng của đôi tượng trước phẫu thuật (n=32)

Chỉ số	Trung bình $\pm$ ĐLC	Nhỏ nhất – Lớn nhất
Nhãn áp (mmHg)	$15,4 \pm 3,5$	9,0 – 22,0
BCVA (LogMar)	$0,7 \pm 0,4$	0,0 – 1,7
Độ khúc xạ (D)	Viễn	$6,0 \pm 2,3$
	Cận loạn	$0,9 \pm 0,9$
Đường kính giác mạc (mm)	$11,7 \pm 0,5$	10,7 – 12,5
Mật độ tế bào nội mô	$2521 \pm 238,2$	2061 – 3181

Bảng 3. So sánh các đặc điểm lâm sàng của đôi tượng trước và sau phẫu thuật (n=32)

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật			p
		1 tuần	1 tháng	3 tháng	
Nhãn áp (mmHg)	$15,4 \pm 3,5$	$16,8 \pm 2,7$	$12,9 \pm 2,6$	$12,9 \pm 2,2$	$<0,001^*$
BCVA (LogMar)	$0,7 \pm 0,4$	$0,4 \pm 0,3$	$0,3 \pm 0,3$	$0,2 \pm 0,2$	$<0,001^{**}$
ECD (Tế bào/mm ²)	$2521 \pm 238,2$	$2264,6 \pm 423,3$	$2196,3 \pm 434,6$	$2161,5 \pm 429,4$	$<0,001^*$
CV (%)	$31,2 \pm 4,9$	$32,3 \pm 5,1$	$31,8 \pm 6,0$	$30,8 \pm 3,8$	0,432*
HEX (%)	$65,8 \pm 5,5$	$64,4 \pm 8,5$	$66,1 \pm 8,9$	$66,0 \pm 6,8$	0,776**
Độ dày giác mạc (μ m)	$549 \pm 30,2$	$567,3 \pm 28,3$	$558,5 \pm 30,3$	$541,0 \pm 27,1$	$<0,001^*$

* Kiểm định ANOVA; ** Kiểm định Friedman

Bảng 4. Kết quả thị lực tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật (n=32)

Chỉ số	Sau phẫu thuật			p
	1 tuần	1 tháng	3 tháng	
Thị lực không kính (LogMar)	$0,5 \pm 0,4$	$0,4 \pm 0,4$	$0,3 \pm 0,2$	$<0,001^{**}$
BCVA (LogMar)	$0,4 \pm 0,3$	$0,3 \pm 0,3$	$0,2 \pm 0,2$	$<0,001^{**}$

(Tế bào/mm ²)		
Độ biến thiên kích thước tế bào (%)	$31,2 \pm 4,9$	25,0 – 46,0
Tỉ lệ tế bào lục giác (%)	$65,8 \pm 5,5$	48,0 – 75,0
Chiều dài trục nhãn cầu (mm)	$20,3 \pm 1,2$	15,87–20,99
Độ dày thể thủy tinh (mm)	$4,6 \pm 0,4$	3,8 – 5,4
Độ sâu tiền phòng (mm)	$2,7 \pm 0,5$	2,15 – 3,69
Độ dày giác mạc (μ m)	$549 \pm 30,2$	507,0–609,0
Công suất IOL sử dụng (D)	$27,6 \pm 7,0$	27,0 – 39,0

Trung bình nhãn áp của các BN là $15,4 \pm 3,5$ mmHg, dao động từ 9,0 đến 22,0 mmHg. Giá trị này nằm trong giới hạn sinh lý bình thường (10-21 mmHg). BCVA trung bình đạt $0,7 \pm 0,4$ LogMar, trong đó có những TH giảm thị lực đáng kể với giá trị lên đến 1,7.

Về khúc xạ cầu, BN có xu hướng viễn thị với giá trị trung bình $6,0 \pm 2,3$ D, trong khi mức cận loạn thấp ($0,9 \pm 0,9$ D).

Đường kính giác mạc trung bình là $11,7 \pm 0,5$ mm, với dải biến thiên từ 10,7 đến 12,5 mm.

ECD trung bình đạt $2521 \pm 238,2$ tế bào/mm², thấp nhất là 2061 và cao nhất là 3181. CV trung bình là $31,2 \pm 4,9$ %, tỷ lệ HEX là $65,8 \pm 5,5$ %.

Chiều dài trục nhãn cầu trung bình là $20,3 \pm 1,2$ mm, trong đó có những TH rất ngắn chỉ 15,87 mm.

Độ dày thể thủy tinh trung bình đạt $4,6 \pm 0,4$ mm, dao động từ 3,8 đến 5,4 mm.

Độ sâu tiền phòng trung bình là $2,7 \pm 0,5$ mm, mức khá nông so với dân số chung.

CCT trung bình là $549 \pm 30,2$ μ m, với biên độ từ 507 đến 609 μ m.

Công suất IOL sử dụng trung bình là $27,6 \pm 7,0$ D, với nhiều TH cần đặt IOL có công suất rất cao (tối đa 39,0 D).

3.3. Các thay đổi lâm sàng trước và sau phẫu thuật

3.3.1. So sánh các đặc điểm lâm sàng trước và sau phẫu thuật. Giá trị nhãn áp trung bình tăng nhẹ từ $15,4 \pm 3,5$ mmHg trước phẫu thuật lên $16,8 \pm 2,7$ mmHg sau 1 tuần, sau đó giảm dần xuống $12,9 \pm 2,6$ mmHg sau 1 tháng và $12,9 \pm 2,2$ mmHg sau 3 tháng ($p < 0,001$).

BCVA có xu hướng cải thiện dần theo thời gian, từ $0,7 \pm 0,4$ LogMAR trước phẫu thuật còn $0,4 \pm 0,3$ sau 1 tuần, $0,3 \pm 0,3$ sau 1 tháng và $0,2 \pm 0,2$ sau 3 tháng ($p < 0,001$).

ECD giảm dần sau phẫu thuật, từ $2521 \pm 238,2$ tế bào/mm² trước phẫu thuật còn $2161,5 \pm 429,4$ tế bào/mm² sau 3 tháng. Sự thay đổi này là có ý nghĩa thống kê theo kiểm định ANOVA ($p < 0,001$), phân tích hậu kiểm Bonferroni bắt cặp cũng thể hiện rõ điều đó. CV dao động nhẹ trong suốt quá trình theo dõi, từ $31,2 \pm 4,9$ trước phẫu thuật xuống $30,8 \pm 3,8$ sau 3 tháng, không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,432$). Tương tự, tỷ lệ HEX không thay đổi rõ rệt, dao động từ $65,8 \pm 5,5$ đến $66,0 \pm 6,8$ %, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,776$).

CCT tăng nhẹ sau 1 tuần ($567,3 \pm 28,3$ μ m), giảm xuống $541,0 \pm 27,1$ μ m sau 3 tháng. Khác biệt giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Phân tích hậu kiểm ghi nhận sự khác biệt giữa các cặp thời điểm: trước phẫu thuật và sau 1 tuần ($p = 0,015$), 1 tuần và 3 tháng ($p < 0,001$), 1 tháng và 3 tháng ($p < 0,001$).

3.3.2. Thị lực tại các thời điểm sau phẫu thuật. Thị lực không kính sau phẫu thuật được cải thiện theo thời gian, từ $0,5 \pm 0,4$ LogMAR tại 1 tuần xuống còn $0,3 \pm 0,2$ sau 3 tháng, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Tương tự, BCVA cũng được cải thiện liên tục sau phẫu thuật, giảm từ $0,4 \pm 0,3$ LogMAR tại 1 tuần còn $0,2 \pm 0,2$ LogMAR sau 3 tháng. Sự khác biệt giữa các thời điểm là có ý nghĩa ($p < 0,001$, kiểm định Friedman).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 32 TH có trục nhãn cầu ngắn cho thấy nhiều đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị đáng chú ý. Về đặc điểm dân số học, đa số BN thuộc nhóm tuổi trên 60 tuổi (62,5%) và giới nữ chiếm ưu thế (68,8%), phù hợp với xu hướng thường gặp của đục thể thủy tinh ở nhóm dân số lớn tuổi và nữ giới. Đáng lưu ý, hơn 1/3 BN có bệnh lý tăng huyết áp, cho thấy mối liên quan giữa yếu tố toàn thân và đục thể thủy tinh thể ở nhóm tuổi này. Chiều dài trục nhãn cầu trung bình là $20,3 \pm 1,2$ mm, trong đó có những TH rất ngắn chỉ 15,9

**** Kiểm định Friedman**

mm. Nghiên cứu của Yosar và cộng sự (2021) về trục nhãn cầu ngắn trên 51 BN ghi nhận tuổi trung bình là $69,3 \pm 12,5$ tuổi, chiều dài trục nhãn cầu trung bình là $20,35 \pm 0,57$ mm, độ sâu tiền phòng trung bình $2,5 \pm 0,3$ mm, và nhãn áp tiền phẫu trung bình $15,2 \pm 5,1$ mmHg [8]. Những đặc điểm này của các nghiên cứu này tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi. Một nghiên cứu khác của Ahmad và cộng sự (2023) trên 9412 BN có trục nhãn cầu < 22 mm cho thấy tuổi trung bình là $75,8 \pm 9,4$, tỉ lệ nữ giới là 60,6%, 16,8% BN có bệnh đái tháo đường [2].

Trước phẫu thuật, BCVA trung bình là $0,7 \pm 0,4$ LogMAR. Tuy nhiên, sau phẫu thuật, BCVA cải thiện đáng kể qua từng mốc thời gian, đặc biệt đạt $0,2 \pm 0,2$ tại tháng thứ 3 ($p < 0,001$), cho thấy hiệu quả rõ rệt của can thiệp ngoại khoa trong cải thiện thị lực ở BN có trục nhãn cầu ngắn. Đồng thời, thị lực không kính cũng có xu hướng cải thiện tương tự, chứng minh chất lượng thị giác sau phẫu thuật được nâng cao không chỉ khi chỉnh kính mà cả trong sinh hoạt thường ngày. Điều này tương tự với nghiên cứu của Ahmad và cộng sự (2023), trên nhóm BN có trục nhãn cầu ngắn (< 22 mm), thị lực trước phẫu thuật trung bình $0,56 \pm 0,44$ LogMAR, sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng thị lực cải thiện lần lượt thành $0,23 \pm 0,31$ LogMAR và $0,14 \pm 0,26$ LogMAR ($p < 0,01$ và $p < 0,001$).

Về nhãn áp, giá trị nhãn áp trung bình tăng nhẹ từ $15,4 \pm 3,5$ mmHg trước phẫu thuật lên $16,8 \pm 2,7$ mmHg sau 1 tuần, sau đó giảm dần xuống $12,9 \pm 2,6$ mmHg sau 1 tháng và $12,9 \pm 2,2$ mmHg sau 3 tháng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này cho thấy đáp ứng viêm của giác mạc sau phẫu thuật làm cho nhãn áp tăng lên, sau đó giảm nhãn áp theo thời gian. Trong nghiên cứu của Rothman (2022), những BN không có glaucoma có phẫu thuật phaco, nhãn áp trước phẫu thuật từ $15,22 \pm 2,89$ mmHg giảm xuống còn $13,84 \pm 3,18$ mmHg sau 90 ngày phẫu thuật ($p < 0,0001$) [6].

Mật độ tế bào nội mô trung bình sau phẫu thuật giảm từ $2521 \pm 238,2$ xuống còn $2161,5 \pm 429,4$ tế bào/mm² ($p < 0,001$), phản ánh tác động cơ học của phẫu thuật lên nội mô giác mạc. CV dao động nhẹ từ $31,2 \pm 4,9$ trước phẫu thuật xuống $30,8 \pm 3,8$ sau 3 tháng ($p = 0,432$), tỷ lệ HEX không thay đổi rõ rệt, dao động từ $65,8 \pm 5,5$ đến $66,0 \pm 6,8$ ($p = 0,776$). CCT tăng nhẹ sau phẫu thuật 1 tuần ($567,3 \pm 28,3$ μ m), nhưng có xu hướng trở về mức nền tại tháng thứ 3 ($541,0 \pm 27,1$ μ m), phù hợp với quá trình thông thường thì giác mạc sẽ có phản ứng viêm sinh lý

trong vòng 1 tháng đầu tiên sau phẫu thuật và sẽ hồi phục dần theo thời gian. Nghiên cứu của Phạm Minh Khoa (2025) trên 35 BN góc đóng cấp kèm đục thủy tinh thể có chỉ định can thiệp phẫu thuật phaco, ECD giảm từ $2720,5 \pm 275,5$ xuống $2293,2 \pm 591,4$ sau một tháng phẫu thuật ($p < 0,001$), CV (%) giảm từ $32,3 \pm 5,0$ còn $29,2 \pm 5,3$ ($p = 0,004$), tỉ lệ HEX (%) không thay đổi nhiều từ $63,6 \pm 6,2$ thành $62,6 \pm 7,2$ ($p = 0,347$), bề dày giác mạc trung tâm - CCT (μm) từ $589,3 \pm 43,5$ xuống $550,9 \pm 39,2$ ($p < 0,001$) [1].

Những dữ liệu trên cho thấy phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh thể ở BN có trục nhãn cầu ngắn không chỉ mang lại hiệu quả cải thiện thị lực, ổn định nhãn áp mà còn duy trì được tính toàn vẹn của nội mô giác mạc trong giai đoạn ngắn hạn. Tuy nhiên, việc giảm mật độ tế bào nội mô vẫn là một vấn đề cần được theo dõi lâu dài, nhất là ở nhóm BN có nền nội mô yếu hoặc nguy cơ cao. Các kết quả này có thể là tiền đề cho các nghiên cứu đối chứng hoặc can thiệp chuyên sâu hơn trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nhìn chung, phẫu thuật phaco ở BN có trục nhãn cầu ngắn không chỉ cải thiện rõ thị lực và ổn định nhãn áp mà còn duy trì tương đối ổn định cấu trúc nội mô giác mạc trong ngắn hạn. Tuy vậy, sự suy giảm ECD vẫn là một yếu tố cần được quan tâm. Các kết quả này là tiền đề cho các nghiên cứu đối chứng hoặc theo dõi dài hạn nhằm đánh giá toàn diện hơn mức độ an toàn và hiệu quả của phẫu thuật ở nhóm BN đặc biệt này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Minh Khoa, Nguyễn Chí Trung Thế

Truyền, Trần Minh Mẫn, Trần Kế Tổ. Khảo sát sự thay đổi tế bào nội mô giác mạc sau phẫu thuật phaco trên bệnh nhân góc đóng cấp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;550(2):99-103.

- Ahmad KT, Chauhan MZ, Soliman MK, et al. Impact of axial length on visual outcomes and complications in phacoemulsification surgery: a multicenter database study. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. Dec 2023;261(12): 3511-3520. doi: 10.1007/s00417-023-06120-2
- Elhousseiny AM, Sallam AB. Cataract surgery in adult eyes with short axial length. Curr Opin Ophthalmol. Jan 1 2023;34(1): 84-93. doi:10.1097/ICU.0000000000000913
- Jung KI, Yang JW, Lee YC, Kim SY. Cataract surgery in eyes with nanophthalmos and relative anterior microphthalmos. Am J Ophthalmol. Jun 2012;153(6): 1161-8 e1. doi:10.1016/j.ajo.2011.12.006
- Mohammadi SF, Hashemi H, Mazouri A, et al. Outcomes of Cataract Surgery at a Referral Center. J Ophthalmic Vis Res. Jul-Sep 2015;10(3): 250-6. doi:10.4103/2008-322X.170358
- Rothman AL, Chang TC, Lum F, Vanner EA. Intraocular Pressure Changes Following Stand-Alone Phacoemulsification: An IRIS(R) Registry Analysis. Am J Ophthalmol. Jan 2023;245:25-36. doi:10.1016/j.ajo.2022.09.006
- Singh OS, Simmons RJ, Brockhurst RJ, Trempe CL. Nanophthalmos: a perspective on identification and therapy. Ophthalmology. Sep 1982;89(9):1006-12.
- Yosar JC, Zagora SL, Grigg JR. Cataract Surgery in Short Eyes, Including Nanophthalmos: Visual Outcomes, Complications and Refractive Results. Clin Ophthalmol. 2021;15:4543-4551. doi:10.2147/OPHTH.S344465
- Zheng T, Chen Z, Xu J, et al. Outcomes and Prognostic Factors of Cataract Surgery in Adult Extreme Microphthalmos With Axial Length <18 mm or Corneal Diameter <8 mm. Am J Ophthalmol. Dec 2017;184:84-96. doi:10.1016/j.ajo.2017.09.028.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐA CHẨN THƯƠNG CÓ TỔN THƯƠNG GAN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹, Diệp Hồng Kháng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân tích một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị đa chấn thương có tổn thương gan tại

¹Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanhbd175@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu, có phân tích thực hiện trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán đa chấn thương có tổn thương gan từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 62 bệnh nhân đa chấn thương có tổn thương gan cho thấy đa số là nam giới (83,9%), tuổi trung bình $36,5 \pm 12,7$. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính (80,6%). Tỷ lệ tử vong chung là 25,8%, chủ yếu do nguyên nhân ngoài gan (21%). Tổn thương gan độ IV-V (AAST) có tỷ lệ tử vong cao (36,8% và 80%). Nhóm tử vong có điểm ISS cao hơn ($58,2 \pm 11,1$ so với $39,5 \pm 9,8$), tần suất sốc,

lactate máu ≥ 5 mmol/L và rối loạn chức năng gan/thận nghiêm trọng hơn ($p < 0,05$). Phân tích đa biến xác định ISS ≥ 50 (OR=3,08), sốc chấn thương (OR=2,94) và lactate ≥ 5 mmol/L (OR=4,47) là các yếu tố tiên lượng độc lập. Điều trị bảo tồn cho tỷ lệ sống cao nhất (90,9%), trong khi phẫu thuật có tiên lượng xấu nhất (62,5% tử vong). **Kết luận:** Tổn thương gan nặng (độ IV–V) kèm rối loạn huyết động, tăng lactate và ISS cao làm tăng nguy cơ tử vong. Đánh giá sớm các yếu tố này giúp tiên lượng và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, ưu tiên bảo tồn khi có thể. **Từ khóa:** Đa chấn thương, tổn thương gan, điều trị bảo tồn

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF MULTIPLE TRAUMA WITH LIVER INJURY IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics, analyze associated factors, and evaluate treatment outcomes of multiple trauma with liver injury in the Intensive Care Unit of 175 Military Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive retrospective and prospective analytical study was conducted on 62 patients diagnosed with multiple trauma and liver injury from December 2023 to December 2024. **Results:** Among 62 patients, the majority were male (83.9%) with a mean age of 36.5 ± 12.7 years. Road traffic accidents were the leading cause (80.6%). The overall mortality rate was 25.8%, mainly due to extrahepatic causes (21%). Patients with AAST grade IV–V liver injuries had higher mortality rates (36.8% and 80%, respectively). The mortality group had significantly higher ISS scores (58.2 ± 11.1 vs. 39.5 ± 9.8), higher incidence of shock, elevated blood lactate (≥ 5 mmol/L), and more severe liver and kidney dysfunction ($p < 0.05$). Multivariate analysis identified ISS ≥ 50 (OR = 3.08), traumatic shock (OR = 2.94), and lactate ≥ 5 mmol/L (OR = 4.47) as independent prognostic factors. Non-operative management resulted in the highest survival rate (90.9%), whereas surgical treatment was associated with the highest mortality (62.5%). **Conclusion:** High-grade liver injuries (AAST grade IV–V) accompanied by hemodynamic instability, elevated lactate, and high ISS significantly increase the risk of mortality. Early identification of these factors allows for better prognostic assessment and supports the selection of appropriate treatment strategies, prioritizing non-operative management when feasible. **Keywords:** Multiple trauma, liver injury, non-operative management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương gan là một trong những dạng chấn thương nội tạng thường gặp và nghiêm trọng nhất trong đa chấn thương bụng, đóng vai trò quan trọng trong tỷ lệ tử vong và biến chứng của bệnh nhân chấn thương nặng. Theo các thống kê gần đây, tổn thương gan chiếm tỷ lệ

đáng kể trong các ca chấn thương bụng kín, đặc biệt trong tai nạn giao thông, ngã cao và va đập trực tiếp vùng bụng [1], [2]. Trong những năm gần đây, xu hướng xử trí tổn thương gan đã có sự thay đổi rõ rệt, với việc ưu tiên điều trị bảo tồn và can thiệp tối thiểu ở những bệnh nhân ổn định huyết động, thay vì can thiệp phẫu thuật sớm như trước đây. Xu hướng này được phát triển bởi sự tiến bộ trong kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính (CT), giúp đánh giá chính xác mức độ tổn thương gan và từ đó đưa ra quyết định điều trị hợp lý [3]. Các phương pháp hồi sức kiểm soát tổn thương hiện đại nhấn mạnh chiến lược điều trị cá thể hóa cho các tổn thương gan nặng, tập trung vào hồi sức cầm máu hiệu quả và hạn chế tổn thương thứ phát lên các cơ quan khác [4]. Việc nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố liên quan đến tiên lượng và lựa chọn phương pháp xử trí tối ưu sẽ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, giảm tỷ lệ tử vong và cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đa chấn thương có tổn thương gan tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Quân y 175*" nhằm mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân tích một số yếu tố liên quan và (2) đánh giá kết quả điều trị đa chấn thương có tổn thương gan tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán đa chấn thương có tổn thương gan tại khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 16 tuổi
- BN được chẩn đoán xác định bằng chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và phân loại mức độ tổn thương gan trên CLVT theo Hiệp hội Phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ 2018
- BN đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN < 16 tuổi
- BN có các bệnh lý nặng, tiên lượng tử vong như ung thư giai đoạn cuối, xơ gan Child C...
- Các trường hợp có gan bệnh lý đã xác định trước đó hoặc xác định trong khi nằm viện, tổn thương do can thiệp phẫu thuật.
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, kết hợp hồi cứu và tiến cứu, không có nhóm đối

chứng.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, thu thập tất cả bệnh nhân được chẩn đoán đa chấn thương có tổn thương gan điều trị tại khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024. Nghiên cứu đã khảo sát được 62 BN.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Phương pháp thu thập số liệu

- Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương (tai nạn giao thông, lao động, sinh hoạt);

- Đặc điểm lâm sàng: Thời gian nằm hồi sức và nằm viện; Các chỉ số sinh tồn: mạch, huyết áp trung bình; Điểm tổn thương ISS (Injury Severity Score);

- Đặc điểm tổn thương gan: Phân độ theo AAST;

- Các chỉ số cận lâm sàng: men gan (AST, ALT), bilirubin, lactate máu; ure, creatinin; hồng cầu, hemoglobin, tiểu cầu;

- Phương pháp điều trị và kết quả: Điều trị bảo tồn, can thiệp mạch, phẫu thuật; Tỷ lệ tử vong.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được nhập và lưu trữ vào phần mềm Microsoft Excel 365. Thống kê mô tả (giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm) được thực hiện bằng phần mềm phân tích SPSS 22.0. Kiểm định sự khác biệt với các biến định tính Fisher's Exact test hoặc Chi-Square tests, McNemar test. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xác định mối liên quan. Mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=62)

Các yếu tố		Kết quả
Tuổi (X±SD) (năm)		36,5 ± 12,7
Giới (nam, %)		52 (83,9%)
Nguyên nhân (số lượng, %)	Tai nạn giao thông	50 (80,6%)
	Tai nạn lao động	8 (12,9%)
	Tai nạn sinh hoạt	4 (6,5%)
Tỷ lệ tử vong (%)	Nguyên nhân tại gan	3 (4,8%)
	Nguyên nhân ngoài gan	13 (21,0%)
Thời gian nằm hồi sức (ngày)		7,4 ± 3,9
Thời gian nằm viện (ngày)		17,2 ± 11,8
Điểm tổn thương ISS (X±SD)		43,6 ± 12,1

Nhận xét: Trong tổng số 62 bệnh nhân đa chấn thương được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 36,5 ± 12,7 tuổi, phần lớn là nam giới (83,9%). Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nguyên nhân gây chấn thương (80,6%), tiếp đến tai nạn lao động (12,9%) và tai nạn sinh hoạt (6,5%). Tỷ lệ tử vong do

nguyên nhân tại gan là 4,8%, trong khi tử vong do nguyên nhân ngoài gan chiếm 21,0%. Thời gian nằm hồi sức trung bình là 7,4 ± 3,9 ngày và thời gian nằm viện trung bình là 17,2 ± 11,8 ngày. Điểm tổn thương ISS trung bình là 43,6 ± 12,1.

Bảng 2. Phân độ tổn thương gan theo AAST và tỷ lệ tử vong tương ứng (n = 62)

Phân độ tổn thương gan (AAST)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số ca tử vong (n)	Tỷ lệ tử vong (%)
Độ I	6	9,7%	0	0%
Độ II	11	17,7%	2	18,2%
Độ III	21	33,9%	4	19,0%
Độ IV	19	30,6%	7	36,8%
Độ V	5	8,1%	4	80,0%
Tổng cộng	62	100%	16	25,8%

Nhận xét: Tổn thương gan độ III và IV gặp nhiều nhất, chiếm lần lượt 33,9% và 30,6%. Các mức độ I, II và V chiếm tỷ lệ thấp hơn, dao động từ 8,1% đến 17,7%. Tử vong ghi nhận ở 16 bệnh nhân, chiếm 25,8%, phân bố chủ yếu ở độ IV và V với tỷ lệ lần lượt là 36,8% và 80%. Không có trường hợp độ I nào tử vong.

Bảng 3. Một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân theo kết cục điều trị (n=62)

Dấu hiệu cận lâm sàng	Nhóm sống (n=46)	Nhóm tử vong (n=16)	p
Mạch (lần/phút)	108,6±14,2	119,3±16,9	<0,05
Huyết áp trung bình (mmHg)	125,4±12,5	87,2±14,3	<0,05
Điểm ISS	39,5±9,8	58,2±11,1	<0,05
Hồng cầu (T/L)	3,6±0,7	3,3±0,8	>0,05
Hemoglobin (g/L)	111,7±23,3	101,4±27,2	>0,05
Tiểu cầu (G/L)	182,2±76,5	139,6±58,9	<0,05
Ure (mmol/L)	5,8±2,4	10,9±5,6	<0,05
Creatinin (μmol/L)	98,4±24,1	168,3±36,8	<0,05
AST (GOT)(U/L)	705,2±489,3	1287,6±734,9	<0,05
ALT (GPT)(U/L)	583,4±417,2	965,2±602,3	<0,05
Bilirubin toàn phần (μmol/L)	23,6±12,1	98,7±110,6	<0,05
Bilirubin trực tiếp (μmol/L)	8,2±4,3	69,4±51,8	<0,05
Lactate máu (mmol/L)	3,1±2,1	6,7±3,4	<0,05

Nhận xét: Nhóm tử vong có mạch nhanh hơn (119,3 ± 16,9 lần/phút so với 108,6 ± 14,2), huyết áp trung bình thấp hơn (87,2 ± 14,3 mmHg so với 125,4 ± 12,5 mmHg) và điểm ISS cao hơn rõ rệt (58,2 ± 11,1 so với 39,5 ±

9,8) so với nhóm sống ($p < 0,05$). Các chỉ số sinh hóa gồm ure, creatinin, men gan (AST, ALT), bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp và lactate máu đều tăng cao hơn ở nhóm tử vong, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngược lại, các chỉ số hồng cầu và hemoglobin không khác biệt rõ giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 4. Phân tích hồi quy các yếu tố tiên lượng tử vong ($n=62$)

Chỉ số	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR	p	OR	p
Điểm ISS ≥ 50	4,72	<0,01	3,08	<0,05
Sốc chấn thương	5,31	<0,01	2,94	<0,05
Lactate ≥ 5 mmol/L	6,58	<0,001	4,47	<0,01
Creatinin $\geq 150\mu\text{mol/L}$	3,81	<0,01	1,89	>0,05
Tiểu cầu < 150 G/L	2,96	<0,05	1,63	>0,05
AST (GOT) ≥ 1000 U/L	3,44	<0,05	1,85	>0,05
Tổn thương gan độ IV-V	7,26	<0,001	5,12	<0,01

Nhận xét: Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa với tử vong gồm: điểm ISS ≥ 50 (OR = 4,72; $p < 0,01$), sốc chấn thương (OR = 5,31; $p < 0,01$), lactate ≥ 5 mmol/L (OR = 6,58; $p < 0,001$), creatinin ≥ 150 $\mu\text{mol/L}$ (OR = 3,81; $p < 0,01$), tiểu cầu < 150 G/L, AST ≥ 1000 U/L và tổn thương gan độ IV-V ($p < 0,05$). Trong phân tích đa biến, ba yếu tố giữ ý nghĩa tiên lượng là ISS ≥ 50 (OR = 3,08; $p < 0,05$), sốc chấn thương (OR = 2,94; $p < 0,05$) và lactate ≥ 5 mmol/L (OR = 4,47; $p < 0,01$).

Bảng 4. Các phương pháp điều trị và kết quả ($n=62$)

Kết quả	Điều trị bảo tồn ($n=44$)	Can thiệp mạch ($n=10$)	Phẫu thuật ($n=8$)	Tổng cộng ($n=62$)
Sống	40 (90,9%)	7 (70,0%)	3 (37,5%)	50 (80,6%)
Tử vong	4 (9,1%)	3 (30,0%)	5 (62,5%)	16 (25,8%)

Nhận xét: Trong tổng số 62 bệnh nhân, nhóm điều trị bảo tồn chiếm nhiều nhất với 44 trường hợp, tỷ lệ sống đạt 90,9%. Nhóm can thiệp mạch có 10 bệnh nhân, trong đó 70% sống. Nhóm phẫu thuật gồm 8 bệnh nhân, tỷ lệ tử vong cao nhất với 62,5%. Tổng số ca tử vong là 16, chiếm 25,8% toàn bộ mẫu nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 62 bệnh nhân, với độ tuổi trung bình là 36,5 và nam giới chiếm ưu thế (83,9%). Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây chấn thương (80,6%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Mirzaei và cộng sự, cho thấy tai nạn giao thông chiếm tỷ

lệ lớn trong các ca chấn thương ở nhóm người trẻ tuổi từ 19–30, phản ánh xu hướng dịch tễ học đặc trưng ảnh hưởng đến mức độ và tỷ lệ mắc chấn thương [5]. Các xu hướng tương tự về nguyên nhân và đặc điểm dịch tễ của chấn thương cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Yildirak, trong đó nhấn mạnh mối liên quan giữa tai nạn giao thông và tỷ lệ tử vong tăng cao [6].

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,8%, chủ yếu gặp ở nhóm tổn thương gan độ IV và V. Cụ thể, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân tổn thương gan độ IV và V trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 36,8% và 80%, kết quả này tương tự với phát hiện của Gray và cộng sự, tỷ lệ tử vong cao ở các trường hợp tổn thương gan nặng được ghi nhận, đặc biệt do hậu quả của tình trạng xuất huyết không kiểm soát [7]. Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với các tài liệu công bố cho thấy mức độ tổn thương gan cao làm tăng đáng kể nguy cơ tử vong [8]. Phân tích so sánh giữa hai nhóm cho thấy bệnh nhân tử vong có chỉ số sinh hóa xấu hơn rõ rệt, thể hiện qua nồng độ lactate máu và men gan (AST, ALT) tăng cao. Tuy nhiên, sự khác biệt về nồng độ hemoglobin và số lượng hồng cầu giữa hai nhóm lại không có ý nghĩa thống kê, có thể do có sự không đồng nhất giữa mức độ tổn thương và các chỉ số huyết học trong các nghiên cứu khác nhau. Lactate máu tăng cao đã được ghi nhận là yếu tố liên quan chặt chẽ với tiên lượng xấu, phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tài liệu trước đó [8], [9].

Ngoài ra, điểm số tổn thương (ISS) trung bình ở nhóm tử vong cao hơn rõ rệt so với nhóm sống (58,2 so với 39,5), phù hợp với tính chất của tổn thương, qua đó khẳng định vai trò dự báo tử vong của chỉ số này. Phân tích hồi quy cho thấy ISS ≥ 50 có OR là 3,08 trong tiên lượng nguy cơ tử vong, phù hợp với các nghiên cứu trước đó như của Yildirak (2024) [6]. Kết quả này cũng tương đồng với các can thiệp lâm sàng được ghi nhận bởi Bala và cộng sự, trong đó ISS là chỉ số có giá trị tiên lượng cao trong đánh giá kết cục điều trị bệnh nhân chấn thương [10].

Kết quả điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa các phương pháp, trong đó điều trị bảo tồn mang lại tỷ lệ sống cao nhất (90,9%), ngược lại phẫu thuật có tỷ lệ sống chỉ 37,5%. Sự chênh lệch này cho thấy vẫn còn tranh luận trong việc lựa chọn chiến lược xử trí tổn thương gan do chấn thương. Một số nghiên cứu ủng hộ xu hướng điều trị bảo tồn với tỷ lệ thành công cao, và kết quả của chúng tôi tiếp tục khẳng định sự cần thiết của đánh giá toàn diện trước khi chỉ định

can thiệp phẫu thuật, đặc biệt ở những tổn thương gan nặng [9].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 62 ca đa chấn thương có tổn thương gan cho thấy bệnh nhân chủ yếu là nam thanh niên, nguyên nhân hàng đầu là tai nạn giao thông. Các yếu tố tiên lượng tử vong bao gồm tổn thương gan độ IV-V (AAST), sốc, lactate ≥ 5 mmol/L và ISS cao. Chỉ số sinh hóa (men gan, bilirubin, ure, creatinin) có giá trị tiên lượng quan trọng. Điều trị bảo tồn mang lại tỷ lệ sống cao, trong khi phẫu thuật có tiên lượng xấu hơn. Kết quả nhấn mạnh tầm quan trọng của đánh giá đa yếu tố trong xử trí tổn thương gan do đa chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alanezi T., Altoijry A., Alanazi A., et al.** (2024). Management and Outcomes of Traumatic Liver Injury: A Retrospective Analysis from a Tertiary Care Center Experience. *Healthcare*, 12(2), 131.
2. **Gaski I.A., Skattum J., Brooks A., et al.** (2018). Decreased mortality, laparotomy, and embolization rates for liver injuries during a 13-year period in a major Scandinavian trauma center. *Trauma Surg Acute Care Open*, 3(1).
3. **Soares A.C., Nunes Vieira A., Bagnari I., et al.** (2024). Herniated Gallbladder Following a Bull

Run: A Case Report. *Cureus*. 16(11): e74354. DOI 10.7759/cureus.74354

4. **Brooks A., Joyce D., La Valle A., et al.** (2023). Improvements over time for patients following liver trauma: A 17-year observational study. *Front Surg*, 10.
5. **Mirzaei R., Baluchi S., Nourmohammadi M., Taban E., Rezvani Z.** (2022). Investigation of traffic accidents referred to a hospital and forensic medicine organization in Nikshahr during the years 2014-2018. *Jorj*, 14(3), 156-162.
6. **Yildirak M.K.** (2024). Is it possible to predict mortality in patients with highgrade blunt liver injury? A single trauma center study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 276-284.
7. **Gray S., Shiekh F., and Shiber J.** (2016). Complex hepatic injury involving a liver transplant recipient: A case report and review of literature. *International Journal of Surgery Case Reports*, 28, 282-284.
8. **Yadav S.K., Kumar S., Misra M.C., et al.** (2016). Retrospective Evaluation of Magnitude, Severity and Outcome of Traumatic Hepatobiliary Injury at a Level-I Trauma Center in India. *Indian J Surg*, 78(4), 281-287.
9. **Hommel M., Navsaria P.H., Schipper I.B., et al.** (2015). Management of blunt liver trauma in 134 severely injured patients. *Injury*, 46(5), 837-842.
10. **Bala M., Gazalla S.A., Faroja M., et al.** (2012). Complications of high grade liver injuries: management and outcome with focus on bile leaks. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 20(1), 20.

BIẾN CHỨNG CỦA MỔ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG: ĐÁNH GIÁ TRONG VÀ SAU PHẪU THUẬT

Vũ Văn Du¹, Lê Thị Ngọc Hương¹, Nguyễn Thị Hằng²,
Trần Anh Tuấn³, Đặng Văn Sinh², Nghiêm Thị Phương Dung²,
Nguyễn Phương Tú², Đặng Văn Tốt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các biến chứng trong và sau mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1128 sản phụ mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng mẹ trong mổ là 2,13%, bao gồm chảy máu (1,68%), tổn thương bàng quang (0,36%) và ruột (0,09%). Sau mổ, tỷ lệ biến chứng là 1,17%, chủ yếu là tụ máu vết mổ (0,36%), nhiễm trùng vết mổ

(0,27%), và chảy máu vết mổ (0,6%). Tỷ lệ biến chứng ở trẻ sơ sinh chủ yếu là hội chứng suy hô hấp cấp (7,89%), với 02 trường hợp gãy xương cánh tay (0,18%). Nhóm tuổi thai dưới 2500g có tỷ lệ suy hô hấp cao gấp 8,86 lần so với nhóm thai ≥ 2500 g (OR=8,86; KTC 95%: 5,50 – 14,25). **Kết luận:** Mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có tỷ lệ biến chứng đáng kể, đặc biệt là đối với mẹ và trẻ sơ sinh cân nặng dưới 2500g. Việc cải thiện các chỉ định và chăm sóc sau mổ có thể giảm thiểu biến chứng và nâng cao chất lượng chăm sóc mẹ và trẻ. **Từ khóa:** Mổ lấy thai chủ động, biến chứng, sản phụ, trẻ sơ sinh, suy hô hấp.

SUMMARY

COMPLICATIONS OF ELECTED CAESAREAN DELIVERY AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY: INTRA-OPERATIVE AND POST-OPERATIVE ASSESSMENT

Objectives: To determine the rate of

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Bảo Sơn

Chịu trách nhiệm chính: BSNT Đặng Văn Tốt

Email: dangvantothmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

complications during and after elective cesarean section at National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 1,128 women undergoing elective cesarean section at National Hospital of Obstetrics and Gynecology from August 2023 to August 2024. **Results:** The rate of maternal complications during surgery was 2.13%, including bleeding (1.68%), bladder injury (0.36%) and bowel injury (0.09%). Postoperatively, the complication rate was 1.17%, mainly wound hematoma (0.36%), wound infection (0.27%), and wound bleeding (0.6%). The complication rate in newborns was mainly acute respiratory distress syndrome (7.89%), with two cases of humerus fracture (0.18%). The rate of respiratory failure in the group of fetuses under 2,500g was 8.86 times higher than that in the group of fetuses $\geq 2,500$ g (OR=8.86; 95% CI: 5.50 – 14.25). **Conclusions:** Elective cesarean section at National Hospital of Obstetrics and Gynecology has a significant complication rate, especially for mothers and newborns with a birth weight under 2,500g. Improving the indications and post-operative care can reduce complications and improve the quality of care for mothers and children.

Keywords: Elective cesarean section, complications, pregnant women, newborns, respiratory failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là phẫu thuật lấy thai và phần phụ của thai ra khỏi buồng tử cung thông qua đường rạch ở thành bụng và tử cung. Nhờ những tiến bộ đáng kể trong y học, đặc biệt là trong các kỹ thuật gây mê, hồi sức, kháng sinh và các biện pháp vô khuẩn, tỷ lệ thành công của MLT đã tăng cao, đồng thời giúp giảm thiểu các rủi ro cho bà mẹ và trẻ sơ sinh [1]. Tỷ lệ sinh mổ trên toàn thế giới đã tăng từ khoảng 7% (1990) lên 21% (2021) và dự kiến sẽ tiếp tục tăng trong thập kỷ này. Nếu xu hướng này tiếp tục, dự đoán đến năm 2030, tỷ lệ cao nhất có thể sẽ nằm ở Đông Á (63%), Mỹ Latinh và Caribe (54%), Tây A (50%), Bắc Phi (48%), Nam Âu (47%) và Úc và New Zealand (45%) [3]. Tại Việt Nam, theo báo cáo Tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em năm 2022 của Bộ Y tế, số ca sinh mổ chiếm gần 37% tổng ca sinh trong năm 2022. Theo các nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương qua các năm, tỷ lệ MLT đã tăng lên 54,96% vào năm 2021, phản ánh xu hướng sinh mổ ngày càng phổ biến trong thực hành sản khoa [4].

MLT chủ động là MLT khi chưa có chuyển dạ, được lên kế hoạch phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng của sản phụ và thai nhi. Xu hướng MLT chủ động không có chỉ định y khoa rõ ràng, thường theo yêu cầu của sản phụ hoặc gia đình. MLT không phải là phương pháp an toàn tuyệt

đối vì tiềm ẩn các nguy cơ biến chứng cho cả mẹ và trẻ sơ sinh. Các rủi ro có thể xảy ra khi mổ lấy thai theo yêu cầu của bà mẹ bao gồm thời gian nằm viện dài hơn, tăng nguy cơ mắc các vấn đề về hô hấp ở trẻ sơ sinh và tăng nguy cơ biến chứng ở những lần mang thai sau, như vỡ tử cung, các vấn đề về làm tổ của nhau thai và có thể cần cắt bỏ tử cung [8].

Trước những nguy cơ liên quan đến mổ lấy thai chủ động, việc kiểm soát và đưa ra chỉ định phẫu thuật hợp lý là rất quan trọng để giảm tỷ lệ MLT chủ động, hạn chế các biến chứng có thể xảy ra đối với bà mẹ và trẻ sơ sinh. Nhằm làm rõ thực trạng và các ảnh hưởng liên quan đến mổ lấy thai chủ động, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định một số biến chứng của bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và sau mổ lấy thai chủ động tại bệnh viện Phụ sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/8/2023 đến 01/8/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Sản phụ chưa có dấu hiệu chuyển dạ.
- Siêu âm thai không có dị tật bẩm sinh.
- Thai còn sống.
- Có chỉ định mổ lấy thai chủ động vì nguyên nhân do mẹ, do thai, do phần phụ hoặc do yếu tố xã hội.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo yêu cầu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
- Thời gian nghiên cứu: 01/8/2023 đến 01/8/2024.

Cỡ mẫu: được tính theo công thức ước tính cho một tỉ lệ t
$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 (1-P)}{e^2 P}$$
 cắt ngang, sử dụng sai số tương

Trong đó:

- + n: là cỡ mẫu tối thiểu.
- + $Z_{1-\alpha/2}$: giá trị của Z thu được từ bảng Z cùng với giá trị α được chọn.
- Hệ số tin cậy $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ tương đương với $\alpha=0,05$.

+ p: Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động trên tổng số mổ lấy thai. Theo nghiên cứu của Lê Hoài Chương năm 2017 tại Bệnh viện Phụ sản Trung

ương, tỉ lệ này là 55,45% [6]. Như vậy $p = 0,5545$ và $1-p = 1-0,5545 = 0,4455$.

+ ϵ là tỉ lệ sai số mong muốn của nghiên cứu so có thể chấp nhận được chọn là $\epsilon=0,06$.

Thay vào công thức trên, ta có cỡ mẫu lý thuyết tối thiểu cần thu thập thông tin là: $n=858$.

Trên thực tế chúng đã thu thập được thông tin của 1128 bệnh án của sản phụ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, đảm bảo lấy đủ các bệnh nhân mổ lấy thai chủ động từ ngày 01/8/2023 đến hết ngày 01/8/2024 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

Biến số nghiên cứu:

- Thông tin về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, số lượng thai, số con, nơi ở (thành thị/nông thôn).

- Các chỉ định mổ lấy thai: do mẹ, thai, phần phụ của thai và nguyên nhân xã hội.

- Biến chứng trong mổ của mẹ và con: Tai biến do gây tê/gây mê, chảy máu, tổn thương tạng, chấn thương sơ sinh.

- Biến chứng sau mổ trong thời gian nằm viện: Nhiễm trùng vết mổ, viêm phúc mạc, tắc mạch chi, bế sản dịch.

- Đặc điểm sơ sinh sau mổ: Thai đủ tháng, thai non tháng, thai già tháng, suy hô hấp, tử vong.

Phương pháp thu thập số liệu: Mẫu bệnh án nghiên cứu được xây dựng phù hợp với mục tiêu nghiên cứu, tham khảo từ các đề tài trước và ý kiến chuyên gia về thống kê y học và sản khoa. Trước khi thu thập dữ liệu chính thức, tiến hành thu thập 10 ca bệnh thử nghiệm để chỉnh sửa, hoàn thiện mẫu bệnh án. Sau đó, thu thập hồ sơ bệnh án và tài liệu lưu trữ của bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, lập danh sách bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Số liệu sẽ được thu thập trực tiếp từ sản phụ để đảm bảo độ chính xác.

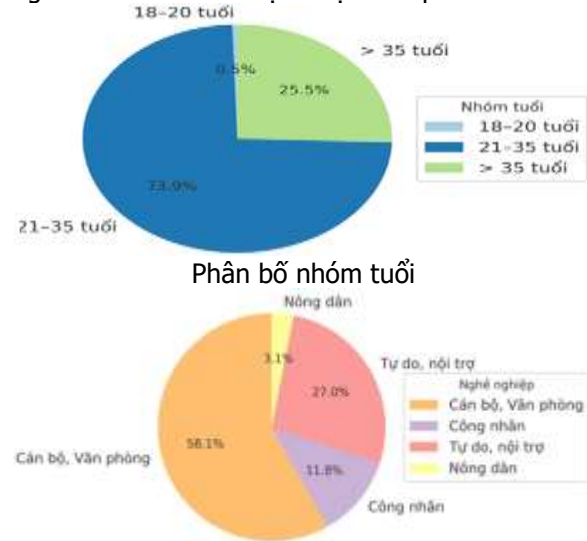
Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập, quản lý bằng phần mềm EpiData 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0 bằng các thuật toán thống kê. Thống kê mô tả sử dụng tần số, tỷ lệ % cho biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng. Các kết quả được trình bày dưới dạng các bảng và biểu đồ. Sử dụng các thuật toán: T-test để kiểm định sự khác nhau đối với các kết quả các biến thông qua giá trị p (p -value) với mức có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu hồi cứu sử dụng các thông tin trong hồ sơ bệnh án, không can thiệp trực tiếp đến đối tượng. Mọi thông tin nghiên cứu đều được mã

hoá, đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 1128 sản phụ thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu và thu được kết quả như sau:



Biểu đồ 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đa số sản phụ trong nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 21-35 (73,9%), cho thấy đây là độ tuổi sinh đẻ chủ yếu. Nhóm >35 tuổi chiếm 25,5%, trong khi nhóm 18-20 tuổi rất ít (0,5%). Phần lớn sản phụ làm công việc hành chính, văn phòng (58,1%), tiếp theo là nhóm tự do, nội trợ (27%). Tỷ lệ sản phụ là công nhân và nông dân thấp, lần lượt là 11,8% và 3,1%.

Bảng 1. Tỷ lệ tai biến trong mổ của sản phụ

Tai biến trong mổ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có (n=24)	Không	1104	97,87
	Chảy máu	19	1,68
	Tổn thương ruột	1	0,09
	Tổn thương bàng quang	4	0,36
Tổng số		1128	100

Có 24 trường hợp sản phụ gặp tai biến trong mổ, phần lớn là chảy máu (1,68%). Bên cạnh đó có 04 trường hợp tổn thương bàng quang (0,36%) và 01 trường hợp tổn thương ruột (0,09%).

Bảng 2. Tình trạng sản phụ sau mổ lấy thai

Tình trạng sản phụ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tai biến	Bình thường	1115	98,83
	Tụ máu vết mổ thành bụng	4	0,36
	Nhiễm trùng vết mổ	3	0,27
	Đờ tử cung	2	0,18
	Sản giật sau sinh	1	0,09

Viêm phúc mạc tiểu khung	1	0,09
Viêm thùy dưới phổi phải do sặc	1	0,09
Theo dõi tắc mạch ối	1	0,09
Tổng số	1128	100

Có 13 sản phụ gặp tai biến sau mổ, trong đó 04 trường hợp tụ máu vết mổ thành bụng (0,36%); 03 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (0,27%); 02 trường hợp đỡ tử cung (0,18%). Các tai biến như sản giật sau sinh; viêm phúc mạc tiểu khung, viêm thùy dưới phổi phải do sặc, theo dõi tắc mạch ối đều có 01 trường hợp và cùng chiếm 0,09%. Còn lại 1115 sản phụ bình thường sau mổ, không gặp các tai biến nào khác, chiếm tỷ lệ phần lớn với 98,83%.

Bảng 3. Tai biến con

Tai biến con	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Gãy 1/3 dưới xương cánh tay	2	0,18
Hội chứng suy hô hấp cấp	89	7,89
Tổng	91	8,07

Số lượng tai biến của con có 91 trường hợp, chiếm tỷ lệ 8,07%. Trong đó bao gồm các tai biến như hội chứng suy hô hấp cấp chiếm tỷ lệ 7,89% và gãy 1/3 dưới xương cánh tay chiếm 0,18%.

Bảng 4. Liên quan nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai và hội chứng suy hô hấp cấp

Hội chứng suy hô hấp cấp						Các chỉ định mổ lấy thai		
	Chỉ định mổ lấy thai do mẹ					OR (KTC 95%)		
	Có		Không					
	n	%	n	%				
Có	41	9,98	48	6,69		1,54		
Không	370	90,02	669	93,31		(0,97-2,44)		
	Chỉ định mổ lấy thai do thai và phần phụ của thai							
	Có		Không					
	n	%	n	%				
Có	33	6,89	56	8,63		0,78		
Không	446	93,11	593	91,37		(0,48-1,25)		
	Chỉ định mổ lấy thai do yếu tố xã hội							
	Có		Không					
	n	%	n	%				
Có	21	8,82	68	7,64		1,17		
Không	217	91,18	822	92,36		(0,67-1,98)		

Nhóm được chỉ định mổ lấy thai do mẹ có tỷ lệ biến chứng suy hô hấp cao gấp 1,54 lần so với nhóm không có chỉ định, nhưng không có ý nghĩa thống kê (OR=1,54; KTC 95%: 0,97 – 2,44). Nhóm chỉ định mổ do thai và phần phụ của thai có tỷ lệ suy hô hấp thấp hơn 0,78 lần

(OR=0,78; KTC 95%: 0,48 – 1,25) và nhóm chỉ định mổ do nguyên nhân xã hội có tỷ lệ suy hô hấp cao hơn 1,17 lần (OR=1,17; KTC 95%: 0,67 – 1,98), nhưng đều không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Liên quan giữa trọng lượng thai và hội chứng suy hô hấp cấp

Hội chứng suy hô hấp cấp	<2500g		≥2500g		OR (KTC 95%)
	n	%	n	%	
Có	47	24,35	42	3,51	8,86 (5,50-14,25)
Không	146	75,65	1.156	96,49	

Nhóm thai cân nặng <2500g có biến chứng suy hô hấp cấp cao gấp 8,86 lần so với nhóm thai cân nặng ≥2500g. Mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với OR=8,86; KTC 95%: 5,50 – 14,25.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tai biến của mẹ trong mổ lấy thai là 2,13%, trong đó chủ yếu là chảy máu (1,68%) và tổn thương bàng quang (0,36%). Có một trường hợp tổn thương ruột (0,09%) do tổn thương trực tràng. So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ tai biến trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Thu Hà tại Hà Giang ghi nhận tỷ lệ tai biến và biến chứng mẹ lên tới 7,9%, trong đó tỷ lệ tai biến chảy máu là 5,6%, cao hơn nhiều so với kết quả của tôi [2]. Tỷ lệ tai biến trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn có thể do sự khác biệt về điều kiện chăm sóc sức khỏe giữa hai địa phương do điều kiện chăm sóc sức khỏe hạn chế cả về chuyên môn và về cơ sở vật chất.

Các yếu tố nguy cơ làm tăng tai biến trong mổ bao gồm sự giãn nở cổ tử cung, sử dụng phương pháp vô cảm gây mê toàn thân, tuổi thai thấp và thai to. Sau mổ lấy thai, chúng tôi ghi nhận 13 sản phụ gặp tai biến sau mổ. Trong đó, chủ yếu là tụ máu vết mổ thành bụng (0,36%), nhiễm trùng vết mổ (0,27%), và đỡ tử cung thứ phát (0,18%). Các tai biến khác như viêm phúc mạc tiểu khung, viêm thùy dưới phổi phải, và tắc mạch ối đều có 01 trường hợp và chiếm tỷ lệ 0,09%. So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu chúng tôi cũng thấp hơn. Nghiên cứu của Hoàng Anh Tuấn tại Bệnh viện Đa khoa Yên Bình, Thái Nguyên ghi nhận 11 trường hợp đỡ tử cung thứ phát (2,8%), 02 trường hợp chảy máu vết mổ (0,6%), và 01 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (0,3%) [5]. Các nghiên cứu quốc tế khác cũng nêu bật các yếu tố nguy cơ gây biến chứng, bao gồm bệnh đái tháo đường và chuyển dạ kéo dài, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và các vấn đề về lành vết thương [9]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu

chúng tôi, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ và chảy máu vết mổ đều thấp hơn, điều này cho thấy các biện pháp phòng ngừa và chăm sóc sau mổ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là hiệu quả.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyệt cũng ghi nhận tỷ lệ tai biến chảy máu vết mổ và nhiễm trùng vết mổ là 0,1%, và tỷ lệ đỡ tử cung là 0,2% [7]. Các biến chứng nhiễm khuẩn như nhiễm khuẩn vết mổ và viêm niêm mạc tử cung là các tai biến phổ biến sau mổ lấy thai. Tuy nhiên, trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ các tai biến này vẫn ở mức thấp, điều này một lần nữa khẳng định chất lượng dịch vụ và chăm sóc hậu phẫu tại bệnh viện. Nhiễm khuẩn sau mổ có thể gặp ở vết mổ và tử cung, đặc biệt là khi sản phụ có các yếu tố nguy cơ như đẻ mổ nhiều lần hoặc có bệnh lý kèm theo. Việc phát hiện và xử lý sớm các dấu hiệu nhiễm khuẩn là rất quan trọng để giảm tỷ lệ tai biến sau mổ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ biến chứng ở trẻ sơ sinh sau mổ lấy thai chủ động là 8,07%, trong đó chủ yếu là hội chứng suy hô hấp cấp (7,89%) và gãy xương cánh tay (0,18%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra rằng mổ lấy thai chủ động, đặc biệt khi thực hiện trước 39 tuần tuổi thai, làm tăng nguy cơ suy hô hấp ở trẻ do chưa đạt đủ độ trưởng thành phổi, dù là thai đủ tháng trên 37 tuần. Theo nghiên cứu của Tita và cộng sự (2009), so với sinh thường hoặc mổ sau chuyển dạ, những ca mổ chủ động ở tuần 37–38 có tỷ lệ mắc các vấn đề hô hấp ở trẻ cao hơn rõ rệt, bao gồm cả suy hô hấp, cần thở máy hoặc nhập khoa hồi sức sơ sinh [10]. Điều này đặc biệt đáng lưu ý trong nhóm thai dưới 2500g, khi mà tỷ lệ suy hô hấp tăng cao đến 24,35% và có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi (OR=8,86; KTC 95%: 5,50–14,25). Các trẻ nhẹ cân có thể gặp hạn chế về khả năng trao đổi khí và chưa hoàn thiện chức năng phổi, khiến biến chứng hô hấp xảy ra nhiều hơn sau phẫu thuật. Do vậy, việc cân nhắc kỹ lưỡng thời điểm mổ và đánh giá sự trưởng thành phổi trước mổ là cần thiết nhằm giảm thiểu nguy cơ này.

Nghiên cứu chúng tôi có nhiều điểm mạnh, bao gồm phạm vi cỡ mẫu lớn (1128 sản phụ) và được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, nơi có chất lượng chuyên môn và dịch vụ cao. Thời gian nghiên cứu kéo dài từ 01/8/2023 đến 01/8/2024 giúp đảm bảo tính đại diện cho các biến chứng trong và sau mổ lấy thai chủ động. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có một số hạn chế như chỉ thực hiện tại một bệnh viện, do đó kết quả không phản ánh tình trạng chung cho tất cả các cơ sở y tế khác, và phương pháp nghiên

cứu mô tả cắt ngang chỉ cung cấp thông tin hiện trạng mà không thể xác định mối quan hệ nhân quả. Dựa trên kết quả nghiên cứu, khuyến nghị là cần tiếp tục nâng cao chất lượng chăm sóc và đào tạo y tế cho các ca mổ lấy thai, đồng thời triển khai các nghiên cứu dài hạn và đa trung tâm để có cái nhìn toàn diện hơn về các yếu tố nguy cơ và biến chứng của mổ lấy thai chủ động.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ lấy thai chủ động ở sản phụ và trẻ sơ sinh đều ở mức thấp. Các tai biến trong mổ chủ yếu là chảy máu (1,68%), tổn thương bàng quang (0,36%) và tổn thương ruột (0,09%). Sau mổ, các tai biến phổ biến là tụ máu vết mổ (0,36%), nhiễm trùng vết mổ (0,27%) và đỡ tử cung chảy máu (0,18%). Đối với trẻ sơ sinh, hội chứng suy hô hấp cấp chiếm 7,89%, và thai dưới 2500g có tỷ lệ suy hô hấp cao gấp 8,86 lần so với thai trên 2500g. Mặc dù tỷ lệ mổ lấy thai chủ động gia tăng, nhưng chỉ định mổ hợp lý và chăm sóc y tế chất lượng cao giúp giảm thiểu biến chứng. Cần tiếp tục nghiên cứu và cải thiện quy trình chăm sóc để giảm nguy cơ cho cả mẹ và trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Sản - Trường Đại học Y Hà Nội.** Bài giảng sản phụ khoa tập 1. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2014.
2. **Bùi Thị Thu Hà.** Nghiên cứu phẫu thuật lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang trong 5 năm 2013–2017. Luận văn thạc sĩ y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
3. **World Health Organization.** Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access [Internet]. Geneva: WHO; 2021 Jun 16 [cited 2025 Jul 18]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
4. **Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng, Phan Hữu Sơn, Nguyễn Thị Hồng Phượng, Lê Lan Huyền.** Phân tích các yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2021. Tạp chí Phụ Sản. 2022;20(3):46–49.
5. **Hoàng Anh Tuấn.** Nhận xét kết quả mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Yên Bình Thái Nguyên. Luận văn thạc sĩ y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
6. **Lê Hoài Chương, Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng, Đoàn Thị Thu Trang.** Nhận xét thực trạng mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017. Tạp chí Phụ Sản. 2017;05(01):92–96.
7. **Nguyễn Thị Nguyệt.** Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh. Luận văn thạc sĩ y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

8. **Shaterian Narges, Alsadat Rahnamaei Fatemeh, Ghavidel Nahid, Abdi Fatemeh.** Elective cesarean section on maternal request without indication: reasons for it, and its advantages and disadvantages. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2021;12(3): 458–469.
9. **Shi Meng, Chen Li, Ma Xiaoyan, Wu Bo.** The risk factors and nursing countermeasures of

- sepsis after cesarean section: a retrospective analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1):696.
10. **Tita Alan TN, Landon Mark B, Spong Catherine Y, et al.** Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2009; 360(2):111–120. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19129525>

MỐI LIÊN QUAN GIỮA BIỂU HIỆN GEN NF-KB P65, NF-KB P50 TRONG MÔ U GAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KHỐI U Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN CÓ HBSAG (+)

Nguyễn Xuân Khái¹, Cần Văn Mão¹, Đỗ Thị Trang²,
Nguyễn Thanh Hải³, Dương Quang Huy⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mức độ biểu hiện gen NF-κB p65, NF-κB p50 trong mô u gan và mối liên quan với gánh nặng khối u, đặc điểm mô bệnh học ở bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) có HBSAg (+). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 69 bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG và phẫu thuật cắt gan từ tháng 7/2022 đến 7/2024. Biểu hiện của gen NF-κB p50 và NF-κB p65 trong cặp mẫu mô u và mô cận u được định lượng bằng kỹ thuật Realtime PCR. **Kết quả:** Biểu hiện của gen NF-κB p65 và p50 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mẫu mô ung thư so với mẫu mô lân cận u (Trung vị (tứ phân vị) lần lượt là: 1,43 ((-5,18) – 4,73) so với (-0,08) ((-4,38) – 4,02); p = 0,85); và (-4,87) ((-9,41) – (-0,93)) so với (-2,38) ((-8,17) – 4,11); p = 0,07). Không có mối liên quan được giữa mức biểu hiện tương đối của gen NF-κB p50, NF-κB p65 ở mô ung thư với một số đặc điểm của khối u (kích thước, số lượng, tình trạng huyết khối tĩnh mạch cửa) và giải phẫu bệnh (cấu trúc, xâm nhập mạch trong u, tình trạng xơ gan). **Kết luận:** Gen NF-κB p50, NF-κB p65 không tăng biểu hiện trong mô u so với mô cận u. Không có mối liên quan được giữa mức biểu hiện tương đối của gen NF-κB p50, NF-κB p65 ở mô ung thư với một số đặc điểm của khối u và giải phẫu bệnh. **Từ khóa:** NF-κB p65, NF-κB p50, ung thư biểu mô tế bào gan, HBSAg (+).

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE

¹Học viện Quân y

²Nhà Xuất bản Khoa học Tự nhiên và Công nghệ, Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

⁴Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Huy

Email: huyduonghvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

EXPRESSION OF NF-κB p65, NF-κB p50 GENES IN TUMOR TISSUE AND SOME TUMOR CHARACTERISTICS IN HBsAg-POSITIVE HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS

Objective: To investigate the expression levels of NF-κB p50 and NF-κB p65 genes in tumor tissues and their association with clinicopathological characteristics in HBsAg-positive Hepatocellular carcinoma (HCC) patients. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 69 patients who underwent hepatectomy for HCC from July 2022 to July 2024. The expression of NF-κB p50 and NF-κB p65 in paired tumor and adjacent non-tumorous tissues was quantified by RT-qPCR. **Results:** The expression of NF-κB p65, p50 genes had no statistically significant difference in cancer tissue samples compared to adjacent tumor tissue samples (Median (quartiles) were: 1,43 ((-5,18) – 4,73) compared (-0,08) ((-4,38) – 4,02); p = 0,85); and (-4,87) ((-9,41) – (-0,93)) compared (-2,38) ((-8,17) – 4,11); p = 0,07, respectively; p < 0,0001). There was no correlation between the relative expression levels of NF-κB p65, NF-κB p50 genes in cancer tissue and some characteristics of the tumor (size, number, portal vein thrombosis) and pathology (structure, vascular invasion in the tumor, cirrhosis). **Conclusion:** NF-κB p50, NF-κB p65 genes weren't increased in tumor tissue compared to adjacent tumor tissue. There was no correlation between the relative expression levels of NF-κB p50 and NF-κB p65 genes in cancer tissue and some features of the tumor and pathology. **Keywords:** NF-κB p65, NF-κB p50, hepatocellular carcinoma, HBsAg (+).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là loại ung thư phổ biến, có độ ác tính rất cao, tỷ lệ sống còn tương đối sau 5 năm khoảng 18% [1]. Bệnh thường phát triển trên nền bệnh gan mạn tính do virus viêm gan (B hoặc C), do rượu, bệnh gan nhiễm mỡ..., trong đó nhiễm virus viêm gan B (Hepatitis B virus - HBV) là yếu tố nguy cơ

quan trọng nhất với cơ chế bệnh sinh phức tạp liên quan đến đặc điểm kiểu gen virus cũng như cơ thể vật chủ [2]. Cơ chế phân tử về bệnh sinh UTBMTBG do nhiễm HBV mạn tính rất phức tạp, liên quan đến sự tương tác giữa các protein virus, các yếu tố tế bào chủ và vi môi trường khối u. HBV có thể gây ra sự mất ổn định di truyền và biến đổi biểu sinh trong DNA của tế bào, dẫn đến sự rối loạn điều hòa của gen gây ung thư [3]. Ngoài ra, HBV hoạt hóa các con đường tín hiệu nội bào liên quan đến ung thư khác nhau và điều hòa sự trao đổi chất của tế bào, gây phát sinh ung thư.

NF- κ B gồm một nhóm các yếu tố phiên mã đóng vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh các phản ứng miễn dịch và viêm, tăng sinh tế bào, apoptosis và đáp ứng với stress [4]. Trong số các thành viên NF- κ B, NF- κ B p50 và NF- κ B p65 (RelA) có vai trò hoạt động phiên mã mạnh và tham gia vào việc thúc đẩy sự hình thành khối u [5], [6]. Tuy nhiên, vai trò của NF- κ B p50 và p65 trong UTBMTBG vẫn chưa được biết đầy đủ, đòi hỏi phải có thêm bằng chứng để làm sáng tỏ vai trò của nó đối với sinh bệnh học của BN UTBMTBG có nhiễm HBV. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Khảo sát mức độ biểu hiện gen NF- κ B p65, NF- κ B p50 trong mô u gan và mối liên quan với gánh nặng khối u, đặc điểm mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có HBsAg (+)*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 69 BN UTBMTBG có HbsAg (+), được điều trị phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện Trung ương Quân đội (TWQĐ) 108 và Bệnh viện K từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2024, xác chẩn lại UTBMTBG theo kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được điều trị, đồng mắc các loại ung thư khác và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, cắt ngang
- Xác định mức độ biểu hiện gen NF- κ B p65, NF- κ B p50 trong mẫu mô UTBMTBG và mô cận u tại Viện Hàn lâm khoa học và công nghệ Việt Nam thông qua các bước:

+ Dùng dao sạch lấy mẫu bệnh phẩm u và mô cận u với kích thước mỗi chiều 0,5cm, đưa mẫu vào ống Eppendorf 1,5ml. Tách RNA bằng MasterPure Complete DNA and RNA Purification.

+ cDNA được tổng hợp từ RNA tổng số theo quy trình như sau: lấy 1 μ g RNA tổng số pha loãng vào nước cất DEPC thành 12,5 μ L. Sau đó,

thêm 1 μ L oligo-dT primer (500 μ g/mL) và ủ ở nhiệt độ 70°C trong 2 phút. Cho thêm vào ống đựng mẫu 2 μ L 10x reaction buffer, 1 μ L dNTP mix (dATP, dCTP, dGTP, dTTP, 10 mM mỗi loại), 0,5 μ L chất ức chế Rnase, 0,1 μ L enzyme phiên mã ngược M-MuLV và 2,9 μ L nước cất DEPC. Trộn đều mẫu sau đó ủ ở 42°C trong 1 tiếng. Để dừng phản ứng tổng hợp cDNA, các mẫu được ủ ở 94°C trong 5 phút và dự trữ ở -80°C.

Sử dụng gen GAPDH (Glyceraldehyde-3-phosphate dehydrogenase) làm gen tham chiếu, trình tự mỗi cho các gen nghiên cứu và gen GAPDH được trình bày trong bảng 2.1.

Bảng 2.1. Trình tự mỗi nghiên cứu

Tên cặp mỗi	Trình tự mỗi (5' – 3')	Kích thước sản phẩm (bp)
NF- κ B p50-F	TGGCACTGCCAACAGATGG	182
NF- κ B p50-R	AACCTTTGCTGGTCCCACAT	
NF- κ B p65-F	CTGAATGCTGTGCGGCTCT	199
NF- κ B p65-R	GCACCTTGTCACACAGTAGGAA	
GAPDH-F	GGAGCGAGATCCCTCCAAA	197
GAPDH-R	GGCTGTTGTCATACTTCTCAT	

Chu kỳ ngưỡng (Ct) của các gen nghiên cứu và gen tham chiếu ở các mẫu được xác định bằng phần mềm LightCycler.

- Đánh giá mức độ biểu hiện gen NF- κ B p50, NF- κ B p65 dựa trên phương pháp chu kỳ ngưỡng của Livak: Ct của các gen nghiên cứu được chuẩn hóa theo Ct của gen tham chiếu (GAPDH) theo công thức: $\Delta Ct = Ct(\text{gen nghiên cứu}) - Ct(\text{GAPDH})$.

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm Medcalc version 20.019 và kiểm định Mann-Whitney.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Được phê duyệt theo quyết định số 25/2022/CNCHT-HĐĐĐ, ngày 28/6/2022 tại Bệnh viện Quân y 103.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 69 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $57,35 \pm 8,92$ (tuổi), tỷ lệ nam/nữ: 10,5/1.

3.1. Đặc điểm gánh nặng khối u và mô bệnh học

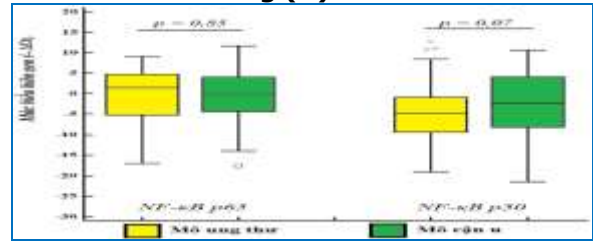
Bảng 3.1. Một số đặc điểm u gan trên chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học (n=69)

Đặc điểm u gan		Số bệnh nhân (n=69)	Tỷ lệ (%)
Số lượng	1 khối	58	84,06
	≥ 2 khối	11	15,94

Kích thước u (mm)	< 50 mm	38	55,07
	≥ 50 mm	31	44,93
Huyết khối tĩnh mạch cửa (TMC)	Có	6	8,70
	Không	63	91,30
Di căn ngoài gan	Có	1	1,45
	Không	68	98,55
Phân độ mô học theo WHO	Biệt hóa cao-vừa	62	89,86
	Biệt hóa kém	7	10,14
Cấu trúc u	Dạng bề	33	47,83
	Dạng đặc	20	28,99
	Dạng giả tuyến	3	4,35
	Dạng hỗn hợp	13	18,84
U xâm nhập mạch	Có	34	49,28
	Không	35	50,72
Xơ gan kèm theo	Có	50	72,46
	Không	19	27,54

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân UTBMTBG trong nghiên cứu có một khối u (84,06%); trong đó kích thước khối u < 50 mm chiếm 55,07%. 6/69 bệnh nhân (8,70%) có tình trạng tình trạng u xâm lấn tạo huyết khối TMC và 1/69 bệnh nhân (1,45%) di căn ngoài gan. Theo phân độ mô học của WHO, UTBMTBG biệt hóa cao và vừa chiếm chủ yếu 89,86%. Về type mô bệnh học, UTBMTBG thể bề chiếm tỷ lệ lớn nhất với 47,83%. Có 49,28% bệnh nhân có tình trạng khối u xâm nhập mạch và phần lớn (72,46%) có xơ gan kèm theo.

3.2. Mức độ biểu hiện gen NF-κB p65, NF-κB p50 trong mô ung thư ở BN UTBMTBG có HBsAg (+)



* Kiểm định Mann-Whitney

Biểu đồ 3.1. So sánh mức độ biểu hiện tương đối của gen NF-κB p65 và NF-κB p50 giữa mô ung thư và mô cận u (n=69)

Nhận xét: Biểu hiện của gen NF-κB p65 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mẫu mô ung thư so với mẫu mô lân cận u (Trung vị (tứ phân vị) lần lượt là: 1,43 ((-5,18) – 4,73) so với (-0,08) ((-4,38) – 4,02); p = 0,85). Tương tự, biểu hiện của gen NF-κB p50 cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mẫu mô ung thư so với mẫu mô lân cận u (Trung vị (tứ phân vị) lần lượt là: (-4,87) ((-9,41) – (-0,93)) so với (-2,38) ((-8,17) – 4,11); p = 0,07).

3.3. Môi liên quan giữa mức độ biểu hiện gen NF-κB p65, NF-κB p50 trong mô ung thư với gánh nặng khối u, đặc điểm mô bệnh học ở BN UTBMTBG có HBsAg (+)

Bảng 3.2. Môi liên quan giữa mức độ biểu hiện tương đối gen NF-κB p50 và NF-κB p65 trong mô ung thư với một số đặc điểm khối u gan (n=69)

Đặc điểm u gan	n	NF-κB p65		NF-κB p50	
		Trung vị (Tứ phân vị)	p	Trung vị (Tứ phân vị)	p
Đường kính u (mm)	<50	0,17 ((-6,30) – 5,08)	0,42	(-5,52) ((-11,18) – (-1,45))	0,48
	≥50	2,48 ((-2,67) – 4,56)		(-4,84) ((-8,03) – (-0,15))	
Số lượng u	1 khối	1,74 ((-5,32) – 5,06)	0,96	(-4,59) ((-9,18) – (-1,08))	0,81
	>1 khối	(-1,12) ((-3,63) – 4,61)		(-5,73) ((-11,49) – 1,52)	
Huyết khối TMC	Có	2,20 ((-1,12) – 4,50)	0,41	(-5,54) ((-6,57) – (-3,50))	0,65
	Không	1,43 ((-5,42) – 4,89)		(-4,84) ((-9,88) – (-0,15))	

* Kiểm định Mann - Whitney

Nhận xét: Không ghi nhận sự khác biệt mức độ biểu hiện gen họ NF-κB giữa hai nhóm bệnh nhân UTBMTBG theo đường kính khối u, số lượng u, huyết khối TMC và tình trạng di căn ngoài gan (các p > 0,05).

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa biểu hiện tương đối gen NF-κB p50 và NF-κB p65 trong mô ung thư với đặc điểm mô bệnh học khối u gan (n=69)

Đặc điểm mô bệnh khối u gan	n	NF-κB p65		NF-κB p50	
		Trung vị (Tứ phân vị)	p	Trung vị (Tứ phân vị)	p
Cấu trúc u	Dạng bề	2,05 ((-5,35) – 4,63)	0,74	(-4,84) ((-8,25) – (-2,35))	1,00
	Dạng khác	1,40 ((-4,60) – 5,02)		(-5,11) ((-11,44) – 1,64)	
Hình ảnh tế bào u xâm nhập mạch	Có	2,09 ((-3,90) – 4,5)	0,67	(-4,85) ((-9,18) – (-1,08))	0,61
	Không	1,36 ((-5,56) – 4,88)		(-5,39) ((-10,94) – (-0,93))	
Xơ gan kèm theo	Có	1,74 ((-4,21) – 5,06)	0,33	(-3,76) ((-8,68) – 1,51)	0,12
	Không	(-1,83) ((-6,13) – 3,93)		(-7,23) ((-10,68) – (-3,49))	

* Kiểm định Mann - Whitney

Nhận xét: Không ghi nhận mối liên quan giữa mức biểu hiện tương đối của gen NF- κ B p50 và NF- κ B p65 ở mô ung thư với các chỉ số đặc điểm mô bệnh khối u gan như cấu trúc u, hình ảnh tế bào u xâm nhập mạch và tình trạng xơ gan (các $p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ biểu hiện gen NF- κ B p65, NF- κ B p50 trong mô ung thư ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có HBsAg (+)

UTBMTBG là một bệnh lý ác tính phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong liên quan đến ung thư trên toàn thế giới. Hiện nay, cơ chế bệnh sinh phân tử dẫn đến UTBMTBG vẫn chưa được hiểu đầy đủ, dẫn đến tỷ lệ chẩn đoán sớm thấp. Do đó, việc phát hiện ra các cơ chế phân tử và các dấu ấn sinh học chẩn đoán của UTBMTBG có ý nghĩa lâm sàng to lớn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không thấy sự khác biệt trong biểu hiện của các gen họ NF- κ B ở mô khối u UTBMTBG so với mô lân cận khối u. Cụ thể, nghiên cứu này đã tiến hành thu thập 69 mẫu mô ung thư và tương ứng là 69 mẫu mô u lân cận khối u từ bệnh nhân được xác chẩn mắc UTBMTBG và có HBsAg dương tính.

Biểu hiện của gen NF- κ B p65 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mẫu mô ung thư so với mẫu mô lân cận u (Trung vị (tứ phân vị) lần lượt là: 1,43 ((-5,18) – 4,73) so với (-0,08) ((-4,38) – 4,02); $p = 0,85$). Tương tự, biểu hiện của gen NF- κ B p50 cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mẫu mô ung thư so với mẫu mô lân cận u (Trung vị (tứ phân vị) lần lượt là: (-4,87) ((-9,41) – (-0,93)) so với (-2,38) ((-8,17) – 4,11); $p = 0,07$).

Tuy nhiên, theo một số nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra, NF- κ B p65 và p50, 2 thành viên của họ NF- κ B đóng vai trò quan trọng trong việc điều hòa tình trạng viêm và quá trình hình thành khối u. Tác giả Silva-Gomez và cộng sự đã chứng minh rằng việc điều hòa giảm biểu hiện NF- κ B p65 có thể ức chế sự tiến triển của UTBMTBG [7]. Ngoài ra, như đã đề cập ở trên, nghiên cứu của tác giả Jiang C. (2024) ở bệnh nhân UTBMTBG thu thập tại Bệnh viện Đại học An Huy (Trung Quốc) cho thấy mức độ biểu hiện của NF- κ B p65 tăng cao ở mô ung thư so với mô lân cận u [8].

Như đã biết, NF- κ B p65 là một trong những tiểu đơn vị quan trọng nhất của họ NF- κ B và chủ yếu tồn tại ở tế bào chất. Các cơ chế bệnh sinh của UTBMTBG đã cho thấy, NF- κ B p65 xâm nhập vào nhân tế bào là điều kiện tiên quyết để kích hoạt các gen mục tiêu của nó và duy trì hoạt động phiên mã của NF- κ B.

4.2. Mối liên quan giữa mức độ biểu hiện gen NF- κ B p65, NF- κ B p50 trong mô ung thư với gánh nặng khối u, đặc điểm mô bệnh học. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cũng khảo sát mối liên quan giữa biểu hiện các gen NF- κ B p50, NF- κ B p65 với một số đặc điểm của khối u, gồm có: vị trí khối u (thùy phải và vị trí khác); đường kính khối u lớn nhất (< 50 mm và ≥ 50 mm); số lượng (1 khối u và > 1 khối u); tình trạng huyết khối tĩnh mạch cửa (có và không); di căn ngoài gan (có và không); cấu trúc khối u (dạng bè và dạng khác); hình ảnh tế bào u xâm nhập mạch (có và không) và tình trạng xơ gan kèm theo (có và không). Kết quả nghiên cứu cho thấy, mức độ biểu hiện gen NF- κ B p50 và p65 không liên quan tới vị trí khối u, kích thước khối u hay tình trạng huyết khối hoặc di căn trên bệnh nhân UTBMTBG. Tương tự như vậy, biểu hiện của các gen này cũng không có mối liên quan với cấu trúc u, hình ảnh tế bào u xâm nhập mạch và tình trạng xơ gan kèm theo. Hiện tại chúng tôi vẫn chưa tìm được các nghiên cứu tương đương để so sánh với kết quả thu được và đây cũng là hạn chế trong đề tài của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát biểu hiện gen NF- κ B p50, NF- κ B p65 trong mô ung thư ở 69 bệnh nhân UTBMTBG có HBsAg (+), chúng tôi ghi nhận:

- Gen NF- κ B p50, NF- κ B p65 không tăng biểu hiện trong mô u so với mô cận u.
- Không có mối liên quan chặt chẽ giữa mức biểu hiện tương đối gen NF- κ B p50, NF- κ B p65 ở mô ung thư với một số đặc điểm khối u và mô bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Laversanne M., Sung H., et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 74(3): 229-63.
2. Pham T., Bui L., Kim G., et al. (2019). Cancers in Vietnam-Burden and Control Efforts: A Narrative Scoping Review. *Cancer Control*, 26(1): 1073274819863802.
3. Yeh S.H., Li C.L., Lin Y.Y., et al. (2023). Hepatitis B Virus DNA Integration Drives Carcinogenesis and Provides a New Biomarker for HBV-related HCC. *Cell Mol Gastroenterol Hepatol*, 15(4): 921-9.
4. Xiao C., Ghosh S. (2005). NF-kappaB, an evolutionarily conserved mediator of immune and inflammatory responses. *Adv Exp Med Biol*, 560: 41-5.
5. Copetti T., Bertoli C., Dalla E., et al. (2009). p65/RelA modulates BECN1 transcription and autophagy. *Mol Cell Biol*, 29(10): 2594-608.

6. Yu Y., Wan Y., Huang C. (2009). The biological functions of NF-kappaB1 (p50) and its potential as an anti-cancer target. *Curr Cancer Drug Targets*, 9(4): 566-71.
7. Silva G.J.A., Galicia M.M., Sandoval R.A., et al. (2021). Hepatocarcinogenesis Prevention by Pirfenidone Is PPAR γ Mediated and Involves Modification of Nuclear NF-kB p65/p50 Ratio. *Int J Mol Sci*, 22(21).
8. Jiang C., Zhang C., Dai M., et al. (2024). Interplay between SUMO1-related SUMOylation and phosphorylation of p65 promotes hepatocellular carcinoma progression. *Biochim Biophys Acta Mol Cell Res*, 1871(1): 119595.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỆ SỐ KHUẾCH TÁN BIỂU KIẾN TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ PHẪU THUẬT CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG

Trần Thị Hương Giang¹, Lê Trọng Khoan¹,
Ngô Minh Trí², Hồ Xuân Tuấn³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, dữ liệu về mối liên quan giữa hệ số khuếch tán biểu kiến (ADC) của cộng hưởng từ với một số đặc điểm mô bệnh học và phẫu thuật của ung thư cổ tử cung như kích thước, vị trí u cũng như phân giai đoạn ung thư còn khan hiếm. **Mục tiêu:** Tìm hiểu mối liên quan giữa hệ số khuếch tán biểu kiến trên cộng hưởng từ với một số đặc điểm mô bệnh học và phẫu thuật của ung thư biểu mô cổ tử cung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 35 bệnh nhân ung thư cổ tử cung có kết quả mô bệnh học sau mổ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 03/2022 đến 08/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận ADC trung bình cao hơn ở thành trước so với các vị trí khác có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$). Kích thước tổn thương cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê rất cao ($p < 0,001$), với các tổn thương kích thước nhỏ hơn có xu hướng có giá trị ADC cao hơn. Các yếu tố khác như xâm lấn âm đạo, xâm lấn mô quanh tử cung và dây chằng rộng, và di căn hạch không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị ADC trung bình ($p > 0,05$). Ngoài ra, có mối tương quan nghịch, cận mức mức độ mạnh ($r = -0,507$) và có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$) giữa ADC và kích thước u. Giá trị ADC trung bình có xu hướng giảm dần khi giai đoạn bệnh tiến triển từ IA ($1430,33 \pm 305,61$) xuống III ($1106,60 \pm 507,84$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy giá trị ADC trên MRI có mối tương quan nghịch với kích thước và giai đoạn ung thư cổ tử cung, đồng thời cao hơn ở khối u vị trí thành trước so với các vị trí khác. Qua đó, cho thấy ADC có thể là một thông số bổ trợ trong đánh giá đặc điểm khối u và hỗ trợ phân

tầng nguy cơ lâm sàng ở bệnh nhân ung thư biểu mô cổ tử cung. **Từ khóa:** ung thư biểu mô cổ tử cung, hệ số khuếch tán biểu kiến (ADC), mô bệnh học, phẫu thuật, mối liên quan.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN APPARENT DIFFUSION COEFFICIENT ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND SELECTED HISTOPATHOLOGICAL AND SURGICAL CHARACTERISTICS OF CERVICAL CARCINOMA

Background: Current data regarding the association between the apparent diffusion coefficient (ADC) derived from magnetic resonance imaging (MRI) and selected histopathological and surgical characteristics of cervical cancer—such as tumor size, location, and cancer staging—remain limited. **Objectives:** To investigate the relationship between ADC values on MRI and certain histopathological and surgical characteristics of cervical carcinoma. **Materials and methods:** This was a cross-sectional descriptive-analytic study conducted on 35 patients with cervical cancer who underwent surgery and had histopathological confirmation at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital from March 2022 to August 2024. **Results:** The mean ADC value was significantly higher in tumors located at the anterior wall compared to other locations ($p = 0.007$). Tumor size showed a highly significant difference ($p < 0.001$), with smaller lesions tending to have higher ADC values. Other factors, including vaginal invasion, parametrial and broad ligament invasion, and lymph node metastasis, showed no statistically significant differences in mean ADC values ($p > 0.05$). Additionally, there was a moderately strong negative correlation ($r = -0.507$) between ADC and tumor size, which was statistically significant ($p = 0.003$). Mean ADC values tended to decrease with advancing clinical stage, from 1430.33 ± 305.61 in stage IA to 1106.60 ± 507.84 in stage III, with statistical significance ($p = 0.007$). **Conclusion:** ADC values on MRI show a negative correlation with tumor size and stage in cervical carcinoma, and are higher in tumors located at the

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế

²Bệnh viện Trung ương Huế

³Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Xuân Tuấn

Email: hxtuan@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

anterior wall compared to other sites. These findings suggest that ADC may serve as a supplementary parameter in tumor characterization and clinical risk stratification in patients with cervical carcinoma.

Keywords: cervical carcinoma, apparent diffusion coefficient (ADC), histopathology, surgery, association.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô cổ tử cung là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến ở phụ nữ trên toàn cầu, đặc biệt ở các nước thu nhập trung bình và thấp. Chụp cộng hưởng từ (MRI) vùng chậu là phương tiện hình ảnh hàng đầu để đánh giá xâm lấn tại chỗ và giai đoạn khối u theo hệ thống FIGO (2018). Cộng hưởng từ khuếch tán (Diffusion-weighted imaging: DWI) và hệ số khuếch tán biểu kiến (Apparent Diffusion Coefficient: ADC) cung cấp chỉ số định lượng về vi cấu trúc mô khối u, phản ánh mật độ tế bào và sự hạn chế khuếch tán nước trong mô ác tính [4]. Theo đó, tế bào khối u ác tính có mật độ cao làm giảm độ khuếch tán và dẫn đến ADC thấp hơn so với mô lành.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh ADC trung bình của khối u biểu mô cổ tử cung thấp hơn đáng kể so với mô cổ tử cung bình thường [5]. Ngoài ra, một số nghiên cứu cho thấy giá trị ADC có liên quan nghịch với kích thước khối u và giai đoạn bệnh, khối u lớn và giai đoạn cao có xu hướng có ADC thấp hơn [4], [7].

Liên quan đến di căn hạch, phân tích tổng hợp của He và cộng sự (2016) cho thấy ADC ở khối u có di căn hạch thấp hơn đáng kể so với khối u không di căn (Hiệu số trung bình chuẩn hóa (Standardized Mean Difference): SMD = 1.02, $p < 0.001$), cho thấy DWI có giá trị trong phát hiện di căn hạch tiền lâm sàng [3].

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đối chiếu và làm rõ mối liên quan giữa ADC và các đặc điểm mô bệnh học và phẫu thuật đã được báo cáo quốc tế, đồng thời bổ sung dữ liệu từ Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô cổ tử cung, được chụp cộng hưởng từ tiểu khung có tiêm thuốc tương phản từ, có chỉ định phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 03 năm 2022 đến tháng 08 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô cổ tử cung theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2020 [1]:

- Bệnh nhân có thể có triệu chứng lâm sàng

ngghi ngờ ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm: ra máu âm đạo bất thường sau giao hợp/giữa hai kỳ kinh/sau mãn kinh,... hoặc khí hư bất thường, đau vùng hạ vị.

- Thăm khám cổ tử cung, âm đạo bằng tay và mỏ vịt có thể thấy tổn thương tại CTC nghi ngờ u: thể sùi, loét, sùi loét, thâm nhiễm...

- Xét nghiệm soi CTC sinh thiết, khoét chóp chẩn đoán, cho kết quả mô bệnh học ung thư biểu mô CTC.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã điều trị ung thư vùng tiểu khung khác hoặc đã có điều trị UTBMCTC bằng phương pháp xạ trị, hoá trị trước phẫu thuật.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 35 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Giá trị hệ số khuếch tán biểu kiến (ADC) của ung thư cổ tử cung trên cộng hưởng từ.

Đặc điểm mô bệnh học và phẫu thuật:

- Vị trí: thành trước, thành sau, cả thành trước và thành sau, ống cổ tử cung.

- Kích thước: đường kính lớn nhất ≥ 4 cm, đường kính lớn nhất ≥ 2 cm và < 4 cm, đường kính lớn nhất < 2 cm (xâm lấn mô đệm sâu < 3 mm, xâm lấn mô đệm sâu ≥ 3 mm và < 5 mm, xâm lấn mô đệm sâu ≥ 5 mm).

- Xâm lấn âm đạo (có/không), xâm lấn mô quanh tử cung và dây chằng rộng (có/không), di căn hạch (có/không).

- Giai đoạn ung thư: IA, IB, IIA, IIB, và III.

Mối liên quan giữa ADC trung bình theo từng đặc điểm mô bệnh học và phẫu thuật.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0. Thống kê mô tả được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích sử dụng kiểm định One-way ANOVA và Independent Samples T test để so sánh trung bình giữa hai hay nhiều nhóm độc lập có phân phối chuẩn. Tương quan giữa 2 biến định lượng sử dụng hệ số tương quan Pearson. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

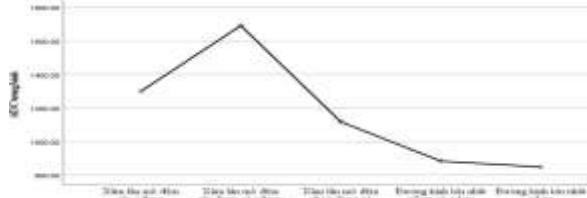
2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế (Số 1138/QĐ-ĐHYD).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa giá trị ADC trung bình và một số đặc điểm ung thư cổ tử cung trên mô bệnh học và phẫu thuật

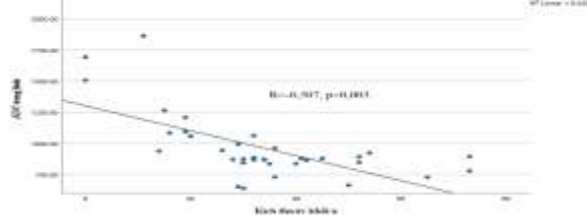
		Đặc điểm	Giá trị ADC TB±ĐLC	Giá trị p
Vị trí		Thành trước	1217,38±404,25	0,007 ^a
		Thành sau	781,00±102,57	
		Cả thành trước và thành sau	871,47±105,94	
		Ông cổ tử cung	978,50±210,91	
Kích thước	Đường kính lớn nhất <2cm	Xâm lấn mô đệm sâu <3mm	1300±291,33	<0,001 ^a
		Xâm lấn mô đệm sâu 3mm và <5mm	1691,0	
		Xâm lấn mô đệm sâu ≥5mm và đường kính lớn nhất <2cm	1118,29±356,85	
	Đường kính lớn nhất ≥2cm và <4cm		884,08±169,41	
	Đường kính lớn nhất ≥4cm		848,85±85,18	
Xâm lấn âm đạo		Có	898,20±103,15	0,555 ^b
		Không	975,73±284,87	
Xâm lấn mô quanh tử cung và dây chằng rộng		Có	832,75±103,48	0,300 ^b
		Không	981,68±277,54	
Di căn hạch		Có	1106,5±507,84	0,576 ^b
		Không	946,35±227,82	

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận ADC trung bình cao hơn khi u ở thành trước CTC so với các vị trí khác có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$). Kích thước tổn thương cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê rất cao ($p < 0,001$), với các tổn thương kích thước nhỏ hơn có xu hướng có giá trị ADC cao hơn. Các yếu tố khác như xâm lấn âm đạo, xâm lấn mô quanh tử cung và dây chằng rộng, và di căn hạch không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị ADC trung bình ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Biểu đồ phân bố ADC trung bình theo kích thước và mức độ xâm lấn mô đệm theo mô bệnh học và phẫu thuật

Nhận xét: Biểu đồ cho thấy khối u kích thước nhỏ hơn có xu hướng có giá trị ADC cao hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt về mức độ xâm lấn mô đệm không tuân theo quy luật tuyến tính.



Biểu đồ 2. Mối tương quan giữa giá trị ADC

^aOne-way ANOVA, ^bIndependent Samples T test và kích thước u dựa trên kết quả phẫu thuật và mô bệnh học

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy có mối tương quan nghịch, cận mức độ mạnh ($r = -0,507$) và có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$) giữa ADC và kích thước u.

Bảng 3. Mối liên quan giữa giá trị ADC trung bình và giai đoạn ung thư biểu mô cổ tử cung theo giải phẫu bệnh và phẫu thuật

Giai đoạn	Giá trị ADC TB±ĐLC	Giá trị p
IA	1430,33±305,61	0,007 ^a
IB	892,95±158,95	
IIA	949,00±97,86	
IIB	851,33±118,28	
III	1106,50±507,84	

^aOne-way ANOVA

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy giá trị ADC trung bình có xu hướng giảm dần khi giai đoạn bệnh tiến triển từ IA (1430,33±305,61) xuống III (1106,60±507,84), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 35 bệnh nhân ung thư biểu mô cổ tử cung, được chụp cộng hưởng từ tiểu khung có tiêm thuốc tương phản từ, có phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học. Kết quả ghi nhận có mối tương quan nghịch, cận mức độ mạnh ($r = -0,507$) và có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$) giữa ADC và kích thước u. Đồng thời, giá trị ADC trung bình có xu hướng giảm dần khi giai đoạn bệnh tiến triển từ IA (1430,33 ± 305,61) xuống III (1106,60 ±

507,84), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,007$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy ADC giảm khi kích thước khối u tăng. Kết quả này phù hợp với nhận định của Rizescu và cộng sự (2024), các tác giả ghi nhận xu hướng giảm rõ rệt của ADC khi đường kính khối u tăng. Trong loạt ca được nghiên cứu, các tổn thương nhỏ có giá trị ADC cao hơn, trong khi giá trị ADC thấp nhất được ghi nhận ở các khối u lớn nhất, gợi ý rằng các khối u có kích thước lớn thường bị hạn chế khuếch tán mạnh hơn [6]. Cơ chế giải thích có thể do các khối u lớn thường có mật độ tế bào cao, áp lực nội khối u tăng, và có thể kèm giảm thể tích khoảng gian bào, tất cả đều cản trở sự khuếch tán của nước và làm giảm giá trị ADC.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận ADC trung bình cao hơn ở khối u thành trước so với các vị trí khác ($p = 0.007$), tuy nhiên, đây là phát hiện chưa được báo cáo rộng rãi trong y văn, và chúng tôi không tìm thấy nghiên cứu nào chuyên biệt phân tích ADC theo vị trí khối u. Có thể lý giải là do sự khác biệt tế bào học hoặc ảnh hưởng kỹ thuật như nhiễu tín hiệu từ bàng quang gần kề. Một giả thuyết là các tổn thương ở thành trước có thể bao gồm tỷ lệ cao hơn các ung thư biểu mô tuyến hoặc khối u có thành phần hoại tử hay nang (do tuyến nội cổ tử cung nằm ở phía trước), từ đó làm tăng giá trị ADC. Một yếu tố kỹ thuật khác cần xem xét là các khối u ở thành trước nằm sát bàng quang, do đó chuyển động hoặc hiện tượng trung bình thể tích một phần (partial-volume averaging) với nước tiểu (vốn có giá trị ADC cao) có thể làm tăng nhẹ giá trị ADC đo được ở các tổn thương thành trước. Ngược lại, các tổn thương thành sau nằm gần trực tràng có thể ít bị ảnh hưởng bởi chuyển động trung bình nhưng lại có cấu trúc đặc hơn.

Ngoài ra, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận chưa có sự khác biệt về ADC giữa nhóm có di căn và không di căn hạch. Điều này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi tương đối nhỏ, do đó chưa phát hiện ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, bởi đây là yếu tố đã được chứng minh rộng rãi trong y văn. Thật vậy, kết quả của He và cộng sự, ghi nhận ADC ở khối u có di căn hạch thấp hơn đáng kể so với khối u không di căn ($SMD = 1.02$, $p < 0.001$) [3]. Tương tự với nghiên cứu của Leileifan và cộng sự, trong đó nhóm khối u có di căn hạch có ADC thấp hơn đáng kể (0.829 ± 0.144 vs. $1.064 \pm 0.345 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$, $p < 0.0001$) [2]. Kết quả này cũng đồng nhất với ghi nhận của tác giả Song và cộng sự [7]. Điều này chứng tỏ ADC có thể hỗ trợ phân tầng lâm sàng về mức độ xâm lấn và mức độ ác tính như

một chỉ dấu chức năng bổ sung.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giá trị ADC có xu hướng giảm dần từ giai đoạn từ IA đến III ($p = 0.007$), tương thích với nghiên cứu của Lura và cộng sự (2025) – giá trị ADC có khả năng dự đoán di căn hạch chậu và tương quan nghịch với giai đoạn FIGO [4]. Giai đoạn tiến triển thường đi kèm khối u lớn hơn, xu hướng xâm lấn mạnh hơn và tính ác tính cao hơn, phù hợp với ADC thấp hơn.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nhỏ và thiết kế hai trung tâm nhưng cùng thuộc một địa phương hạn chế lực thống kê và tính đại diện của nghiên cứu. Thứ hai, đây là nghiên cứu cắt ngang nên chỉ phản ánh mối liên quan tại một thời điểm, chưa đánh giá được diễn biến và tiên lượng lâu dài. Thứ ba, các thông số ADC có thể chịu ảnh hưởng bởi sự khác biệt về kỹ thuật chụp, máy MRI và cách chọn vùng đo, dẫn đến nguy cơ sai số đo lường. Cuối cùng, nghiên cứu chưa áp dụng các phương pháp phân tích nâng cao như phân tích kết cấu hoặc mô hình dự đoán đa biến, do đó giá trị chẩn đoán và tiên lượng của ADC có thể chưa được khai thác tối đa. Tuy vậy, với các kết quả thu được, nghiên cứu có thể tạo tiền đề cho việc ứng dụng chỉ số ADC như một công cụ hỗ trợ trong đánh giá mức độ xâm lấn và phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân ung thư biểu mô cổ tử cung. Những mối liên quan được xác định giữa ADC và các đặc điểm mô bệnh học, phẫu thuật cho thấy tiềm năng sử dụng thông số này trong việc dự đoán giai đoạn bệnh, hỗ trợ lập kế hoạch điều trị và theo dõi đáp ứng. Trong tương lai, nếu được xác nhận bởi các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn và kỹ thuật chuẩn hóa, ADC kết hợp cùng các phương pháp phân tích nâng cao có thể trở thành một chỉ dấu hình ảnh học quan trọng, góp phần cá thể hóa chiến lược điều trị và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy giá trị ADC trên MRI có mối tương quan nghịch với kích thước và giai đoạn ung thư cổ tử cung, đồng thời cao hơn ở khối u vị trí thành trước so với các vị trí khác. Qua đó, cho thấy ADC có thể là một thông số hỗ trợ trong đánh giá đặc điểm khối u và hỗ trợ phân tầng nguy cơ lâm sàng ở bệnh nhân ung thư biểu mô cổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu, Quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01/4/2020, pp. 1-737.

2. Fan L., Ma L., Ling R. (2023), Clinical value of conventional magnetic resonance imaging combined with diffusion-weighted imaging in predicting pelvic lymph node metastasis of cervical cancer, *Front Oncol*, 13 pp. 1267598.
3. He X. Q., Wei L. N. (2016), Diagnostic value of lymph node metastasis by diffusion-weighted magnetic resonance imaging in cervical cancer, *J Cancer Res Ther*, 12 (1), pp. 77-83.
4. Lura Njål, Wagner-Larsen Kari S., Ryste Stian (2025), Tumor ADC value predicts outcome and yields refined prognostication in uterine cervical cancer, *Cancer Imaging*, 25 (1), pp. 23.
5. McVeigh P. Z., Syed A. M., Milosevic M. (2008), Diffusion-weighted MRI in cervical cancer, *Eur Radiol*, 18 (5), pp. 1058-1064.
6. Rizescu R. A., Salcianu I. A., Ionescu A. (2024), The Added Role of Diffusion-Weighted Magnetic Resonance Imaging in Staging Uterine Cervical Cancer, *Cureus*, 16 (12), pp. e75707.
7. Song Q., Yu Y., Zhang X. (2022), Value of MRI and diffusion-weighted imaging in diagnosing normal-sized pelvic lymph nodes metastases in patients with cervical cancer, *Br J Radiol*, 95 (1138), pp. 20200203.

TÌNH TRẠNG TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI NGOẠI TRÚ CÓ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM

Nguyễn Thanh Huân^{1,2}, Nguyễn Thị Mai Hương², Nguyễn Quang Huy^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân cao tuổi với suy tim thường có các vấn đề lão khoa, trong đó có các triệu chứng trầm cảm. Trầm cảm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và tiên lượng ở các bệnh nhân cao tuổi có suy tim. Do đó, việc xác định sự hiện diện của trầm cảm là cần thiết trong thực hành lâm sàng chăm sóc và điều trị nhóm bệnh nhân cao tuổi có suy tim.

Mục tiêu: Nghiên cứu tần suất hiện mắc và các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm (STPSTMG). **Phương pháp:** Cắt ngang. Dân số chọn mẫu là bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có STPSTMG tại Bệnh viện Thống Nhất và Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 08/2024 đến tháng 01/2025. Trầm cảm được đánh giá bằng thang trầm cảm lão khoa-15 (GDS-15). Các yếu tố liên quan đến trầm cảm được xác định dựa vào hồi quy logistic. **Kết quả:** Trong 218 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu (tuổi trung bình: $72,5 \pm 8,9$; nam: 59,2%), 106 bệnh nhân (48,6%) có trầm cảm. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm bao gồm độc thân/ly dị/góa (OR 5,29; Khoảng tin cậy [KTC] 95% 1,01–27,6; $P = 0,049$), phụ thuộc IADL (OR 3,75; KTC 95% 1,48–9,48; $P = 0,005$) và NYHA độ III (OR 4,26; KTC 95% 1,52–11,9; $P = 0,006$). **Kết luận:** Ở các bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có STPSTMG, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tần suất hiện mắc của trầm cảm là 59,2%. Độc thân/ly dị/góa, phụ thuộc IADL và NYHA độ III là các yếu tố liên quan đến trầm cảm.

Từ khóa: bệnh nhân cao tuổi, GDS-15, trầm cảm, suy tim phân suất tổng máu giảm

SUMMARY

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất – Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huannguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

BURDEN OF DEPRESSION IN OLDER OUTPATIENTS HAVING HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION

Background: Older patients with heart failure often experience geriatric issues, including depressive symptoms. Depression affects the quality of life and prognosis in older patients with heart failure. Therefore, identifying the presence of depression is essential in clinical practice for the care and treatment of older patients with heart failure. **Objective:** To investigate the prevalence and factors associated with depression in older outpatient having heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF). **Methods:** Cross-sectional study. The sample population included older outpatient patients with HFrEF at Thong Nhat Hospital and University of Medicine and Pharmacy Hospital in Ho Chi Minh City from August 2024 to January 2025. Depression was assessed using the Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15). Factors associated with depression were identified through logistic regression. **Results:** Among the 218 patients included in the study (mean age: 72.5 ± 8.9 ; male: 59.2%), 106 patients (48.6%) had depression. Factors associated with depression included single/divorced/widowed (OR 5.29; 95% Confidence Interval [CI] 1.01–27.6; $P = 0.049$), dependent IADL (OR 3.75; CI 95% 1.48–9.48; $P = 0.005$), and NYHA class III (OR 4.26; CI 95% 1.52–11.9; $P = 0.006$). **Conclusion:** In older outpatient with HFrEF, prevalence of depression was 48.6%. Single/divorced/ widowed, dependent IADL, and NYHA Class III are factors associated with depression. **Keywords:** older patients, GDS-15, depression, heart failure with reduced ejection fraction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim phân suất tổng máu giảm (STPSTMG) là một tình trạng tim mạch làm tăng nguy cơ tử vong và tàn tật ở người cao tuổi. Bệnh nhân cao tuổi có STPSTMG thường có các vấn đề lão khoa đi kèm, trong đó có trầm cảm.¹ Nghiên cứu tại Mỹ dùng thang đo trầm cảm lão khoa rút gọn 15 câu hỏi (Geriatric depression

scale-15, GDS-15) với điểm cắt ≥ 5 ghi nhận trầm cảm ở 32% bệnh nhân cao tuổi ngoại trú suy tim.² Tại Việt Nam, nghiên cứu sử dụng GDS-15 ở các bệnh nhân nội trú suy tim cho thấy 40,6% có trầm cảm.³ Từ khi hướng dẫn quản lý suy tim của Hội Tim Châu Âu (ESC) ra đời năm 2021, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về gánh nặng trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có STPSTMG. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu: (1) khảo sát tần suất hiện mắc của trầm cảm được xác định theo GDS-15 và (2) các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi có STPSTMG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2024 đến tháng 01/2025

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi tại phòng khám Tim Mạch Bệnh viện Thống Nhất, phòng khám Suy tim Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM được chẩn đoán STPSTMG.

2.4. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ

$$N = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Chọn $p = 0,5$. Với $\alpha = 0,05$, $d = 0,07$, sai số 5%, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 208.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện liên tục

2.6. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán STPSTMG theo ESC 2021.⁴

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không thể hoàn thành bảng câu hỏi.

2.7. Thu thập số liệu: thu thập thông tin bằng phiếu thu thập số liệu đã được chuẩn bị trước.

2.8. Định nghĩa biến số

Trầm cảm: đánh giá theo GDS-15 với 0–4 điểm: không trầm cảm và 5–15: có trầm cảm.²

Các biến số dịch tễ học, suy tim, lão khoa, bệnh đồng mắc được đánh giá trực tiếp trên bệnh nhân và kết hợp hồ sơ bệnh án giấy và bệnh án điện tử.

2.9. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 21. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. Kiểm định t để so sánh các biến định lượng. Hồi quy logistic khảo sát các yếu tố liên quan với trầm cảm. Khác biệt có nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

2.10. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Thống Nhất, số 30/2024/CN-BVTN-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận 218 bệnh nhân ≥ 60 tuổi ngoại trú có STPSTMG. Kết quả ghi nhận trầm cảm ở 106 bệnh nhân (48,6%). Bảng 1–3 trình bày đặc điểm của bệnh nhân dựa trên có và không có trầm cảm. Bảng 4 trình bày các yếu tố liên quan trầm cảm.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và nhân trắc học của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng số (n=218)	Có trầm cảm (n=106)	Không trầm cảm (n=112)	p
Tuổi, năm	72,5 $\pm$ 8,9	74,0 $\pm$ 9,0	70,8 $\pm$ 8,4	0,012
Tuổi ≥ 75, n (%)	83 (38,1)	48 (45,3)	35 (31,3)	0,037
Giới tính, n (%)				0,039
Nam giới	129 (59,2)	55 (51,9)	74 (66,1)	
Nữ giới	89 (40,8)	51 (48,1)	38 (33,9)	
Nơi sống, n (%)				0,622
Nông thôn	47 (21,6)	21 (19,8)	26 (23,2)	
Thành thị	171 (78,4)	85 (80,2)	86 (76,8)	
Tình trạng hôn nhân, n (%)				0,001
Độc thân/ly dị/góa	17 (7,8)	15 (14,2)	2 (1,8)	
Còn hôn nhân	201 (92,2)	91 (85,8)	110 (98,2)	
Trình độ học vấn, n (%)				0,773
Dưới THPT	73 (33,5)	40 (37,7)	33 (29,5)	
Tốt nghiệp THPT	121 (55,5)	54 (50,9)	67 (59,8)	
Sau THPT	24 (11,0)	12 (11,4)	12 (10,7)	
BMI, kg/m ²	21,9 $\pm$ 2,8	21,6 $\pm$ 2,7	22,2 $\pm$ 2,7	0,168
Nhóm BMI, n (%)				0,175
Thiếu cân	19 (8,7)	12 (11,3)	7 (6,3)	

Bình thường	128 (58,7)	62 (58,5)	66 (58,9)	
Thừa cân	40 (18,3)	20 (18,9)	20 (17,9)	
Béo phì	31 (14,2)	12 (11,3)	19 (17,0)	

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, tình trạng hôn nhân giữa hai nhóm có và không có trầm cảm. Bệnh nhân trầm cảm có tuổi cao hơn và tỷ lệ độc thân/ly dị/góa cao hơn so với bệnh nhân không trầm cảm.

Bảng 2. Đặc điểm lão khoa và bệnh đồng mắc của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng số (n=218)	Có trầm cảm (n=106)	Không trầm cảm (n=112)	p
Đặc điểm lão khoa, n (%)				
Phụ thuộc ADL	97 (44,5)	66 (62,3)	31 (27,7)	<0,001
Phụ thuộc IADL	160 (73,4)	96 (90,6)	64 (57,1)	<0,001
Suy yếu	136 (62,4)	84 (79,2)	52 (46,4)	<0,001
Suy dinh dưỡng	110 (50,5)	72 (67,9)	38 (33,9)	<0,001
Tiền sử nội khoa, n (%)				
Tăng huyết áp	211 (96,8)	101 (95,3)	110 (98,2)	0,270
Rối loạn lipid máu	214 (98,2)	103 (97,2)	111 (99,1)	0,358
Đái tháo đường	138 (63,3)	71 (67,0)	67 (59,8)	0,325
Nhồi máu cơ tim	62 (28,4)	30 (28,3)	32 (28,6)	1,000
Hội chứng vành mạn	179 (82,1)	83 (78,3)	96 (85,7)	0,162
Đột quỵ	38 (17,4)	22 (20,8)	16 (14,3)	0,217
Rung nhĩ	57 (26,1)	28 (26,4)	29 (25,9)	1,000
Bệnh thận mạn	140 (64,2)	76 (71,7)	64 (57,1)	0,034
Thiếu máu	72 (33,0)	35 (33,0)	37 (33,0)	1,000
Bệnh phổi mạn	18 (8,3)	6 (5,7)	12 (10,7)	0,221

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận nhóm bệnh nhân trầm cảm có tỷ lệ các vấn đề lão khoa cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có trầm cảm.

Bảng 3. Đặc điểm suy tim của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng số (n=218)	Có trầm cảm (n=106)	Không trầm cảm (n=112)	p
Phân độ NYHA, n (%)				
Độ II	179 (82,1)	73 (68,9)	106 (94,6)	<0,001
Độ III	39 (17,9)	33 (31,1)	6 (5,4)	
Giãn thất trái, n (%)				
Giãn nhĩ trái, n (%)	133 (61,0)	60 (56,5)	73 (65,2)	0,213
Hở van 2 lá TB-nặng, n (%)	102 (46,8)	50 (47,2)	52 (46,4)	1,000
Điều trị hiện tại, n (%)	90 (41,3)	44 (41,5)	46 (41,1)	1,000
ARNI/ACEI/ARB				
Chẹn beta	189 (86,7)	89 (84,0)	100 (89,3)	0,319
Ức chế SGLT2	174 (79,8)	78 (73,6)	96 (85,7)	0,029
Đối kháng aldosteron	182 (83,5)	87 (82,1)	95 (84,8)	0,591
Đủ thuốc tứ trụ	184 (84,4)	84 (79,2)	100 (89,3)	0,061
Furosemide	122 (56,0)	53 (50,0)	69 (61,6)	0,102
Digoxin	125 (57,3)	68 (64,2)	57 (50,9)	0,056
	22 (10,1)	16 (15,1)	6 (5,4)	0,023

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận nhóm bệnh nhân trầm cảm có tỷ lệ phân độ suy tim NYHA III cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có trầm cảm.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm trong phân tích hồi quy logistic

Yếu tố*	Hồi qui đơn biến		Hồi quy đa biến	
	OR thô (KTC 95%)	P	OR điều chỉnh (KTC 95%)	P
Tuổi ≥ 75	1,82 (1,05–3,17)	0,034		
Nữ giới	1,81 (1,05–3,12)	0,034		
Độc thân/ly dị/góa	9,01 (2,02–40,7)	0,004	5,29 (1,01–27,6)	0,049
Phụ thuộc ADL	4,31 (2,48–7,63)	<0,001		
Phụ thuộc IADL	7,20 (3,40–15,2)	<0,001	3,75 (1,48–9,48)	0,005
Suy yếu	4,41 (2,42–8,02)	<0,001		

Suy dinh dưỡng	4,12 (2,34–7,26)	<0,001		
NYHA độ III	7,99 (3,18–20,0)	<0,001	4,26 (1,52–11,9)	0,006
Chẹn beta	0,46 (0,23–0,92)	0,028		
Digoxin	3,14 (1,18–8,36)	0,022		

*Các yếu tố có $P < 0,05$ trong bảng 1–3 được đưa vào phân tích hồi quy đơn biến. Các yếu tố có $P < 0,05$ trong phân tích đơn biến được đưa vào phân tích đa biến. Chỉ yếu tố có $P < 0,05$ trong hồi quy đa biến được hiển thị.

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận độc thân/ly dị/góa, phụ thuộc IADL và NYHA độ III là các yếu tố liên quan đến trầm cảm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tần suất trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có STPSTMG. Trầm cảm là một trong những vấn đề phổ biến ở người cao tuổi, đặc biệt là người cao tuổi có nhiều bệnh lý mạn tính đi kèm như suy tim, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh tim thiếu máu cục bộ. Trầm cảm ảnh hưởng xấu tới kết cục lâm sàng ở những bệnh nhân suy tim, đặc biệt là bệnh nhân cao tuổi có suy tim phân suất tống máu giảm. Các nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có STPSTMG dao động từ 20 – 56%, tùy vào đặc điểm của mỗi nhóm dân số nghiên cứu.⁵ Trong nghiên cứu của tác giả Shafiuazzaman và cộng sự, nhóm nghiên cứu đã sử dụng thang điểm PHQ-9 để tầm soát trầm cảm ở những bệnh nhân suy tim có STPSTMG điều trị ngoại trú ghi nhận thấy có tới 56% bệnh nhân có các dấu hiệu của trầm cảm. Một nghiên cứu khác tại Mỹ dùng thang đo trầm cảm lão khoa rút gọn 15 câu hỏi (Geriatric depression scale-15, GDS-15) với điểm cắt ≥ 5 ghi nhận trầm cảm ở 32% bệnh nhân cao tuổi ngoại trú suy tim.²

Tại Việt Nam, nghiên cứu sử dụng GDS-15 ở các bệnh nhân nội trú suy tim cho thấy 40,6% có trầm cảm.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tiến hành sử dụng thang đo trầm cảm lão khoa rút gọn 15 câu hỏi (Geriatric depression scale-15, GDS-15) trên 218 bệnh nhân cao tuổi có STPSTMG điều trị ngoại trú ghi nhận có tới 106 bệnh nhân (48,6%) có trầm cảm khi lấy điểm cắt ≥ 5 điểm. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể phản ánh ảnh hưởng của công cụ sàng lọc, điểm cắt và đặc điểm dân số nghiên cứu. Phát hiện sớm trầm cảm ở bệnh nhân suy tim cao tuổi là cần thiết để can thiệp kịp thời, góp phần cải thiện tiên lượng và nâng cao chất lượng sống.

4.2. Các yếu tố liên quan tới trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có STPSTMG. Việc đánh giá các yếu tố liên quan đến trầm cảm có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng,

đặc biệt ở những nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao như người cao tuổi mắc suy tim phân suất tống máu giảm. Trong phân tích hồi quy đa biến, ba yếu tố được xác định có liên quan độc lập đến trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi có STPSTMG bao gồm: tình trạng độc thân/ly dị/góa (OR 5,29; KTC 95%: 1,01–27,6; $p = 0,049$), phụ thuộc IADL (OR 3,75; KTC 95%: 1,48–9,48; $p = 0,005$) và suy tim NYHA độ III (OR 4,26; KTC 95%: 1,52–11,9; $P = 0,006$). Những yếu tố này phản ánh sự tác động đồng thời của hoàn cảnh xã hội, khả năng tự chăm sóc suy giảm và mức độ gánh nặng triệu chứng do suy tim lên nguy cơ xuất hiện trầm cảm, phù hợp với các bằng chứng được ghi nhận trong y văn.

Tình trạng độc thân, ly dị, hoặc góa có thể làm tăng nguy cơ trầm cảm do thiếu hỗ trợ xã hội, điều này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả sức khỏe của bệnh nhân suy tim. Các nghiên cứu trên bệnh nhân suy tim cho thấy rằng tới 35,6% bệnh nhân suy tim độc thân, ly dị, hoặc góa có trầm cảm nặng so với 19,2% ở những người đã kết hôn.⁶ Phụ thuộc IADL thường đi kèm với tăng tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi có STPSTMG. Khi bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm gặp khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động hàng ngày, họ có thể cảm thấy cô lập, mất tự tin, và giảm khả năng độc lập, tất cả đều có thể làm tăng nguy cơ trầm cảm. Một nghiên cứu trên những bệnh nhân cao tuổi, suy tim điều trị ngoại trú ghi nhận thấy tỉ lệ trầm cảm tăng tới 40% đối với những bệnh nhân phụ thuộc IADL.⁷ Mức độ nặng của suy tim theo phân loại NYHA có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ trầm cảm, đặc biệt ở bệnh nhân HFREF, điều này có thể được giải thích bởi tình trạng khó thở, mệt mỏi kéo dài và giảm khả năng gắng sức khiến bệnh nhân dần mất đi khả năng thực hiện các hoạt động thường ngày, làm tăng cảm giác bất lực và cô lập xã hội – các yếu tố dễ dẫn đến trầm cảm. Các nghiên cứu cho thấy mối quan hệ tích cực giữa độ NYHA và mức độ trầm cảm. Bệnh nhân suy tim với độ NYHA cao hơn thường có điểm trầm cảm cao hơn và tỷ lệ trầm cảm tăng lên khi tình trạng suy tim trở nên nặng hơn.⁸

V. KẾT LUẬN

Trầm cảm là vấn đề sức khỏe tâm thần thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi có suy tim phân suất tống máu giảm điều trị ngoại trú, với tỉ lệ mắc trong nghiên cứu của chúng tôi là

48,6%. Tình trạng trầm cảm không chỉ ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống mà còn có thể làm xấu đi tiên lượng bệnh. Ba yếu tố được xác định có liên quan độc lập đến trầm cảm gồm: tình trạng độc thân/ly dị/góa, phụ thuộc vào hoạt động sống hàng ngày có sử dụng công cụ (IADL) và suy tim mức độ nặng (NYHA độ III). Việc sàng lọc và phát hiện sớm trầm cảm, cũng như nhận diện các yếu tố nguy cơ liên quan, là cần thiết trong chiến lược quản lý toàn diện bệnh nhân suy tim cao tuổi, nhằm cải thiện chất lượng sống và kết cục điều trị lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cacciatore F, Abete P, Mazzella F, et al.** Frailty predicts long-term mortality in elderly subjects with chronic heart failure. 2005;35(12): 723-730.
2. **Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik AT.** Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults.

- Northern clinics of Istanbul. 2018;5(3):216-220.
3. **Huân NT, Tuyết HT, Hai NVBJJo-CM, Phamarcy.** Trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi nội trú có bệnh tim mạch: Tỷ lệ và yếu tố liên quan. 2024.
4. **Bauersachs J, Soltani SJH.** Guidelines of the ESC 2021 on heart failure. 2022:1-7.
5. **Basile C, Parlati ALM, Paolillo S, et al.** Depression in heart failure with reduced ejection fraction, an undervalued comorbidity: an up-to-date review. 2023;59(5):948.
6. **Polikandrioti M, Goudevenos J, Michalis LK, et al.** Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. Hellenic J Cardiol. 2015;56(1):26-35.
7. **Friedman B, Lyness JM, Delavan RL, Li C, Barker WH.** Major depression and disability in older primary care patients with heart failure. Journal of geriatric psychiatry and neurology. 2008;21(2):111-122.
8. **Celik E, Cay S, Sensoy B, et al.** Heart failure functional class associated with depression severity but not anxiety severity. Acta Cardiologica Sinica. 2016;32(1):55.

CĂN NGUYÊN, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM MÀNG NÃO NHIỄM KHUẨN Ở TRẺ DƯỚI 3 THÁNG TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Lâm¹, Hoàng Thị Đức²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) là bệnh lý nhiễm trùng phổ biến, thường gặp và nguy hiểm trên toàn thế giới ở tất cả các lứa tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 3 tháng. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng với số liệu được thu thập tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 01/6/2023 – 30/5/2025. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu có tổng số 90 bệnh nhân dưới 3 tháng tuổi được chẩn đoán VMNNK có kết quả vi sinh vật dương tính. Trong đó, tỷ lệ nam chiếm 53,33%, nữ chiếm 46,67%. Căn nguyên phân loại được từ kết quả cấy máu, DNT, PCR đa môi DNT. Nguyên nhân phổ biến nhất là G.B.S (chiếm 38,89%), tiếp đến là E.Coli (chiếm 34,44%) và Seratina marcescen (chiếm 6,68%). Dấu hiệu lâm sàng nổi bật của bệnh nhân VMNNK dưới 3 tháng tuổi là: Sốt (66,67%), bú kém và bỏ bú (54,44%), rối loạn tri giác (36,56%), vàng da và da tái gặp ở 22% bệnh nhân. Triệu chứng cận lâm sàng nổi bật của VMNNK ở trẻ dưới 3 tháng là: protein DNT tăng trung bình 3,45 g/l,

glucose giảm trung bình 1,57 mmol/l, số lượng tế bào tăng trung bình trên 2300 tế bào/mm³, tổn thương não trên MRI và/hoặc CT-scanner sọ não gặp ở 46,67%. **Kết luận:** GBS và E.coli là 2 căn nguyên chủ yếu gây VMNNK ở trẻ em dưới 3 tháng; đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp là sốt, bú kém và bỏ bú, thay đổi tri giác; tế bào, protein DNT tăng cao, tỷ lệ tổn thương não trên MRI và/hoặc CT-scanner sọ não gặp 46,67%. **Từ khóa:** Sơ sinh, viêm màng não nhiễm khuẩn, GBS, E.coli.

SUMMARY

ETIOLOGY, CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF INFECTIOUS MENINGITIS IN CHILDREN UNDER 3 MONTHS AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Introduction: Bacterial meningitis is a common, frequent and dangerous infectious disease worldwide in all ages, especially in infants under 3 months. **Research method:** A cross-sectional descriptive study design was used with data collected at the Neonatal Center and the Infectious Disease Center of the National Children's Hospital from June 1st, 2023 to May 30th, 2025. Variables included clinical and laboratory symptoms according to the cause of infected meningitis. **Results:** During the study period, a total of 90 patients under 3 months of age were diagnosed with infectious meningitis with positive microbiological results. Of which, the proportion of

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Nhi Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lâm

Email: lamnv@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

males accounted for 53.33%, females accounted for 46.67%. Regarding the distribution of microbial causative groups classified from the results of blood culture, CSF, multiplex PCR CSF, G.B.S. was the most common cause group (accounting for 38.89%), followed by E.Coli (accounting for 34.44%) and Seratina marcescen (accounting for 6.68%). The prominent clinical signs of VMNNK patients under 3 months of age were: Fever (66.67%), poor feeding and refusal to feed (54.44%), impaired perception (36.56%), jaundice and skin resorption in 22% of patients. Prominent paraclinical symptoms of meningitis in children under 3 months: average increase in CSF protein of 3.45 g/l, average decrease in glucose of 1.57 mmol/dl, average increase in cell count of over 2300 cells/mm³, brain damage on MRI and/or CT-scanner of the brain in 46.67%.

Conclusion: GBS and E.coli are the two main groups of microorganisms causing meningitis in children under 3 months old; the prominent clinical features of patients with meningitis in newborns are fever, poor feeding and refusal to feed, and altered consciousness; the prominent laboratory features are increased CSF cells and proteins, and the rate of brain damage on MRI and/or CT scan of the brain is approximately half of the patients studied. **Keywords:** Newborn, infectious meningitis, GBS, E.coli.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) là bệnh lý nhiễm trùng phổ biến, thường gặp và nguy hiểm trên toàn thế giới ở tất cả các lứa tuổi, đặc biệt là trẻ em. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong liệu pháp kháng sinh và các phương pháp điều trị hỗ trợ nhưng vẫn có tới gần 23% trẻ mắc bệnh còn sống sẽ chịu ảnh hưởng của các di chứng não vĩnh viễn, kéo theo nhiều hệ lụy khác về sức khỏe của bản thân, gia đình và cộng đồng [2].

Trẻ sơ sinh và trẻ em dưới 3 tuổi lại rất dễ mắc VMNNK do dễ tiếp xúc và nhiễm với nguồn vi khuẩn từ trong bào thai ở dịch ối bẩn, hay do tiếp xúc vi khuẩn từ mẹ trong quá trình chuyển dạ đẻ thường, nguy cơ tiềm tàng từ các can thiệp sau sinh, hệ thống miễn dịch yếu và miễn dịch tế bào chưa trưởng thành và hàng rào máu não rất dễ tổn thương ở lứa tuổi này [2],[3],[4]. Trong 1 nghiên cứu gần đây tại Bệnh viện Nhi Trung ương về VMNNK, tỷ lệ trẻ dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao ở mức từ 26,2% trong tổng số các trẻ VMNNK dưới 5 tuổi [5].

Nuôi cấy hoặc PCR dịch não tủy (DNT) tìm căn nguyên là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán, tuy nhiên tỷ lệ dương tính không cao [7]. Trong khi việc chẩn đoán sớm và định hướng sớm căn nguyên gây bệnh có ý nghĩa quyết định tới hiệu quả điều trị, giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và di chứng của bệnh. Nhằm nâng cao khả năng nhận biết, chẩn đoán sớm VMNNK từ những dấu hiệu

lâm sàng, cận lâm sàng cũng như phát hiện căn nguyên gây bệnh thường gặp của VMNNK ở trẻ dưới 3 tháng, chúng tôi thực đề tài: "*Căn nguyên, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ dưới 3 tháng tuổi*" với 2 mục tiêu:

1. Xác định căn nguyên gây viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ dưới 3 tháng tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung Ương.

2. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm màng não nhiễm khuẩn theo căn nguyên thường gặp ở nhóm đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu, địa điểm và thời gian nghiên cứu Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng với số liệu được thu thập hồi cứu và tiến cứu từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tại Trung tâm Sơ sinh và Trung tâm Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Nhi Trung ương.

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân dưới 3 tháng tuổi được điều trị tại Trung tâm Sơ sinh, Trung tâm Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 01/6/2023 – 30/5/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán VMNNK điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Tuổi: ≤ 90 ngày tuổi (03 tháng tuổi)

- Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán. Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định VMNNK:

- Lâm sàng: Có hội chứng nhiễm trùng và dấu hiệu màng não

- Kèm theo có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

+ Cấy dịch não tủy có vi khuẩn gây bệnh

+ PCR dịch não tủy định danh vi khuẩn

+ DNT đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VMNNK, cấy máu dương tính vi khuẩn gây bệnh

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân không làm đủ các xét nghiệm về DNT.

- Các bệnh nhân VMNNK có kèm theo các bệnh lý nền: não úng thủy bẩm sinh hay mắc phải (đã đặt van dẫn lưu não thất- ổ bụng), sau phẫu thuật thần kinh.

- Gia đình bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu, chọn mẫu. Nghiên cứu tiến hành chọn mẫu toàn bộ các hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các thống kê mô tả được sử dụng để mô tả các

theo các mục tiêu nghiên cứu sử dụng giá trị tần số và tỷ lệ.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện khi có sự đồng ý của Hội đồng xét duyệt đề cương Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung Ương.

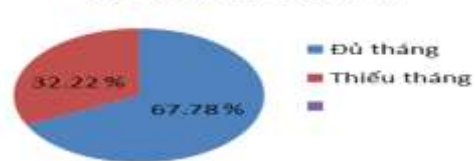
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu có 90 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn với một số đặc điểm như sau:

*** Đặc điểm giới, tuổi thai:**

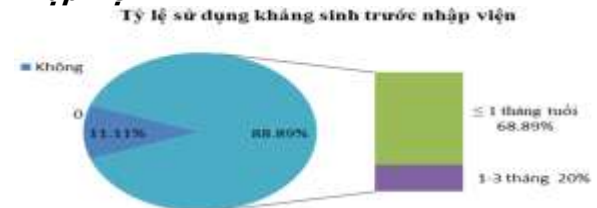


Đặc điểm về tuổi thai



Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 52,22%, trong khi đó về mặt tiền sử sản khoa, trẻ non tháng chiếm 32,22%.

*** Đặc điểm sử dụng kháng sinh trước nhập viện:**



Số bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước nhập viện là 90%.

3.2. Căn nguyên vi sinh vật của VMNKK ở trẻ dưới 3 tháng tuổi

Căn nguyên	Trẻ ≤ 1 tháng tuổi		1-3 tháng tuổi	Tổng	Tỷ lệ %
	≤3 ngày tuổi	>3 ngày tuổi			
G.B.S.	6	23	6	35	38,89
E.Coli	2	16	13	31	34,45
Serratia marcescens	1	5	0	6	6,68
Enterococcus faecalis	1	0	0	1	1,11
Klebsiella oxytoca	0	1	0	1	1,11
Klebsiella pneumonia	0	3	0	3	3,33
Klebsiella aerogenes	0	1	0	1	1,11
Pseudomonas aeruginosa	1	0	0	1	1,11
Serratia marcescens + acinetobacter	0	1	0	1	1,11
Streptococcus gallolyticus subspecies	0	1	0	1	1,11
Elizabethkingia meningitis	0	3	0	3	3,33
Listeria monocytogenes	0	1	0	1	1,11
Tụ cầu	0	1	1	2	2,22
Phế cầu	0	0	1	1	1,11
Nisseria meningitis	0	0	1	1	1,11
HI	0	0	1	1	1,11
Tổng	11	56	23	90	100

Có 16 chủng vi khuẩn phân lập được từ các mẫu dịch não tủy, máu của bệnh nhân VMNKK trong đó GBS và E.Coli cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 38,89% và 34,45%.

3.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VMNKK do GBS và E.Coli ở trẻ dưới 3 tháng tuổi

Triệu chứng	Nhóm vi sinh vật		E. Coli		VMNKK ở trẻ dưới 3 tháng	
	G.B.S. (n=35,%)		(n=31,%)		n=90	%
Sốt	31	88,57	24	77,42	60	66,67
Hạ thân nhiệt	1	2,86	1	3,23	2	2,22
Bú kém, bỏ bú	25	71,43	19	61,29	53	58,89
Nôn	4	11,43	4	12,90	9	10
Chướng bụng	3	8,57	3	9,68	7	7,78
Thóp phồng	15	42,86	11	35,48	28	31,11
Cổ gât	16	45,71	11	35,48	30	33,33

Xuất huyết dưới da, ban da	1	2,86	1	3,23	3	3,33
Vàng da	12	34,29	7	22,58	20	22,22
Da tái	10	28,57	10	32,26	20	22,22
Suy hô hấp	14	40,0	11	35,48	27	30
Suy tuần hoàn	7	20,0	3	9,68	10	11,11
Tiêu chảy	4	11,43	1	3,23	9	10
Gan to	3	8,57	1	3,23	5	5,56
Rối loạn tri giác	20	57,14	20	64,52	51	56,67
Tăng trương lực cơ	8	22,86	0	0	9	10
Giảm trương lực cơ	0	0	0	0	0	0
Gáy cứng	1	2,86	0	0	1	1,11

Các triệu chứng lâm sàng là sốt (66,67%), bú kém và bỏ bú (58,89%), rối loạn tri giác (56,67%), thóp phồng (31,11%), co giật (33,33%). Các triệu chứng suy tuần hoàn, vàng da và tiêu chảy ở nhóm GSB gặp cao hơn nhóm bệnh do căn nguyên E.Coli. Tăng trương lực cơ và gáy cứng chỉ ghi nhận ở bệnh nhân nhóm GSB.

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng của VMNNK do GBS và E.Coli ở trẻ dưới 3 tháng tuổi

Nhóm vi sinh vật	G.B.S. (n=35)	E. Coli (n=31)
Đặc điểm CLS		
Xét nghiệm máu ngoại vi		
Số lượng bạch cầu		
Tăng	15 42,86%	16 51,61 %
Giảm	8 22,86%	7 22,58 %
CRP tăng		
Có	35 100%	29 93,54 %
Không	0 0	2 6,46 %
Dịch não tủy		
Số lượng bạch cầu (Tế bào/mm³)	2.865,74 ±2.545,82	2.920,13 ±2.778,71
Glucose (mg/dl)	1,28±1,11	1,68±2,37
Protein (g/l)	2,93±1,49	5,11±5,55
Bất thường trên MRI/CT sọ não		
Có	20 57,14%	16 51,61%
Không	15 42,86%	15 48,39%
Bất thường trên siêu âm qua thóp		
Có	5 14,29%	10 32,26%
Không	30 85,71%	21 67,74%

Bệnh nhân VMNNK do GBS và E.coli đều có đặc điểm tăng số lượng bạch cầu ở xấp xỉ 50% các trường hợp và giảm bạch cầu ở hơn 1/5 số ca. Về xét nghiệm dịch não tủy, lượng tế bào trung bình ở nhóm vi khuẩn GBS là 2.865,74±2.545,82 tế bào/mm³; ở nhóm căn nguyên E.Coli là 2.920,13 ± 2778,71 tế bào/mm³. Trung vị nồng độ glucose DNT của nhóm căn nguyên GBS là 1,28 mmol/dl, thấp hơn của nhóm vi khuẩn E.Coli (trung vị 1,68 mml/dl). Về nồng độ protein

DNT, nhóm bệnh nhân VMNNK do E.Coli có trung vị nồng độ cao gấp gần 2 lần trung vị protein DNT của nhóm GBS (5,11 g/l so với 2,93 g/l) tuy nhiên sự dao động cũng nhiều hơn với ± 2SD là 5,55 so với 1,49. Trong khi số lượng bệnh nhân nhóm VMNNK do GBS có tỷ lệ tổn thương trên MRI và/hoặc CTscanner sọ não cao hơn nhóm bệnh nhân VMNNK do E.Coli (57,14% so với 51,61%), nhưng tổn thương trên siêu âm qua thóp ở nhóm vi khuẩn E.Coli cao hơn gấp hơn 2 lần nhóm vi khuẩn GBS (32,26% so với 14,29%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ xấp xỉ 1/1. Tỷ lệ này có khác so với kết quả một số nghiên cứu khác thường thấy tỷ lệ trẻ nam cao hơn nữ. Trong nghiên cứu về bệnh nhân VMNNK ở trẻ sơ sinh của Nguyễn Thị Quỳnh Nga năm 2021, tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1[8]. Có thể thấy số lượng mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là 90 bệnh nhân, và của Nguyễn Thị Quỳnh Nga là 133 bệnh nhân, do mẫu nhỏ nên chưa đủ để khẳng định sự khác biệt về giới.

Về tiền sử đẻ non, 33,22% bệnh nhân của chúng tôi có tiền sử đẻ non dưới 37 tuần. Kết quả này thấp hơn tỷ lệ trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Nga, tỷ lệ trẻ non tháng trong nghiên cứu nêu trên là 41,3% [8]. Trong một nghiên cứu của Lương Cao Đạt và cộng sự về VMNNK do E.Coli tại Bệnh viện Nhi Trung ương cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân non tháng chiếm 13,33% [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 88,89% bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước nhập viện, kết quả của Lương Cao Đạt là 80% [9]. Như vậy hầu hết bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện, và điều này là để giải thích do Bệnh viện Nhi Trung ương là tuyến cao nhất về Nhi của khu vực phía Bắc và Trung bộ.

Về nhóm căn nguyên vi sinh vật gây bệnh là 16 chủng trong đó có 13 chủng vi sinh vật phân

lập được từ các mẫu dịch não tủy, máu của bệnh nhân VMNNK dưới 1 tháng tuổi; 6 chủng ở trẻ 1-3 tháng tuổi. Nhìn chung GBS và E.Colicao nhất ở độ tuổi dưới 3 tháng với tỷ lệ lần lượt là 38,89% và 34,45%. Nhiều nghiên cứu các nước phát triển cho thấy nguyên nhân hàng đầu gây bệnh là Group B Streptococcus (GBS), chiếm 50%, nguyên nhân Escherichia coli chiếm 20%. [10] Tại các nước đang phát triển, vi khuẩn Gram âm là nguyên nhân chính gây bệnh mà phổ biến nhất là Klebsiella và Escherichia.coli gây VMNNK muộn ở sơ sinh. Tuy nhiên theo nghiên cứu của chúng tôi, GBS đứng đầu nhóm nguyên nhân VMNNK, tiếp theo đến là E.Coli. Các vi khuẩn khác phân lập được với tỷ lệ thấp hơn rất nhiều như: Seratina marcescen (6,68%), Elizabethkingia meningitis (3,33%), tụ cầu 2,22%. Trong khi nhóm Klebsiella được xem như là nhóm chủ đạo gây VMNNK ở các nước đang phát triển, thì ở nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận được tỷ lệ thừa thốt 6,66% ở tổng cộng 3 phân nhóm.

Đặc điểm lâm sàng nổi bật của VMNNK ở trẻ em dưới 3 tháng phân lập được nguyên nhân vi sinh vật là sốt (66,67 bệnh nhân), bú kém và bỏ bú (58,89%), rối loạn tri giác (56,67%), thóp phồng (31,11%), co giật (33,33%). Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu của VMNNK do GSB và E.Coli tương tự như trên. Tuy nhiên triệu chứng suy tuần hoàn, vàng da và tiêu chảy ở nhóm GSB gặp cao hơn nhóm bệnh do căn nguyên E.Coli. Tăng trương lực cơ và gáy cứng chỉ ghi nhận ở bệnh nhân nhóm phân lập ra GSB. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Lương Cao Đạt [9] và Nguyễn Thị Quỳnh Nga [8]. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân VMNNK do E.Coli có dấu hiệu tiêu chảy theo kết quả của Lương Cao Đạt là 36,67% nhưng ở nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 10% bệnh nhân nhóm VMNNK do E.Coli.

Bệnh nhân VMNNK do GBS và E.coli đều có đặc điểm tăng số lượng bạch cầu ở xấp xỉ 50% các trường hợp và giảm bạch cầu ở hơn 1/5 số ca. Như vậy xấp xỉ 75% các bệnh nhân có biến động số lượng bạch cầu. Chỉ số CRP tăng ở 100% bệnh nhân VMNNK do GBS tuy nhiên tăng ở 93,54% ở các bệnh nhân VMNNK do E.coli

Về xét nghiệm dịch não tủy, lượng tế bào trung bình trong DNT ở nhóm vi khuẩn GBS là $2.865,74 \pm 2.545,82$ tế bào/mm³; ở nhóm căn nguyên E.Coli là $2.920,13 \pm 2.778,71$ tế bào/mm³. Trung vị nồng độ glucose DNT của nhóm căn nguyên GBS là 1,28 mmol/dl, thấp hơn của nhóm vi khuẩn E.Coli (trung vị 1,68 mmol/dl). Về nồng độ protein DNT, nhóm bệnh nhân VMNNK do E.Coli có trung vị nồng độ cao gấp gần 2 lần trung vị

protein DNT của nhóm GBS (5,11 g/l so với 2,93 g/l) tuy nhiên sự dao động cũng nhiều hơn với $\pm 2SD$ là 5,55 so với 1,49.

Trong khi số lượng bệnh nhân nhóm VMNNK do GBS có tỷ lệ tổn thương trên MRI và/hoặc CTscanner sọ não cao nhẹ hơn nhóm bệnh nhân VMNNK do E.Coli (57,14% so với 51,61%), nhưng tổn thương trên siêu âm qua thóp ở nhóm vi khuẩn E.Coli cao hơn gấp hơn 2 lần nhóm vi khuẩn GBS (32,26% so với 14,29%). Các tổn thương trên MRI/CT/Siêu âm qua thóp bao gồm: Giãn não thất, tụ dịch dưới màng cứng, tụ dịch khoang dưới nhện, xuất huyết dưới màng cứng, xuất huyết não thất.

V. KẾT LUẬN

Viêm màng não nhiễm khuẩn do GBS và Escherichia coli là bệnh lý nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương nghiêm trọng thường gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 3 tháng tuổi với biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, chủ yếu sốt, nôn và bú kém. Bệnh diễn biến nặng gây nhiều biến chứng như tụ dịch hoặc mũ dưới màng cứng, não úng thủy gặp ở xấp xỉ 50% số ca bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. James SL, Abate D, Abate KH et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. The Lancet. 2018; 392: 1789-1858.
2. De Louvois J, Halket S, Harvey D. Neonatal meningitis in England and Wales: sequelae at 5 years of age. European Journal of Pediatrics. 2005; 164: 730-734.
3. Barichello T, Fagundes GD, Generoso JS, Elias SG, Simões LR, Teixeira AL. Pathophysiology of neonatal acute bacterial meningitis. Journal of Medical Microbiology. 2013; 62: 1781- 1789.
4. Okike IO, Ribeiro S, Ramsay ME, Heath PT, Sharland M, Ladhani SN. Trends in bacterial, mycobacterial, and fungal meningitis in England and Wales 2004-11: An observational study. The Lancet Infectious Diseases. 2014; 14: 301-307
5. Ngô Thị Cam. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến chẩn đoán muộn viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ em. Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội, năm 2020.
6. Nguyễn Thị Thanh. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị bệnh viêm màng não mũ ở trẻ sơ sinh Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, trường đại học Y Hà Nội; 2004
7. Zaidi AKM, Thaver D, Ali SA, Khan TA. Pathogens associated with sepsis in newborns and young infants in developing countries. Pediatr Infect Dis J. 2009;28(1 Suppl):S10-18
8. Nguyễn Thị Quỳnh Nga. Đặc điểm lâm sàng,

- cận lâm sàng của Viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh. Tạp chí nhi khoa, 2021, 14,2: 54-60
9. **Lương Cao Đạt, Nguyễn Thị Việt Hà, Đỗ Thiện Hải.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm màng não nhiễm khuẩn do E.Coli ở trẻ

- nhũ nhi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, số 1, 2025, trang 47-51.
10. **Van de Beek, D., Brouwer, M., Hasbun, R.et al.** Community-acquired bacterial meningitis. Nat Rev Dis Primers2, 16074 (2016)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN SUY THƯỢNG THẬN DO GLUCOCORTICOIDS NHẬP VIỆN

Trần Thị Bảo Khánh¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân¹,
Nguyễn Thị Thúy Hằng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy thượng thận do dùng glucocorticoids (GCs) nhập viện tại Bệnh viện Bạch Mai, nhận xét một số yếu tố liên quan với tình trạng suy thượng thận trên đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 224 bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận do GCs điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2024 đến hết tháng 6/2025. Thu thập dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất. Phân tích bằng các kiểm định phù hợp và hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Tuổi trung bình (TB) $63,67 \pm 12,32$; 61,6% bệnh nhân ≥ 60 tuổi. Một mối, kiểu hình Cushing và chán ăn là triệu chứng phổ biến. Loãng xương gặp nhiều, không khác biệt theo giới. Tăng glucose máu đối gặp ở 41,1% bệnh nhân, liên quan có ý nghĩa với thời gian dùng GCs (OR = 1,071; $p < 0,001$). **Kết luận:** Suy thượng thận do GCs thường gặp ở bệnh nhân trên 60 tuổi. Biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, dễ bỏ sót. Loãng xương và tăng glucose máu đối là biến chứng phổ biến. Tăng glucose máu đối có liên quan đến thời gian sử dụng GCs, với nguy cơ tăng khoảng 7,1% sau mỗi tháng sử dụng. Nhấn mạnh vai trò sàng lọc, theo dõi định kỳ đường huyết, mật độ xương ở BN sử dụng GCs. Việc giảm liều hoặc ngừng GCs sớm cần được cân nhắc nhằm hạn chế các biến chứng. **Từ khóa:** Suy thượng thận, glucocorticoids, loãng xương.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH GLUCOCORTICOID-INDUCED ADRENAL INSUFFICIENCY

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of hospitalized patients with glucocorticoid-induced adrenal insufficiency at Bach Mai Hospital and to evaluate factors associated with

adrenal insufficiency in this population. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 224 patients diagnosed with GC-induced adrenal insufficiency who were treated as inpatients at Bach Mai Hospital from January 2025 to the end of June 2025. Clinical and laboratory data were collected using a standardized medical record form. Data were analyzed using appropriate statistical tests and multivariable logistic regression. **Results:** The mean age was 63.67 ± 12.32 years; 61.6% of patients were ≥ 60 years old. Fatigue, Cushingoid appearance, and loss of appetite were the most common symptoms. Osteoporosis was common, with no significant difference between sexes. Fasting hyperglycemia was observed in 41.1% of patients and was significantly associated with the duration of GC use (OR = 1.071; $p < 0.001$). **Conclusion:** GC-induced adrenal insufficiency was common in patients over 60 years old. Clinical manifestations were nonspecific and easily overlooked. Osteoporosis and fasting hyperglycemia were common complications. Fasting hyperglycemia was associated with GC treatment duration, with a 7.1% increase in risk for each month of GC use. These findings emphasize the importance of screening and regular monitoring of blood glucose and bone density in patients receiving GCs. Dose reduction or early discontinuation of GCs should be considered to reduce complications. **Keywords:** Adrenal insufficiency, glucocorticoids, osteoporosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thượng thận là tình trạng giảm glucocorticoid hoặc mineralcorticoid hoặc cả hai do nhiều nguyên nhân gây ra[1]. Có 3 cơ chế bệnh sinh chính: Bệnh lý của tuyến thượng thận (suy thượng thận nguyên phát), bệnh lý tuyến yên, vùng dưới đồi (suy thượng thận thứ phát) và sự ức chế trực hạ đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận (HPA) (suy thượng thận tam phát). Sử dụng GCs ngoại sinh là nguyên nhân hàng đầu gây suy thượng thận tam phát[2]. GCs là thuốc kháng viêm mạnh, được dùng phổ biến trên thực hành lâm sàng nhờ hiệu quả tác dụng nhanh. Tuy nhiên, việc sử dụng GCs không đúng chỉ định, đặc biệt khi dùng ngoài cơ sở y tế, dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng, trong đó có suy thượng thận cấp - một tình trạng có thể đe

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bảo Khánh

Email: baokhanhtran998@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

đọa đến tính mạng. Triệu chứng của suy thượng thận thường không điển hình, dễ bị bỏ sót trên lâm sàng và chỉ được bộc lộ rõ trong các tình huống stress như nhiễm trùng, phẫu thuật hoặc chấn thương... Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện tuyến cuối, đa chuyên khoa, tiếp nhận nhiều bệnh nhân với các bệnh lý mạn tính phải điều trị GCs kéo dài. Nhiều trường hợp nhập viện với biểu hiện suy thượng thận do dùng GCs trong các bệnh cảnh lâm sàng đa dạng. Trước thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thượng thận do Glucocorticoids nhập viện" với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy thượng thận do dùng GCs nhập viện tại Bệnh viện Bạch Mai.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan với tình trạng suy thượng thận trên các đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 224 bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận do GCs điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2024 đến hết tháng 6/2025.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận do dùng GCs theo tiêu chuẩn Bộ Y tế [1] nhập viện:

- Tiền sử: Dùng các chế phẩm chứa GCs

- Lâm sàng:

❖ Triệu chứng suy thượng thận mạn: mệt, chán ăn, rối loạn tiêu hóa, yếu cơ,...

❖ Triệu chứng suy thượng thận cấp có ít nhất một trong các triệu chứng sau: Rối loạn tâm thần, dấu hiệu sốc (tụt huyết áp, mạch nhanh), dấu hiệu mất nước (da khô, véo da dương tính, refill > 2 giây), sốt, rối loạn tiêu hóa (đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy)

❖ Kiểu hình Cushing: rậm lông, béo trung tâm, chân tay teo, mặt tròn, da mỏng, rạn da, trứng cá

- Cận lâm sàng: Cortisol huyết tương máu 8h sáng giảm <3 mcg/dl (83.3 nmol/l)

Do không có điều kiện làm các nghiệm pháp động nên tôi chỉ chọn các BN thuộc nhóm này

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được chẩn đoán suy thượng thận nguyên phát, suy thượng thận thứ phát đang điều trị GCs; bệnh nhân nặng phải điều trị tại ICU; bệnh nhân có thai hoặc đang sử dụng các chế phẩm chứa estrogen; bệnh nhân xơ gan, hội chứng thận hư.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy bệnh nhân đến điều trị nội trú tại khoa Nội tiết - Đái tháo đường Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12 năm 2024 đến hết tháng 6 năm 2025 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và ngoài tiêu chuẩn loại trừ.

- Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó: $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ (ứng với mức tin cậy 95%); $p = 0,5$; $d = 0,05$ (sai số ước tính)

→ Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 385 bệnh nhân. Tuy nhiên do thời gian và nguồn lực hạn chế, nghiên cứu của chúng tôi đã lấy được 224 BN suy thượng thận do GCs. Với cỡ mẫu này, sai số ước tính lại là khoảng 6,6%, vẫn đảm bảo được độ tin cậy cần thiết trong nghiên cứu mô tả và cũng đủ mạnh để thực hiện các phân tích đa biến.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi sẽ được khám và thu thập thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất: khai thác bệnh sử và tiền sử, khám lâm sàng, đo chiều cao, cân nặng, huyết áp, làm các cận lâm sàng cần thiết: định lượng cortisol máu 8h sáng, ACTH máu, glucose máu đói, bilan mỡ máu, điện giải đồ, đo mật độ xương theo phương pháp DEXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometry) tại các vị trí cột sống thắt lưng (L1-L4), cổ xương đùi.

2.2.4. Xử trí số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0. Khảo sát sự khác biệt giữa các biến định tính bằng kiểm định Chi-square, giữa các biến định lượng bằng T-Test với biến tuân theo phân phối chuẩn hoặc Mann-Whitney U với biến không chuẩn, phân tích mối liên quan giữa các yếu tố bằng mô hình hồi quy logistic đa biến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	101	45%
	Nữ	123	55%
Tuổi	Mean±SD	63,67 ± 12,32	
	Min-Max	16 - 95	
Nhóm tuổi	<40	12	5,4%
	40-60	74	33%
	≥60	138	61,6%
BMI	Mean±SD	23,03 ± 2,54	

Min-Max	17,13 – 31,13
Thiếu cân	10 4,5%
Bình thường	131 58,5%
Thừa cân, béo phì	83 37%

Nhận xét: Trong tổng số 224 đối tượng nghiên cứu thì tỉ lệ nữ/nam là 1,2/1; tuổi TB là $63,67 \pm 12,32$ tuổi trong đó nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 61,6%; BMI trung bình là $23,03 \pm 2,54$ trong đó tỉ lệ thừa cân, béo phì chiếm 37%.

3.2. Đặc điểm tiền sử dùng thuốc, lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử dùng thuốc

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Loại GCs phân theo thời gian tác dụng	Ngắn	4 1,8
	Trung bình	110 49
	Dài	68 30,4
	Không rõ nguồn gốc	42 18,8
Thời gian dùng	Ngắn hạn (<1 tháng)	4 1,8
	Trung hạn (1-12 tháng)	102 45,5
	Dài hạn (>12 tháng)	118 52,7

Nhận xét: Trong nhóm BN nghiên cứu, GCs tác dụng TB được sử dụng nhiều nhất (49,0%), tiếp theo là tác dụng kéo dài (30,4%), tác dụng ngắn (1,8%) và chế phẩm không rõ nguồn gốc nghi ngờ chứa GCs như thuốc nam, thuốc bắc, thuốc hoàn tán, mỹ phẩm (18,8%). Về thời gian sử dụng, tỉ lệ BN dùng GCs trên 1 năm là 52,7%, BN dùng từ 1–12 tháng là 45,5%, và BN dưới 1 tháng là 1,8%.

Bảng 3.3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mệt	224	100%
Kiểu hình (KH) Cushing	211	94%
Chán ăn	194	87%
Nôn, buồn nôn	40	18%
Tiêu chảy	31	14%
Sốt	46	20%
Hạ huyết áp	15	7%

Nhận xét: Trong 224 bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận do GCs, mệt là triệu chứng phổ biến nhất (100%), tiếp theo là KH Cushing (94%) và chán ăn (87%). Các triệu chứng như nôn, tiêu chảy, sốt và hạ huyết áp có tần suất thấp hơn, đặc biệt phát hiện trong các tình huống suy thượng thận cấp.

Bảng 3.4. Đặc điểm một số xét nghiệm cận lâm sàng

Chỉ số XN	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Glucose máu đói	<2,8 mmol/l	8 3,6%
	2,8 – 7,0 mmol/l	124 55,3%
	>7,0 mmol/l	92 41,1%

Cortisol máu	TB $\pm$ SD (mmol/l)	6,76 $\pm$ 2,57
	TB $\pm$ SD (mmol/l)	43,9 $\pm$ 23,8
	Min	3,0
	Max	83,0

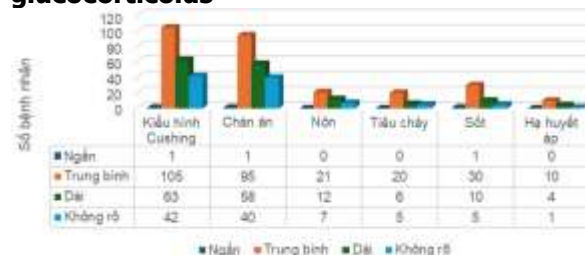
Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ glucose máu đói TB là $6,76 \pm 2,57$ mmol/l. Trong đó tỉ lệ BN có glucose máu đói mức TB là 55,2%; tăng là 41,1% và chỉ có 3,6% BN hạ glucose máu. Nồng độ cortisol 8h sáng TB $43,9 \pm 23,8$, thấp nhất là 3,0 nmol/l và cao nhất là 83,0 nmol/l.

Bảng 3.5. Đặc điểm về loãng xương

Vị trí loãng xương	Giới	Số BN	Tỷ lệ (%)
Cổ xương đùi	Nam	16	40,0%
	Nữ	19	41,3%
Xương cột sống thắt lưng L1-L4	Nam	18	45%
	Nữ	22	47,8%
Tổng bệnh nhân	Nam	40	100%
	Nữ	46	100%

Nhận xét: Trong nhóm BN nghiên cứu, có 86 BN được đo mật độ xương (46 nữ, 40 nam). Trong đó có tỉ lệ loãng xương tại cổ xương đùi ở nam là 40%, ở nữ là 41,3%. Tỉ lệ loãng xương ở cột sống thắt lưng L1- L4 ở nam là 45%, ở nữ là 47,8%. Tỉ lệ loãng xương tại cổ xương đùi và xương cột sống thắt lưng L1-L4 khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ ($p > 0.05$). Tương tự, khi so sánh tỷ lệ loãng xương giữa hai vị trí này trong cùng một giới tính, kết quả cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

3.3. Một số yếu tố liên quan với tình trạng suy thượng thận do dùng glucocorticoids



Biểu đồ 3.1. Liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và loại GCs sử dụng

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiểu hình Cushing không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với loại GCs sử dụng ($p > 0,05$). Ngược lại, các triệu chứng chán ăn, nôn, tiêu chảy, sốt và hạ huyết áp đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với loại GCs ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Kết quả hồi quy logistic về mối liên hệ giữa thời gian dùng glucocorticoids, nhóm tuổi và nguy cơ tăng glucose máu đói

	OR (CI 95%)	p
Nhóm tuổi cao (>60 tuổi)	1,463 (0.810, 2.644)	0,207
BMI (kg/m ²)	1,055 (0,944, 1,180)	0,347
Thời gian dùng GCs (tháng)	1,071 (1.033, 1.111)	0,000

Nhận xét: Trong 224 bệnh nhân, 92 BN (41,1%) có nồng độ glucose máu đói > 7.0 mmol/l. Phân tích hồi quy logistic được thực hiện để đánh giá mối liên quan giữa thời gian dùng GCs, nhóm tuổi cao, BMI và nguy cơ tăng glucose máu đói. Kết quả cho thấy thời gian dùng GCs có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với chỉ số đường máu đói ($p < 0,001$). Cụ thể, Odds Ratio (OR) là 1,071 (với khoảng tin cậy 95% là 1,033 đến 1,111), cho thấy cứ mỗi tháng sử dụng GCs, nguy cơ tăng chỉ số đường máu đói lên khoảng 7,1%. Ngược lại, nhóm tuổi cao và BMI không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với chỉ số đường máu đói ($p = 0,207$ và $p = 0,347$).

Bảng 3.7. Kết quả hồi quy logistic của mô hình có biến tương tác giữa nhóm tuổi cao và thời gian dùng GCs dài hạn trên 12 tháng

	OR (CI 95%)	p
Dài hạn (>12 tháng)	0,517 (0,198 - 1,353)	0,151
Nhóm tuổi cao (>60 tuổi)	1,401 (0,505 - 3,886)	0,367
Dài hạn x Nhóm tuổi cao	0,695 (0,170 - 2,836)	0,532

Nhận xét: Để kiểm tra sự khác biệt về tác động của thời gian sử dụng GCs giữa các nhóm tuổi lên nồng độ glucose máu đói, chúng tôi dùng mô hình hồi quy logistic với biến tương tác. Kết quả cho thấy biến tương tác giữa nhóm tuổi cao trên 60 tuổi và thời gian dùng GCs dài hạn trên 12 tháng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,532$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có độ tuổi thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 95 tuổi, độ tuổi trung bình là $63,67 \pm 12,32$. Nhóm tuổi thường gặp >60 tuổi chiếm 61,6%. Kết quả của chúng tôi tương tự với Hà Lương Yên (2004), nhóm tuổi trên 50 là 63,3%[3]. Tỷ lệ giữa nữ là 55%, nam là 45%. Tỷ lệ này tương tự của Lê Thị Tâm Thảo (nữ: 50,7%, nam: 49,3%,)[4] BMI trung bình là $23,03 \pm 2,54$ kg/m², thấp nhất là 17,13, cao nhất là 31,1. Tỷ lệ thừa cân béo phì chiếm 37%, kết quả này thấp hơn của Hoàng Anh Tài có tỷ lệ thừa cân béo phì 46%.[5]

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

4.2.1. Đặc điểm tiền sử dùng thuốc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, GCs tác dụng trung bình là nhóm được sử dụng phổ biến nhất (49%), GCs tác dụng dài chiếm 30,4%, khá tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Anh Tài có tỷ lệ BN dùng GCs tác dụng trung bình cao nhất (68%), tiếp theo là GCs tác dụng dài (32%)[5]. Chế phẩm không rõ nguồn gốc chiếm tới 18,8%, phản ánh thực trạng bệnh nhân tự ý dùng thuốc không kiểm soát, tiềm ẩn nguy cơ suy thượng thận. Về thời gian sử dụng, đa số bệnh nhân dùng GCs kéo dài, trong đó 52,7% sử dụng trên 12 tháng và 45,5% dùng từ 1–12 tháng, cho thấy phần lớn bệnh nhân có nguy cơ cao bị ức chế trục HPA do điều trị kéo dài.

4.2.2. Đặc điểm về các triệu chứng lâm sàng:

Triệu chứng thường gặp như mệt, chán ăn, kiểu hình Cushing ngoại sinh, tuy không đặc hiệu nhưng khi gặp ở bệnh nhân có tiền sử dùng GCs thì cần nghĩ đến suy thượng thận, đặc biệt là trong bối cảnh có yếu tố thúc đẩy. Một điều đáng chú ý là các triệu chứng cấp tính như nôn, tiêu chảy, hạ huyết áp chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ, cho thấy phần lớn bệnh nhân chưa ở giai đoạn suy thượng thận cấp rõ ràng khi nhập viện – đây là "cơ hội vàng" để can thiệp sớm và dự phòng biến chứng.

4.2.3. Đặc điểm về loãng xương: Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù tỷ lệ loãng xương cao, nhưng không có sự khác biệt đáng kể giữa hai giới hoặc giữa các vị trí đo (cổ xương đùi và cột sống thắt lưng), cho thấy GCs có ảnh hưởng toàn thân đến chuyển hóa xương. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của việc sàng lọc loãng xương định kỳ và cân nhắc bổ sung hợp lý vitamin D, calci hoặc bisphosphonates ở các bệnh nhân điều trị GCs kéo dài nhằm dự phòng và điều trị loãng xương do thuốc.

4.3. Một số yếu tố liên quan với tình trạng suy thượng thận do dùng glucocorticoids

4.3.1. Loại glucocorticoids sử dụng:

Các triệu chứng như chán ăn, nôn, tiêu chảy, sốt và hạ huyết áp có mối liên quan thống kê với loại GCs sử dụng ($p < 0,05$), đặc biệt ở BN dùng GCs tác dụng trung bình và kéo dài. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Anh Tài và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Thanh Nhàn, ghi nhận các triệu chứng nôn, chán ăn gặp nhiều ở nhóm BN sử dụng GCs trung bình [5]. Ngược lại, kiểu hình gặp ở 94% BN nhưng không liên quan với loại GCs sử dụng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan thống kê giữa loại GCs và vị trí loãng xương (cổ xương đùi, cột sống L1–L4) ($p >$

0,05). Điều này cho thấy yếu tố chính ảnh hưởng đến loãng xương không phải là đặc tính thời gian tác dụng của GCs.

4.3.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ lên chỉ số glucose máu đói: Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian sử dụng GCs có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ tăng glucose máu đói (OR = 1,071; $p < 0,001$). Cụ thể, mỗi tháng điều trị bằng GCs làm tăng nguy cơ tăng glucose máu đói khoảng 7,1%. Mối liên quan này vẫn duy trì ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu như tuổi và chỉ số khối cơ thể (BMI). Ngược lại, tuổi trên 60 và chỉ số BMI không chứng minh được ý nghĩa thống kê trong việc dự báo nguy cơ tăng glucose máu đói ($p = 0,207$ và $p = 0,347$, tương ứng). Phân tích tương tác giữa thời gian sử dụng GCs kéo dài (>12 tháng) và nhóm tuổi cao (>60 tuổi) không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tác động của thời gian sử dụng GCs đối với nguy cơ tăng glucose máu đói giữa các nhóm tuổi ($p = 0,532$). Các kết quả này củng cố vai trò của thời gian sử dụng GCs như một yếu tố nguy cơ độc lập, không phụ thuộc vào tuổi và BMI. Do đó, việc giám sát đường huyết định kỳ, đặc biệt ở bệnh nhân dùng GCs kéo dài là cần thiết. Nên tăng cường theo dõi glucose máu đói sau 3–6 tháng điều trị, đồng thời xem xét giảm liều hoặc ngừng thuốc càng sớm càng tốt theo nguyên tắc điều trị an toàn, nhằm hạn chế nguy cơ rối loạn chuyển hóa.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, do đó chỉ có thể xác định mối tương quan, không thể suy luận quan hệ nhân quả.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân suy thượng thận do GCs nhập viện tại Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu trên 60 tuổi, có tiền sử dùng GCs kéo dài. Các triệu chứng thường không đặc hiệu như mệt mỏi, chán ăn và kiểu hình Cushing. Loãng xương là biến chứng thường gặp ở cả hai giới. Tăng glucose máu đói ghi nhận ở 41,1% bệnh nhân, có liên quan đến thời gian sử dụng GCs, với nguy cơ tăng khoảng 7,1% sau mỗi tháng điều trị, độc lập với tuổi và BMI. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc sàng lọc, theo dõi định kỳ đường huyết, mật độ xương ở bệnh nhân sử dụng GCs, đặc biệt sau 3–6 tháng điều trị. Việc giảm liều hoặc ngừng GCs sớm nếu có thể cần được cân nhắc nhằm hạn chế các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Hồng Quang.** Chẩn đoán và điều trị bệnh Nội tiết – Chuyển hóa. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2015
2. **Hahner S, Ross RJ, Arlt W, Bancos I, Burger-Stritt S, Husebye ES, et al.** Adrenal insufficiency. Nat Rev Dis Primers. 2021;7(1):19
3. **Hà Lương Yên.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng Cushing do dùng glucocorticoids. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2004
4. **Lê Thị Tâm Thảo.** Đánh giá đặc điểm lâm sàng và nồng độ corticoid huyết tương ở bệnh nhân có hội chứng Cushing do dùng glucocorticoids. Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân y; 2013
5. **Hoàng Anh Tài.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân suy thượng thận do glucocorticoids. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2021.

HIỆU QUẢ CÔNG CỤ HỖ TRỢ IOH TRONG ĐIỀU TRỊ TIẾT CHẾ Ở THAI PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Phạm Thị Ý Yên¹, Phan Thị Hằng¹, Trần Văn Luân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh tỷ lệ tuân thủ thứ đường huyết theo kế hoạch điều trị ở nhóm thai phụ ĐTĐTK mới được chẩn đoán có sử dụng ứng dụng IOH và nhóm không sử dụng ứng dụng IOH. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dùng thiết kế thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng

nhằm đánh giá hiệu quả của ứng dụng IOH trong điều trị tiết chế ở thai phụ ĐTĐTK mới được chẩn đoán, mẫu nghiên cứu bao gồm 324 phụ nữ với 161 phụ nhóm đối chứng và 163 phụ nữ nhóm can thiệp sử dụng ứng dụng IOH. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ thứ đường huyết theo kế hoạch của nhóm sử dụng ứng dụng IOH và nhóm không sử dụng ứng dụng IOH lần lượt là 85,28% và 90,06%, khác biệt của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p = 0,19$ (RR: 0,63; KTC 95%: 0,33 – 1,25). Tỷ lệ đường huyết ổn định của nhóm sử dụng ứng dụng IOH và nhóm không sử dụng ứng dụng IOH lần lượt là 62,59% và 71,72%, khác biệt của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p = 0,10$ (RR: 0,66; KTC 95%: 0,40 – 1,09). **Kết luận:** Xây dựng và triển khai quy trình sử dụng ứng dụng IOH trong quản lý thai phụ ĐTĐTK tại phòng khám cho đối

¹Bệnh viện Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Hằng

Email: bshangphan@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

tương thai phụ ngoại trú sẽ giúp gia tăng sự hài lòng của thai phụ. **Từ khóa:** Đái tháo đường thai kỳ, điều trị tiết chế, công cụ hỗ trợ IOH

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF THE IOH SUPPORT TOOL IN DIETARY MANAGEMENT FOR PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES AT HUNG VUONG HOSPITAL

Objective: To compare the rate of adherence to planned blood glucose testing between newly diagnosed gestational diabetes mellitus (GDM) pregnant women using the IOH application and those not using it. **Subjects and Methods:** This study was designed as a randomized controlled clinical trial to evaluate the effectiveness of the IOH application in dietary management among newly diagnosed pregnant women with gestational diabetes mellitus (GDM). The study sample included 324 women, with 161 in the control group and 163 in the intervention group using the IOH application. **Results:** The rate of stable blood glucose control was 62.59% in the IOH group and 71.72% in the control group. This difference was also not statistically significant ($p = 0.10$; RR: 0.66; 95% CI: 0.40–1.09). **Conclusion:** The development and implementation of the IOH application in the management of GDM at outpatient clinics may help improve patient satisfaction among pregnant women. **Keywords:** Gestational diabetes mellitus, dietary management, IOH support tool

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là bất kỳ tình trạng rối loạn đường huyết nào lần đầu tiên phát hiện trong thai kỳ, không loại trừ đái tháo đường trước đó không được phát hiện và cũng không phân biệt sau sinh có còn tăng đường huyết hay không. ĐTĐTK là một trong những biến chứng thường gặp nhất trong thai kỳ. ĐTĐTK gây ra một số biến chứng cho mẹ và cho con, biến chứng này có thể gặp trong lúc mang thai, lúc sinh và sau sinh. Biến chứng thường gặp gồm tiền sản giật, đa ối, thai to, sinh non, sảy thai, thai lưu, mổ lấy thai, kẹt vai, chấn thương và ĐTĐ type 2 thực sự sau này. Trẻ sơ sinh có nguy cơ bị hạ đường huyết, hạ canxi huyết, tăng hồng cầu và vàng da. Hơn nữa, những trẻ được sinh ra từ mẹ bị ĐTĐTK có nguy cơ béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường type 2 khi về già [1]. Trong xử trí ĐTĐTK, thai phụ tự theo dõi đường huyết đóng vai trò quan trọng. Một trong những yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến điều trị ĐTĐTK là sự tuân thủ của thai phụ với các chỉ định điều trị của bác sĩ [2]. Mặc dù, nhấn mạnh vai trò của tự theo dõi đường huyết trong điều trị ĐTĐTK nhưng hiện tại chưa có nhiều hiểu biết về sự tuân thủ điều trị ở thai phụ ĐTĐTK [3]. Các nghiên cứu về sự tuân thủ của tự thử đường huyết chủ yếu thực

hiện ở thai phụ ĐTĐTK loại 1 và loại 2. Trong đó, điều trị tiết chế và vận động có thể duy trì mức đường huyết ổn định mà không cần dùng thuốc [4].

Năm 2020, bệnh viện Hùng Vương đã áp dụng phương thức mới - ứng dụng IOH (Internet of Health) - trong theo dõi đường huyết giúp thai phụ không cần thăm khám thường xuyên như trước đây nhưng vẫn đảm bảo sự tương tác của bác sĩ và thai phụ ĐTĐTK, có những cảnh báo kịp thời cho sản phụ. Sự phát triển của công nghệ, hầu hết thai phụ đều dùng điện thoại thông minh là cơ hội sử dụng các ứng dụng trên điện thoại để cải thiện chăm sóc thai phụ ĐTĐTK [5]. Can thiệp mới của bệnh viện Hùng Vương là sử dụng ứng dụng IOH trên điện thoại thông minh giúp nhắc thai phụ thử đường huyết theo kế hoạch. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu đánh giá vai trò của ứng dụng IOH trên sự tuân thủ. Mục đích chính của nghiên cứu là kiểm tra liệu việc sử dụng ứng dụng IOH nhắc thử đường huyết ở thai phụ ĐTĐTK mới được chẩn đoán có giúp tăng tỷ lệ tuân thủ của thai phụ ĐTĐTK so với chăm sóc chuẩn trước đây không. Nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Hiệu quả công cụ hỗ trợ IOH trong điều trị tiết chế ở thai phụ ĐTĐTK tại bệnh viện Hùng Vương*". Những kết quả thu được từ nghiên cứu, hy vọng sẽ hữu ích cho việc đánh giá phác đồ điều trị, quy trình quản lý ĐTĐTK tại bệnh viện Hùng Vương.

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh tỷ lệ tuân thủ thử đường huyết theo kế hoạch điều trị ở nhóm thai phụ ĐTĐTK mới được chẩn đoán có sử dụng ứng dụng IOH và nhóm không sử dụng ứng dụng IOH.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu dùng thiết kế thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng nhằm đánh giá hiệu quả của ứng dụng IOH trong điều trị tiết chế ở thai phụ ĐTĐTK mới được chẩn đoán. Thai phụ ĐTĐTK mới được chẩn đoán được hướng dẫn chế độ ăn, vận động và lịch thử đường huyết.

Đối tượng nghiên cứu. Nhóm chứng: Người tham gia nghiên cứu tự thử đường huyết đói và sau ăn sáng 2 giờ vào ngày thứ 3 và ngày thứ 7 của bệnh và ghi kết quả thử đường huyết lên phiếu theo dõi đường huyết. Thai phụ quay lại bệnh viện ngay khi đường huyết đói > 105 mg/dl (> 5.8 mmol/l) hoặc đường huyết 2 giờ sau ăn ≥ 160 mg/dl (≥ 8.9 mmol/l) hoặc đường huyết < 2.5 mmol/L (45 mg/dl).

Nhóm can thiệp: Người tham gia nghiên cứu được hướng dẫn sử dụng ứng dụng IOH, được ứng dụng IOH nhắc thử đường huyết theo lịch

qua tin nhắn SMS, tự thử đường huyết đói và sau ăn sáng 2 giờ vào ngày thứ 3 và ngày thứ 7 của bệnh, nhận kết quả đường huyết cho NVYT qua IOH/SMS và nhận tin nhắn SMS phản hồi từ ứng dụng nếu nhận trị số đường huyết qua SMS. Thai phụ có thể xem đường biểu diễn dao động đường huyết, đọc các hướng dẫn chế độ ăn, vận động, biết khi nào người tham gia nghiên cứu phải quay lại bệnh viện ngay trên IOH.

Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được ước tính dựa trên kết cục chính của nghiên cứu, so sánh tỷ lệ thai phụ tuân thủ thử đường huyết theo kế hoạch của hai nhóm. Dựa trên công thức so sánh hai tỷ lệ với cỡ mẫu 2 nhóm tương đương nhau:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Trong đó, n là cỡ mẫu tối thiểu trong mỗi nhóm; $p_1 = 0.72$ là tỉ lệ thai phụ tuân thủ thử đường huyết theo kế hoạch trong nhóm không sử dụng ứng dụng IOH

$p_2 = 0.85$ là tỉ lệ thai phụ tuân thủ thử đường huyết theo kế hoạch trong nhóm sử dụng ứng dụng IOH

$$p = (p_1 + p_2)/2$$

α : xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; β : xác suất sai lầm loại 2, $\beta = 0,2$ (lực thống kê = 0,8) thì $Z_{1-\beta} = 0.84$

Cỡ mẫu được tính: $n_1 = n_2 = 156$ ca.

Cách thực hiện. Tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu: thai phụ có kết quả test 75g glucose dương tính và không có trị số đường huyết nào $\geq 200\text{mg/dl}$ ($\geq 11,1$ mmol/l). Thời điểm thu nhận vào nghiên cứu là ngay sau khi thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK.

Bác sĩ thông báo chẩn đoán ĐTĐTK và tư vấn nguy cơ của ĐTĐTK cho thai phụ. Bác sĩ tư vấn cho thai phụ chế độ ăn, vận động, lịch thử đường huyết, cách thử đường huyết cho thai phụ. Nội dung tư vấn chế độ ăn gồm kiêng ăn ngọt, giảm ăn tinh bột, trong ngày ăn 3 bữa chính và 2-3 bữa phụ, không bỏ bữa, chọn đĩa đựng thức ăn đường kính khoảng 20 cm, chia làm 4 phần: 1/4 là đạm, 1/4 là tinh bột và 1/2 là rau củ, trái cây. Chế độ vận động gồm đi bộ/bơi lội/yoga/các bài tập nhẹ cho bà bầu ít nhất 30 phút/ngày và đi bộ trong 10 phút sau ăn (kèm tờ rơi về chế độ ăn và vận động). Nội dung thử đường huyết: thử đường huyết đói và 2 giờ sau ăn sáng vào ngày 3,7 và ngày 14 của bệnh, nói rõ ngày cụ thể cần thử đường huyết cho thai phụ.

Bác sĩ trong nhóm nghiên cứu chọn mẫu bằng phương pháp bốc thăm. Thông báo cho thai phụ thuộc nhóm sử dụng IOH hoặc không sử dụng IOH. Dán sticker nghiên cứu lên hồ sơ khám thai

của thai phụ. Hướng dẫn cách thử đường huyết tại Nhà, tại Trạm Y tế hoặc Bệnh viện.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận về các khía cạnh đạo đức từ Hội Đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh Viện Hùng Vương số: 1560/HĐĐĐ-BVHV ngày 10/2/2022

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành thu thập số liệu từ 21/02/2022 đến ngày 21/05/2022 có 465 thai phụ có khả năng thu nhận. Tuy nhiên, có 98 thai phụ không thỏa tiêu chuẩn thu nhận và có 23 thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu nên còn 324 thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bảng 1: Đặc điểm dân số - xã hội của mẫu nghiên cứu (n=324)

Đặc điểm	Nhóm chứng n(%)	Nhóm can thiệp n(%)
Tuổi thai phụ		
Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	32.32 $\pm$ 4.97	31.81 $\pm$ 5.32
Trung vị (Tứ phân vị) Min - Max	33 (29 - 35) 20 - 45	31 (28 - 35) 18 - 45
Nhóm tuổi		
<35	114 (70.81)	116 (71.17)
≥ 35	47 (29.19)	47 (28.83)
Nghề nghiệp		
Công nhân	40 (26.09)	29 (17.79)
Kinh doanh	21 (13.04)	25 (14.72)
Công nhân viên	50 (31.06)	52 (31.90)
Nội trợ	40 (24.84)	50 (30.67)
Làm thuê	8 (4.97)	8 (4.91)
Test 75g đường dương		
1 chỉ số cao	111 (68.94)	99 (60.74)
2 chỉ số cao	39 (24.22)	57 (34.97)
3 chỉ số cao	11 (6.83)	7 (4.29)
Tổng	161 (100)	163 (100)

Nhận xét: Ở nhóm can thiệp, tuổi trung bình 31.81 ± 5.32 , 72.67% người nhỏ hơn 35 tuổi. Trên một nửa thai phụ có công việc phụ thuộc vào giờ nhất định, 62.12% ở nhóm chứng và 54.60% ở nhóm can thiệp. Chỉ cần một giá trị trong test 75g glucose vượt ngưỡng thì chẩn đoán test 75g glucose dương tính. Số thai phụ bị chẩn đoán ĐTĐTK có ≥ 2 giá trị vượt ngưỡng chiếm dưới 50% dân số nghiên cứu (nhóm chứng 31.05%; nhóm can thiệp 39.26%). Giá trị đường huyết đói, đường huyết sau 1 giờ, đường huyết sau 2 giờ lúc thu nhận của 2 nhóm là như nhau.

Bảng 2: Đặc điểm về tuân thủ thử đường huyết

Đặc điểm	Nhóm chứng (n=161) n (%)	Nhóm can thiệp (n=163) n (%)
Tuân thủ thử đường huyết		
Ngày 3 – Glucose huyết đói	141 (87.58)	135 (82.82)
Ngày 3 – Glucose huyết 2 giờ sau ăn	141 (87.58)	135 (82.82)
Ngày 7 – Glucose huyết đói	142 (88.20)	135 (82.82)
Ngày 7 – Glucose huyết 2 giờ sau ăn	141 (87.57)	135 (82.82)
Ngày 14 – Glucose huyết đói	161 (100)	161 (98.77)
Ngày 14 – Glucose huyết 2 giờ sau ăn	161 (100)	160 (98.16)
Đánh giá đường huyết sau điều trị		
Ngày 3 – Glucose huyết đói ổn định	117 (82.98)	102 (75.56)
Ngày 3 – Glucose huyết 2 giờ sau ăn ổn định	108 (76.60)	92 (68.15)
Ngày 7 – Glucose huyết đói ổn định	115 (80.99)	102 (75.56)
Ngày 7 – Glucose huyết 2 giờ sau ăn ổn định	114 (80.85)	103 (76.30)
Ngày 14 – Glucose huyết đói ổn định	115 (71.43)	109 (67.70)
Ngày 14 – Glucose huyết 2 giờ sau ăn ổn định	138 (85.71)	138 (86.25)
Tham vấn dinh dưỡng lại	6 (3.73)	5 (3.07)
Ngày 3 – Glucose huyết đói Trung bình ± Độ lệch chuẩn Trung vị (Tứ phân vị)	85.67 ± 12.44 85 (79 - 91)	88.52 ± 13.40 89.68 (82 - 94)
Ngày 3 – Glucose huyết 2 giờ sau ăn Trung bình ± Độ lệch chuẩn Trung vị (Tứ phân vị)	105.69 ± 25.79 103 (90 - 117)	110.8 ± 22.97 105 (95 - 124)
Ngày 7 – Glucose huyết đói Trung bình ± Độ lệch chuẩn Trung vị (Tứ phân vị)	87.5 ± 10.41 87 (81 - 93)	89.12 ± 11.52 89 (82 - 94)
Ngày 7 – Glucose huyết 2 giờ sau ăn Trung bình ± Độ lệch chuẩn Trung vị (Tứ phân vị)	105.95 ± 18.29 104 (93 - 116)	110.47 ± 20.17 107 (97 - 118)
Ngày 14 – Glucose huyết đói Trung bình ± Độ lệch chuẩn Trung vị (Tứ phân vị)	89.97 ± 10.52 89 (83 - 97)	90.69 ± 9.2 90 (84 - 96)
Ngày 14 – Glucose huyết 2 giờ sau ăn Trung bình ± Độ lệch chuẩn Trung vị (Tứ phân vị)	99.68 ± 15.12 98 (90 - 108)	101.53 ± 17.0 (97- 108)

Nhận xét: Số thai phụ tuân thủ thử đường huyết ngày 3 và ngày 7 thấp hơn ngày 14. Ở nhóm chứng, số ca thử đường huyết ngày 3, 7 và 14 lần lượt là 141 (87.58%), 142 (88.20%) và 161 (100%). Ở nhóm can thiệp, số ca thử đường huyết ngày 3, 7 và 14 lần lượt là 135 (82.82%), 135 (82.82%), 161 (98.77%). Ở nhóm chứng có

6 (3.73%) ca phải tham vấn dinh dưỡng lại, còn nhóm can thiệp là 5 (3.07%) ca. Hầu hết các đặc điểm dân số xã hội, đặc điểm thai sản, đặc điểm tiền sản, đặc điểm bệnh lý của mẫu nghiên cứu này đều có không có sự khác biệt giữa 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp.

Bảng 3: Tuân thủ thử đường huyết và tỷ lệ đường huyết ổn định

Đặc điểm	Nhóm chứng n(%)	Nhóm can thiệp n(%)	RfR (KTC95%)	p
Tuân thủ thử đường huyết theo kế hoạch: Có	145 (90.06)	139 (85.28)	0.63	0.19
Không	16 (9.94)	24 (14.72)	(0.33 – 1.25)	
Đường huyết ổn định: Có	104 (71.72)	87(62.59)	0.66	0.10
Không	41 (28.28)	52 (37.41)	(0.40-1.09)	

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi (n = 324), tỷ lệ thai phụ tuân thủ thử đường huyết theo kế hoạch ở nhóm sử dụng ứng dụng IOH là

83.72%, ở nhóm không sử dụng ứng dụng IOH là 87.21%. Tuy nhiên, nghiên cứu của Cosson chọn tiêu chuẩn tuân thủ là thực hiện ≥ 80% số lần so với yêu cầu thử đường huyết theo kế

hoạch, còn nghiên cứu của chúng tôi chọn điểm cắt là $\geq 50\%$. Tuy vậy, phương pháp xác định sự tuân thủ lại không được Sousa và cs mô tả rõ trong nghiên cứu của mình[3].

Kết quả nghiên cứu, nhóm chúng tôi không tìm thấy được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sử dụng ứng dụng IOH và sự tuân thủ thử đường huyết theo kế hoạch. Cụ thể, thai phụ có sử dụng ứng dụng IOH có số chênh lệch tuân thủ thử đường huyết theo kế hoạch bằng 0,63 lần (KTC 95%: 0.33 – 1.25) so với thai phụ không được sử dụng ứng dụng IOH, $p = 0.19$. Kết quả của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của H. Guo và cs, $n = 124$ thai phụ ĐTĐTK được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, 60 thai phụ được điều trị ngoại trú theo chuẩn tại bệnh viện, 64 thai phụ được điều dưỡng hướng dẫn online qua ứng dụng được cài trên di động thai phụ và tái khám định kỳ, thời gian theo dõi 13 tuần, kết quả nhóm thai phụ được hướng dẫn qua ứng dụng trên di động thai phụ có mức độ tuân thủ cao hơn nhóm thai phụ được chăm sóc chuẩn ($p < 0.001$). Nghĩa là, với cách sử dụng ứng dụng di động trong nghiên cứu của H. Guo thì tăng sự tuân thủ của thai phụ trong điều trị ĐTĐTK so với chăm sóc chuẩn[6]. Sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của H. Guo chủ yếu có thể do cách sử dụng, ứng dụng của các ứng dụng di động không giống nhau. Ứng dụng IOH trong nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh yếu tố nhắc thai phụ thử đường huyết bằng SMS còn ứng dụng trên di động trong nghiên cứu của H. Guo nhấn mạnh vai trò hướng dẫn điều trị ĐTĐTK qua ứng dụng bởi điều dưỡng [6].

Xử trí chủ yếu cho thai phụ ĐTĐTK là thay đổi chế độ ăn nhằm kiểm soát nồng độ đường huyết trong máu. Đường huyết ổn định là mục tiêu của điều trị ĐTĐTK, nó phản ánh hiệu quả của điều trị tiết chế chế độ ăn và vận động của thai phụ. Không kiểm soát được đường huyết sẽ tăng biến chứng cho mẹ và thai [7]. Đường huyết 2 giờ sau ăn, mốc thời gian 2 giờ sau ăn được tính từ thời điểm thai phụ bắt đầu ăn đến lúc thử đường huyết là 2 giờ, chứ không phải mốc thời gian từ khi kết thúc bữa ăn đến lúc thử đường huyết.

Tỷ lệ thai phụ có đường huyết ổn định trong nghiên cứu của chúng tôi là 71,72% thai phụ nhóm chứng và 62,59% thai phụ ở nhóm can thiệp. Còn trong nghiên cứu của Bs Nguyễn Hằng Giang, tỷ lệ thai phụ có đường huyết ổn định sau 3 ngày, 5 ngày và 7 ngày điều trị bằng tiết chế dinh dưỡng lần lượt là 73,21%, 80,80% và 91,52% [8]. Nghiên cứu của chúng tôi thực

hiện trên nhóm thai phụ mới được chẩn đoán ĐTĐTK, đang được theo dõi ngoại trú. Ngoài ra, tần suất thử đường huyết ở nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn (tổng cộng 6 lần/2 tuần) 2 nghiên cứu trên (tổng cộng 28 lần/7 ngày). Đối tượng thai phụ ĐTĐTK nhập lên khoa sản bệnh là những thai phụ đã thất bại với chế độ ăn, vận động ngoại trú nên ít nhiều có kinh nghiệm hơn trong điều trị. Và khi phải nhập viện điều trị ĐTĐTK thai phụ thường sẽ có cảm giác lo lắng và muốn được xuất viện sớm nên có thể có sự tuân thủ cao hơn đối tượng thai phụ ĐTĐTK ngoại trú.

Không có trường hợp nào đường huyết quá cao gây nhiễm ceton hay biến chứng cho thai như thai lưu. Chỉ có 11 thai phụ (05 thai phụ ở nhóm can thiệp, 06 thai phụ ở nhóm chứng) đường huyết cao phải quay lại tái khám trước dự kiến 2 tuần. Theo dõi 11 ca này, không có ca nào phải chỉ định Insulin để điều trị do đường huyết quá cao. Không có trường hợp nào bị hạ đường huyết. Có 01 trường hợp sản phụ bị dọa sanh non phải nhập viện trong thời gian nghiên cứu. Tuy nhiên, dọa sanh non có thể là diễn tiến trùng hợp, không nghĩ là biến chứng của ĐTĐTK. Với giới hạn là chỉ nhận những trường hợp có các giá trị trong test 75g glucose $< 200\text{mg/dl}$ đã kiểm soát đáng kể nhóm thai phụ có đường

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đường huyết ổn định của nhóm sử dụng ứng dụng IOH và nhóm không sử dụng ứng dụng IOH lần lượt là 62,59% và 71,72%. Sự khác biệt của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê $p = 0,10$ (RR: 0.66; KTC 95%: 0.40 – 1.09). Xây dựng và triển khai quy trình sử dụng ứng dụng IOH trong quản lý thai phụ ĐTĐTK tại phòng khám cho đối tượng thai phụ ngoại trú sẽ giúp gia tăng sự hài lòng của thai phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Committee, A.D.A.P.P.**, 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, 2021. 45(Supplement_1): p. S232-S243.
2. **Ghaffari, F., et al.**, Compliance with treatment regimen in women with gestational diabetes: Living with fear. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2014. 19(7 Suppl 1): p. S103-11.
3. **Saha, S.**, Compliance and barriers to self-monitoring of blood glucose in patients with gestational diabetes mellitus: A systematic review. *Int J Health Sci (Qassim)*, 2019. 13(3): p. 44-52.
4. **ACOG**, ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol*, 2018. 131(2): p. e49-e64.
5. **Garg, N., et al.**, Application of Mobile Technology for Disease and Treatment Monitoring of Gestational Diabetes Mellitus Among Pregnant

- Women: A Systematic Review. J Diabetes Sci Technol, 2022. 16(2): p. 491-497.
6. **Guo, H., et al.,** Evaluating the effects of mobile health intervention on weight management, glycemic control and pregnancy outcomes in patients with gestational diabetes mellitus. Journal of Endocrinological Investigation, 2019. 42(6): p. 709-714.
 7. **Neiger, R.,** Long-Term Effects of Pregnancy Complications on Maternal Health: A Review. J Clin Med, 2017. 6(8).
 8. **Giang, N.H.,** Kết quả điều trị ĐTĐTK bằng chế độ ăn tiết chế tại BVHV năm 2013-2014, in Sản phụ khoa. 2014, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.

TÍNH AN TOÀN VÀ TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC NHỎ MẮT CHỨA ATROPINE 0,05% TRONG KIỂM SOÁT TIẾN TRIỂN CẬN THỊ: NGHIÊN CỨU CẮT DỌC THEO DÕI 1 NĂM

Trần Đình Minh Huy¹, Nguyễn Lê Hoàng Nguyên¹,
Ngô Thị Thanh Tú², Hoàng Quang Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu cắt dọc của chúng tôi nhằm đánh giá tính an toàn và tác dụng phụ của atropine 0,05% trong kiểm soát tiến triển cận thị ở trẻ em sau 1 năm theo dõi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, mù đơn, có nhóm chứng được thực hiện trên 53 trẻ em (106 mắt) từ 7-12 tuổi, chia ngẫu nhiên thành hai nhóm, nhóm sử dụng atropine 0,05% và nhóm chứng sử dụng NaCl 0,9%. Các biến số nghiên cứu bao gồm thị lực nhìn xa chính kính tối đa, thị lực nhìn gần, biên độ điều tiết, kích thước đồng tử và nhãn áp. **Kết quả:** Thị lực nhìn xa chính kính tối đa được duy trì ở mức rất cao, xấp xỉ 0,00 LogMAR ở cả hai nhóm và không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Biên độ điều tiết giảm từ trung bình 13,16 D xuống 9,46 D ở nhóm sử dụng atropine, nhưng không ảnh hưởng đáng kể đến thị lực nhìn gần. Kích thước đồng tử tăng nhẹ, từ $6,29 \pm 0,83$ mm lên $6,81 \pm 0,93$ mm. Nhãn áp duy trì ổn định và nằm trong giới hạn bình thường ở cả hai nhóm tại tất cả thời điểm thăm khám. **Kết luận:** Atropine 0,05% là phương pháp an toàn và ít tác dụng phụ trong kiểm soát tiến triển cận thị ở trẻ em. Thuốc không gây ảnh hưởng đáng kể đến thị lực nhìn xa chính kính tối đa, thị lực nhìn gần và nhãn áp của trẻ. Biên độ điều tiết và kích thước đồng tử thay đổi có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Atropine, kiểm soát cận thị, tác dụng phụ, tính an toàn.

SUMMARY

SAFETY AND SIDE EFFECTS OF EYE DROPS WITH 0.05% ATROPINE IN MYOPIA PROGRESSION CONTROL: A ONE-YEAR LONGITUDINAL FOLLOW-UP STUDY

Objective: Our longitudinal assessment of 0.05% atropine evaluated its safety and side effects

after one year to provide evidence for clinical application in pediatric myopia management.

Subjects and Methods: A randomized, single-blind, placebo-controlled clinical trial conducted on 53 children (106 eyes) aged 7-12 years, randomly divided into two groups: a group using 0.05% atropine and a control group using 0.9% NaCl. The outcomes included best corrected distance visual acuity, near visual acuity, accommodation amplitude, pupil size, and intraocular pressure. **Results:** Best corrected distance visual acuity remained excellent (approximately 0.00 LogMAR) in all groups with no significant difference between groups ($p > 0.05$). Accommodation amplitude decreased from 13.16 D to 9.46 D in the atropine group but did not significantly affect near visual acuity. Pupil size increased slightly, from 6.29 ± 0.83 mm to 6.81 ± 0.93 mm. Intraocular pressure remained stable and within normal limits in both groups over the visits. **Conclusions:** 0.05% atropine appeared to be a safe method with minimal side effects for controlling myopia progression in children with no significant effect on best corrected distance visual acuity, near visual acuity, or intraocular pressure in children, although accommodation amplitude and pupil size showed statistically significant changes. **Keywords:** Atropine, myopia control, side effects, safety profile.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát tiến triển cận thị đang là vấn đề cấp thiết trong lâm sàng do tỷ lệ trẻ em mắc cận thị và cận thị nặng ngày càng tăng. Thuốc nhỏ mắt chứa atropine nồng độ thấp, một dẫn xuất đối kháng thụ thể muscarinic không chọn lọc, là phương pháp kiểm soát cận thị hiệu quả nhất, kể đến là các phương pháp quang học [1, 2]. Tuy nhiên, tác dụng phụ của thuốc luôn là mối quan tâm khi điều trị ở trẻ em.

Nghiên cứu ATOM1 (Atropine for the Treatment of Myopia 1) ghi nhận tác dụng phụ đáng kể của atropine 1% như nhìn gần mờ, sợ ánh sáng và tăng nguy cơ phơi nhiễm tia cực tím[3]. Nghiên cứu ATOM2 (Atropine for the Treatment of Myopia 2) tiếp đó cho thấy

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Minh Huy

Email: minhhuyn.trandinh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

atropine các nồng độ thấp hơn (0,5%, 0,1% và 0,01%) có ít tác dụng phụ hơn và giảm hiện tượng phản ứng dội sau khi ngưng thuốc. Một số nghiên cứu tổng hợp chỉ ra rằng hiệu quả kiểm soát cận thị không phụ thuộc nồng độ, tuy nhiên tác dụng phụ lại tỷ lệ thuận với nồng độ thuốc [1, 4]. Nghiên cứu LAMP (Low-concentration Atropine for Myopia Progression) đề xuất atropine 0,05% là nồng độ tối ưu giữa hiệu quả điều trị và tính an toàn[5].

Chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu đánh giá tác dụng phụ của atropine 0,05% sau 6 tháng điều trị và tiếp tục theo dõi đến 1 năm để bổ sung bằng chứng khoa học cho việc ứng dụng lâm sàng điều trị tiến triển cận thị ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ trong thời gian 17 tháng từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ em từ 7 đến 12 tuổi có cận thị trên -1,00D và loạn thị dưới -2,50D ở cả hai mắt.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có các bệnh lý ở mắt ngoài tật khúc xạ (như sẹo đục giác mạc, đục thể thủy tinh, lác, nhược thị, bệnh lý màng bồ đào, rung giật nhãn cầu); không hợp tác trong thăm khám và theo dõi; có tiền sử dị ứng với atropine, cyclopentolate, natri clorid (NaCl) và các dẫn xuất kháng thụ thể muscarinic khác hoặc đã từng được điều trị kiểm soát tiến triển cận thị bằng phương pháp khác như kính tiếp chỉnh hình giác mạc, trồng kính kiểm soát cận thị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng phân bố ngẫu nhiên, tiến cứu, mù đơn có nhóm chứng.

Cỡ mẫu và phương pháp lấy mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, dự kiến 50 trẻ (25 trẻ sử dụng atropine 0,05% và 25 trẻ sử dụng giả dược NaCl 0,9%)

Các bước tiến hành nghiên cứu: Sau khi ký Bản đồng thuận tham gia nghiên cứu, trẻ được chia ngẫu nhiên theo tỷ lệ 1:1 vào một trong hai nhóm. Trẻ và cha mẹ được làm mù về loại thuốc được sử dụng.

Tại lần khám ban đầu, trẻ được đo thị lực không kính, khúc xạ chủ quan, thị lực nhìn xa chỉnh kính tối đa với bảng Snellen ở khoảng cách

5 mét và thị lực nhìn gần có chỉnh kính với bảng ETDRS ở khoảng cách 40cm, quy đổi kết quả sang thị lực LogMAR, đo biên độ điều tiết bằng thước Royal Air Force, đo nhãn áp bằng máy CT-80 (TOPCON, Nhật Bản), và đo sinh trắc học nhãn cầu bằng máy Anterion (Heidelberg, Đức). Sau 30 phút kể từ lần nhỏ thuốc liệt điều tiết thứ 3 với Cyclopentolate 1%, trẻ được đo khúc xạ tự động bằng máy HRK-8000A (Huvitz, Hàn Quốc) và đo khúc xạ khách quan, thuốc được sử dụng mỗi ngày vào buổi tối trong suốt thời gian nghiên cứu.

Tại lần tái khám 2 tuần, trẻ được đo thị lực nhìn xa chỉnh kính tối đa, thị lực nhìn gần có chỉnh kính, nhãn áp. Tại các lần tái khám 3 tháng, 6 tháng và 1 năm, trẻ được đo khúc xạ chủ quan, thị lực nhìn xa và nhìn gần chỉnh kính tối đa, biên độ điều tiết, nhãn áp, sinh trắc học nhãn cầu và đo khúc xạ khách quan có liệt điều tiết.

Thông kê xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel 2016 và SPSS 22.0. Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%). Sử dụng kiểm định ANOVA hoặc kiểm định Kruskal-Wallis cho biến liên tục. Sử dụng kiểm định khi bình phương cho các biến phân loại. Mức ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 1089/ HĐĐĐ-ĐHYD ngày 22 tháng 12 năm 2022, được sự cho phép thực hiện của Bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ.

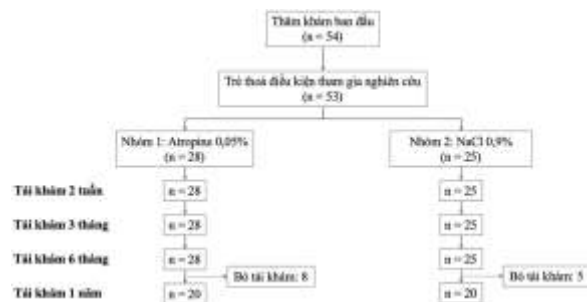
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu. Tổng cộng 54 trẻ được sàng lọc, trong đó 53 trẻ đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu. Những trẻ này được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm: nhóm 1 sử dụng Atropine 0,05% gồm 28 trẻ (56 mắt) và nhóm 2 sử dụng NaCl 0,9% gồm 25 trẻ (50 mắt). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về các đặc điểm ban đầu, đảm bảo tính đồng nhất (Bảng 1). Sau 1 năm, có 8 trẻ (28,57%) thuộc nhóm 1 và 5 trẻ (20,00%) thuộc nhóm 2 không tham gia tái khám (Sơ đồ 1) do không tuân thủ điều trị, tự ý ngưng thuốc.

Bảng 1. Đặc điểm của các nhóm nghiên cứu

Biến số	Atropine 0,05%	NaCl 0,9%	Tổng số	p
Số lượng trẻ	28	25	53	
Số mắt	56	50	106	
Tuổi	9,86 ± 1,37	9,60 ± 1,21	9,74 ± 1,30	0,310

Giới (nam:nữ)	12 : 16	12 : 13	24 : 29	0,600
Cha mẹ cận thị (%)	46,43	32,00	39,22	0,150
Thời gian ngoài trời (giờ/ngày)	2,21 ± 0,81	2,12 ± 0,81	2,17 ± 0,81	0,456
Thời gian nhìn gần (giờ/ngày)	2,20 ± 0,90	2,34 ± 1,08	2,26 ± 0,98	0,582
Độ cầu tương đương (D)	3,42 ± 1,09	3,25 ± 1,35	3,34 ± 1,21	0,466
Thị lực nhìn xa chưa chỉnh kính (LogMAR)	1,034 ± 0,227	1,001 ± 0,283	1,018 ± 0,254	0,499
Thị lực nhìn xa chỉnh kính (LogMAR)	-0,003 ± 0,021	-0,001 ± 0,021	-0,002 ± 0,021	0,647
Thị lực nhìn gần (LogMAR)	0,167 ± 0,076	0,172 ± 0,081	0,170 ± 0,078	0,729
Biên độ điều tiết (D)	13,16 ± 2,71	13,61 ± 3,19	13,46 ± 2,91	0,061
Nhãn áp (mmHg)	17,04 ± 2,34	17,40 ± 2,09	17,21 ± 2,22	0,402
Đồng tử ánh sáng thường (mm)	6,29 ± 0,83	6,25 ± 0,95	6,44 ± 1,21	0,833
Đồng tử ánh sáng yếu (mm)	6,97 ± 0,74	6,45 ± 1,05	6,82 ± 0,90	0,052
Chiều dài trục nhãn cầu (mm)	24,77 ± 1,10	24,73 ± 0,89	24,75 ± 1,00	0,876



Sơ đồ 1. Tóm tắt quá trình thăm khám và thu thập dữ liệu

3.2. Sự thay đổi thị lực nhìn xa và thị lực nhìn gần

Bảng 2. Sự thay đổi thị lực nhìn xa chỉnh kính tối đa (LogMAR) giữa hai nhóm theo thời gian

Thời điểm	Nhóm	n (mắt)	Thị lực nhìn xa chỉnh kính tối đa	p
Trước điều trị	Atropine 0,05%	56	-0,003 ± 0,021	0,647
	NaCl 0,9%	50	-0,001 ± 0,021	
Sau 2 tuần	Atropine 0,05%	56	0,001 ± 0,019	0,745
	NaCl 0,9%	50	0,000 ± 0,022	
Sau 3 tháng	Atropine 0,05%	56	0,000 ± 0,016	0,349
	NaCl 0,9%	50	0,003 ± 0,016	
Sau 6 tháng	Atropine 0,05%	56	-0,002 ± 0,022	0,517
	NaCl 0,9%	50	0,000 ± 0,018	
Sau 1 năm	Atropine 0,05%	40	0,005 ± 0,074	0,866
	NaCl 0,9%	40	0,003 ± 0,011	

Thị lực nhìn xa chỉnh kính tối đa được duy trì ở mức rất cao, xấp xỉ 0,00 LogMAR và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm trong suốt thời gian theo dõi ($p > 0,05$). Điều này cho thấy atropine 0,05% không ảnh hưởng đến thị lực chỉnh kính tối đa khi sử dụng lâu dài

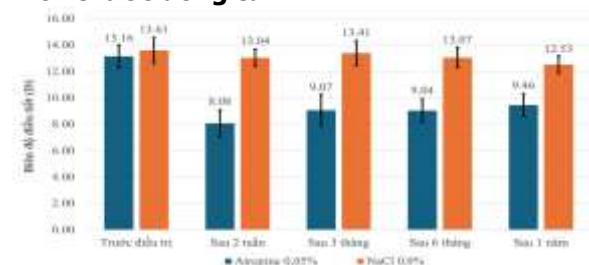
(Bảng 2).

Bảng 3. Sự thay đổi thị lực nhìn gần (LogMAR) giữa hai nhóm theo thời gian

Thời điểm	Nhóm	n (mắt)	Thị lực nhìn gần	p
Trước điều trị	Atropine 0,05%	56	0,167 ± 0,076	0,729
	NaCl 0,9%	50	0,172 ± 0,081	
Sau 2 tuần	Atropine 0,05%	56	0,177 ± 0,088	0,367
	NaCl 0,9%	50	0,163 ± 0,063	
Sau 3 tháng	Atropine 0,05%	56	0,153 ± 0,060	0,183
	NaCl 0,9%	50	0,138 ± 0,052	
Sau 6 tháng	Atropine 0,05%	56	0,157 ± 0,058	0,934
	NaCl 0,9%	50	0,156 ± 0,056	
Sau 1 năm	Atropine 0,05%	40	0,154 ± 0,056	0,570
	NaCl 0,9%	40	0,147 ± 0,045	

Thị lực nhìn gần không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm atropine 0,05% và nhóm chứng tại tất cả các thời điểm theo dõi ($p > 0,05$). Thị lực nhìn gần của nhóm sử dụng atropine 0,05% tại thời điểm trước điều trị là $0,167 \pm 0,076$ và tại thời điểm tái khám 1 năm là $0,154 \pm 0,056$.

3.3. Sự thay đổi biên độ điều tiết và kích thước đồng tử



Biểu đồ 1. Sự thay đổi biên độ điều tiết (D) giữa hai nhóm theo thời gian

Biên độ điều tiết giảm đáng kể sau 2 tuần ở

nhóm trẻ sử dụng atropine 0,05% (từ 13,16D xuống 8,08D), nhưng phục hồi dần và đạt 9,46D sau 1 năm, trong khi nhóm chứng gần như

không thay đổi. Sự khác biệt về biên độ điều tiết giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê tại tất cả các thời điểm theo dõi ($p < 0,05$) (Biểu đồ 1).

Bảng 4. Sự thay đổi kích thước đồng tử (mm) giữa điều kiện ánh sáng thường và ánh sáng yếu của hai nhóm theo thời gian

Thời điểm	Nhóm	n (mắt)	Kích thước đồng tử ở ánh sáng thường (mm)	Kích thước đồng tử ở ánh sáng yếu (mm)	Chênh lệch kích thước đồng tử (mm)	p
Trước điều trị	Atropine 0,05%	56	6,29 ± 0,83	6,97 ± 0,74	-0,68 ± 0,60	<0,001
	NaCl 0,9%	50	6,25 ± 0,95	6,45 ± 1,05	-0,21 ± 0,69	0,066
Sau 2 tuần	Atropine 0,05%	56	7,11 ± 0,64	7,20 ± 0,58	-0,08 ± 0,21	0,031
	NaCl 0,9%	50	6,60 ± 0,93	6,77 ± 0,88	-0,17 ± 0,53	0,050
Sau 3 tháng	Atropine 0,05%	56	7,14 ± 0,70	7,24 ± 0,72	-0,10 ± 0,21	0,004
	NaCl 0,9%	50	6,33 ± 0,83	6,53 ± 0,79	-0,20 ± 0,50	0,016
Sau 6 tháng	Atropine 0,05%	56	7,06 ± 0,79	7,20 ± 0,76	-0,14 ± 0,23	<0,001
	NaCl 0,9%	50	6,18 ± 0,88	6,69 ± 0,76	-0,51 ± 0,41	<0,001
Sau 1 năm	Atropine 0,05%	40	6,81 ± 0,93	7,03 ± 0,85	-0,23 ± 0,21	<0,001
	NaCl 0,9%	40	6,11 ± 0,70	6,60 ± 0,70	-0,49 ± 0,38	<0,001

Sau 1 năm sử dụng atropine 0,05%, phản xạ đồng tử với ánh sáng vẫn được duy trì. Mặc dù thuốc làm giãn đồng tử trong giai đoạn đầu (2 tuần sau điều trị), sự chênh lệch này so với nhóm chứng giảm dần và ổn định sau 1 năm, phản ánh tính an toàn của thuốc khi sử dụng lâu dài (Bảng 4).

3.4. Sự thay đổi nhãn áp

Bảng 5. Sự thay đổi nhãn áp giữa hai nhóm theo thời gian

Thời điểm	Nhóm	n (mắt)	Nhãn áp (mmHg)	p
Trước điều trị	Atropine 0,05%	56	17,04 ± 2,34	0,402
	NaCl 0,9%	50	17,40 ± 2,09	
Sau 2 tuần	Atropine 0,05%	56	17,34 ± 2,72	0,764
	NaCl 0,9%	50	17,19 ± 2,27	
Sau 3 tháng	Atropine 0,05%	56	18,20 ± 2,37	0,809
	NaCl 0,9%	50	18,30 ± 1,97	
Sau 6 tháng	Atropine 0,05%	56	16,55 ± 1,92	0,004
	NaCl 0,9%	50	17,86 ± 1,74	
Sau 1 năm	Atropine 0,05%	40	17,21 ± 1,85	0,075
	NaCl 0,9%	40	17,88 ± 2,24	

Nhãn áp trung bình ở cả hai nhóm luôn nằm trong giới hạn bình thường (10-21 mmHg) và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại tất cả các thời điểm theo dõi ($p > 0,05$), cho thấy atropine 0,05% không gây tăng nhãn áp bất thường sau 1 năm sử dụng (Bảng 5).

IV. BÀN LUẬN

Atropine là một chất đối kháng thụ thể muscarinic không chọn lọc, gây giãn đồng tử và

liệt điều tiết thông qua cơ chế hệ thần kinh phó giao cảm [6]. Nghiên cứu phân tích gộp của Tran và cộng sự cho thấy atropine nồng độ thấp (trừ 0,01%) gây giảm biên độ điều tiết (trung bình giảm 4,67 D [1,89; 7,44]) và tăng kích thước đồng tử (trung bình tăng 1,33 mm [0,57; 2,09]) sau 1-2 năm [7]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm trẻ sử dụng atropine 0,05% giảm biên độ điều tiết 3,70 D và tăng 0,52 mm kích thước đồng tử sau 1 năm. Giảm biên độ điều tiết 2-3 D cũng được ghi nhận ở nhóm dùng atropine 0,01% trong nghiên cứu ATOM2 nhưng không ảnh hưởng đến thị lực nhìn gần [8]. Trẻ 6-12 tuổi có biên độ điều tiết >10 D, nên việc giảm 2D làm thay đổi cận điểm từ 8,3 cm thành 10 cm không gây ảnh hưởng đáng kể về mặt lâm sàng [5], phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi về thị lực nhìn gần không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ sử dụng atropine 0,05% và nhóm chứng. Sự thay đổi biên độ điều tiết và kích thước đồng tử có thể đóng vai trò như các chỉ số lâm sàng khách quan giúp đánh giá mức độ tuân thủ điều trị với atropine, đặc biệt có ý nghĩa trong những trường hợp chưa đạt hiệu quả điều trị như mong đợi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thị lực nhìn xa chính kính tối đa ở cả hai nhóm đều duy trì ở mức 0,00 LogMAR, chứng tỏ atropine nồng độ 0,05% không ảnh hưởng đến thị lực nhìn xa dù làm giãn đồng tử. Tương tự, phân tích gộp của Ha và cộng sự cho kết quả các atropine nồng độ thấp 0,05%, 0,025% và 0,01% không làm thay đổi thị lực nhìn xa khi sử dụng lâu dài [9]. Nghiên cứu LAMP cũng cho kết quả tương tự, điều này khẳng định tính an toàn của

atropine [5].

Tác động gây liệt điều tiết của atropine làm giảm lực kéo vùng bề và cản trở quá trình thoát lưu thủy dịch, từ đó có thể làm gia tăng nguy cơ tăng nhãn áp, đặc biệt ở những bệnh nhân có góc tiền phòng hẹp hoặc góc mở với lưu lượng thoát lưu bị suy giảm. Tuy nhiên, trong dân số chung, tình trạng này rất hiếm gặp [6]. Nghiên cứu tổng quan của Chen [10] và cộng sự và nghiên cứu LAMP [5] đều không ghi nhận khác biệt về nhãn áp giữa nhóm sử dụng atropine và nhóm chứng sau 1 năm, điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù vậy việc theo dõi nhãn áp vẫn cần thiết để phát hiện sớm nguy cơ tăng nhãn áp sau giãn đồng tử.

Nghiên cứu có ưu điểm là thiết kế ngẫu nhiên, mù đơn có nhóm chứng, giúp hạn chế các yếu tố gây nhiễu và tăng độ tin cậy. Thời gian theo dõi 1 năm đủ để đánh giá tính an toàn và tác dụng phụ của atropine. Tuy nhiên, do chưa ghi nhận được dữ liệu ở nhóm ngưng điều trị nên chưa đánh giá được hiệu ứng dội cũng như thời gian kéo dài của các tác dụng phụ như giảm biên độ điều tiết và giãn đồng tử. Đây có thể là một hướng nghiên cứu mới trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy atropine 0,05% là một phương pháp an toàn, ít tác dụng phụ. Sau 1 năm sử dụng, thuốc không gây ảnh hưởng đáng kể đến thị lực nhìn xa, thị lực nhìn gần và nhãn áp, các tác dụng phụ khác như giảm biên độ điều tiết và giãn đồng tử đều ở mức tối thiểu. Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp bằng chứng khoa học về tính khả thi của việc sử dụng atropine nồng độ thấp trong

điều trị kiểm soát tiến triển cận thị ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huang, J., et al., Efficacy comparison of 16 interventions for myopia control in children: a network meta-analysis. *Ophthalmology*, 2016. 123(4): p. 697-708.
2. Tran, H.D., et al., A review of myopia control with atropine. *Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics*, 2018. 34(5): p. 374-379.
3. Chua, W.-H., et al., Atropine for the treatment of childhood myopia. *Ophthalmology*, 2006. 113(12): p. 2285-2291.
4. Gong, Q., et al., Efficacy and adverse effects of atropine in childhood myopia: a meta-analysis. *JAMA ophthalmology*, 2017. 135(6): p. 624-630.
5. Yam, J.C., et al., Low-concentration atropine for myopia progression (LAMP) study: a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial of 0.05%, 0.025%, and 0.01% atropine eye drops in myopia control. *Ophthalmology*, 2019. 126(1): p. 113-124.
6. Greenstein, S.H., D. Abramson, and W. Pitts 3rd, Systemic atropine and glaucoma. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1984. 60(10): p. 961.
7. Tran, H.D., et al., A meta-analysis assessing change in pupillary diameter, accommodative amplitude, and efficacy of atropine for myopia control. *The Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*, 2021. 10(5): p. 450-460.
8. Chia, A., Q.-S. Lu, and D. Tan, Five-year clinical trial on atropine for the treatment of myopia 2: myopia control with atropine 0.01% eyedrops. *Ophthalmology*, 2016. 123(2): p. 391-399.
9. Ha, A., et al., Efficacy and safety of 8 atropine concentrations for myopia control in children: a network meta-analysis. *Ophthalmology*, 2022. 129(3): p. 322-333.
10. Chen, P.-J., et al., Impact of atropine use for myopia control on intraocular pressure in children: A comprehensive review including postpupil dilation intraocular pressure changes. *Taiwan Journal of Ophthalmology*, 2024. 14(2): p. 179-189.

ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM REFIT MELD TRONG TIÊN LƯỢNG TỬ VONG BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ

Phạm Thị Kiều Khanh¹, Trần Ngọc Ánh^{1,2}

TÓM TẮT

Việc đưa ra tiên lượng sớm với bệnh nhân xơ gan là cần thiết. Có nhiều thang điểm tiên lượng trong đó thang điểm Refit MELD phát triển dựa trên thang điểm

MELD có ý nghĩa nhất định trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan trong 3 tháng (90 ngày). **Mục tiêu:** Ứng dụng thang điểm Refit MELD trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan mất bù. So sánh thang điểm Refit MELD với thang điểm MELD trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu 120 bệnh nhân xơ gan mất bù tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu là 55.58 ± 9.9 , nam giới chiếm 90%. Nguyên nhân do rượu hay gặp nhất (70.8%), virus viêm gan B (24.2%), virus viêm gan C 5%. Điểm Refit MELD trung bình là 16.17 ± 6.26 . Thang điểm Refit MELD có giá

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Kiều Khanh

Email: phamthieukhanh98@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

trị tiên lượng bệnh nhân xơ gan mất bù sau 30 ngày với AUROC là 0.871 ($p=0.000 < 0.05$) và sau 90 ngày với AUROC là 0.798 ($p=0.000 < 0.05$). Diện tích dưới đường cong của thang điểm Refit MELD và thang điểm MELD tiên lượng tử vong trong 90 ngày lần lượt là 0.798, 0.794 với điểm cutoff của thang điểm Refit MELD là 15, MELD là 14 có giá trị dự đoán về tỉ lệ tử vong có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. **Kết luận:** Thang điểm Refit MELD có ý nghĩa tiên lượng tử vong 90 ngày ở bệnh nhân xơ gan mất bù.

Từ khóa: Refit MELD, xơ gan mất bù

SUMMARY

APPLICATION OF REFIT MELD SCORE IN PREDICTING MORTALITY IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED CIRRHOSIS

Early prognostication in patients with cirrhosis is essential. Several prognostic scoring systems have been developed, among which the Refit MELD score—an updated version of the traditional MELD score—has demonstrated significant utility in predicting 90-day mortality in patients with cirrhosis. **OBJECTIVE:** A retrospective descriptive study was conducted on 120 patients with decompensated cirrhosis admitted to Hanoi Medical University Hospital and Bach Mai Hospital between July 2023 and June 2024. **RESULTS:** The mean age of patients was 55.58 ± 9.9 years, with males accounting for 90% of the study population. The most common etiology was alcohol-related liver disease (70.8%), followed by hepatitis B virus infection (24.2%) and hepatitis C virus infection (5%). The mean Refit MELD score was 16.17 ± 6.26 . The Refit MELD score demonstrated prognostic value for 30-day mortality, with an AUROC of 0.871 ($p < 0.05$), and for 90-day mortality, with an AUROC of 0.798 ($p < 0.05$). The AUROC values for the Refit MELD and MELD scores in predicting 90-day mortality were 0.798 and 0.794, respectively. The optimal cutoff values were 15 for Refit MELD and 14 for MELD, both showing statistically significant predictive value for mortality ($p < 0.05$). **Conclusion:** The Refit MELD score is a valuable tool for predicting 90-day mortality in patients with decompensated cirrhosis.

Keywords: Refit MELD, decompensated cirrhosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới – với tỷ lệ 2,4% số ca tử vong trên toàn cầu vào năm 2019¹. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân xơ gan tử vong tại bệnh viện ước tính 27,7%². Nguyên nhân tử vong ở những bệnh nhân xơ gan chủ yếu là do các biến chứng như: xuất huyết tiêu hóa, hội chứng gan thận, hội chứng não gan, ung thư gan, ...

Từ năm 1973, thang điểm Child Pugh đã được sử dụng rộng rãi ở rất nhiều nước trên thế giới. Tuy nhiên, thang điểm này cũng có những hạn chế trong dự báo nguy cơ tử vong ngắn hạn. Năm 2002, MELD thay thế Child Pugh trong việc phân loại bệnh nhân trong danh sách chờ ghép gan. Mặc dù ban đầu MELD được phát triển để dự đoán khả năng sống sót sau khi đặt TIPS

nhưng công dụng chính của nó hiện nay là dự đoán tỉ lệ tử vong ngắn hạn ở bệnh nhân xơ gan trong danh sách chờ ghép gan. Phát triển tiếp tục từ thang điểm MELD, bằng cách thay đổi giá trị của các hệ số cùng với thay đổi giới hạn trên và giới hạn dưới của biến số. Chỉ số Refit MELD được Leise MD và cộng sự công bố năm 2011 giúp cải thiện dự đoán tử vong trong danh sách chờ ghép gan và tăng hiệu quả phân bổ gan hiến tặng. Thang điểm Refit MELD có vai trò nhất định trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan trong 3 tháng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu thang điểm Refit MELD với 2 mục tiêu:

1. Ứng dụng thang điểm Refit MELD trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan giai đoạn mất bù.

2. So sánh thang điểm Refit MELD với thang điểm MELD trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan mất bù điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan khi có đủ 2 hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Hội chứng suy tế bào gan:

+ Lâm sàng: Mệt mỏi, chán ăn, sút cân, đau hạ sườn phải, vàng da hoặc sạm da, sao mạch, lòng bàn tay son, chảy máu chân răng, chảy máu cam, phù chân, tràn dịch đa màng,...

+ Cận lâm sàng: bilirubin huyết thanh tăng, albumin giảm, A/G đảo ngược, PT giảm. Ngoài ra còn có sự hủy hoại tế bào gan AST, ALT tăng.

Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa: lách to, cổ chướng, tuần hoàn bàng hệ cửa chủ, giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch cửa giãn.

- Siêu âm: Nhu mô gan không đều, bờ gan mất rõ; gan tăng âm hơn bình thường, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch lách, tĩnh mạch mạc treo tràng trên giãn; dịch tự do ổ bụng, lách tăng kích thước, có thể có cổ trướng, tràn dịch màng phổi.

- Nội soi dạ dày: thường có giãn tĩnh mạch thực quản, giãn tĩnh mạch dạ dày

Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan giai đoạn mất bù theo Hội Gan mật châu Âu 2018:

Trên bệnh nhân xơ gan xuất hiện một trong các biến chứng: cổ chướng, xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, hội chứng não gan, vàng da³.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân xơ gan ung thư hóa.

- Bệnh nhân không đủ xét nghiệm để đánh giá thang điểm MELD, Refit MELD.

- Bệnh nhân có bệnh mạn tính ngoài gan nặng hoặc được xác định tử vong do các nguyên nhân hoặc bệnh lý khác không phải xơ gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu
- Refit MELD, MELD được đánh giá trong 24 giờ từ khi nhập viện:

Refit MELD = $4.082 \times \text{Loge} [\text{bilirubin (mg/dL)}] + 8.485 \times \text{Loge (INR)} + 10.671 \times \text{Loge (INR)} + 7.432$

MELD = $3,78 \times \text{Loge} [\text{bilirubin(mg/dL)}] + 11,2 \times \text{Loge (INR)} + 9,57 \times \text{Loge} [\text{creatinin (mg/dL)}] + 6,43$

- Đánh giá tình trạng tử vong, sống còn sau 30 ngày và sau 90 ngày. Phỏng vấn bệnh nhân hoặc người thân bệnh nhân trực tiếp hoặc qua điện thoại.

2.3 Phương pháp xử lý số liệu

Bảng 1: Thang điểm Refit MELD và tiến triển bệnh nhân trong 30 ngày và 90 ngày

Tiền lượng		Số BN	Tỉ lệ %	Chỉ số REFIT MELD			p
				MAX	MIN	TB	
Tiến triển 30 ngày	Tử vong	13	10.8	39	16	24± 6.6	0.000
	Sống	107	89.2	29	6	14 ±5.4	
Tiến triển 90 ngày	Tử vong	19	15.8	39	14	21 ±6.8	0.000
	Sống	101	84.2	29	6	14± 5.49	
Tổng		120	100	39	6	16.17±6.26	

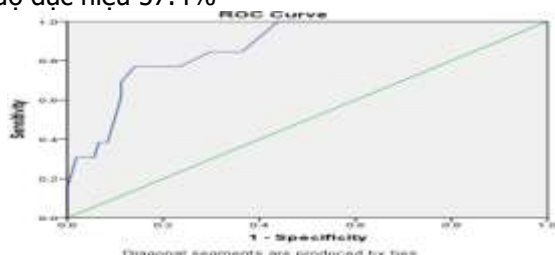
Nhận xét: Refit MELD trung bình của nhóm bệnh nhân sống sót sau 30 ngày 15 ± 5.4 [6 - 29] thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm tử vong sau 30 ngày 24 ± 6.6 .

+ Số điểm Refit MELD trung bình của nhóm bệnh nhân sống sót sau 90 ngày 14 ± 5.49 [14- 29] thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm tử vong sau 90 ngày 21 ± 6.8 .

Bảng 2: Một số điểm cắt Refit MELD dự kiến

		Điểm cắt REFIT MELD dự kiến				
		18	19	20	21	22
Tiền lượng 30 ngày	Độ nhạy	76.9	76.9	76.9	69.2	61.5
	Độ đặc hiệu	76.6	81.3	86	88.8	88.8
		Điểm cắt Refit MELD dự kiến				
		13	14	15	16	17
Tiền lượng 90 ngày	Độ nhạy	100	94.7	89.5	73.7	63.2
	Độ đặc hiệu	55.4	48.6	57.4	64.4	69.3

Nhận xét: Điểm cắt Refit MELD có tiên lượng trong 30 ngày tốt nhất là Refit MELD = 20 với độ nhạy 76.9% và độ đặc hiệu 86%. Điểm cắt Refit MELD có tiên lượng trong 90 ngày tốt nhất là Refit MELD = 15 với độ nhạy 89.5% và độ đặc hiệu 57.4%



Phần mềm SPSS 20.0 và so sánh giữa các diện tích được tiến hành bằng cách sử dụng kiểm định DeLong

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

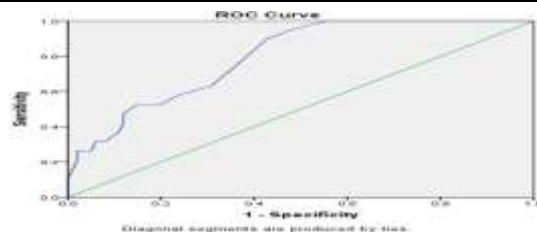
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu 55.58 ± 9.9 . Tỉ lệ nam/nữ 9/1.

Nguyên nhân gây xơ gan hay gặp nhất là do rượu chiếm tỉ lệ 70.8%, virus viêm gan B 24.2%, viêm gan C chiếm 5%.

Điểm Refit MELD trung bình 16.17 ± 6.26 lớn nhất là 39 (bệnh nhân đã tử vong 3 ngày sau nhập viện), bệnh nhân có số điểm Refit MELD thấp nhất là 6 điểm.

3.2. Thang điểm Refit MELD và tiên lượng bệnh nhân sau 30 ngày và 90 ngày

* Thang điểm Refit MELD và tiến triển bệnh nhân trong 30 ngày và 90 ngày



Biểu đồ 1: Đường cong AUROC và điểm Refit MELD tiên lượng tử vong trong 30 – 90 ngày

Nhận xét: Với điểm cắt Refit MELD là 20 trong tiên lượng 30 ngày, diện tích dưới đường cong (AUROC) là 0. 871. Với điểm cắt Refit MELD là 15 trong tiên lượng 90 ngày, diện tích

dưới đường cong (AUROC) là 0.798

Bảng 3: Điểm cắt Refit MELD = 20 và tỉ lệ sống, tử vong trong 30 ngày

		Refit MELD			
		≤20		>20	
		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tiến triển 30 ngày	Tử vong	0	0	13	21.7
	Sống	60	100	47	48.3
Tổng		60	100	60	100

Bảng 4: Điểm cắt Refit MELD = 15 và tỉ lệ sống, tử vong trong 90 ngày

		Refit MELD			
		≤15		>15	
		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tiến triển 90 ngày	Tử vong	2	3.3	17	28.3

Bảng 5: Thang điểm Refit MELD, MELD tiên lượng tử vong trong 30 ngày và 90 ngày ở bệnh nhân xơ gan mất bù

	Thang điểm	AUROC	p	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Cut off
Tiên lượng 30 ngày	Refit MELD	0.871	0.000	76.9	86	20
	MELD	0.883	0.000	100	62	16
Tiên lượng 90 ngày	Refit MELD	0.798	0.000	89.5	57.4	15
	MELD	0.794	0.000	94.7	48.5	14

Nhận xét:

+ Diện tích dưới đường cong của thang điểm Refit MELD, MELD tiên lượng tử vong trong 30 ngày lần lượt là 0.871, 0.883 với điểm cắt thang điểm Refit MELD là 20, điểm cắt thang điểm MELD là 16, có giá trị dự đoán về tỉ lệ tử vong có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

+ Diện tích dưới đường cong của thang điểm Refit MELD, MELD tiên lượng tử vong trong 90 ngày lần lượt là 0.798 và 0.794 với điểm cắt của thang điểm Refit MELD là 15 và MELD là 14, có giá trị dự đoán về tỉ lệ tử vong có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 55.58 ± 9.9 . Điều này cho thấy bệnh nhân mắc bệnh xơ gan ở nước ta chủ yếu trong độ tuổi trung niên, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương (50.6 ± 11.6)⁴, Trần Thị Hạnh (54.27 ± 12.1)⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm chủ yếu với tỉ lệ 90%, nguyên nhân gây xơ gan hay gặp nhất là do rượu chiếm tỷ lệ 70.8%, sau đó đến virus viêm gan B với tỉ lệ 24.2%. Điều này liên quan đến thói quen và phong tục tập quán uống rượu bia của người dân, do đó thường gặp ở nam nhiều hơn nữ; bệnh nhân xơ gan do rượu thường ít quan tâm tới sức khỏe, khi phát hiện bệnh thường vào giai

90 ngày	Sống	58	96.7	43	71.7
Tổng		60	100	60	100

Nhận xét: + Với điểm Refit MELD ≤ 20 , số bệnh nhân sống sót sau 30 ngày là 100%, có 0% bệnh nhân tử vong. Refit MELD > 20 , bệnh nhân tử vong chiếm 21.7%. Số điểm Refit MELD và tỉ lệ tử vong trong ngày 30 ngày có mối liên quan với nhau với độ tin cậy 99% ($p = 0.000 < 0.01$)

+ Với điểm Refit MELD ≤ 15 , số bệnh nhân sống sót sau 90 ngày là 96.5%, có 3.3% bệnh nhân tử vong. Refit MELD > 15 , bệnh nhân tử vong chiếm tỉ lệ 28.3%. Số điểm Refit MELD và tỉ lệ tử vong trong vòng 90 ngày có mối liên quan với nhau với độ tin cậy 99% ($p = 0.000 < 0.01$)

3.3. So sánh thang điểm Refit MELD với thang điểm MELD trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù

đoạn muộn. Nguyên nhân xơ gan ở các nước phát triển chủ yếu do rượu và viêm gan C, trong khi nguyên nhân xơ gan ở các nước đang phát triển cũng như Việt Nam virus viêm gan B chiếm tỉ lệ khá cao. Tỉ lệ tử vong trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi trong 30 ngày là 10.8% và trong 90 ngày là 15.8%, có thể thấy trong các nghiên cứu nước ngoài thì hầu hết các bệnh nhân đều được can thiệp điều trị và theo dõi tích cực để chờ ghép gan hay làm TIPS còn ở Việt Nam chưa có điều kiện kinh tế, chưa có nhiều bệnh nhân được can thiệp, tâm lý bệnh nhân còn dùng thuốc nam thuốc bắc và được đưa đến viện giai đoạn muộn nên tỉ lệ tử vong còn cao.

Điểm Refit MELD được thu thập trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm nhập viện, với các chỉ số đơn giản, phổ biến có thể thực hiện tại hầu hết cơ sở y tế hiện nay của nước ta. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Refit MELD trung bình 16.17 ± 6.26 , bệnh nhân có số điểm Refit MELD lớn nhất là 39, bệnh nhân đã tử vong 3 ngày sau nhập viện, bệnh nhân có số điểm Refit MELD thấp nhất là 6 điểm. Điểm Refit MELD trung bình ở nhóm bệnh nhân tử vong 30 ngày và 90 ngày lần lượt là 24 ± 6.6 và 21 ± 6.8 . Điểm Refit MELD trung bình ở nhóm bệnh nhân sống sót sau 30 ngày và 90 ngày lần lượt là 14 ± 5.4 và 14 ± 5.49 . Như vậy, số điểm Refit MELD trung bình ở nhóm bệnh nhân tử vong trong 30 ngày và 90 ngày cao hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê

với độ tin cậy 95% ($p=0.000 < 0.05$). Với giá trị Refit MELD cut off là 20, AUROC 0.871 dự báo tỉ lệ tử vong 30 ngày với độ nhạy 76.9%, độ đặc hiệu 86%, sau 90 ngày AUROC là 0.798 với độ nhạy 89.5%, độ đặc hiệu 57.4%. Kết quả này thấp hơn kết quả của tác giả Leise MD và cộng sự nghiên cứu về thang điểm Refit MELD trên 28131 bệnh nhân xơ gan tại Hoa Kỳ trong thời gian từ 2005 – 2008, thang điểm có ý nghĩa dự báo mức độ tử vong sau 90 ngày là 0,8675⁶, Tuy nhiên do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ, và nhóm bệnh nhân nghiên cứu giới hạn trên những bệnh nhân xơ gan mất bù, nên kết quả chỉ mang tính chất tham khảo, tương đương kết quả của tác giả L.C. NGUYEN và cộng sự nghiên cứu trên 904 bệnh nhân xơ gan mất bù tại Việt Nam từ 2019 – 2021, thang điểm có ý nghĩa dự báo mức độ tử vong sau 90 ngày là 0.7682. So sánh với thang điểm MELD, có thể thấy thang điểm Refit MELD có độ đặc hiệu cao hơn trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan trong 30 ngày và 90 ngày, cho thấy khả năng giảm thiểu việc đánh giá sai các trường hợp sống sót. Điều này có ý nghĩa đặc biệt khi cần đưa ra các quyết định can thiệp như ghép gan. Thang điểm Refit MELD có khả năng tiên lượng tốt hơn thang điểm MELD, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 mô hình ($p = 0.9520 > 0.05$). Cả 2 thang điểm đều cho thấy có giá trị dự báo khá về tử vong trên bệnh nhân xơ gan mất bù trong 30 ngày (AUROC 0.8 – 0.9) và có giá trị dự báo trung bình trong 90 ngày (AUROC 0.7 -0.8) tương đương nghiên cứu của tác giả BRANDÃO và cộng sự¹ và tác giả L.C. NGUYEN và cộng sự⁷.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm Refit MELD cho thấy giá trị tiên lượng có ý nghĩa trong dự đoán tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù, đặc biệt là trong khoảng thời gian 30 ngày với độ chính xác cao (AUROC = 0.871). Refit MELD có độ đặc hiệu cao hơn so với MELD, giúp giảm khả năng đánh giá sai các trường hợp sống sót tuy nhiên không có sự khác biệt rõ rệt giữa hai mô hình, Refit MELD vẫn tỏ ra hữu ích hơn trong lâm sàng khi cần xác định bệnh nhân có nguy cơ cao để can thiệp sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brandão, a. b. de m., bombassaro, i. z., coral, g. p., soldara, j. & kupski, c. performance of six predictive models of death of patients hospitalized for decompensated cirrhosis: a multicenter study. *Arq. Gastroenterol.* 62, e24065.
2. Nguyễn Xuân Huyền. Bách Khoa Thư Bệnh Học Tập III. Nhà xuất bản từ điển bách khoa; 2000.
3. Angeli, P. et al. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J. Hepatol.* 69, 406–460 (2018).
4. Nguyễn Thị Mai Hương (2011). Giá trị thang điểm MELD trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan, luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Thị Hạnh (2013). Nghiên cứu giá trị của chỉ số MELDNa trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan, luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội.
6. Leise, M. D. et al. A revised model for end-stage liver disease optimizes prediction of mortality among patients awaiting liver transplantation. *Gastroenterology* 140, 1952–1960 (2011).
7. Nguyen, L. C. et al. 2-year survival estimation for decompensated cirrhosis patients of prognostic scoring systems. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* 27, 10909–10916 (2023).

PHỔ VI KHUẨN VÀ TÌNH TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH TRONG BỆNH LÝ ÁP XE PHẦN PHỤ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Huỳnh Tấn An^{1,2}, Bùi Chí Thương^{1,2},
Nguyễn Phạm Huy Hùng², Hoàng Lê Quỳnh Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả phổ vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh trong bệnh lý áp xe phần

phụ tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu loạt ca, chọn mẫu thuận tiện các bệnh án ($n=66$) của bệnh nhân được chẩn đoán áp xe phần phụ có chỉ định phẫu thuật hoặc dẫn lưu kèm nuôi cấy và làm kháng sinh đồ, thu thập từ tháng 01/2021 đến 05/2025 tại Khoa Sản Phụ, bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Kết quả:** Tổng cộng 66 trường hợp phù hợp tiêu chuẩn, tuổi trung bình $44,6 \pm 10,2$ tuổi. Các vi khuẩn phân lập từ 39 mẫu dương tính gồm: *E. coli* 19/39 (48,7%), *K. pneumoniae* 7/39 (17,9%) và *Streptococcus spp.* 9/39 (23,1%). Trong đó, 6/39 (15,4%) chủng *E. coli* tiết ESBL và 1/39 (2,6%) tiết AMPC. Tỷ lệ đa nhiễm

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

³Bệnh viện Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Chí Thương

Email: buichithuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

21,9% (7/32 ca dương tính). Mẫu *E. coli* và *K. pneumoniae* đều nhạy hoàn toàn với ertapenem và imipenem (100%). Tuy nhiên, chúng có tỷ lệ kháng cao với ampicillin (93% ở *E. coli*, 100% ở *K. pneumoniae*) và ceftriaxone (50% ở *E. coli*, 100% ở *K. pneumoniae*). *E. coli* cũng có kháng 43% với levofloxacin. **Kết luận:** Áp xe phần phụ có phổ vi khuẩn đa dạng, chủ yếu là các vi khuẩn đường ruột và cầu khuẩn Gram dương kỵ khí. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như báo cáo trước đây cho thấy *E. coli* chiếm ưu thế. Tỷ lệ kháng cao với kháng sinh phổ rộng (như cephalosporin, fluoroquinolone) cảnh báo cần xây dựng phác đồ điều trị phù hợp với tình hình địa phương. **Từ khóa:** áp xe phần phụ, phổ vi khuẩn, kháng kháng sinh.

SUMMARY

BACTERIAL SPECTRUM AND ANTIBIOTIC RESISTANCE IN TUBO-OVARIAN ABSCESS CASES AT NHAN DAN GIA DINH'S HOSPITAL

Research Objective: To describe the bacterial spectrum and antibiotic resistance patterns in tubo-ovarian abscess (TOA) cases at Gia Dinh People's Hospital. **Methods:** A retrospective case series study was conducted, using convenience sampling of medical records (n=66) of patients diagnosed with tubo-ovarian abscess who underwent surgery or drainage accompanied by culture and antibiotic susceptibility testing. Data were collected from January 2021 to May 2025 at the Department of Obstetrics and Gynecology, Gia Dinh People's Hospital. **Results:** A total of 66 cases met the inclusion criteria, with a mean age of 44.6 ± 10.2 years. Among the 39 positive culture samples, the isolated pathogens included *E. coli* 19/39 (48.7%), *Klebsiella pneumoniae* 7/39 (17.9%), and *Streptococcus* spp. 9/39 (23.1%). Of these, 6/39 (15.4%) *E. coli* strains produced ESBL and 1/39 (2.6%) produced AmpC β -lactamase. The rate of polymicrobial infection was 21.9% (7/32 culture-positive cases). Both *E. coli* and *K. pneumoniae* strains were fully sensitive to ertapenem and imipenem (100%). However, they showed high resistance rates to ampicillin (93% in *E. coli*, 100% in *K. pneumoniae*) and ceftriaxone (50% in *E. coli*, 100% in *K. pneumoniae*). Additionally, *E. coli* demonstrated 43% resistance to levofloxacin. **Conclusion:** Tubo-ovarian abscess presents with a diverse bacterial spectrum, mainly consisting of enteric bacteria and anaerobic Gram-positive cocci. Consistent with previous reports, *E. coli* was the predominant pathogen. The high resistance rates to broad-spectrum antibiotics (such as cephalosporins and fluoroquinolones) highlight the need to develop tailored treatment regimens based on local resistance patterns. **Keywords:** tubo-ovarian abscess, bacterial spectrum, antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe phần phụ còn gọi là áp xe vòi trứng-buồng trứng là một biến chứng nghiêm trọng của viêm vùng chậu, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản[1]. Biểu hiện lâm sàng của áp xe phần phụ bao gồm đau bụng, sốt, và khối

bệnh lý ở vùng hạ vị; vỡ áp xe có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết và thậm chí tử vong. Trước khi có kháng sinh đa phổ, tỷ lệ tử vong do áp xe phần phụ lên đến 12%[2]. Nhờ kháng sinh và phương pháp chẩn đoán hiện đại, ngày nay tỷ lệ tử vong đã giảm rõ (chỉ còn khoảng 1 trường hợp trên 740 phụ nữ[2, 3]). Tuy nhiên, áp xe phần phụ vẫn để lại nhiều hậu quả lâu dài như vô sinh, đau vùng chậu mạn và tỷ lệ mang thai thấp sau điều trị[1]. Áp xe phần phụ thường có nguồn gốc từ nhiễm trùng đường sinh dục trên lan truyền ngược; phổ vi khuẩn gây bệnh đa dạng và thường đa vi khuẩn (hỗn hợp hiếu khí và kỵ khí) [4]. Các tác nhân chủ yếu được ghi nhận gồm các vi khuẩn đường ruột (*E. coli*, *Klebsiella*) và vi khuẩn yếm khí (chẳng hạn *Bacteroides fragilis* và cầu khuẩn yếm khí như *Peptostreptococcus*) [5]. Không giống viêm đường sinh dục do lây truyền tình dục (STI) thuần túy, áp xe phần phụ thường ít gặp *Neisseria gonorrhoeae* hoặc *Chlamydia trachomatis*[4]. Tại Việt Nam, dữ liệu về phổ vi khuẩn áp xe phần phụ còn hạn chế. Một nghiên cứu tại BV Từ Dũ năm 2016 cũng ghi nhận *E. coli* và cầu khuẩn kỵ khí đóng vai trò quan trọng. Kháng kháng sinh đang trở thành vấn đề nghiêm trọng toàn cầu. Báo cáo GLASS (Global antimicrobial resistance and use surveillance system) 2022 của WHO (World Health Organization) cho thấy tần suất vi khuẩn đa kháng trong các bệnh phụ khoa tăng cao, đặc biệt ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [6]. Mật độ bệnh nhân phải điều trị kéo dài hơn và nguy cơ biến chứng cũng gia tăng. Do đó, hiểu rõ phổ vi khuẩn và tình trạng kháng ở áp xe phần phụ là cần thiết để xây dựng phác đồ điều trị hiệu quả. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả phổ vi khuẩn và kháng kháng sinh ở bệnh nhân áp xe phần phụ phải phẫu thuật hoặc dẫn lưu tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu báo cáo loạt ca hồi cứu.

- **Cỡ mẫu:** có 66 trường hợp được chọn.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bao gồm những bệnh án ghi chẩn đoán viêm phần phụ (áp xe vòi buồng trứng) với chỉ định phẫu thuật hoặc dẫn lưu, đồng thời đã tiến hành lấy mẫu mủ nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp không có đủ các thông tin lâm sàng (theo phiếu thu thập số liệu) cho việc nghiên cứu.

- **Biến số nghiên cứu chính** là kết quả cấy vi khuẩn, tính nhạy kháng sinh của vi khuẩn.

- **Các biến số nghiên cứu phụ** gồm tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, tiền căn bệnh lý nội khoa, tiền căn ngoại khoa (phẫu thuật ổ bụng), tiền căn sản khoa, đau bụng, sốt, tiêu chảy, tiết dịch âm đạo bất thường, phản ứng thành bụng, chẩn đoán trên siêu âm, số lượng khối áp xe, đường kính khối áp xe, số lượng bạch cầu trước lúc mổ, CRP trước lúc mổ, chẩn đoán trước mổ, chẩn đoán sau mổ, lý do phẫu thuật, phác đồ kháng sinh sử dụng, kết quả cấy vi khuẩn, tính nhạy kháng sinh của vi khuẩn.

- **Tiến hành nghiên cứu:**

+ Bước 1: Xác định tiêu chí chọn mẫu: Xác định danh mục bệnh nhân cần trích xuất gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán "Áp xe phần phụ" (ICD-10 mã N70) trong khoảng thời gian từ tháng 01/2021 đến 05/2025. Tiêu chí bao gồm mã chẩn đoán chính hoặc phụ N70 (bao gồm các phân nhóm N70.0, N70.1, có thực hiện phẫu thuật hoặc dẫn lưu và thực hiện nuôi cấy vi khuẩn. Ghi nhận các biến cần thiết cho nghiên cứu (tuổi, giới tính, triệu chứng, kết quả cận lâm sàng, phác đồ điều trị...) và loại trừ bệnh nhân không đủ điều kiện (ví dụ, thiếu thông tin, chẩn đoán khác chưa loại trừ)

+ Bước 2: Trích lục hồ sơ bệnh án để thu thập các thông tin của biến số vào bảng thu thập số liệu, bao gồm: tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, tiền căn bệnh lý nội khoa, tiền căn ngoại khoa (phẫu thuật ổ bụng), tiền căn sản khoa, đau bụng, sốt, tiêu chảy, tiết dịch âm đạo bất thường, phản ứng thành bụng, chẩn đoán trên siêu âm, số lượng khối áp xe, đường kính khối áp xe, số lượng bạch cầu trước lúc mổ, CRP trước lúc mổ, chẩn đoán trước mổ, chẩn đoán sau mổ, lý do phẫu thuật, phác đồ kháng sinh sử dụng, kết quả cấy vi khuẩn, tính nhạy kháng sinh của vi khuẩn.

+ Bước 3: Nhập, phân tích, xử lý số liệu

- **Thu thập và xử lý số liệu:** Thông tin được trích xuất từ hồ sơ bệnh án bao gồm: tuổi, địa chỉ, tiền căn sản phụ khoa, tiền căn bệnh lý nội – ngoại khoa, triệu chứng lâm sàng (đau bụng, sốt,...), kết quả cận lâm sàng (siêu âm, CT ổ bụng), đặc điểm khối áp xe (số lượng, kích thước), phương pháp phẫu thuật và kháng sinh sử dụng. Đặc biệt, ghi nhận kết quả nuôi cấy vi khuẩn từ ổ áp xe và kết quả kháng sinh đồ các nhóm kháng sinh chủ yếu (penicillin nhóm A, ampicillin-sulbactam, piperacillin - tazobactam, ceftriaxone, cefepime, ertapenem, imipenem, gentamicin, levofloxacin). Phương pháp xử lý thống kê: Dữ liệu được nhập và xử lý trên phần mềm Stata 14 (StataCorp, Mỹ). Thống kê mô tả được thực hiện cho các biến định tính (tần số, phần trăm) và biến định lượng (giá trị trung bình

± độ lệch chuẩn hoặc trung vị, khoảng tứ phân vị tùy phân phối). Mỗi liên quan giữa các biến định tính được phân tích bằng kiểm định χ^2 , các biến định lượng dùng kiểm phi tham số (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis) khi phân phối không chuẩn. Kết quả được coi có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

- **Y đức:** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội Đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nhân dân Gia Định Quyết định số: 29/NDGD-HĐĐĐ ngày 28/2/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn nghiên cứu, có 66 trường hợp đáp ứng tiêu chí và được thu thập dữ liệu. Trung bình tuổi của mẫu nghiên cứu là $44,6 \pm 10,2$ tuổi (từ 18 đến 75 tuổi); 92,4% bệnh nhân trên 24 tuổi. Phần lớn bệnh nhân (77,3%) cư ngụ tại TP. HCM, số còn lại ở các tỉnh khác. Về nghề nghiệp, phổ biến nhất là nội trợ (34,8%), kế đó là công nhân (19,7%) và nhân viên văn phòng (16,7%). Kết quả nuôi cấy có 39 mẫu cho kết quả dương tính (32 bệnh nhân có vi khuẩn và 7/39 mẫu đa vi khuẩn). Phổ vi khuẩn chính: Xác định được 39 chủng vi khuẩn từ các mẫu mủ. Trong đó, *Escherichia coli* chiếm ưu thế (19/39, 48,7%), kế tiếp là liên cầu khuẩn (*Streptococcus* spp.) 9/39 (23,1%) và *Klebsiella pneumoniae* 7/39 (17,9%). Còn lại 4 mẫu (10,3%) phân lập được vi khuẩn ít gặp như *Proteus mirabilis*, *Enterobacter cloacae*, *Stenotrophomonas maltophilia* và *Enterococcus faecium* (mỗi loại chiếm 2,6%). Có 6/32 ca (18,7%) dương tính có từ hai loại vi khuẩn đồng thời, 23 ca còn lại phân lập được một tác nhân.

Bảng 1. Tỷ lệ vi khuẩn phân lập từ mẫu áp xe phần phụ

Tác nhân vi khuẩn	Số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Escherichia coli</i>	19	48,7
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	7	17,9
<i>Streptococcus</i> spp.	9	23,1
Các loại khác	4	10,3
Tổng cộng	39	100,0

Kháng sinh đồ: Kết quả kháng sinh đồ được tổng hợp cho các vi khuẩn Gram âm thường gặp (*E. coli*, *K. pneumoniae*). Tất cả chủng *E. coli* và *K. pneumoniae* đều nhạy cảm hoàn toàn với ertapenem và imipenem (100% nhạy cảm). Ngược lại, tỷ lệ đề kháng với các kháng sinh phổ rộng thế hệ cũ cao. Cụ thể, *E. coli* đề kháng 93% với ampicillin và 50% với ceftriaxone; *K. pneumoniae* đề kháng 100% với cả hai thuốc này. Đối với ampicillin-sulbactam, *E. coli* có 50% nhạy cảm, 50% kháng, trong khi *K. pneumoniae* có 83% nhạy cảm. Piperacillin-tazobactam cho kết quả khả quan với 86% nhạy cảm ở *E. coli* và

100% ở *K. pneumoniae*. Tỷ lệ nhạy cảm với cefepime ở *E. coli* là 67% (33% kháng), trong khi *K. pneumoniae* kháng hoàn toàn cefepime. *E. coli* cho thấy 86% nhạy cảm với gentamicin (7% trung gian, 7% kháng), còn *K. pneumoniae* hoàn toàn nhạy cảm với gentamicin. Tỷ lệ kháng levofloxacin ở *E. coli* là 43% (với 43% nhạy, 14% trung gian), trong khi *K. pneumoniae* đề kháng 33% với nhóm này. Kết quả thu được chỉ ra sự cần thiết phải điều chỉnh liệu pháp kháng sinh ban đầu cho bệnh áp xe phần phụ. Với tỷ lệ cao của *E. coli* và *K. pneumoniae* đa đề kháng, các kháng sinh phổ rộng mới hơn (carbapenem) có khả năng hữu hiệu hơn. Đồng thời, tỷ lệ *Streptococcus* spp. cao nhấn mạnh vai trò của các cầu khuẩn kỵ khí hoặc vi khuẩn Gram dương khác, gợi ý nên cân nhắc bổ sung kháng sinh có phổ kỵ khí hoặc phác đồ lâm sàng.

IV. BÀN LUẬN

Áp xe phần phụ là tình trạng nhiễm trùng hỗn hợp với đa dạng vi khuẩn. Theo y văn, áp xe phần phụ thường do các vi khuẩn đường ruột (như *E. coli*, Enterobacteriaceae khác) và vi khuẩn yếm khí (đặc biệt *Bacteroides fragilis* và cầu khuẩn kỵ khí) gây ra. Báo cáo của Landers ghi nhận phổ vi khuẩn thường gặp ở ổ áp xe là *Escherichia coli* (37%), *Bacteroides fragilis* (22%), những chủng *Bacteroides* khác (26%), *Peptostreptococcus* (19%) và *Peptococcus* (11%) [7]. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự, xác nhận *E. coli* là phổ biến nhất (48,7% phân lập). Tỷ lệ *Streptococcus* spp. (23,1%) có thể phản ánh các vi khuẩn Gram dương (kỵ khí) trong áp xe phần phụ, tương tự kết quả ở một số nghiên cứu trước. Các nghiên cứu lớn cũng ghi nhận tình trạng kháng thuốc gia tăng ở các tác nhân áp xe phần phụ. Ví dụ, Tang et al. (2022) nhận xét rằng *E. coli* trong TOA ngày càng có tỉ lệ ESBL cao và kháng fluoroquinolone gia tăng [8]. Kết quả của chúng tôi cho thấy 15,4% *E. coli* tiết ESBL, phù hợp với xu hướng toàn cầu. Mức kháng 93% đối với ampicillin và 50% với ceftriaxone ở *E. coli* phản ánh việc sử dụng các kháng sinh thế hệ cũ quá phổ biến trước đây, dẫn đến áp lực chọn lọc cho chủng kháng. Carbapenem vẫn giữ hiệu quả cao (100% nhạy cảm), tương đồng với báo cáo của nhiều quốc gia khác. Tỷ lệ đề kháng 43% với levofloxacin ở *E. coli* cũng tương tự với những cảnh báo về giảm hiệu quả của fluoroquinolone.

Tính đa vi khuẩn của áp xe phần phụ cũng được khẳng định bởi StatPearls: Áp xe phần phụ thường đa chủng (polymicrobial), gồm vi khuẩn ruột, hô hấp và kỵ khí, ít khi có vi khuẩn lây

truyền tình dục kinh điển [2]. Phát hiện của chúng tôi phù hợp với nhận định này. Trong nghiên cứu, một số ca nuôi cấy âm tính có thể là do đã dùng kháng sinh trước khi lấy mẫu hoặc do thiếu phương pháp nuôi cấy kỵ khí, như đã lưu ý trong kết luận nghiên cứu gốc. Điều này cho thấy hạn chế: chúng tôi không đánh giá được vai trò của vi khuẩn kỵ khí (*Bacteroides*) do quy trình chưa bao gồm nuôi cấy kỵ khí hoặc xét nghiệm PCR. Ngoài ra, nghiên cứu có quy mô mẫu tương đối nhỏ và chỉ ở một bệnh viện hạng I, nên kết quả có thể chưa đại diện toàn diện cho toàn quốc. Về ý nghĩa lâm sàng, dữ liệu thu được giúp hướng dẫn lựa chọn kháng sinh ban đầu. Ví dụ, với phổ vi khuẩn chủ yếu là đường ruột đa đề kháng và một phần cầu khuẩn kỵ khí, phác đồ kháng sinh đầu tay nên bao gồm thuốc tác dụng mạnh lên Enterobacterales (như carbapenem hoặc kết hợp beta-lactam/beta-lactamase) và cân nhắc bổ sung thuốc kỵ khí (metronidazole hoặc clindamycin). Việc cập nhật định kỳ kháng sinh đồ của vi khuẩn tại cơ sở cũng rất quan trọng để theo dõi sự biến động của phổ kháng thuốc. Trong y văn thế giới và Việt Nam, các nghiên cứu tương tự ở Bệnh viện Từ Dũ đã ghi nhận *E. coli* và cầu khuẩn kỵ khí đóng vai trò chính; so sánh kết quả này giúp hoàn thiện bức tranh dịch tễ và gợi ý sự giống nhau/khác biệt theo địa phương. Hạn chế: Nghiên cứu hồi cứu không thể kiểm soát hoàn toàn các yếu tố can thiệp, đồng thời chỉ ghi nhận được thông tin có trong hồ sơ. Việc bỏ qua nuôi cấy kỵ khí và số lượng mẫu còn hạn chế là những điểm bất lợi. Các yếu tố dự báo điều trị (như kích thước ổ áp xe, thời gian dùng kháng sinh trước mổ) chưa được phân tích sâu.

V. KẾT LUẬN

Áp xe phần phụ là một bệnh lý nghiêm trọng với phổ vi khuẩn đa dạng, chủ yếu là các tác nhân đường ruột (như *E. coli*) và cầu khuẩn Gram dương kỵ khí. Nghiên cứu tại bệnh viện Nhân dân Gia Định xác định *E. coli* chiếm tỷ lệ cao nhất (48,7% ca cấy dương), với tỷ lệ đề kháng đáng kể đối với kháng sinh thế hệ cũ (ampicillin, ceftriaxone) và fluoroquinolone. Carbapenem vẫn đạt hiệu quả tốt trên tất cả vi khuẩn phân lập. Kết quả này nhấn mạnh rằng liệu pháp kháng sinh đầu tay cần bao phủ mạnh các vi khuẩn đường ruột đa đề kháng và cân nhắc thêm kháng sinh có tác dụng trên vi khuẩn kỵ khí. Khuyến nghị thực tế: Bệnh viện cần thường xuyên cập nhật dữ liệu vi sinh qua các báo cáo kháng sinh đồ, mở rộng khảo sát bao gồm nuôi cấy kỵ khí hoặc xét nghiệm PCR để xác

định đầy đủ phổ tác nhân. Về lâu dài, cần tăng cường chương trình quản lý kháng sinh, giáo dục bệnh nhân, và nghiên cứu tiếp theo nhằm xây dựng mô hình dự đoán kết quả điều trị dựa trên đặc điểm lâm sàng-cận lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoffman, B.L., et al., Williams gynecology. 2020: McGraw Hill Professional.
2. Kairys, N. and C. Roepke, Tubo-ovarian abscess, in StatPearls [Internet]. 2023, StatPearls Publishing.
3. Shigem, D., et al., Laparoscopic compared with open surgery for severe pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. 2019. 133(6): p. 1224-1230.
4. Workowski, K.A.J.M.R. and Reports, Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. 2021. 70.
5. Micheli, G., et al., Microbiology and outcomes of tubo-ovarian abscesses: A 5-year cohort of 105 cases. J Infect, 2024. 89(5): p. 106253.
6. Organization, W.H., Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report 2022. 2022: World Health Organization.
7. Landers, D.V. and R.L.J.R.o.i.d. Sweet, Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. 1983. 5(5): p. 876-884.
8. Tang, H., H. Zhou, and R. Zhang, Antibiotic Resistance and Mechanisms of Pathogenic Bacteria in Tubo-Ovarian Abscess. Front Cell Infect Microbiol, 2022. 12: p. 958210.

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ HẠ CANXI HUYẾT Ở NỮ SINH HỆ CHÍNH QUY, TRƯỜNG ĐẠI HỌC CỬU LONG

Trương Hoài Phong¹, Nguyễn Quốc Dương¹, Nguyễn Cẩm Duyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ hạ canxi huyết và các yếu tố liên quan trên sinh viên nữ hệ chính quy đang học tại Trường Đại học Cửu Long. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang khảo sát nồng độ canxi máu toàn phần trên 215 nữ sinh viên hệ chính quy các ngành đào tạo đang học tại Trường Đại học Cửu Long. **Kết quả:** Nồng độ canxi huyết thanh trung bình $2,12 \pm 0,3$ mmol/L. Tỷ lệ hạ canxi được xác định ở 93 trường hợp (43,3%; KTC95%: 37,2–49,8). Yếu tố liên quan đến tỉ lệ hạ canxi huyết ghi nhận ở sinh viên thuộc dân tộc khác (Khmer, Lào) ngoài Kinh có nguy cơ hạ canxi máu cao gấp 5,7 lần so với sinh viên người Kinh (POR = 5,7; KTC95%: 1,2–27,1; p = 0,030). Sinh viên ngành Điều dưỡng có nguy cơ hạ canxi máu cao hơn đáng kể so với sinh viên ngành Xét nghiệm (POR = 7,9; KTC95%: 2,3–27,5; p = 0,001). Tình trạng rối loạn nhịp tim cho thấy xu hướng liên quan đến hạ canxi máu với POR = 2,9 (KTC95%: 0,9–8,9), tuy nhiên chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê (p = 0,051). **Kết luận:** Tỷ lệ hạ canxi máu khá cao (43,3%) và có trường hợp ghi nhận nồng độ canxi rất thấp (tới 0,37 mmol/L), tiềm ẩn nguy cơ sức khỏe nghiêm trọng nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. **Từ khóa:** Canxi toàn phần, hạ canxi máu, rối loạn nhịp tim

SUMMARY

STUDY ON THE PREVALENCE OF HYPOCALCEMIA AMONG FEMALE REGULAR STUDENTS AT CUU LONG UNIVERSITY

¹Trường Đại học Cửu Long

Chịu trách nhiệm chính: Trương Hoài Phong

Email: hoaiphong0879@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

Objective: To determine the prevalence of hypocalcemia and its associated factors among full-time female students currently enrolled at Cuu Long University. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted, assessing total serum calcium levels in 215 full-time female students across various academic programs at Cuu Long University. **Results:** The mean serum calcium concentration was 2.12 ± 0.3 mmol/L. Hypocalcemia was identified in 93 participants, accounting for 43.3% (95% CI: 37.2–49.8). Ethnicity was found to be a significant associated factor: students from non-Kinh ethnic groups (e.g., Khmer, Lao) had a 5.7-fold higher risk of hypocalcemia compared to Kinh students (POR = 5.7; 95% CI: 1.2–27.1; p = 0.030). Nursing students had a significantly higher risk of hypocalcemia compared to Laboratory Technology students (POR = 7.9; 95% CI: 2.3–27.5; p = 0.001). Cardiac arrhythmias showed a trend toward association with hypocalcemia (POR = 2.9; 95% CI: 0.9–8.9), although this did not reach statistical significance (p = 0.051). **Conclusion:** The prevalence of hypocalcemia was relatively high (43.3%), with some cases presenting extremely low calcium levels (as low as 0.37 mmol/L), indicating a potential for serious health risks if not promptly identified and managed. **Keywords:** Total calcium, hypocalcemia, cardiac arrhythmia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ canxi máu là một bất thường sinh hóa phổ biến có thể có mức độ nghiêm trọng từ không có triệu chứng trong các trường hợp nhẹ đến biểu hiện là một cơn cấp tính đe dọa tính mạng. Nồng độ canxi huyết thanh được điều chỉnh trong một phạm vi hẹp (2,1 đến 2,6 mmol/L) bởi 3 hormone điều hòa canxi chính—hormone tuyến cận giáp (PTH), vitamin D và calcitonin—thông qua

các tác động cụ thể của chúng lên ruột, thận và xương. Khoảng một nửa tổng lượng canxi huyết thanh liên kết với protein và lượng canxi ion hóa tự do còn lại có hoạt tính sinh lý. Nồng độ canxi huyết thanh phải được hiệu chỉnh theo mức albumin trước khi xác nhận chẩn đoán tăng canxi máu hoặc hạ canxi máu [1, 2].

Hạ canxi máu thường là hậu quả của suy tuyến cận giáp, thiếu vitamin D, kháng PTH hoặc vitamin D, hoặc do các nguyên nhân thứ phát như bệnh thận mạn và tác dụng phụ của một số thuốc, bao gồm bisphosphonates, cisplatin, thuốc chống đông kinh, aminoglycoside, thuốc lợi tiểu và thuốc ức chế bơm proton. Về mặt lâm sàng, bệnh nhân có thể biểu hiện rối loạn cảm giác, tetani, co giật, bệnh não, rối loạn tâm thần như lú lẫn, suy giảm trí nhớ, trầm cảm, ảo giác, và trong những trường hợp nặng có thể gặp suy tim hoặc loạn nhịp. Đặc biệt, tình trạng này thường gặp ở nữ giới hơn so với nam giới. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, hạ canxi máu có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe người bệnh [3].

Tại Trường Đại học Cửu Long, mỗi năm tiếp nhận nhiều nữ sinh đến học tập, trong đó ghi nhận một số trường hợp có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ hạ canxi máu, đặc biệt trong các tiết học thể chất ngoài trời. Câu hỏi nghiên cứu đặt ra: "Tỷ lệ hạ canxi huyết trên sinh viên nữ hệ chính qui đang học tại Trường Đại học Cửu Long là bao nhiêu?" Việc phát hiện và tầm soát sớm tình trạng này không chỉ có ý nghĩa trong việc bảo vệ sức khỏe sinh viên mà còn góp phần nâng cao chất lượng học tập và cuộc sống trong môi trường đại học.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ hạ canxi huyết và các yếu tố liên quan trên sinh viên nữ hệ chính quy đang học tại Trường đại học Cửu Long.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Nữ sinh viên tất cả khối ngành đang theo học hệ chính qui tại Trường Đại học Cửu Long

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Sinh viên từ đủ 18 tuổi nữ tất cả khối ngành đang theo học hệ chính quy tại Trường đại học Cửu Long đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Đang sử dụng các loại thuốc: bisphosphonates, cisplatin, thuốc chống đông kinh, aminoglycoside, thuốc lợi tiểu và thuốc ức chế bơm proton.

+ Sinh viên có các bệnh lý mãn tính nghiêm trọng: Suy thận giai đoạn cuối, suy tim.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Phạm vi đề tài: Tất cả khoa thuộc đại học Cửu Long

- Thời gian nghiên cứu: 8 - 12/2024

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Dựa trên công thức của nghiên cứu cắt ngang với tỷ lệ ước lượng dựa trên nghiên cứu của Elena Brutskaia-Stempkovskaya cho thấy tỷ lệ hạ canxi ở nữ giới là 10,3%.

$$n = Z^2 \times \frac{p \times (1-p)}{e^2}$$

- N = cỡ mẫu

- $Z_{1-\alpha/2}$: Là giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị α lựa chọn

- α : xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 0,05$;

- p : $p = 0,103$; Sai số chuẩn là 5%; Độ tin cậy là 95% ($z = 1,96$);

=> Tính ra cỡ mẫu $n = 141$. Tuy nhiên chúng tôi muốn khảo sát trên toàn bộ các khoa chúng tôi dự kiến lấy thêm 50% cỡ mẫu tối thiểu dự kiến $n=211$

Nghiên cứu thực hiện khảo sát tình trạng hạ canxi máu ở sinh viên sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện bằng cách tiến hành khảo sát tất cả các nữ sinh đang học tại Khoa Khoa học Sức khỏe – Trường Đại học Cửu Long vào thời điểm nghiên cứu.

2.5. Quy trình tiến hành

+ Bước 1: Mời đối tượng tham gia nghiên cứu, là sinh viên nữ ở tất cả các ngành học thuộc đại học Cửu Long, dựa trên cỡ mẫu chia đều cho tất cả các ngành. Việc chọn đối tượng tham gia dựa trên bốc thăm ngẫu nhiên, nữ sinh đồng ý tham gia nghiên cứu trên tin thần tự nguyện, việc không tham gia không ảnh hưởng đến quá trình học tập.

+ Bước 2: Tiến hành lấy mẫu toàn bộ đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu, tập trung trong một ngày, được sự hỗ trợ từ phía sinh viên ngành xét nghiệm. Mẫu xét được thực hiện định lượng canxi bằng phương pháp so màu trên máy xét nghiệm sinh hóa tự động AU400 tại PXN Trường Đại học Cửu Long.

Thiết bị trước khi được thực hiện nghiên cứu được chạy mẫu nội kiểm theo quy định với mức 2 control.

+ Bước 3: Tổng kết kết quả khảo sát, phân tích dữ liệu, kết thúc nghiên cứu. Tiêu chuẩn chẩn đoán hạ canxi máu: Giá trị canxi trong máu bình thường là 8,5-10,5 mg/dL hoặc 2,1-2,6 mmol/L

+ Bước 4: Các trường hợp có canxi toàn phần $<2,1$ mmol/L được tư vấn dinh dưỡng hoặc

tư vấn khám khi cần thiết.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Biến số định tính trình bày bằng tần suất, tỷ lệ. Biến số định lượng được báo cáo bằng trung bình, độ lệch chuẩn. Dùng phép kiểm Chi bình phương được sử dụng để so sánh tỷ lệ giữa các biến định tính. Phân tích hồi quy đa biến khử nhiễu với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.7. Vấn đề Y đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện khi được thông qua Hội đồng Khoa học Trường Đại học Cửu Long.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khảo sát trong thời gian từ 1 - 6/2025 chúng tôi tiến hành thu thập số liệu tại Trường Đại học Cửu Long, chúng tôi lựa chọn 215 trường hợp tham gia nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tổng số đối tượng nghiên cứu là 215 nữ sinh viên. Về độ tuổi, phần lớn thuộc nhóm 20 tuổi với 172 sinh viên, chiếm 80,0%; nhóm 21 tuổi có 36 sinh viên (16,7%), trong khi các nhóm tuổi 22 và 23 tỷ lệ nhỏ. Nơi cư trú, đa số sinh viên sống ở khu vực nông thôn (185 sinh viên, 86,0%), còn lại 30 sinh viên (14,0%) sống ở khu vực thành thị. Về thành phần dân tộc, có 204 sinh viên là người Kinh (94,9%) và 11 sinh viên thuộc các dân tộc khác (5,1%). Tất cả sinh viên đều đang theo học tại khoa Khoa học Sức khỏe (100%), không ghi nhận nữ sinh viên có tiền sử mắc các bệnh mãn tính

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

	Đặc điểm	Tần số (n=215)	Tỷ lệ (%)
Chuột rút	Không	103	47,9
	Có	112	52,1
Chóng mặt	Không	74	34,4
	Có	141	65,6
Đau cơ	Không	119	55,3
	Có	96	44,7
Rối loạn nhịp tim	Không	198	92,1
	Có	17	7,9
Ngứa ngón tay, ngón chân	Không	153	71,2
	Có	62	28,8

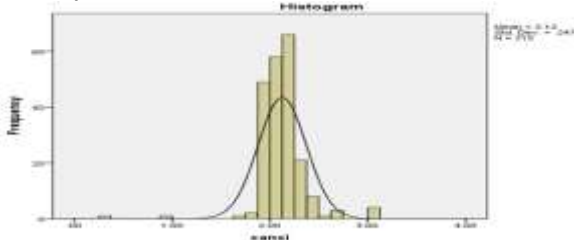
Nhận xét: Trong tổng số 215 sinh viên được khảo sát, triệu chứng chuột rút được ghi nhận ở 112 trường hợp (chiếm 52,1%), trong khi 103 trường hợp không có biểu hiện này (47,9%).

Chóng mặt là triệu chứng phổ biến nhất, xảy ra ở 141 sinh viên (65,6%), cao hơn nhiều so với nhóm không chóng mặt (34,4%). Triệu chứng đau cơ được ghi nhận ở 96 người (44,7%) và không có ở 119 người (55,3%). Rối loạn nhịp tim là triệu chứng ít gặp, chỉ xuất hiện ở 17 sinh viên (7,9%), trong khi phần lớn (92,1%) không có

biểu hiện này.

Đối với triệu chứng ngứa đầu ngón tay, ngón chân, có 62 sinh viên (28,8%) ghi nhận có triệu chứng, và 153 người (71,2%) không có.

3.2. Nồng độ canxi huyết thanh. Nồng độ canxi huyết thanh trung bình trong mẫu nghiên cứu là $2,12 \pm 0,3$ mmol/L trong đó nồng độ thấp nhất 0,37 mmol/L.



Biểu đồ 1: Phân bố nồng độ canxi huyết thanh trong mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu chọn điểm cắt theo các hướng dẫn của Bộ Y tế, với ngưỡng hạ canxi $< 2,1$ mmol/L.

Bảng 2: Tỷ lệ hạ canxi huyết thanh

Đặc điểm	Tần số (n=215)	Tỷ lệ (%)	KTC95%
Hạ canxi ($< 2,1$ mmol/L)	93	43,3	37,2-49,8
Bình thường	122	56,7	50,2-62,8

Trong tổng số 215 sinh viên được khảo sát, có 93 trường hợp (43,3%; KTC95%: 37,2–49,8) được ghi nhận có hạ canxi máu với nồng độ canxi huyết thanh $< 2,1$ mmol/L. Trong khi đó, 122 sinh viên (56,7%; KTC95%: 50,2–62,8) có nồng độ canxi trong giới hạn bình thường.

3.3. Phân tích đa biến. Chúng tôi đưa các yếu tố đơn biến có $p < 0,2$ vào phân tích đa biến nhằm loại bỏ các yếu tố gây nhiễu, tìm ra các yếu tố liên quan đến hạ canxi

Bảng 3: Phân tích đa biến

Đặc điểm	OR KTC95%	POR	KTC 95% hiệu chỉnh	p đa biến
Dân tộc				
Kinh	1	1	-	
Khác	6,4 (1,4-30,5)	5,7	1,2-27,1	0,030
Ngành học				
Xét nghiệm	1	1	-	
Điều dưỡng	8,5 (2,5-29,7)	7,9	2,3-27,5	0,001
Rối loạn nhịp tim				
Không	1	1	-	
Có	2,6 (0,9-7,3)	2,9	0,9-8,9	0,051

sinh viên thuộc dân tộc khác ngoài Kinh có nguy cơ hạ canxi máu cao gấp 5,7 lần so với sinh viên người Kinh (POR = 5,7; KTC95%: 1,2–27,1; $p = 0,030$). Tương tự, sinh viên ngành Điều dưỡng có nguy cơ hạ canxi máu cao hơn đáng kể so với sinh viên ngành Xét nghiệm (POR = 7,9; KTC95%: 2,3–27,5; $p = 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ canxi huyết thanh được duy trì trong một phạm vi rất hẹp, khoảng 45% canxi của cơ thể liên kết với protein huyết tương, chủ yếu là albumin. Khoảng 15% liên kết với các anion nhỏ như phosphate và citrate. Và khoảng 40% ở trạng thái tự do hoặc ion hóa, đây là trạng thái hoạt động. Hầu hết các phòng thí nghiệm đều báo cáo nồng độ canxi huyết thanh toàn phần, dao động từ 8,5 đến 10,5 mg/dL (2,12 đến 2,62 mmol/L). Canxi ion hóa cũng có thể được đo và phạm vi bình thường là 4,65 đến 5,25 mg/dL (1,16 đến 1,31 mmol/L). Các số dưới phạm vi này được coi là hạ canxi máu. Vì phần lớn canxi trong cơ thể liên kết với albumin, nên luôn phải hiệu chỉnh canxi toàn phần theo mức albumin trước khi đưa ra chẩn đoán hạ canxi máu. Cứ mỗi 1 g/dL (10 g/L) nồng độ albumin huyết thanh giảm thì nồng độ canxi toàn phần trong huyết thanh giảm khoảng 0,8 mg/dL (0,25 mmol/L) [3, 4]. Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ canxi huyết thanh trung bình của toàn bộ mẫu là $2,12 \pm 0,3$ mmol/L, gần sát với ngưỡng dưới của khoảng giá trị bình thường. Đáng chú ý, nồng độ canxi thấp nhất ghi nhận chỉ 0,37 mmol/L, cho thấy một số trường hợp có tình trạng thiếu hụt canxi nghiêm trọng mà nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời có thể dẫn đến biến chứng nguy hiểm. Một báo cáo tại Trung Quốc của Yu-ying Yang nồng độ canxi huyết thanh trung bình ở người trưởng thành là 2,34 (2,28 - 2,39) mmol/L cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi [5].

Việc chọn ngưỡng hạ canxi máu <2,1 mmol/L theo hướng dẫn của Bộ Y tế là phù hợp với thực hành lâm sàng tại Việt Nam, giúp phân loại chính xác các trường hợp cần theo dõi. Tỷ lệ sinh viên nữ có hạ canxi máu chiếm 43,3% (KTC95%: 37,2–49,8), cho thấy đây là một vấn đề sức khỏe không nhỏ trong nhóm dân số trẻ, đang trong độ tuổi học tập và phát triển thể chất. Theo nghiên cứu của Erika Aparecida da Silveira trong số phụ nữ trong độ tuổi mang thai tỷ lệ thiếu hụt canxi từ 38,5% đến 69,3% [6] gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Tài liệu y văn còn thiếu dữ liệu toàn diện về tỷ lệ mắc và tỷ lệ lưu hành của hạ canxi máu trong dân số nói chung. Tuy nhiên, tỷ lệ hạ canxi máu thoáng qua được báo cáo sau phẫu thuật cắt tuyến giáp dao động từ 6,9% đến 49% và từ 0,4% đến 33% đối với hạ canxi máu vĩnh viễn [7]. Các nguyên nhân phổ biến nhất gây hạ canxi máu là phẫu thuật, bệnh thận mãn tính, thiếu vitamin D, thiếu magiê và viêm tụy cấp.

Hút thuốc lá được cho là làm giảm PTH và tăng nồng độ calcitonin, nhưng tác động lên nồng độ canxi vẫn chưa được biết rõ [8]. Tỷ lệ này khá cao ở cộng đồng nói chung, có thể do đặc thù sinh viên nữ thường có chế độ ăn chưa cân đối, ít tiếp xúc ánh nắng, học tập căng thẳng và thiếu vận động thể lực, dẫn đến tăng nguy cơ thiếu vi chất dinh dưỡng, trong đó có canxi. Trong khi đó, 56,7% sinh viên còn lại có nồng độ canxi huyết thanh nằm trong giới hạn bình thường. Kết quả này không chỉ phản ánh thực trạng đáng quan tâm về thiếu hụt canxi tiềm ẩn trong cộng đồng sinh viên, mà còn gợi mở hướng can thiệp phù hợp như giáo dục dinh dưỡng, bổ sung vi chất hợp lý và tăng cường tầm soát sức khỏe định kỳ, nhằm cải thiện chất lượng sống và khả năng học tập của sinh viên nữ.

Kết quả cho thấy có hai yếu tố giữ mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hạ canxi máu sau khi hiệu chỉnh các biến đồng thời. Thứ nhất, sinh viên thuộc dân tộc khác ngoài Kinh có nguy cơ hạ canxi máu cao gấp 5,7 lần so với sinh viên người Kinh (POR = 5,7; KTC95%: 1,2–27,1; p = 0,030). Điều này có thể phản ánh sự chênh lệch về điều kiện kinh tế – xã hội, thói quen ăn uống, hoặc khả năng tiếp cận thông tin dinh dưỡng giữa các nhóm dân tộc. Thứ hai, ngành học cũng là yếu tố liên quan rõ rệt, khi sinh viên ngành Điều dưỡng có nguy cơ hạ canxi máu cao gấp 7,9 lần so với sinh viên ngành Xét nghiệm (POR = 7,9; KTC95%: 2,3–27,5; p = 0,001). Sự khác biệt này có thể bắt nguồn từ đặc thù chương trình học, áp lực học tập, thực hành lâm sàng kéo dài, hoặc khác biệt về chế độ sinh hoạt giữa các ngành, ảnh hưởng đến việc bổ sung dinh dưỡng, nghỉ ngơi và vận động – những yếu tố gián tiếp ảnh hưởng đến cân bằng canxi. Ngoài ra, biến rối loạn nhịp tim (RLNT) tuy chưa đạt mức ý nghĩa thống kê (p = 0,051) nhưng vẫn cho thấy xu hướng liên quan mạnh với tình trạng hạ canxi máu (POR = 2,9; KTC95%: 0,9–8,9). Đây là một phát hiện đáng lưu ý, phù hợp với cơ chế sinh lý khi canxi đóng vai trò thiết yếu trong khử cực tế bào cơ tim và dẫn truyền điện tim. Kết quả này gợi ý nên xem xét triệu chứng RLNT như một dấu hiệu lâm sàng cảnh báo sớm trong các nghiên cứu tiếp theo. Những kết quả trên khẳng định rằng tình trạng hạ canxi máu không chỉ là vấn đề dinh dưỡng mà còn liên quan đến yếu tố xã hội – học thuật, từ đó đặt ra nhu cầu xây dựng các chiến lược can thiệp theo nhóm nguy cơ nhằm cải thiện sức khỏe vi chất cho sinh viên nữ trong môi trường đại học.

V. KẾT LUẬN

Tăng cường hoạt động tầm soát và theo dõi nồng độ canxi huyết thanh định kỳ vào chương trình khám sức cho sinh viên nữ hệ chính quy tại Trường Đại học Cửu Long, do tỷ lệ hạ canxi máu khá cao (43,3%) và có trường hợp ghi nhận nồng độ canxi rất thấp (tới 0,37 mmol/L), tiềm ẩn nguy cơ sức khỏe nghiêm trọng nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Babić Leko, M., et al.,** Environmental Factors That Affect Parathyroid Hormone and Calcitonin Levels. *Int J Mol Sci*, 2021. 23(1).
2. **Pasięka, J.L., et al.,** Etiology and Pathophysiology of Hypoparathyroidism: A Narrative Review. *J Bone Miner Res*, 2022. 37(12): p. 2586-2601.
3. **Goyal, A., et al.,** Hypocalcemia, in StatPearls. 2025, StatPearls Publishing. Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Catherine Anastasopoulou declares no relevant financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Michael Ngu declares no relevant

- financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Shikha Singh declares no relevant financial relationships with ineligible companies.
4. **Drake, T.M. and V. Gupta,** Calcium, in StatPearls. 2025, StatPearls Publishing. Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Vikas Gupta declares no relevant financial relationships with ineligible companies.
5. **Yang, Y.Y., et al.,** Association of famine exposure and the serum calcium level in healthy Chinese adults. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2022. 13: p. 937380.
6. **da Silveira, E.A., et al.,** Prevalence of Vitamin D and Calcium Deficiency and Insufficiency in Women of Childbearing Age and Associated Risk Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 2022. 14(20).
7. **Liamis, G., H.J. Milionis, and M. Elisaf,** A review of drug-induced hypocalcemia. *J Bone Miner Metab*, 2009. 27(6): p. 635-42.
8. **Bako, B., et al.,** Prevalence and risk factors of hypocalcemia among pregnant and non-pregnant women in Maiduguri, Nigeria: A cross-sectional study. *Niger J Clin Pract*, 2021. 24(1): p. 75-80.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA TÌNH TRẠNG METHYL HÓA GEN SEPTIN9 TRONG MẪU HUYẾT TƯƠNG VỚI MẪU MÔ UNG THƯ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Trần Hải Yến¹, Hồ Hữu Thọ², Dương Quang Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối tương quan giữa tình trạng methyl hóa gen SEPTIN9 (mSEPT9) trong mẫu huyết tương với mẫu mô ung thư ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 58 bệnh nhân UTBMTBG được xác chẩn theo tiêu chuẩn Bộ Y tế Việt Nam năm 2020 tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2021 đến tháng 6/2024. Phân tích mSEPT9 huyết tương và mẫu mô ung thư bằng phương pháp semi-nested PCR. **Kết quả:** Giá trị trung vị (tứ phân vị) delta Ct của mSEPT9 trong mô ung thư là 9,20 (6,74 - 16,88), thấp hơn rõ so với giá trị tương ứng trong mẫu huyết tương là 22,93 (13,77 - 26,82), $p < 0,0001$. Có mối tương quan thuận mức độ vừa giữa mức độ mSEPT9 trong huyết tương và mẫu mô ung thư ($r = 0,33$, $p = 0,01$), trong đó tương quan mạnh được ghi nhận ở phân nhóm khối u > 50 mm ($r = 0,53$; $p = 0,01$), tổn thương cả hai thùy gan ($r =$

0,80; $p = 0,02$) và nhóm bệnh nhân giai đoạn BCLC B/C/D ($r = 0,58$; $p = 0,01$). **Kết luận:** mSEPT9 trong huyết tương có liên quan với mSEPT9 trong mẫu mô ung thư, nhất là ở nhóm bệnh nhân u lớn > 50 mm, đa ổ 2 thùy và giai đoạn bệnh BCLC B/C/D.

Từ khóa: methyl hóa gen SEPTIN9, ung thư biểu mô tế bào gan, sinh thiết lỏng.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN SEPTIN9 GENE METHYLATION IN PLASMA AND TUMOR TISSUE SAMPLES IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: To evaluate the correlation between SEPTIN9 gene methylation (mSEPT9) in plasma samples and tumor tissue samples in patients with hepatocellular carcinoma (HCC). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 58 patients diagnosed with HCC according to the 2020 guidelines of the Vietnamese Ministry of Health. The study was carried out at the 103 Military Hospital from January 2021 to June 2024. Plasma and tumor tissue mSEPT9 levels were analyzed using semi-nested PCR. **Results:** The median (interquartile range) delta Ct value of mSEPT9 in tumor tissue was 9.20 (6.74 - 16.88), significantly lower than that in plasma samples, which was 22.93 (13.77 - 26.82), $p < 0.0001$. A moderate positive correlation was observed between mSEPT9 levels in

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
²Phòng Công nghệ Gen và Di truyền, Viện nghiên cứu Y Dược học Quân sự, Học viện Quân y
 Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Huy
 Email: huyduonghvqy@gmail.com
 Ngày nhận bài: 21.7.2025
 Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025
 Ngày duyệt bài: 6.10.2025

plasma and tumor tissue samples ($r = 0.33$, $p = 0.01$). Stronger correlations were found in specific subgroups: tumors larger than 50 mm ($r = 0.53$; $p = 0.01$), tumors involving both liver lobes ($r = 0.80$; $p = 0.02$), and patients in BCLC stages B/C/D ($r = 0.58$; $p = 0.01$). **Conclusion:** Plasma mSEPT9 levels are associated with mSEPT9 levels in tumor tissue, particularly in patients with large tumors (> 50 mm), bilobar lesions, and advanced BCLC stages (B/C/D).

Keywords: SEPTIN9 gene methylation, hepatocellular carcinoma, liquid biopsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là dạng ung thư gan nguyên phát phổ biến nhất, hiện đứng thứ ba về tỷ lệ tử vong toàn cầu và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư tại Việt Nam theo thống kê GLOBOCAN 2022 [1]. Chẩn đoán UTBMTBG hiện nay chủ yếu dựa trên hình ảnh học đặc trưng của khối u gan, nồng độ alpha-fetoprotein (AFP) và mô bệnh học [2]. Tuy nhiên, phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm vẫn gặp nhiều khó khăn do các dấu ấn sinh học hiện tại như AFP có độ nhạy hạn chế, với khoảng 30 - 40% bệnh nhân UTBMTBG không tăng AFP [3]. Trong bối cảnh đó, các nghiên cứu quốc tế và trong nước đang tích cực tìm kiếm các dấu ấn sinh học mới có tiềm năng ứng dụng trong chẩn đoán và sàng lọc bệnh. Một trong những dấu ấn nổi lên gần đây là methyl hóa gen SEPTIN9 (mSEPT9) với tỷ lệ methyl hóa promoter SEPTIN9 lên tới 61% trong mô u, trong khi không phát hiện hiện tượng này ở mô gan bình thường ($p < 0,001$) [4]. Ngoài ra, mSEPT9 cũng được ghi nhận với mức độ cao trong huyết tương bệnh nhân UTBMTBG, có giá trị trong chẩn đoán và được chứng minh có liên quan đến một số yếu tố tiên lượng xấu như kích thước khối u lớn, xâm lấn vi mạch và chỉ số phân bào Ki-67 cao [5].

Mặc dù đã có những kết quả tích cực về giá trị của mSEPT9 huyết tương trong chẩn đoán và tiên lượng UTBMTBG nhưng hiện vẫn còn thiếu các nghiên cứu đánh giá trực tiếp mối liên quan giữa mức độ mSEPT9 trong mẫu mô ung thư và trong huyết tương. Việc khảo sát mối tương quan này có ý nghĩa quan trọng trong việc xác định tính đại diện của ctDNA biến đổi epigenetic trong khối u. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Đánh giá mối tương quan giữa tình trạng methyl hóa gen SEPTIN9 trong huyết tương với mẫu mô ung thư ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 58 bệnh nhân UTBMTBG tại Bệnh viện Quân y 103

trong khoảng thời gian từ năm 01/2021 đến 06/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, chẩn đoán xác định UTBMTBG dựa trên kết quả mô bệnh học mẫu mô ung thư lấy từ sinh thiết qua da hoặc từ phẫu thuật.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử mắc các loại ung thư khác, đã điều trị can thiệp (phẫu thuật, hóa trị, TACE, RFA,...) trước thời điểm lấy mẫu máu, không đồng ý tham gia nghiên cứu...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích.

- Các bước tiến hành: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được thu thập dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá một số đặc điểm khối u trên chẩn đoán hình ảnh (vị trí, số lượng, đường kính), đánh giá giai đoạn bệnh theo BCLC phiên bản năm 2018 và mô bệnh học khối u theo WHO 2019 (cấu trúc u, hình thái và mức độ biệt hóa tế bào).

- Thu thập mẫu huyết tương và mẫu mô ung thư đồng thời trên bệnh nhân ở thời điểm trước khi can thiệp điều trị để tiến hành phân tích methyl hóa gen SEPTIN9 theo phương pháp semi-nested realtime PCR tại Viện nghiên cứu Y Dược học Quân sự - Học viện Quân y, bao gồm các bước sau:

+ Tách chiết DNA từ trong huyết tương bằng bộ kit QIAamp (Qiagen, Đức).

+ Tách chiết DNA từ mẫu mô ung thư gan bằng QIAamp Tissue Kit (Qiagen)

+ Chuyển đổi bisulfite của DNA sau khi tách chiết bằng Bộ dụng cụ EZ DNA Methylation-Gold™ (Zymo Research, Irvine, Hoa Kỳ).

+ PCR vòng 1: Sử dụng HTOne MaX qPCR Green Master Mix (HT Biotec, Việt Nam) với mỗi xuôi và mỗi ngược (0,1 mM), thiết kế đặc hiệu vùng không CpG của gene SEPT9, cho phép khuếch đại cả DNA bị methyl hóa và không methyl hóa.

+ PCR vòng 2: Tiến hành PCR bán lồng thời gian thực với mỗi xuôi (SEPT9/Fi), mỗi ngược (SEPT9/Ri) và đầu dò TaqMan đặc hiệu cho vùng methyl hóa SEPT9, cho phép định lượng tương đối mSEPT9. Khuếch đại thực hiện trên thiết bị Rotor-Gene Q (Qiagen, Đức) với chương trình nhiệt 45 chu kỳ và phát hiện tín hiệu huỳnh quang ở 94°C nhằm loại bỏ nhiễu nền từ SYBR Green không đặc hiệu.

+ Mức độ methyl hóa tương đối của gen SEPT9 trong mẫu được đánh giá bằng phương pháp delta Ct, giá trị delta Ct được tính bằng hiệu số giữa hai giá trị Ct của hai phản ứng:

delta Ct = Ct^{mSEPT9} – Ct^{SEPT9 tổng số}. Giá trị delta Ct cao, vì phản ứng đặc hiệu mSEPT9 đạt ngưỡng càng thấp cho thấy mức độ methyl hóa càng khuếch đại sớm hơn.

Bảng 2.1. Trình tự của các mồi cho semi-nested realtime PCR

Mồi/Probe	Trình tự	Vòng khuếch đại
SEPT9_Fo	CGACGTAAAACGACGGCCAGT-CAACCCAACACCCACCT	Vòng 1
SEPT9_Ro	CACACAGGAAACAGCTATGACCATGGATTG- GTTGTTTATTAGTTATTATGT	
SEPT9/Fi	TGGATTTTGTGGTTAATGT-AAATAATCCCATCCAATA	
TaqMan probe (SEPT9_P)	FAM-TTAACCGCGAAATCCGAC-BHQ1	Vòng 2
SEPT9_Ri	CACACAGGAAACAGCTATGACCATG	Định lượng tổng số SEPT9
Mồi xuôi	AATCCGAAATAATCCCATCCAATA	

Ghi chú: Các vùng được gạch chân là đoạn trình tự không bổ sung ở đầu 5'

2.3. Xử lý số liệu: Dữ liệu được xử lý và phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 26.0 và Medcalc. Đánh giá mối tương quan bằng tương quan Pearson và kiểm định Mann-Whitney.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Được phê duyệt theo quyết định số 25/2022/CNCHT-HĐDD tại Bệnh viện Quân y 103.

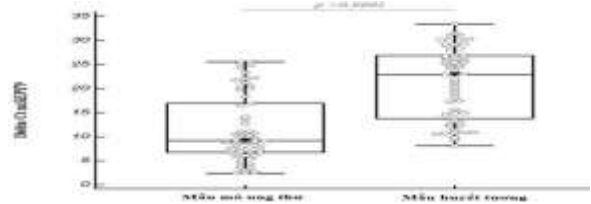
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

58 bệnh nhân UTBMTBG trong nghiên cứu có tuổi trung bình 62,03 ± 11,62 (tuổi), tỷ lệ nam/nữ:28/1.

Bảng 3.1. Một số đặc điểm khối u trên chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học

Đặc điểm khối u		Số lượng (n=58)	Tỷ lệ (%)
Vị trí u	Thùy phải	38	65,5
	Thùy trái	12	20,7
	Cả 2 thùy gan	8	13,8
Số lượng u	1 u	40	69,0
	≥2 u	18	31,0
Đường kính u (mm)	>50	22	37,9
	≤50	36	62,1
Cấu trúc tế bào	Dạng bè	34	60,3
	Dạng bè lớn	3	5,2
	Dạng đặc	3	5,2
	Dạng giả tuyến	0	0,0
	Dạng hỗn hợp	14	29,3
Hình thái tế bào	Thông thường	42	72,4
	Tế bào sáng	6	10,3
	Tế bào gan nhiễm mỡ	10	17,3
Mức độ biệt hóa theo WHO 2019	Biệt hóa cao	9	15,5
	Biệt hóa vừa	49	84,5
	Biệt hóa kém	0	0,0

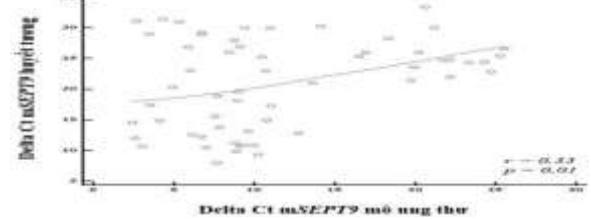
Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân UTBMTBG có một khối u (69,0%), ở thùy gan phải (65,5%) đường kính khối u ≤ 50 mm chiếm 62,1%. Mô bệnh học ghi nhận u chủ yếu có cấu trúc dạng bè (70,7%) và mức biệt hóa vừa (84,5%).



* Kiểm định Mann-Whitney

Biểu đồ 3.1. So sánh giá trị delta Ct của mSEPT9 giữa mẫu huyết tương và mẫu mô ung thư (n=58)

Nhận xét: Giá trị delta Ct của mSEPT9 trong mô ung thư thấp hơn rõ rệt so với huyết tương (trung vị (Q1 – Q3) là 9,20 (6,74 – 16,88) chu kỳ ở mô ung thư và 22,93 (13,77 – 26,82) chu kỳ ở huyết tương, p < 0,0001.



*Tương quan Pearson

Biểu đồ 3.2. Mối tương quan giữa giá trị delta Ct mSEPT9 huyết tương và delta Ct mSEPT9 mô ung thư (n=58)

Nhận xét: Có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa mức độ mSEPT9 (thông qua giá trị delta Ct) trong mẫu mô ung thư và mẫu huyết tương (r = 0,33; p = 0,01).

Bảng 3.2. Mối tương quan giữa delta Ct của mSEPT9 trong mẫu huyết tương với mẫu mô ung thư theo phân nhóm đặc điểm khối u và giai đoạn bệnh

Nhóm bệnh nhân		n	Hệ số tương quan r	p
Đường kính khối u (mm)	>50	22	0,53	0,01
	≤50	36	0,24	0,15
Vị trí khối u gan	Thùy phải	38	0,25	0,13
	Thùy trái	12	0,38	0,22
	Cả hai thùy	8	0,80	0,02

Giai đoạn bệnh theo BCLC	O/A	39	0,27	0,1
	B/C/D	19	0,58	0,01

*Tương quan Pearson

Nhận xét: Phân nhóm bệnh nhân theo vị trí và kích thước u cho thấy mối tương quan giữa mức độ mSEPT9 trong huyết tương và mô ung thư chỉ được ghi nhận ở nhóm bệnh nhân có đường kính u > 50mm ($r = 0,53$, $p = 0,01$) và nhóm có khối u 2 thùy ($r = 0,80$, $p = 0,02$).

Ở nhóm bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn BCLC B/C/D, hệ số tương quan giữa mSEPT9 trong mẫu huyết tương và mẫu mô đạt $r = 0,58$ ($p = 0,01$), trong khi ở giai đoạn sớm hơn (BCLC O/A), tương quan không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Mối tương quan giữa delta Ct của mSEPT9 trong mẫu huyết tương với mẫu mô ung thư theo phân nhóm mô bệnh học

Đặc điểm mô học		n	Hệ số tương quan r	p
Mức độ biệt hóa theo WHO 2019	Biệt hóa cao	9	0,39	0,30
	Biệt hóa vừa	49	0,32	0,02
Cấu trúc mô học	Dạng bè	34	0,35	0,047
	Các thể khác	24	0,27	0,19
Hình thái tế bào	Thông thường	42	0,39	0,01
	Khác	16	0,097	0,72

*Tương quan Pearson

Nhận xét: Phân nhóm bệnh nhân theo mô bệnh học cho thấy mối tương quan giữa mức độ mSEPT9 trong huyết tương và mô ung thư chỉ được ghi nhận ở nhóm bệnh nhân tế bào u biệt hóa vừa ($r = 0,32$, $p = 0,02$), thể bè ($r = 0,35$, $p = 0,047$) và hình thái tế bào u thông thường ($r = 0,39$, $p = 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Phân tích đặc điểm mô bệnh học mẫu mô ung thư ở 58 bệnh nhân UTBMTBG cho thấy cấu trúc u dạng bè chiếm ưu thế (60,3%), vượt trội so với dạng đặc (5,2%). Dạng bè thường liên quan đến UTBMTBG biệt hóa tốt, phát hiện ở giai đoạn sớm nên tiên lượng tốt hơn so với dạng đặc hay hỗn hợp. Ngoài ra chúng tôi cũng ghi nhận 72,4% mẫu mô có hình thái tế bào thông thường, phần còn lại là các biến thể như tế bào sáng và gan nhiễm mỡ theo phân loại WHO 2019 với mức độ biệt hóa vừa chiếm chủ yếu là 84,48% không ghi nhận biệt hóa thấp, tương tự nghiên cứu của Park và CS (2019) [6]. Kết quả phản ánh đặc điểm mô học mức độ ác tính của UTBMTBG trong nghiên cứu, phù hợp với xu hướng chẩn đoán sớm hiện nay, góp phần cải

thiện tiên lượng và lựa chọn điều trị phù hợp.

Tiếp đó chúng tôi xác định mức độ mSEPT9 trong mẫu mô ung thư và huyết tương cho thấy giá trị delta Ct của mSEPT9 trong mô ung thư thấp hơn đáng kể so với huyết tương (9,20 so với 22,93 chu kỳ, $p < 0,0001$), phản ánh mức độ methyl hóa cao hơn trong mô ung thư. Mức chênh lệch khoảng 13,73 chu kỳ cho thấy tỷ lệ mSEPT9 trong huyết tương thấp hơn khoảng 13600 lần so với mô ung thư, củng cố vai trò của mô u là nguồn gốc chính của mSEPT9 trong huyết tương. Kết quả này phù hợp với dữ liệu TCGA ($p = 4,8 \times 10^{-8}$) và nghiên cứu của Huang và Cs (2022) cho thấy mức mSEPT9 trong mô UTBMTBG cao hơn mô bình thường [5]. Nghiên cứu của Kotoh và Cs (2020) cũng ghi nhận số bản sao mSEPT9 trong huyết tương thấp hơn đáng kể so với mô ung thư ($p < 0,001$) dù dùng kỹ thuật khác. Sự tương đồng về tỷ lệ biệt hóa mức độ vừa chiếm ưu thế lần lượt là 84,5% và 65,7%) góp phần giải thích sự nhất quán của các kết quả trong phân tích của chúng tôi [7].

Tuy nhiên, đánh giá mối tương quan giữa mức độ mSEPT9 mẫu mô ung thư với mẫu huyết tương chỉ ghi nhận tương quan tuyến tính mức độ vừa ($r = 0,33$; $p < 0,01$), gợi ý rằng mSEPT9 trong máu phản ánh phần nào mức methyl hóa trong mô u. Mối liên hệ này không hoàn toàn song hành do ảnh hưởng của nhiều yếu tố sinh học và kỹ thuật. Kỹ thuật PCR sau xử lý bisulfite đo delta Ct - một chỉ số tương đối - chịu ảnh hưởng bởi tổng lượng DNA và tính chất nền sinh học khác biệt giữa mô và huyết tương. Mặt khác, mẫu mô chỉ đại diện cho một vùng nhỏ của khối u, trong khi mSEPT9 huyết tương chịu tác động bởi đặc điểm toàn thân như kích thước, tình trạng hoại tử và mức độ phóng thích cfDNA. Do đó, sự không đồng nhất giữa mô và huyết tương có thể dẫn đến chênh lệch trong biểu hiện mSEPT9, kể cả khi mô u có mức methyl hóa cao.

Khi phân tích theo đặc điểm khối u, chúng tôi nhận thấy tương quan có xu hướng rõ ràng hơn ở nhóm có khối u > 50 mm ($r = 0,53$; $p = 0,01$) và nhóm có tổn thương cả hai thùy gan ($r = 0,80$; $p = 0,02$). Những khối u kích thước lớn, lan tỏa thì tuần hoàn động mạch vào khối u gan càng nhiều, gia tăng phóng thích cfDNA từ mô u vào máu ngoại vi, làm tăng khả năng phát hiện mSEPT9 và nâng cao tương quan với mô. Ở chiều ngược lại, khối u nhỏ hơn hoặc khu trú có thể không giải phóng đủ DNA mang methyl hóa SEPT9 để phản ánh tương quan rõ ràng. Xét theo giai đoạn BCLC, chỉ có nhóm bệnh nhân giai đoạn B/C/D có mối tương quan có ý nghĩa ($r =$

0,58; $p = 0,01$), trong khi giai đoạn sớm (0/A) không đạt ý nghĩa. Điều này phản ánh rằng khi khối u tiến triển, mức độ phóng thích cfDNA và biểu hiện bất thường của gen tăng cao, làm gia tăng khả năng phát hiện methyl hóa trong máu.

Theo bảng 3.3, kết quả cho thấy mối tương quan giữa mức độ methyl hóa gen SEPT9 trong mô và huyết tương nổi bật ở nhóm có đặc điểm mô học điển hình. Cụ thể, tương quan có ý nghĩa được ghi nhận ở nhóm có cấu trúc dạng bè ($r = 0,35$; $p = 0,047$), hình thái tế bào thông thường ($r = 0,39$; $p = 0,01$) và biệt hóa mức độ vừa theo WHO ($r = 0,32$; $p = 0,02$). Mặc dù nghiên cứu của Wang và Cs (2019) [8] không ghi nhận sự khác biệt tổng lượng cfDNA giữa các mức độ biệt hóa (Edmondson-Steiner độ I–II so với III–IV), nhưng điều này không mâu thuẫn với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bởi vì tổng cfDNA không phản ánh đặc hiệu cho mSEPT9 - một dấu hiệu biểu sinh cụ thể. Từ đó cho thấy mức độ bất ổn sinh học cao hơn vốn có thể làm nhiều tín hiệu methyl hóa đặc hiệu trong tuần hoàn.

V. KẾT LUẬN

- Giá trị trung vị (tứ phân vị) delta Ct của mSEPT9 trong mô ung thư là 9,20 (6,74 - 16,88), thấp hơn có ý nghĩa so với giá trị tương ứng trong mẫu huyết tương là 22,93 (13,77 - 26,82), $p < 0,0001$.

- Có mối tương quan thuận mức độ vừa giữa mức độ mSEPT9 trong huyết tương và mẫu mô ung thư ($r = 0,33$, $p = 0,01$), trong đó tương quan mạnh được ghi nhận ở phân nhóm khối u > 50 mm ($r = 0,53$; $p = 0,01$), tổn thương cả hai thùy gan ($r = 0,80$; $p = 0,02$) và nhóm bệnh nhân giai

đoạn BCLC B/C/D, ($r = 0,58$; $p = 0,01$).

Điều này giúp khẳng định tiềm năng của mSEPT9 huyết tương như một dấu ấn sinh học không xâm lấn trong chẩn đoán và tiên lượng ung thư biểu mô tế bào gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Filho A.M., Laversanne M., Ferlay J. et al.** (2025). The GLOBOCAN 2022 cancer estimates: Data sources, methods, and a snapshot of the cancer burden worldwide. *Int J Cancer*, 156 (7), 1336-1346.
2. **Bộ Y tế** (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Quyết định số 3129/QĐ-BYT.
3. **Galle P.R., Foerster F., Kudo M. et al.** (2019). Biology and significance of alpha-fetoprotein in hepatocellular carcinoma. *Liver Int*, 39 (12), 2214-2229.
4. **Villanueva A., Portela A., Sayols S. et al.** (2015). DNA methylation-based prognosis and epidrivers in hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 61 (6), 1945-1956.
5. **Huang F., Yang G., Jiang H. et al.** (2022). Role of Plasma methylated SEPT9 for Predicting Microvascular Invasion and Tumor Proliferation in Hepatocellular Carcinoma. *Technol Cancer Res Treat*, 21, 15330338221144510.
6. **Park B.V., Gaba R.C., Huang Y.H. et al.** (2019). Histology of Hepatocellular Carcinoma: Association with Clinical Features, Radiological Findings, and Locoregional Therapy Outcomes. *J Clin Imaging Sci*, 9, 52.
7. **Kotoh Y., Suehiro Y., Saeki I. et al.** (2020). Novel Liquid Biopsy Test Based on a Sensitive Methylated SEPT9 Assay for Diagnosing Hepatocellular Carcinoma. *Hepatol Commun*, 4 (3), 461-470.
8. **Wang D., Hu X., Long G. et al.** (2019). The clinical value of total plasma cell-free DNA in hepatitis B virus-related hepatocellular carcinoma. *Ann Transl Med*, 7 (22), 650.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA CATHETER CẢM BIẾN LỰC TRONG TRIỆT ĐỐT RUNG NHĨ TẠI VIỆN TIM MẠCH – BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Trần Linh^{1,2,3}, Ngô Thuý Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Rung nhĩ là một trong những rối loạn nhịp tim phổ biến làm tăng biến cố tim mạch. Triệt đốt rung

nhĩ là một trong các phương pháp điều trị được chỉ định ngày càng phổ biến. Tuy nhiên, thời gian thủ thuật kéo dài và tỉ lệ thành công thấp so với triệt đốt các loại rối loạn nhịp khác là những nguyên nhân chính khiến phương pháp điều trị này chưa phổ biến tại Việt Nam. Triệt đốt rung nhĩ sử dụng catheter cảm biến lực đã được nhiều nghiên cứu giúp cải thiện hiệu quả triệt đốt thông qua kiểm soát được lực tác động trong quá trình triệt đốt. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá tính an toàn và hiệu quả bước đầu của thủ thuật triệt đốt rung nhĩ sử dụng catheter cảm biến lực. **Mục tiêu:** Đánh giá tính an toàn và hiệu quả bước đầu của catheter cảm biến lực

¹Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Linh

Email: ptlinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

trong triệt đốt rung nhĩ. Tính an toàn được đánh giá bằng biến chứng sớm sau thủ thuật. Hiệu quả được đánh giá bằng tỉ lệ cô lập tĩnh mạch phổi, thời gian thủ thuật và thời gian chiếu tia, thời gian và số điểm đốt. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện, gồm 27 bệnh nhân được chẩn đoán rung nhĩ, được tiến hành can thiệp triệt đốt rung nhĩ qua đường ống thông sử dụng catheter cảm biến lực. **Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $54,59 \pm 10,48$, trong đó tỉ lệ nam giới chiếm phần lớn là 77,8%. Các bệnh nhân có kích thước nhĩ trái trong giới hạn bình thường hoặc giãn nhẹ. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật là $170,56 \pm 28,80$ phút, trong đó thời gian chiếu tia trung bình là $12,30 \pm 4,23$ phút. Thời gian đốt trung bình là $2305,74 \pm 709,98$ giây với số điểm đốt trung bình là $62,52 \pm 13,50$ điểm. Toàn bộ các bệnh nhân kết thúc thủ thuật với nhịp xoang và đạt được cô lập hoàn toàn 4 tĩnh mạch phổi về mặt điện học. Nghiên cứu không ghi nhận biến cố nào đáng kể khi sử dụng catheter cảm biến lực trong thủ thuật triệt đốt rung nhĩ. **Từ khóa:** rung nhĩ, triệt đốt, catheter cảm biến lực, an toàn, hiệu quả

SUMMARY

INITIAL SAFETY AND EFFICACY OF A FORCE-SENSING CATHETER FOR ATRIAL FIBRILLATION ABLATION AT VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE – BACHMAI GENERAL HOSPITAL

Atrial fibrillation is a common arrhythmic disorder that increases the risk of cardiovascular events. Catheter ablation for atrial fibrillation is an effective treatment option but is not widely practiced in Vietnam due to prolonged procedure times and lower success rates compared to other arrhythmias. The use of a force-sensing catheter during AF ablation has been studied to improve the procedure's efficacy by allowing control over the applied force during the ablation process. **Objective:** The objective of this study was to evaluate the initial safety and efficacy of the force-sensing catheter in atrial fibrillation ablation. Safety was assessed based on early complications post-procedure. Efficacy was evaluated by the rate of pulmonary vein isolation, procedure time, fluoroscopy time, and the duration and number of ablation points. **Method:** This study employed a cross-sectional descriptive design, involving 27 patients diagnosed with atrial fibrillation who underwent catheter ablation using a force-sensing catheter. **Result:** The mean age of the patients was 54.59 ± 10.48 years, with 77.8% being male. The left atrial size was within normal limits or mildly dilated. The average procedure duration was 170.56 ± 28.80 minutes, with an average fluoroscopy time of 12.30 ± 4.23 minutes. The average ablation time was 2305.74 ± 709.98 seconds, with an average of 62.52 ± 13.50 ablation points. All patients completed the procedure with sinus rhythm and achieved complete electrical isolation of the four pulmonary veins. No significant complications were observed using the force-sensing catheter during the ablation procedure. **Conclusion:** The study demonstrates that the force-sensing catheter is both

safe and effective for atrial fibrillation ablation, highlighting its potential for broader application in the treatment of atrial fibrillation in Vietnam.

Keywords: atrial fibrillation; ablation; contact-force catheter; safety; efficacy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ (RN) là một trong những rối loạn nhịp tim phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tắc mạch hệ thống, đột quỵ, làm tăng tỉ lệ suy tim, tử vong và tái nhập viện ở bệnh nhân tim mạch. Triệt đốt rung nhĩ qua đường ống thông được coi là phương pháp hiệu quả để kiểm soát nhịp ở bệnh nhân rung nhĩ, giúp làm giảm đáng kể các biến cố tim mạch¹ đã được đưa vào các khuyến cáo quản lý bệnh nhân rung nhĩ.^{2,3}

Tuy nhiên, can thiệp triệt đốt rung nhĩ còn hạn chế trong thực tế do các ngại về tỉ lệ thành công không cao, thời gian thủ thuật kéo dài và có thể có các biến chứng trong thủ thuật. Mục đích của thủ thuật triệt đốt rung nhĩ là tạo ra các tổn thương nhằm cô lập hoàn toàn các tĩnh mạch phổi và tâm nhĩ trái về mặt điện học. Các nghiên cứu đã chỉ ra mối tương quan giữa sự tiếp xúc của điện cực với mô cơ tim và sự hình thành tổn thương.

Catheter cảm biến lực đã được nghiên cứu và ra đời giúp mang lại sự cải thiện đáng kể trong việc kiểm soát lực tác động trong quá trình triệt đốt. Catheter này được trang bị cảm biến giúp theo dõi và điều chỉnh lực tác động chính xác theo thời gian lên mô cơ tim, từ đó giảm thiểu biến cố và cải thiện hiệu quả triệt đốt. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã được tiến hành cho thấy việc sử dụng catheter cảm biến lực giúp tăng tỉ lệ thành công, giảm thời gian thủ thuật và có tính an toàn cao.⁴⁻⁶ Tuy nhiên, việc sử dụng kĩ thuật này mới được triển khai tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu bước đầu đánh giá tính an toàn và hiệu quả của việc sử dụng catheter cảm biến lực trong triệt đốt rung nhĩ tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân được chẩn đoán rung nhĩ có chỉ định triệt đốt rung nhĩ qua đường ống thông tại Viện tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 1/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) từ 18 tuổi trở lên; (2) được chẩn đoán rung nhĩ cơn hoặc rung nhĩ bền bỉ; (3) có chỉ định điều trị triệt đốt theo Hướng dẫn quản lý và điều trị rung nhĩ của Hiệp hội tim mạch châu Âu (ESC) năm 2024.²

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Rung nhĩ trên bệnh nhân mắc bệnh lý van tim có chỉ định phẫu

thuật tim hở; (2) Rung nhĩ trên bệnh nhân có bệnh lý động mạch vành có chỉ định tái tưới máu; (3) Nhiễm khuẩn cấp; (4) Rối loạn đông máu nặng; (5) Huyết khối trong buồng tim; (6) Tai biến mạch máu não mới < 3 tháng; (7) Bệnh nhân quá lo sợ, không cộng tác với thầy thuốc

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang (thời gian từ 11/2024 đến 1/2025)

Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

Chúng tôi thu nhận được 27 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được tiến hành can thiệp triệt đốt rung nhĩ.

Quy trình nghiên cứu:

(1) Hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng để sàng lọc nhóm người bệnh phù hợp thỏa mãn theo tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ.

(2) Can thiệp triệt đốt rung nhĩ bằng năng lượng sóng có tần số radio, sử dụng catheter cảm biến lực; thu thập thông tin về hiệu quả của thủ thuật và biến chứng xảy ra trong và sau thủ thuật.

(3) Theo dõi người bệnh trong quá trình nghiên cứu cho đến khi người bệnh ra viện nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả bước đầu của thủ thuật.

(4) Thu thập các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các chỉ số về tính an toàn và hiệu quả bước đầu của thủ thuật và xử lý số liệu.

Quy trình triệt đốt rung nhĩ bằng catheter cảm biến lực:

- Gây tê và chọc mạch theo phương pháp Seldinger, đường vào qua các tĩnh mạch lớn: đùi, dưới đòn. Theo dõi huyết động bằng huyết áp liên tục có xâm nhập.

- Đưa các điện cực thăm dò qua các tĩnh mạch trên vào trong buồng tim: xoang tĩnh mạch vành, vùng cao nhĩ phải, móm thất phải, bó His.

- Chọc xuyên vách liên nhĩ bằng kim Brockenbrough và đưa dụng cụ mở đường vào mạch máu loại dài từ tĩnh mạch đùi qua vách liên nhĩ sang nhĩ trái.

- Tiêm Heparine tĩnh mạch 100 UI/kg sau đó duy trì 30 – 50UI/kg/giờ. Theo dõi ACT mỗi 45 phút điều chỉnh liều Heparine sao cho ACT duy trì 300 – 400 giây.

- Chụp buồng nhĩ trái và các tĩnh mạch phổi bằng thuốc cản quang.

- Lập bản đồ dựng hình 3D nhĩ trái và các tĩnh mạch phổi.

- Thăm dò điện sinh lý tim xác định các lỗ vào tĩnh mạch phổi và dẫn truyền 2 chiều giữa tĩnh mạch phổi và nhĩ trái.

- Đưa catheter triệt đốt vào các tĩnh mạch phổi và xác định vị trí bằng hệ thống lập bản đồ 3D. Chúng tôi sử dụng catheter có cảm biến lực TactiCath Contact Force Ablation Catheter, Sensor Enabled (TactiCath SE) (Abbott, Abbott Park, Illinois). Mỗi vị trí sẽ được triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio với mức năng lượng từ 25-40 W, nhiệt độ từ 40 - 42 độ C, mỗi điểm đốt có lực tiếp xúc ghi nhận từ 5 – 10 g. Sau mỗi lần triệt đốt, catheter được xoay theo chu vi đến một vị trí mới để đạt được sự cô lập hoàn toàn tĩnh mạch phổi.⁷

- Sau khi triệt đốt thành công tiến hành thăm dò điện sinh lý tim để đánh giá kết quả sớm, đánh giá kết quả sớm block 2 chiều trong - ngoài tĩnh mạch phổi và nhĩ trái.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Toàn bộ quá trình can thiệp triệt đốt rung nhĩ bằng năng lượng sóng có tần số radio sử dụng catheter cảm biến lực đều tuân theo các quy trình hướng dẫn được Bộ y tế phê duyệt. Can thiệp trong nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi người bệnh sau khi đã được giải thích rõ về mục đích, yêu cầu của nghiên cứu, tự nguyện tham gia và đã ký văn bản đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu tuyệt đối giữ bí mật về những thông tin do đối tượng cung cấp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 27 bệnh nhân. Nam giới chiếm phần lớn với tỉ lệ 77,8%. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $54,59 \pm 10,48$. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là rung nhĩ cơn, rung nhĩ bền bỉ chỉ chiếm 25,9%.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Chỉ số
Tuổi (năm)		$54,59 \pm 10,48$
Giới (n,%)	Nam	21 (77,8)
	Nữ	6 (22,2)
Loại rung nhĩ (n,%)	Cơn	20 (74,1)
	Bền bỉ	7 (25,9)
Ure (mmol/l)		$5,08 \pm 1,15$
Creatinin (mcmol/l)		$80,70 \pm 16,32$
Na (mmol/l)		$141,22 \pm 2,15$
K (mmol/l)		$3,67 \pm 0,36$
Cl (mmol/l)		$104,00 \pm 2,37$
FT4 (pmol/l)		$19,23 \pm 7,39$
TSH (uU/ml)		$1,95 \pm 2,35$
GOT (U/l)		$24,48 \pm 6,22$
GPT (U/l)		$26,93 \pm 13,77$

Bảng 2. Đặc điểm siêu âm tim của

nhóm bệnh nhân nghiên cứu

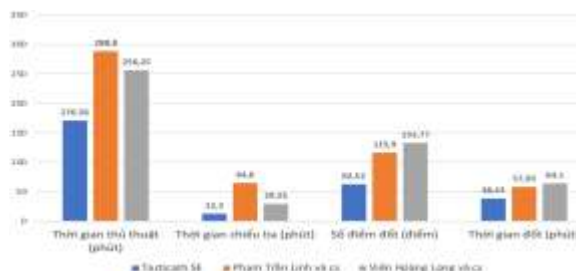
Đặc điểm		Chỉ số
Nhĩ trái	Trung bình (mm)	34,70 ± 4,42
	Giãn (n,%)	4 (14,81)
	Bình thường (n,%)	23 (85,19)
LAVi	Trung bình (ml/m ²)	29,78 ± 6,35
	Giãn (n,%)	8 (29,63)
	Trung bình (n,%)	19 (70,37)
Áp lực động mạch phổi	Dd (mm)	46,93 ± 3,56
	Ds (mm)	30,85 ± 9,05
	EF (%)	66,15 ± 6,83
	Trung bình (mmHg)	28,41 ± 6,56
	Tăng (n,%)	19 (70,37)
	Bình thường (n,%)	8 (29,63)

Kích thước nhĩ trái trung bình trên siêu âm tim là 34,70 ± 4,42mm, chỉ số thể tích nhĩ trái LAVi trung bình là 29,78 ± 6,35 ml/m². Tỷ lệ bệnh nhân có giãn nhĩ trái theo kích thước đo và LAVi lần lượt là 14,81% và 29,63%. Trong đó tất cả các bệnh nhân có giãn nhĩ trái theo LAVi đều là giãn nhẹ. Kích thước nhĩ trái lớn nhất là 45mm. Kích thước và chức năng tâm thu thất trái đều trong giới hạn bình thường. Áp lực động mạch phổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 28,41 ± 6,56 mmHg. Có 70,37% có tăng áp lực động mạch phổi mức độ nhẹ, trong đó cao nhất là 38 mmHg.

Bảng 3. Một số chỉ số về hiệu quả bước đầu của thủ thuật

Đặc điểm	Trung bình (max, min) (n = 27)
Thời gian thủ thuật (phút)	170,56 ± 28,80 (240, 120)
Thời gian chiếu tia (phút)	12,30 ± 4,23 (20,8)
Thời gian đốt (giây)	2305,74 ± 709,98 (3900, 1035)
Số điểm đốt	62,52 ± 13,50 (90, 36)
Cô lập hoàn toàn 4 tĩnh mạch phổi (n,%)	27 (100)
Kết thúc thủ thuật với nhịp xoang (n,%)	27 (100)
Sốc điện chuyển nhịp trong thủ thuật (n,%)	2 (7,41)

Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật là 170,56 ± 28,80 phút, trong đó thời gian chiếu tia trung bình là 12,30 ± 4,23 phút. Thời gian đốt trung bình là 2305,74 ± 709,98 giây với số điểm đốt trung bình là 62,52 ± 13,50 điểm. Toàn bộ các bệnh nhân kết thúc thủ thuật với nhịp xoang và đạt được cô lập hoàn toàn 4 tĩnh mạch phổi về mặt điện học. Trong quá trình triệt đốt, có 1 bệnh nhân xuất hiện cuồng nhĩ điển hình, đã được triệt đốt vùng eo van ba lá và đạt được block hoàn toàn qua CTI.



Hình 1: So sánh thời gian thủ thuật, thời gian chiếu tia, số điểm đốt và thời gian đốt với các nghiên cứu trong nước về triệt đốt rung nhĩ.^{8,9}

Nghiên cứu không ghi nhận biến cố nào đáng kể khi sử dụng catheter cảm biến lực trong thủ thuật triệt đốt rung nhĩ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 54,59 ± 10,48, trong đó tỷ lệ nam giới chiếm phần lớn là 77,8%. Đặc điểm này tương đồng với đặc điểm về độ tuổi và giới tính trong các nghiên cứu về triệt đốt rung nhĩ tại Việt Nam và các nghiên cứu về triệt đốt rung nhĩ sử dụng catheter cảm biến lực trên thế giới.^{8,9}

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là rung nhĩ cơn, rung nhĩ bền bỉ chỉ chiếm 25,9%. Các chỉ số siêu âm tim cho thấy tất cả các bệnh nhân có kích thước và chức năng tâm thu thất trái bình thường. Các chỉ số về kích thước nhĩ trái và tình mạch phổi ghi nhận được tương tự với các nghiên cứu về triệt đốt rung nhĩ tại Việt Nam.

Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật trong nghiên cứu là 170,56 ± 28,80 phút, trong đó thời gian chiếu tia trung bình là 12,30 ± 4,23 phút. Thời gian thực hiện thủ thuật này được rút ngắn hơn đáng kể khi so sánh với nghiên cứu trong nước về triệt đốt rung nhĩ không sử dụng catheter cảm biến lực. Nghiên cứu của tác giả Phạm Trần Linh (2016) thực hiện trên nhóm bệnh nhân rung nhĩ cơn có thời gian làm thủ thuật trung bình là 288,8 ± 60,4 phút và thời gian chiếu tia X trung bình là 64,5 ± 20,4 phút.⁹ Nghiên cứu của tác giả Viên Hoàng Long (2023) có thời gian thủ thuật dành cho một bệnh nhân triệt đốt rung nhĩ bền bỉ trung bình là 256,26 ± 48,61 phút và thời gian chiếu tia trung bình là 29,55 ± 14,29 phút.⁸

Thời gian đốt trung bình là 2305,74 ± 709,98 giây (tương đương 38,42 phút) với số điểm đốt trung bình là 62,52 ± 13,50 điểm. Như vậy, số điểm đốt và thời gian đốt trung bình được thu ngắn khoảng một nửa so với kết quả thu được so với 2 nghiên cứu đã đề cập ở trên.^{8,9}

Trong một nghiên cứu năm 2023 của Simons và cộng sự so sánh thời gian thực hiện thủ thuật và chiếu tia khi sử dụng catheter cảm biến lực sử và triệt đốt rung nhĩ bằng hệ thống áp lạnh, thời gian thủ thuật khi sử dụng catheter cảm biến lực là 113 phút, thấp hơn đáng kể so với khi sử dụng hệ thống áp lạnh là 168 phút ($p < 0,001$), thời gian chiếu tia của nhóm sử dụng catheter cảm biến cao hơn (15,1 so với 13,9 phút) nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,641$).¹⁰ Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng đều ghi nhận về việc thời gian thủ thuật giảm đáng kể khi sử dụng catheter cảm biến lực so với catheter truyền thống.¹¹

Toàn bộ các bệnh nhân kết thúc thủ thuật với nhịp xoang và đạt được cô lập hoàn toàn 4 tĩnh mạch phổi về mặt điện học. Đây là kết quả ghi nhận hiệu quả bước đầu khi sử dụng catheter cảm biến lực. Nghiên cứu TOCCASTAR thực hiện trên 300 bệnh nhân rung nhĩ cơn được can thiệp triệt đốt rung nhĩ, so sánh nhóm sử dụng catheter cảm biến lực và catheter không có cảm biến lực. Tiêu chí chính là hiệu quả cô lập tĩnh mạch phổi sớm và không còn triệu chứng cơn nhịp nhanh tái phát sau 12 tháng. Hiệu quả đạt 67,8% ở nhóm sử dụng catheter cảm biến lực và 69,4% ở nhóm chứng (khác biệt là -1,6%, $p = 0,00073$). Khi chia nhóm sử dụng catheter cảm biến lực thành 2 nhóm đạt hiệu quả triệt đốt tối ưu (trên 90% số điểm đạt từ 10g trở lên) và không tối ưu, hiệu quả ở 2 nhóm lần lượt là 75,9% và 58,1%. Kết quả của nghiên cứu cho thấy các tiêu chí về hiệu quả không thua kém so với catheter truyền thống. Nghiên cứu PRECEPT thực hiện trên bệnh nhân rung nhĩ bền bỉ sử dụng catheter cảm biến lực cũng cho kết quả khả quan với tỉ lệ thành công sau 15 tháng theo dõi là 61,7%.⁵

Các kết quả của chúng tôi cho thấy đây bước đầu là một thủ thuật an toàn khi không ghi nhận các biến chứng liên quan đến thủ thuật. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng ghi nhận các kết quả về tính an toàn cao của catheter cảm biến lực.¹² Trong nghiên cứu TOCCASTAR, tỉ lệ biến chứng trong 7 ngày của 2 nhóm sử dụng catheter cảm biến lực và nhóm chứng lần lượt là 7,1% và 9,2%. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận tính an toàn tương tự của thủ thuật khi dùng catheter cảm biến lực.⁶

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu ghi nhận tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật triệt đốt rung nhĩ sử dụng catheter cảm biến lực. Cần tiếp

tục mở rộng phạm vi nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi kéo dài, cũng như ghi nhận các thông số chi tiết hơn về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các chỉ số trong thủ thuật triệt đốt để có được đánh giá một cách chính xác về tính an toàn và hiệu quả lâu dài của thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roy D, Talajic M, Nattel S, Wyse DG, Dorian P, Lee KL, et al.** Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *N Engl J Med* 2008;358:2667-77. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0708789>.
2. **Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al.** 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2024;45(36):3314-3414. doi:10.1093/eurheartj/ehae176
3. **Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, et al.** 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024; 149(1). doi:10.1161/CIR.0000000000001193
4. **Natale, Andrea, et al.** "Paroxysmal AF catheter ablation with a contact force sensing catheter: results of the prospective, multicenter SMART-AF trial." *Journal of the American College of Cardiology* 64.7 (2014): 647-656.
5. **Mansour, Moussa, et al.** "Persistent atrial fibrillation ablation with contact force-sensing catheter: the prospective multicenter PRECEPT trial." *Clinical Electrophysiology* 6.8 (2020): 958-969.
6. **Reddy, Vivek Y., et al.** "Randomized, controlled trial of the safety and effectiveness of a contact force-sensing irrigated catheter for ablation of paroxysmal atrial fibrillation: results of the TactiCath Contact Force Ablation Catheter Study for Atrial Fibrillation (TOCCASTAR) study." *Circulation* 132.10 (2015): 907-915.
7. **Tzeis S.** 2024 European Heart Rhythm Association/Heart Rhythm Society/Asia Pacific Heart Rhythm Society/Latin American Heart Rhythm Society expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation.
8. **Viên Hoàng Long** (2023). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điện sinh lý tim và kết quả điều trị rung nhĩ bền bằng năng lượng sóng có tần số radio. Luận án Tiến sĩ y học. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
9. **Phạm Trần Linh** (2016). Nghiên cứu đặc điểm điện sinh lý tim và kết quả điều trị cơn rung nhĩ kịch phát bằng năng lượng sóng có tần số radio. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
10. **Simons, Scott W., et al.** "Comparison of fluoroscopy times and procedural durations obtained during pulmonary vein isolation using modern-generation cryoballoon catheters versus contact force-sensing radiofrequency ablation catheters." *Journal of the American College of Cardiology* 81.8_Supplement (2023): 67-67.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RIBOCICLIB KẾT HỢP FULVESTRANT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT, DI CĂN CÓ THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH, HER2 ÂM TÍNH

Nguyễn Thành Trung¹, Phùng Thị Huyền², Nguyễn Thị Hòa²,
Nguyễn Văn Tùng², Nguyễn Thanh Long², Nguyễn Hồng Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Ribociclib kết hợp Fulvestrant trên nhóm bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu. Từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2024 nghiên cứu thu tuyển 40 bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính tại bệnh viện K. **Kết quả:** Tuổi trung bình tại thời điểm tái phát, di căn là 56,0 (36 – 80 tuổi). Các vị trí di căn thường gặp là xương, phổi, gan chiếm tỷ lệ lần lượt là 60,0%, 42,5% và 35,0%. Tỷ lệ đáp ứng khách quan là 45,0% và lợi ích về lâm sàng đạt 57,5%, trong đó 2,5% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần là 42,5%, bệnh giữ nguyên là 12,5%. Trung vị sống thêm không bệnh tiến triển là 15,9 tháng. Bệnh nhân dung nạp thuốc tốt, có 47,5% bệnh nhân giảm liều điều trị ít nhất một lần và 5% bệnh nhân phải ngừng điều trị do tác dụng không mong muốn của phác đồ. **Kết luận:** Điều trị bằng Ribociclib kết hợp Fulvestrant trên bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính là phác đồ hiệu quả và an toàn. Do đó, phác đồ này nên được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** Ung thư vú giai đoạn tái phát di căn, Ribociclib, Fulvestrant.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF RIBOCICLIB PLUS FULVESTRANT IN PATIENTS WITH RECURRENT OR METASTATIC BREAST CANCER: A RETROSPECTIVE STUDY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: To evaluate the efficacy and adverse effects of the Ribociclib combined with Fulvestrant regimen in patients with recurrent or metastatic breast cancer. **Methods:** A retrospective and prospective descriptive study. From January 2020 to July 2024, the study enrolled 40 patients with hormone receptor-positive, HER2-negative recurrent and metastatic breast cancer at K Hospital. **Result:** The mean age was 56.0 years (range: 36–80 years). Common sites of metastasis included bone (60.0%), lung (42.5%), and liver (35.0%). The objective response rate was

45.0%, and clinical benefit rate was 57.5%, including 2.5% of patients achieving complete response, 42.5% with partial response, and 12.5% with stable disease. Median progression-free survival was 15.9 months. Patients generally tolerated the treatment well; 47.5% required at least one dose reduction, and 5% discontinued treatment due to adverse effects. **Conclusion:** Treatment with Ribociclib in combination with Fulvestrant for recurrent and metastatic hormone receptor-positive, HER2-negative breast cancer is both effective and safe. Therefore, this regimen should be widely adopted in clinical practice.

Keywords: Recurrent and metastatic breast cancer, Ribociclib, Fulvestrant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới và là nguyên nhân tử vong thứ hai trong số các nguyên nhân tử vong do ung thư ở phụ nữ chỉ đứng sau ung thư phổi¹.

Khoảng 5 – 10% bệnh nhân ung thư vú được chẩn đoán ở giai đoạn di căn và khoảng 30% bệnh nhân ung thư vú giai đoạn tại chỗ, tại vùng sẽ tái phát, di căn trong vòng 5 năm kể từ thời điểm chẩn đoán ban đầu². Mục tiêu điều trị của bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn là kéo dài thời gian sống thêm, nâng cao chất lượng cuộc sống, điều trị toàn thân đóng vai trò chủ yếu, điều trị vùng có tính chất cá thể.

Điều trị nội tiết là lựa chọn ưu tiên hàng đầu trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn, có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính với hiệu quả điều trị cao và độc tính thấp hơn so với hóa trị³. Gần đây, nhiều nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả của phác đồ nội tiết phối hợp với thuốc ức chế CDK4/6 so với điều trị nội tiết đơn thuần và phác đồ này đã trở thành điều trị tiêu chuẩn trên bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính⁴. Trong nghiên cứu MONALEESA-3, Ribociclib phối hợp Fulvestrant giúp cải thiện OS lên đến 67,6 tháng so với 51,8 tháng ở nhóm Fulvestrant đơn thuần trong điều trị bước 1, và 39,7 tháng so với 33,7 tháng trong điều trị bước 2⁵. Tuy nhiên, tại Việt Nam còn ít nghiên cứu về kết quả điều trị của phác đồ này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá: "Kết quả điều trị thuốc Ribociclib kết hợp Fulvestrant trên bệnh nhân

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Huyền

Email: phungthihuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính HER2 âm tính”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 40 bệnh nhân chẩn đoán ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính được điều trị bằng Ribociclib phối hợp Fulvestrant tại Bệnh viện K từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ > 18 tuổi, được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng xét nghiệm mô bệnh học.

- PS 0 - 2.

- Bệnh nhân đã mãn kinh: Đã cắt buồng trứng hai bên hoặc > 60 tuổi hoặc < 60 tuổi và mất kinh tự nhiên ≥ 12 tháng, estradiol ở mức mãn kinh. Nếu dùng hoá chất, tamoxifen hay chất ức chế buồng trứng thì FSH, estradiol ở mức mãn kinh.

- Bệnh nhân có khoảng QT < 450msec

- Bệnh nhân có xét nghiệm huyết học và chức năng gan thận trong giới hạn cho phép.

2.1.1. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mặc ung thư thứ hai

- Bệnh nhân có bệnh mạn tính nặng có nguy cơ tử vong gần.

- Bệnh nhân có thai, cho con bú.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Cách thức tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Thu thập thông tin trước điều trị bao gồm: đặc điểm bệnh nhân trước điều trị, chẩn đoán bệnh tại thời điểm tái phát, di căn.

Bước 2: Thu thập thông tin về quá trình điều trị

- Thuốc dùng trong nghiên cứu: Fulvestrant 500 mg tiêm bắp vào ngày 1 và 15 của chu kỳ 1; sau đó vào ngày 1 của chu kỳ 28 ngày tiếp theo. Ribociclib 600 mg/ngày, uống hàng ngày trong 3 tuần nghỉ 1 tuần, chu kỳ 28 ngày.

- Đánh giá kết quả điều trị: Đánh giá đáp ứng: Sau mỗi 3 chu kỳ hoặc khi có diễn biến bất thường, bệnh nhân được đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. Thời gian sống thêm không tiến triển là khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân bắt đầu điều trị cho đến khi bệnh tiến triển hoặc bệnh nhân tử vong. Tác dụng không mong muốn của phác đồ được đánh giá theo tiêu chuẩn CTCAE.

2.2.4. Xử lý số liệu: - Nhập và xử lý dữ liệu

bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Phương pháp thống kê: Thống kê mô tả, so sánh tỷ lệ, so sánh trung bình. Sử dụng phương pháp Kaplan – Meier, kiểm định Log rank để phân tích sống thêm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤65 tuổi	34
	>65 tuổi	6
	Trung bình	56,0±11,3 tuổi
Tình trạng kinh nguyệt	Chưa mãn kinh	17
	Đã mãn kinh	23
Giai đoạn bệnh ban đầu	I	4
	II	18
	III	11
	IV (De novo)	7
Thể giải phẫu bệnh	UTBM xâm nhập tít NST	35
	UTBM tiểu thùy xâm nhập	4
	UTBM thể nhầy	1
Tình trạng Ki-67	<20%	10
	≥20%	30
Thời gian sống thêm không bệnh	≤24 tháng	10
	>24 tháng	23
Vị trí tái phát di căn	Xương	24
	Phổi	17
	Gan	14
	Hạch	9
	Tái phát tại chỗ	2
	Não	1
Di căn tạng	Không di căn tạng	13
	Có di căn tạng	27
Bước điều trị	Bước 1	22
	Bước 2	18

Nhận xét: Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là 56,0 tuổi, trong đó đa số các bệnh nhân ≤65 tuổi (chiếm 85,0%). Giai đoạn bệnh II, III chiếm phần lớn với lần lượt 45,0% và 27,5%. Trong 33 bệnh nhân tái phát, đa số các bệnh nhân tái phát sau 2 năm điều trị, chiếm 69,7%; có 16 bệnh nhân được sinh thiết lại chiếm 48,5%, trong đó có 37,5% bệnh nhân có thay đổi thụ thể nội tiết và 12,5% bệnh nhân có thay đổi thụ thể HER2. Phần lớn các bệnh nhân thuộc thể giải phẫu bệnh ung thư biểu mô xâm nhập, tít NST (chiếm 87,5%). Các vị trí di căn thường gặp là xương, phổi, gan chiếm tỷ lệ lần lượt là 60,0%, 42,5% và 35,0%.

3.2. Hiệu quả điều trị

3.2.1. Đáp ứng sau điều trị

Bảng 3.2: Đánh giá đáp ứng sau điều trị

Đáp ứng điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	1	2,5
Đáp ứng một phần	17	42,5

Bệnh ổn định	5	12,5
Bệnh tiến triển	17	42,5
Tổng số	40	100

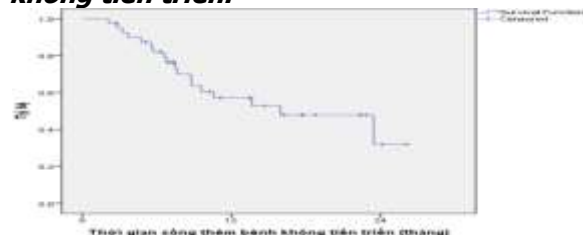
Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng khách quan của phác đồ là 45,0%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 2,5%. Lợi ích lâm sàng đạt 57,5%.

Bảng 3.3: Liên quan giữa đáp ứng điều trị và một số các yếu tố

Các yếu tố liên quan	Đáp ứng (n, %)	Không đáp ứng (n, %)	p
Thời gian không bệnh	≤24 tháng	8 (66,7%)	0,443
	>24 tháng	15 (53,6%)	
Tuổi	≤65 tuổi	20 (58,8%)	0,687
	>65 tuổi	3 (50%)	
Thể mô bệnh học	Thể NST	19 (54,3%)	0,277
	UTBM thể khác	4 (80,0%)	
Bước điều trị	Bước 1	13 (59,1%)	0,882
	Bước sau	10 (55,6%)	
Tình trạng di căn tạng	Có di căn tạng	14 (51,9%)	0,298
	Không di căn tạng	9 (69,2%)	

Nhận xét: Không thấy sự liên quan giữa đáp ứng điều trị với khoảng thời gian không bệnh, tuổi, thể mô bệnh học, bước điều trị và tình trạng di căn tạng.

3.2.2. Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển.



Biểu đồ 3.4. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển: 15,9 tháng

Bảng 3.4: Liên quan giữa sống thêm bệnh không tiến triển và một số yếu tố

Các yếu tố liên quan	Trung vị (Tháng)	12 tháng (%)	24 tháng (%)	p
Đáp ứng điều trị	Có đáp ứng	NR	52,2	< 0,0001
	Không đáp ứng	7,6	17,6	
Bước điều trị	Bước 1	23,4	40,9	0,283
	Bước sau	10,5	33,3	
Tình trạng di căn tạng	Có di căn tạng	23,4	33,3	0,158
	Không di căn tạng	10,5	46,2	

Nhận xét: Trung vị sống thêm bệnh không tiến triển của bệnh nhân có đáp ứng cao hơn so với bệnh nhân không đáp ứng và tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm của nhóm có đáp

ứng với điều trị là cao hơn rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở nhóm điều trị bước 1 hay bước sau và ở nhóm có hay không có di căn tạng.

3.2.3. Độc tính và tác dụng không mong muốn do hóa chất điều trị

* Tác dụng không mong muốn:

- Độc tính trên hệ tạo huyết: Tỷ lệ giảm bạch cầu đa nhân trung tính độ độ 3,4 xảy ra ở 18,5% số chu kỳ điều trị trên 25 bệnh nhân. Không có bệnh nhân nào bị giảm tiểu cầu độ 3,4. Hơn 50% bệnh nhân có thiếu máu trong quá trình điều trị, hầu hết là độ 1,2.

- Độc tính ngoài hệ tạo huyết: Tỷ lệ tăng men gan độ 1,2 là 7,2% số đợt điều trị, xảy ra trên 15 bệnh nhân và tỷ lệ tăng độ 3,4 là 0,4%. Tỷ lệ tăng creatinin độ 1,2 là 0,5% số đợt điều trị, không có bệnh nhân nào creatinin tăng độ 3,4.

Bảng 3.5: Tỷ lệ giảm liều

Giảm liều điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giảm liều lần 1	19	47,5%
Giảm liều lần 2	4	10,0%
Ngừng Ribociclib	2	5,0%

Nhận xét: Có 19 bệnh nhân giảm liều lần 1, chiếm 47,5% và 4 bệnh nhân giảm liều lần 2, chiếm 10%. Có 2 bệnh nhân (5%) phải ngừng điều trị do tác dụng không mong muốn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các vị trí di căn thường gặp là xương (60,0%), phổi (42,5%) và gan (35,0%). Các phân nhóm phân tử trong ung

thư vú có liên quan đến các vị trí di căn khác nhau và tiên lượng khác nhau. Kenecke và cộng sự nghiên cứu đặc điểm di căn của 3726 bệnh nhân ung thư vú với các phân nhóm phân tử khác nhau, cho thấy xương là vị trí di căn thường gặp nhất với các nhóm luminal A (66,6%), luminal B (71,4%), trong khi đó UTV bộ ba âm tính thường di căn tạng như phổi, gan, não⁶.

Trong 33 bệnh nhân chẩn đoán khi bệnh tái phát di căn, có 16 bệnh nhân được sinh thiết lại chiếm 48,5%, trong đó 37,5% có thay đổi thụ thể nội tiết và 12,5% có thay đổi thụ thể HER2. Linstrom và cộng sự nghiên cứu trên hơn 1000 bệnh nhân ung thư vú tái phát cho thấy có 32,0 – 36,1% sự bất tương đồng về tình trạng thụ thể nội tiết và 15,7% sự bất tương đồng về thụ thể HER2 giữa khối u nguyên phát và tổn thương tái phát⁷.

4.2. Hiệu quả điều trị

4.2.1. Đánh giá đáp ứng điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phác đồ phối hợp Ribociclib và Fulvestrant cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 45%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 2,5%; lợi ích về lâm sàng đạt 57,5%. Kết quả này phản ánh hiệu quả điều trị cao của liệu pháp kết hợp Ribociclib và Fulvestrant trong nhóm bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn, tương đồng với các báo cáo trong các thử nghiệm lâm sàng lớn như MONALEESA-3 và MONALEESA-7 với tỷ lệ đáp ứng khách quan lần lượt là 50% và 43,5%^{5,8}.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hiện diện của di căn tạng và đáp ứng điều trị ($p=0,298$). Điều này cho thấy rằng Ribociclib kết hợp với Fulvestrant vẫn là một lựa chọn điều trị hiệu quả ngay cả đối với những bệnh nhân có di căn tạng. Các nghiên cứu khác, bao gồm cả các thử nghiệm MONALEESA, cũng nhận thấy rằng sự hiện diện của di căn tạng không làm giảm đáng kể hiệu quả của các chất ức chế CDK4/6. Điều này rất quan trọng vì di căn tạng thường là một yếu tố tiên lượng xấu, nhưng các chất ức chế CDK4/6 vẫn mang lại lợi ích lâm sàng có ý nghĩa cho những bệnh nhân này.

4.2.2. Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trung vị sống thêm không bệnh tiến triển là 15,9 tháng ở các bệnh nhân được điều trị bằng Ribociclib kết hợp Fulvestrant. Kết quả này gần tương đương với kết quả từ thử nghiệm MONALEESA-3 với trung vị sống thêm không bệnh tiến triển được báo cáo là 20,5 tháng⁵. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và đáp ứng điều trị

($p < 0,0001$). Điều này được dự đoán trước, vì việc đạt đáp ứng với liệu pháp điều trị có liên quan chặt chẽ đến việc kiểm soát bệnh tốt hơn và làm chậm sự tiến triển của bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa di căn tạng và PFS ($p=0,158$). Điều này cho thấy rằng Ribociclib kết hợp Fulvestrant vẫn có hiệu quả ngay cả ở những bệnh nhân có bệnh tiến triển rầm rộ, bao gồm cả những bệnh nhân có di căn tạng.

Các kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh hiệu quả của phác đồ Ribociclib kết hợp Fulvestrant sớm trong liệu trình điều trị để tối đa hóa tỷ lệ đáp ứng và PFS. Hơn nữa, việc không thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa các yếu tố mô học, tuổi, hoặc di căn tạng với kết quả điều trị càng củng cố lợi ích của Ribociclib và Fulvestrant trên các nhóm bệnh nhân khác nhau.

4.2.3. Độc tính và tác dụng không mong muốn. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3-4 trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,5%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu MONALEESA-3 và MONALEESA-7, tỷ lệ hạ bạch cầu dao động từ 50- 70%^{5,8}. Điều này cho thấy hạ bạch cầu là tác dụng phụ thường gặp và được kiểm soát bằng cách giảm liều hoặc gián đoạn điều trị. Tỷ lệ các bệnh nhân phải giảm liều trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao (47,5%), kết quả này tương đương với nghiên cứu MONALEESA-7 với 50-60% bệnh nhân phải giảm liều ít nhất một lần do các tác dụng phụ như hạ bạch cầu hoặc tăng men gan⁸.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bằng Ribociclib kết hợp Fulvestrant trên bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính là phác đồ hiệu quả và an toàn. Do đó, phác đồ này nên được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. Dawood S, Broglio K, Ensor J, Hortobagyi GN, Giordano SH. Survival differences among women with de novo stage IV and relapsed breast cancer. *Ann Oncol.* 2010;21(11):2169-2174. doi:10.1093/annonc/mdq220
3. Untch M, Würlstein R, Lüttner D, et al. ABC5 International Consensus Conference on Advanced Breast Cancer, Lisbon, 16 November 2019. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2020;80(6):588-600. doi:10.1055/a-1139-9380
4. Cardoso F, Paluch-Shimon S, Schumacher-

- Wulf E, et al.** 6th and 7th International consensus guidelines for the management of advanced breast cancer (ABC guidelines 6 and 7). *The Breast*. 2024;76: 103756. doi:10.1016/j.breast.2024.103756
5. **Neven P, Fasching PA, Chia S, et al.** Updated overall survival from the MONALEESA-3 trial in postmenopausal women with HR+/HER2– advanced breast cancer receiving first-line ribociclib plus fulvestrant. *Breast Cancer Res*. 2023;25(1). doi:10.1186/s13058-023-01701-9
6. **Kennecke H, Yerushalmi R, Woods R, et al.** Metastatic behavior of breast cancer subtypes. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2010; 28(20): 3271-3277. doi:10.1200/JCO.2009. 25.9820
7. **Lindström LS, Karlsson E, Wilking UM, et al.** Clinically Used Breast Cancer Markers Such As Estrogen Receptor, Progesterone Receptor, and Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Are Unstable Throughout Tumor Progression. *J Clin Oncol*. 2012;30(21):2601-2608. doi:10.1200/JCO.2011.37.2482
8. **Im SA, Lu YS, Bardia A, et al.** Overall Survival with Ribociclib plus Endocrine Therapy in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2019;381(4):307-316. doi:10.1056/NEJMoa1903765

NHIỄM NOCARDIA LAN TỎA Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ SỬ DỤNG CORTICOSTEROID KÉO DÀI: MỘT THÁCH THỨC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Thị Thủy Ngân^{1,2}, Nguyễn Thị Như Trang¹, Tôn Thất Hoàng^{3,4}

TÓM TẮT

Bối cảnh: Nocardia là vi khuẩn hiếu khí, Gram dương, dạng sợi phân nhánh, bắt màu acid yếu, gây bệnh chủ yếu ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch nhưng cũng có thể gặp ở người khỏe mạnh. Bệnh có thể biểu hiện ở nhiều cơ quan, đặc biệt là phổi và hệ thần kinh trung ương, với tỷ lệ tử vong cao nếu chẩn đoán và điều trị chậm. **Cá bệnh:** Bệnh nhân nam, 64 tuổi, tiền sử đái tháo đường type 2, sử dụng corticosteroid kéo dài, tai biến mạch máu não cũ. Nhập viện vì nhiễm trùng huyết trên nền viêm mô tế bào đùi trái, kèm khó thở, lơ mơ. Hình ảnh CT và MRI cho thấy viêm phổi hoại tử, áp xe não đa ổ và tụ mủ dưới màng cứng. Nhuộm Gram từ mủ phát hiện trực khuẩn Gram dương phân nhánh, nhuộm Kinyoun dương tính yếu, định danh Nocardia spp. Bệnh nhân được điều trị phối hợp imipenem, amikacin và trimethoprim-sulfamethoxazole. Tuy nhiên, tình trạng không cải thiện, tiên lượng xấu, gia đình xin cho bệnh nhân về sau 13 ngày điều trị. **Kết luận:** Trường hợp này minh họa diễn tiến nhanh và mức độ nghiêm trọng của nhiễm Nocardia lan tỏa ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Cần nghĩ tới Nocardia trong các trường hợp nhiễm trùng đa ổ không đáp ứng điều trị thông thường, chỉ định nhuộm Gram/Kinyoun và nuôi cấy vi sinh sớm, đồng thời khởi trị phối hợp kháng sinh kéo dài để cải thiện tiên lượng.

Từ khóa: Nocardia; Nhiễm trùng cơ hội; Áp xe não; Viêm phổi hoại tử; Suy giảm miễn dịch

SUMMARY

DISSEMINATED NOCARDIA INFECTION IN A PATIENT WITH DIABETES MELLITUS AND PROLONGED CORTICOSTEROID USE: A DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGE

Background: Nocardia are aerobic, Gram-positive, branching filamentous, weakly acid-fast bacteria that primarily cause disease in immunocompromised patients but can also affect immunocompetent individuals. The infection may involve multiple organs, particularly the lungs and central nervous system, and carries a high mortality rate if diagnosis and treatment are delayed. **Case Presentation:** A 64-year-old male with a history of type 2 diabetes mellitus, prolonged corticosteroid use, and prior cerebrovascular accident was admitted with sepsis secondary to left thigh cellulitis, accompanied by dyspnea and altered consciousness. Chest CT and brain MRI revealed necrotizing pneumonia, multiple brain abscesses, and subdural empyema. Gram staining of pus demonstrated Gram-positive branching bacilli, and modified Kinyoun staining showed weak acid-fastness, consistent with Nocardia spp. The patient was treated with imipenem, amikacin, and trimethoprim-sulfamethoxazole. However, his condition did not improve, and due to poor prognosis, the family requested discharge after 13 days of treatment. **Conclusion:** This case illustrates the rapid progression and severity of disseminated Nocardia infection in an immunocompromised patient. Nocardia should be considered in cases of multi-organ infection unresponsive to standard treatment, with early Gram/Kinyoun staining and microbiological culture, alongside prompt initiation of prolonged combination antibiotic therapy to improve outcomes.

Keywords: Nocardia; Opportunistic infection; Brain abscess; Necrotizing pneumonia; Immunocompromised host.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³Bệnh viện Nhi Đồng 2

⁴Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thủy Ngân

Email: ntngan.nn@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

I. GIỚI THIỆU

Nocardia là vi khuẩn hiếu khí, Gram dương, dạng sợi, phân nhánh, bắt màu acid yếu, thuộc bộ Actinomycetales và được tìm thấy rộng rãi trong đất, nước, chất hữu cơ đang phân hủy [1, 2]. Hiện đã mô tả hơn 120 loài, trong đó khoảng 50 loài có khả năng gây bệnh ở người [2]. Các loài thường gặp bao gồm *N. asteroides*, *N. brasiliensis*, *N. farcinica*, *N. cyriacigeorgica* và *N. otitidiscaviarum*, với đặc điểm sinh học, độc lực và độ nhạy kháng sinh khác nhau, khiến việc định danh loài đóng vai trò quan trọng trong lựa chọn kháng sinh điều trị [3, 4].

Bệnh do *Nocardia* thường được xem là nhiễm trùng cơ hội, xuất hiện nhiều ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch do HIV/AIDS, ung thư, ghép tạng, sử dụng corticosteroid hoặc thuốc ức chế miễn dịch kéo dài [1, 4]. Tuy nhiên, nhiều báo cáo gần đây cho thấy bệnh cũng có thể xảy ra ở người khỏe mạnh, đặc biệt sau chấn thương da, phơi nhiễm nghề nghiệp với môi trường đất, bụi hoặc chất thải hữu cơ [2, 3, 5].

Lâm sàng của bệnh đa dạng, bao gồm nhiễm trùng da – mô mềm, viêm phổi, áp xe não và bệnh lan tỏa. Trong đó, viêm phổi do *Nocardia* là thể thường gặp nhất, có thể tiến triển từ nhiễm khuẩn hô hấp mạn tính hoặc cấp tính, và có nguy cơ lan truyền đường máu đến hệ thần kinh trung ương và các cơ quan khác [1, 6]. Tỷ lệ tổn thương não ở bệnh nhân nhiễm *Nocardia* dao động 20–44% và thường biểu hiện bằng áp xe não đa ổ [2, 7].

Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, dễ nhầm với lao, nấm hoặc ung thư di căn [5, 6]. Hình ảnh X-quang và cắt lớp vi tính ngực có thể ghi nhận các nốt phổi đơn độc, nhiều nốt, thâm nhiễm, áp xe, đôi khi có hang hoặc tràn dịch màng phổi [1, 4]. Hình ảnh cộng hưởng từ não thường cho thấy tổn thương tăng quang viền kèm phù não xung quanh [6, 7]. Chẩn đoán xác định dựa vào phân lập vi khuẩn từ bệnh phẩm vô trùng (đờm, dịch rửa phế quản, mủ áp xe, dịch não tủy...) với nhuộm Gram thấy vi khuẩn dạng sợi Gram dương phân nhánh và nhuộm Kinyoun/Ziehl–Neelsen biến đổi bắt màu acid yếu [1, 6].

Điều trị *Nocardia* cần thời gian kéo dài, thường từ 6–12 tháng, cá biệt đến 18–24 tháng ở thể lan tỏa hoặc có tổn thương hệ thần kinh trung ương [2, 7]. Thuốc lựa chọn hàng đầu là trimethoprim–sulfamethoxazole (TMP–SMX), phối hợp với các kháng sinh khác như imipenem, amikacin, linezolid, hoặc ceftriaxone tùy theo độ nhạy cảm và vị trí tổn thương [1, 4]. Tỷ lệ tử

vong của nhiễm *Nocardia* vẫn cao, dao động 30–60%, đặc biệt ở nhóm suy giảm miễn dịch [1, 4].

Báo cáo này trình bày trường hợp bệnh nhân nam 64 tuổi, đái tháo đường type 2, sử dụng corticosteroid kéo dài và có tiền sử tai biến mạch máu não, nhập viện với nhiễm trùng huyết biến chứng viêm phổi, áp xe cơ đùi và áp xe não đa ổ. Trường hợp này minh họa điển hình cho nhiễm *Nocardia* lan tỏa ở bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm, định danh loài và điều trị kháng sinh thích hợp kéo dài để cải thiện tiên lượng.

II. MÔ TẢ CA BỆNH

Bệnh nhân (BN) nam, 64 tuổi, làm vườn, tiền sử đái tháo đường type 2, sử dụng corticoid kéo dài điều trị đau khớp, tai biến mạch máu não (TBMN) cũ với di chứng yếu tay phải. BN thường xuyên xuất hiện các vết bầm và trầy xước da ở tay chân.

Khoảng 1 tháng trước nhập viện, BN bị trầy xước vùng đùi trái do té ngã, điều trị tại địa phương.

Ngày -4: BN xuất hiện sưng đau đùi trái, rỉ dịch đục. Điều trị tại bệnh viện tuyến dưới với chẩn đoán nhiễm trùng huyết từ viêm mô tế bào đùi trái, viêm phổi/đái tháo đường, TBMN di chứng yếu tay phải, hội chứng Cushing do thuốc. Dùng cefoperazone, vancomycin, losartan.

Ngày -3: Tình trạng không cải thiện, khó thở tăng dần.

Ngày 0: Chuyển Bệnh viện Chợ Rẫy. Khám lúc nhập viện: BN khó thở, đau đầu, tri giác lơ mơ (Glasgow 13 điểm), sưng đau vùng đùi trái, chảy dịch mủ đục tại gối trái. Xquang ngực: thâm nhiễm phổi phải và 1/3 trên phổi trái. CT sọ não: tổn thương đa ổ nhu mô hai bán cầu, đường kính tối đa 4,3 cm, bắt thuốc viền, phù não xung quanh, nghi áp xe não. CT ngực: đông đặc hai phổi, nhiều ở vùng đỉnh và thùy dưới, có tạo hang, ứ dịch phế quản.

Ngày 3: MRI não: áp xe não đa ổ vùng trán–đỉnh–thái dương hai bên và chẩm trái, tụ mủ dưới màng cứng bán cầu trái.

Ngày 5–7: BN được đặt nội khí quản, thở máy. Điều trị phổi hợp imipenem, amikacin, trimethoprim–sulfamethoxazole (TMP–SMX) theo kinh nghiệm sau khi nhuộm Gram từ mủ ghi nhận trực khuẩn Gram dương phân nhánh, nhuộm Kinyoun dương tính yếu.

Ngày 12: Xquang ngực: tràn dịch màng phổi hai bên, thâm nhiễm 1/3 dưới phổi hai bên, 1/3 trên phổi phải. Siêu âm tim: EF 43%, dẫn thất trái. Các xét nghiệm vi sinh: Soi AFB, soi nấm âm tính; cấy máu âm tính; định danh vi

khuẩn từ mủ phù hợp *Nocardia* spp. Huyết học – sinh hóa: WBC 19,6–26,7 G/L, Neutrophil >95%, CRP tăng cao, Hb giảm (58–108 g/L), tiểu cầu dao động 140–218 G/L. Diễn tiến: Sau 13 ngày điều trị tích cực, tình trạng BN vẫn nặng, tiên lượng xấu. Gia đình xin cho BN về (01/12/2024).

III. BÀN LUẬN

Nhiễm *Nocardia* là một bệnh nhiễm trùng cơ hội hiếm gặp, gây ra bởi trực khuẩn Gram dương, phân nhánh, hiếu khí, bắt màu acid yếu, thuộc bộ Actinomycetales [1]. Vi khuẩn phân bố rộng rãi trong đất, nước và môi trường tự nhiên, xâm nhập vào cơ thể chủ yếu qua đường hô hấp, nhưng cũng có thể qua đường tiêu hóa hoặc trực tiếp qua da sau chấn thương [2, 3, 8].

Phần lớn ca bệnh xảy ra ở người suy giảm miễn dịch: HIV/AIDS, ghép tạng, ung thư, sử dụng corticosteroid hoặc thuốc ức chế miễn dịch kéo dài [8]. Tuy nhiên, nhiều báo cáo cho thấy *Nocardia* cũng có thể gây bệnh ở người miễn dịch bình thường, đặc biệt sau tổn thương da hoặc phổi nhiễm nghề nghiệp [2, 3, 5]. Bệnh nhân trong báo cáo này có nhiều yếu tố nguy cơ cộng hưởng: đái tháo đường type 2, dùng corticosteroid kéo dài, tai biến mạch máu não di chứng, và có vết trầy xước ở đùi – phù hợp với con đường xâm nhập qua da được mô tả trong ca bệnh *N. brasiliensis* [3].

Biểu hiện lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu và thường bị chẩn đoán nhầm với lao, nấm hoặc ung thư di căn [6]. Trong nghiên cứu của Khan và cộng sự, phổi là cơ quan bị ảnh hưởng phổ biến nhất (>2/3 ca) và tổn thương hệ thần kinh trung ương (HTKTU) gặp ở 20–44% bệnh nhân, thường dưới dạng áp xe não đa ổ và thường là yếu tố tiên lượng xấu [1]. Ca bệnh này có tổn thương phổi hoại tử nhiều ổ kèm áp xe não và tụ mủ dưới màng cứng, điển hình cho thể lan tỏa qua đường máu. Hình ảnh CT và MRI não cho thấy tổn thương tăng quang viền kèm phù não – dấu hiệu kinh điển của áp xe não do *Nocardia* [1–3].

Chẩn đoán xác định dựa vào phân lập vi khuẩn từ bệnh phẩm vô trùng (mủ áp xe, dịch não tủy, dịch rửa phế quản...). Về vi sinh, nhuộm Gram và Kinyoun vẫn là bước quan trọng để định hướng chẩn đoán [1, 4]. Nhuộm Gram thường thấy trực khuẩn Gram dương phân nhánh, nhuộm Kinyoun/Ziehl–Neelsen biến đổi bắt màu acid yếu. Việc nuôi cấy và định danh loài giúp lựa chọn kháng sinh tối ưu, do độ nhạy khác nhau giữa các loài (*N. farcinica*, *N. nova*, *N. cyriacigeorgica*...) [8]. Cây máu âm tính là điều thường gặp do tỷ lệ phân lập từ máu thấp [1].

Điều trị chuẩn cho *Nocardia* dựa trên

trimethoprim–sulfamethoxazole (TMP–SMX) phối hợp với kháng sinh khác (imipenem, amikacin, linezolid, ceftriaxone) tùy vị trí tổn thương và độ nhạy cảm [2, 7]. Thời gian điều trị kéo dài ít nhất 6–12 tháng, đặc biệt ở ca có tổn thương hệ thần kinh trung ương [1]. Trong trường hợp này, BN được điều trị phối hợp imipenem, amikacin và TMP–SMX sớm, theo kinh nghiệm từ các ca bệnh nặng trong y văn [4, 7]. Tuy nhiên, tiên lượng vẫn xấu do: cơ địa suy giảm miễn dịch; bệnh lan tỏa đa cơ quan; tiến triển nhanh trước khi có điều trị đặc hiệu; khả năng kháng thuốc của một số loài *Nocardia*, ví dụ *N. farcinica* đa kháng [8]. Tỷ lệ tử vong trong các nghiên cứu dao động từ 30–60%, cao hơn ở bệnh nhân dùng thuốc ức chế miễn dịch hoặc có tổn thương não [1,4].

Ca bệnh này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc: (1) Nghi ngờ *Nocardia* ở BN nhiễm trùng đa ổ không đáp ứng điều trị thường quy, đặc biệt trên cơ địa suy giảm miễn dịch; (2) Thực hiện nhuộm Gram và Kinyoun từ bệnh phẩm sớm để định hướng chẩn đoán, (3) Khởi trị phối hợp kháng sinh sớm khi nghi ngờ, không chờ kết quả định danh cuối cùng; (4) Điều trị kéo dài và theo dõi sát để giảm nguy cơ tái phát và tử vong.

IV. KẾT LUẬN

Nhiễm *Nocardia* là bệnh lý hiếm gặp nhưng có thể gây hậu quả nghiêm trọng, đặc biệt ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch hoặc có bệnh nền mạn tính. Ca bệnh này minh họa sự phức tạp và diễn tiến nhanh của *Nocardia* lan tỏa, với tổn thương đa cơ quan (da – cơ, phổi, não) và tiên lượng xấu dù đã được điều trị phối hợp kháng sinh sớm.

Việc chẩn đoán sớm đòi hỏi lâm sàng phải luôn nghĩ đến *Nocardia* trong các trường hợp nhiễm trùng đa ổ không đáp ứng điều trị thông thường, kết hợp với chỉ định nhuộm Gram, nhuộm Kinyoun và nuôi cấy vi sinh kịp thời. Điều trị nên bắt đầu ngay khi nghi ngờ, phối hợp nhiều kháng sinh và kéo dài, đồng thời kiểm soát tốt các bệnh lý nền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Takiguchi, Y., et al.,** Pulmonary Nocardiosis: A Clinical Analysis of 30 Cases. Intern Med, 2017. 56(12): p. 1485-1490.
2. **Lam, J.C., W.W. Chan, and J.F. Walsh,** Disseminated nocardiosis in an immunocompetent host with occupational exposure. IDCases, 2022. 30: p. e01620.
3. **Iwabayashi, M., J. Takiguchi, and H. Tomioka,** A case of pulmonary nocardiosis with *Nocardia brasiliensis* spread from a post-traumatic cutaneous infection in an immunocompetent patient. Respirol Case Rep, 2023. 11(10): p. e01227.
4. **Ranjan, R., et al.,** A Fatal Case of Multidrug-

- Resistant Pleural Nocardiosis by *Nocardia otitidiscaviarum* in an Immunosuppressed Patient: A Case Report and Literature Review. *Cureus*, 2024. 16(1): p. e52071.
5. **Ndlovu, M., et al.,** Disseminated nocardiosis in an immunocompetent patient. *Afr J Thorac Crit Care Med*, 2019. 25(4).
 6. **Arjun, R., et al.,** Disseminated nocardiosis masquerading as metastatic malignancy. *Lung India*, 2016. 33(4): p. 434-8.
 7. **Roy, M., R.C. Lin, and J.J. Farrell,** Case of coexisting *Nocardia cyriacigeorgica* and *Aspergillus fumigatus* lung infection with metastatic disease of the central nervous system. *BMJ Case Rep*, 2022. 15(3).
 8. **Su, H., et al.,** SLE complicated with *Nocardia farcinica* bloodstream infection and disseminated nocardiosis: a case report. *BMC Infect Dis*, 2025. 25(1): p. 792.

TỶ LỆ ĐẠT INR MỤC TIÊU VÀ KIẾN THỨC THỰC HÀNH ĐÚNG Ở BỆNH NHÂN DÙNG THUỐC KHÁNG VITAMIN K SAU PHẪU THUẬT VAN TIM

Phạm Hoàng Trọng Hiếu¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Việc điều trị kháng đông suốt đời bằng thuốc kháng vitamin K nhằm duy trì INR mục tiêu giúp phòng ngừa biến chứng huyết khối ở bệnh nhân sau phẫu thuật van tim. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị kháng đông phụ thuộc vào nhiều yếu tố như chế độ ăn, tương tác thuốc và đặc biệt là sự tuân thủ và kiến thức của người bệnh về việc dùng thuốc. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tỷ lệ đạt INR mục tiêu và đánh giá kiến thức thực hành đúng ở bệnh nhân dùng thuốc kháng Vitamin K sau phẫu thuật tim. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả và phân tích, cắt ngang trên 294 bệnh nhân sau thay van tim cơ học tại bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 294 bệnh nhân, trong đó nam giới chiếm tỷ lệ 44,22% (130/294), độ tuổi trung bình là $55,30 \pm 10,20$. Bệnh nhân thay van hai lá chiếm tỷ lệ nhiều nhất 53,06% (156/294). Liều thuốc kháng đông trung bình/tuần đối với warfarin là $28,34 \pm 9,34$ mg, đối với acenocoumarol là $13,71 \pm 3,1$. Có 72,11% (212/294) bệnh nhân đạt INR trong ngưỡng điều trị, biến chứng chảy máu chiếm tỷ lệ 17,3%. Đối với sự hiểu biết của bệnh nhân về thuốc kháng đông: 23,13% (68/294) bệnh nhân có kiến thức tốt về thuốc kháng đông và có mối tương quan thuận giữa kiến thức bệnh nhân với hiệu quả điều trị kháng đông. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kiến thức của bệnh nhân về thuốc kháng đông còn thấp, điều này có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ đạt ngưỡng INR mục tiêu trong dân số nghiên cứu. **Từ khóa:** INR (International Normalized Ratio), thuốc kháng Vitamin K, kiến thức bệnh nhân, thay van cơ học.

SUMMARY

PROPORTION OF PATIENTS ACHIEVING TARGET INR AND PRACTICAL KNOWLEDGE

¹Bệnh viện Tâm Anh HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Trọng Hiếu

Email: kuracistohieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

OF VITAMIN K ANTAGONIST USE AFTER HEART VALVE SURGERY

Background: Lifelong anticoagulation with vitamin K antagonists (VKAs) is essential for preventing thromboembolic complications in patients after mechanical heart valve replacement by maintaining the international normalized ratio (INR) within the therapeutic range. However, the effectiveness of anticoagulation therapy is influenced by several factors, including diet, drug interactions, and most notably, patients' adherence and knowledge regarding VKA use. **Objective:** To assess the proportion of patients achieving target INR values and to evaluate the level of practical knowledge regarding VKA therapy in patients after cardiac valve surgery. **Methods:** A cross-sectional descriptive and analytical study was conducted on 294 patients who had undergone mechanical heart valve replacement at Thong Nhat Hospital between January and December 2022. Data collected included demographic characteristics, valve type, weekly VKA dosage, INR values, bleeding complications, and patients' knowledge about anticoagulation therapy. **Results:** Of the 294 patients included, 44.22% were male (130/294), with a mean age of 55.3 ± 10.2 years. Mitral valve replacement was the most common type (53.06%, 156/294). The average weekly dose of warfarin was 28.34 ± 9.34 mg, while for acenocoumarol it was 13.71 ± 3.1 mg. A total of 72.11% (212/294) of patients achieved target INR levels, and the incidence of bleeding complications was 17.3%. Only 23.13% (68/294) of patients demonstrated good knowledge of anticoagulant use. A positive correlation was observed between patients' knowledge and the effectiveness of anticoagulation therapy. **Conclusion:** This study highlights that patients' knowledge regarding VKA therapy remains limited, which may impact the likelihood of maintaining INR within the therapeutic range in this population. **Keywords:** INR, vitamin K antagonists, patient knowledge, mechanical valve replacement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay van tim cơ học là một phương pháp điều trị phổ biến trong các bệnh lý van tim nặng. Sau phẫu thuật, bệnh nhân buộc

phải sử dụng thuốc kháng đông đường uống suốt đời, trong đó nhóm thuốc kháng vitamin K (vitamin K antagonists–VKAs) như warfarin hoặc acenocoumarol là lựa chọn chính để phòng ngừa hình thành huyết khối trên van tim cơ học. Tuy nhiên, điều trị bằng VKAs đòi hỏi phải duy trì chỉ số INR (International Normalized Ratio) trong khoảng điều trị thích hợp (thường từ 2,0–3,0 đối với thay van động mạch chủ hoặc 2,5–3,5 đối với thay van 2 lá), nhằm đảm bảo hiệu quả chống đông đồng thời giảm nguy cơ xuất huyết¹. Việc kiểm soát INR trong giới hạn điều trị là một thách thức lâm sàng do khoảng điều trị hẹp và nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tác dụng của thuốc, bao gồm chế độ ăn, tương tác thuốc, bệnh lý đi kèm và đặc biệt là sự tuân thủ và mức độ hiểu biết của người bệnh về thuốc kháng đông². Nhiều nghiên cứu cho thấy kiến thức và thực hành đúng của bệnh nhân có mối liên quan mật thiết với khả năng đạt mục tiêu điều trị cũng như phòng tránh các biến chứng như xuất huyết hoặc huyết khối^{3,4}. Tại Việt Nam, dữ liệu về tỷ lệ bệnh nhân đạt INR mục tiêu và mức độ hiểu biết của bệnh nhân về thuốc kháng đông sau phẫu thuật van tim còn hạn chế, đặc biệt ở các bệnh viện chuyên khoa tim mạch. Việc đánh giá thực trạng này là cần thiết nhằm cung cấp cơ sở cho các can thiệp giáo dục sức khỏe và cải thiện chất lượng điều trị lâu dài. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: (1) Khảo sát tỷ lệ đạt INR mục tiêu ở bệnh nhân dùng thuốc kháng vitamin K sau phẫu thuật thay van tim cơ học; và (2) Đánh giá mức độ kiến thức thực hành đúng của người bệnh về việc sử dụng thuốc kháng đông.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân sau mổ thay van tim cơ học đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thống Nhất Hồ Chí Minh có dùng thuốc kháng đông kháng Vitamin K từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân sau mổ thay van tim cơ học từ 6 tháng trở lên, có xét nghiệm đầy đủ, và tái khám định kỳ tại bệnh viện Thống Nhất.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước lượng cỡ mẫu cho một tỷ lệ

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

Trong đó, n là cỡ mẫu nghiên cứu; α là xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d: sai số mong muốn, chọn $d = 0,06$; p: tỷ lệ đạt INR mục tiêu là 57,1% theo nghiên cứu của tác giả Crystal Sing Yee Tan⁵, chọn $p = 0,571$. Thay vào công thức ta tính được $n = 262$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu này là 262 bệnh nhân.

2.2.3. Định nghĩa biến số

- Biến số về nhân khẩu học, lâm sàng: Giới tính, độ tuổi, BMI, van cơ học đã thay, thuốc kháng Vitamin K hiện đang sử dụng, liều dùng.

- Chỉ số INR đạt mục tiêu: dựa vào khuyến cáo của AHA/ACC (American Heart Association/ American College Cardiology)¹ và ESC (European Society Cardiology)⁶ về mức giá trị INR cho từng bệnh nhân sau thay van tim cơ học.

- Biến số về bảng câu hỏi đánh giá kiến thức dùng thuốc kháng Vitamin K dựa vào Hiểu biết của bệnh nhân được đánh giá qua 8 câu hỏi được xây dựng từ bộ câu hỏi kiến thức về thuốc kháng đông kháng VTK của tác giả Tamrat Assefa Tadesse⁷ gồm hai giá trị kiến thức đúng và kiến thức chưa đúng (sai hoặc không biết).

2.3. Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm R phiên bản 4.4.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định Chi-square (hoặc Fisher's Exact test khi cần) cho biến định tính, và kiểm định t-student hoặc ANOVA cho biến định lượng. Mối liên quan giữa kiến thức bệnh nhân và hiệu quả điều trị kháng đông được đánh giá bằng hệ số tương quan và kiểm định chi-square. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số chung. Chúng tôi ghi nhận có 294 bệnh nhân được tuyển chọn vào nghiên cứu. Đặc điểm dân số nghiên cứu được trình bày ở Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	n = 294
Tuổi (năm, TB $\pm$ ĐLC)	55,30 $\pm$ 10,20
Nam giới (n,%)	130 (44,22)
BMI (kg/m ² , TB $\pm$ ĐLC)	24,03 $\pm$ 4,23
Loại thuốc kháng Vitamin K	
Acenocoumarol (n,%)	74 (25,17)
Warfarin (n,%)	220 (74,83)
Loại van cơ học	
Van hai lá (n,%)	154 (52,38)
Van động mạch chủ (n,%)	65 (22,21)

Van hai lá + Van động mạch chủ (n,%)	75 (25,51)

TB ± ĐLC: Trung bình ± Độ lệch chuẩn

Nhận xét: Trong tổng số 294 bệnh nhân, tuổi trung bình là $55,30 \pm 10,20$. Nam giới chiếm 44,22% (130/294). BMI trung bình là $24,03 \pm$

4,23 kg/m². Về loại thuốc kháng vitamin K, 74,83% bệnh nhân sử dụng warfarin và 25,17% sử dụng acenocoumarol. Liên quan đến loại van cơ học, 52,38% bệnh nhân được thay van hai lá, 22,21% thay van động mạch chủ và 25,51% thay cả hai van.

Bảng 2. Thuốc và liều các thuốc kháng đông kháng Vitamin K

Loại thuốc	N	Liều thuốc/tuần (mg)			INR
	%	X±SD	Liều thấp nhất	Liều cao nhất	X±SD
Acenocoumarol	74	13,71 ± 3,1	6	15	3,45 ± 0,56
	25,17%				
Warfarin	220	28,34 ± 9,34	12	50	3,3 ± 1,02
	74,83%				

TB ± ĐLC: Trung bình ± Độ lệch chuẩn

Nhận xét: Trong số 294 bệnh nhân, có 74 bệnh nhân (25,17%) sử dụng Acenocoumarol với liều trung bình $13,71 \pm 3,1$ mg/tuần, dao động từ 6 đến 15 mg/tuần. Giá trị INR trung bình ở nhóm này là $3,45 \pm 0,56$. Có 220 bệnh nhân sử dụng Warfarin với liều trung bình $28,34 \pm 9,34$

mg/tuần, dao động từ 12 đến 50 mg/tuần; giá trị INR trung bình là $3,3 \pm 1,02$.

3.2. Tỷ lệ đạt INR mục tiêu ở bệnh nhân dùng thuốc kháng Vitamin K sau phẫu thuật thay van tim

Bảng 3. Tỷ lệ đạt INR mục tiêu

Thuốc	Tỷ lệ INR ngoài mục tiêu (n,%)	Tỷ lệ INR trong mục tiêu (n,%)	Tổng (n,%)	Giá trị p
Acenocoumarol	29 (9,86%)	45 (15,31)	74 (25,17)	>0,99
Warfarin	87 (29,60%)	133 (45,23)	220 (74,83)	
Tổng	116 (39,46%)	178 (60,54)	294 (100)	

Nhận xét: Có 178 bệnh nhân (60,54%) đạt INR trong mục tiêu và 116 bệnh nhân (39,46%) có INR ngoài mục tiêu. Ở nhóm sử dụng acenocoumarol (n = 74), 45 bệnh nhân (15,31%) đạt INR trong mục tiêu và 29 bệnh nhân (9,86%) có INR ngoài mục tiêu. Trong khi

đó, ở nhóm sử dụng warfarin (n = 220), 133 bệnh nhân (45,23%) đạt INR trong mục tiêu và 87 bệnh nhân (29,60%) có INR ngoài mục tiêu, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Tỷ lệ biến chứng chảy máu theo các mức INR

Mức INR	Biến chứng chảy máu		Tổng	Giá trị p
	Có - n (%)	Không - n (%)		
<3,5	26 (12,09%)	189 (87,91%)	215	<0,001
3,5 – 5,0	7 (13,21%)	46 (86,79%)	53	
>5,0	16 (61,54)	10 (38,46)	26	

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận có 215 bệnh nhân có mức INR < 3,5, trong đó ghi nhận 26 trường hợp (12,09%) bị biến chứng chảy máu. Ở nhóm INR từ 3,5 đến 5,0 có 53 bệnh nhân, với 7 trường hợp (13,21%) bị chảy máu. Đáng chú ý, ở nhóm bệnh nhân có INR > 5,0 (n = 26), tỷ lệ chảy máu tăng cao với 16 trường hợp (61,54%). Phân tích thống kê cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ chảy máu giữa các nhóm INR là có ý nghĩa ($p < 0,001$).

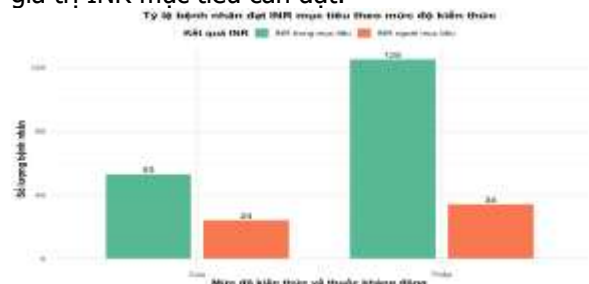
3.3. Môi tương quan giữa INR mục tiêu và kiến thức thực hành dùng thuốc kháng Vitamin K sau phẫu thuật thay van tim

Bảng 5. Tỷ lệ kiến thức đúng về thuốc kháng đông đối với từng câu hỏi

Câu hỏi	Đúng (%)	Sai, không biết (n%)
Q1. Bệnh nhân biết vấn đề ăn nhiều rau xanh (bắp cải, rau cải, bông cải xanh, rau diếp...) hoặc gan heo, gan bò,... làm giảm hiệu quả của thuốc kháng đông	22,3%	77,7%
Q2. Bệnh nhân biết vấn đề uống nhiều rượu bia (>2 ly) làm tăng nguy cơ chảy máu	29,5%	70,5%
Q3. Bệnh nhân biết liều thuốc kháng đông đang dùng	93%	7%
Q4. Bệnh nhân biết xét	89,3%	10,7%

nghiệm INR là để kiểm tra hiệu quả thuốc kháng đông		
Q5. Bệnh nhân biết giá trị xét nghiệm PT/INR cần đạt	43,7%	56,3%
Q6. Bệnh nhân biết khi quên uống 01 liều thuốc kháng đông sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả của thuốc kháng đông	98%	2%
Q7. Bệnh nhân biết những hoạt động nên tránh khi dùng thuốc kháng đông	42,5%	57,5%
Q8. Bệnh nhân biết các dấu hiệu nguy hiểm cần báo ngay cho bác sĩ	87,4%	12,6%

Nhận xét: Trong bảng khảo sát mức độ kiến thức của bệnh nhân về thuốc kháng đông, tỷ lệ trả lời đúng dao động từ 22,3% đến 98%. Câu hỏi có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất là Q6 – “Bệnh nhân biết khi quên uống 01 liều thuốc kháng đông sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả của thuốc” với 98%. Các câu có tỷ lệ trả lời đúng cao tiếp theo gồm: Q3 – “Biết liều thuốc đang dùng” (93%), Q4 – “Biết xét nghiệm INR dùng để kiểm tra hiệu quả thuốc” (89,3%) và Q8 – “Biết các dấu hiệu nguy hiểm cần báo bác sĩ” (87,4%). Ngược lại, tỷ lệ đúng thấp nhất là Q1 – “Biết thực phẩm ảnh hưởng đến hiệu quả thuốc” với chỉ 22,3%, và Q2 – “Biết rượu bia làm tăng nguy cơ chảy máu” với 29,5%. Ngoài ra, chỉ 42,5% bệnh nhân biết về những hoạt động cần tránh khi đang dùng thuốc kháng đông và 43,7% biết giá trị INR mục tiêu cần đạt.



Hình 1: Mối tương quan INR mục tiêu và kiến thức thực hành dùng thuốc kháng Vitamin K

Nhận xét: Nếu kết quả trả lời đúng >80% các câu chúng tôi ghi nhận là kiến thức mức cao, <30 là kiến thức mức thấp. Kết quả cho thấy có 77 bệnh nhân (26,2%) có kiến thức chung đúng về thuốc kháng đông ở mức cao và 217 bệnh nhân (73,8%) có kiến thức ở mức thấp. Ở nhóm có kiến thức cao, tỷ lệ đạt INR trong mục tiêu là 80,52% (62/77), cao hơn rõ rệt so với nhóm có kiến thức thấp với tỷ lệ đạt mục tiêu là 53,46% (116/217). Ngược lại, tỷ lệ INR ngoài mục tiêu ở

nhóm kiến thức thấp là 46,54% (101/217), cao hơn đáng kể so với nhóm kiến thức cao (19,48%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu gồm 294 bệnh nhân sau phẫu thuật thay van tim cơ học, tuổi trung bình là $55,3 \pm 10,2$ và tỷ lệ nam giới chiếm 44,22%. Warfarin là thuốc kháng vitamin K được sử dụng chủ yếu (74,83%), trong khi acenocoumarol chỉ chiếm 25,17%. Cấu trúc van cơ học cho thấy hơn một nửa bệnh nhân thay van hai lá, phù hợp với xu hướng bệnh van tim hậu thấp phổ biến ở Việt Nam. So với các nghiên cứu trước, độ tuổi trung bình thấp hơn một số nghiên cứu quốc tế (thường >60 tuổi), điều này có thể phản ánh tình hình bệnh lý van tim sớm ở nước đang phát triển, đặc biệt là do thấp tim⁸. BMI trung bình là $24,03 \pm 4,23 \text{ kg/m}^2$ cho thấy dân số nghiên cứu thừa cân, theo các nghiên cứu ghi nhận thừa cân – béo phì là yếu tố ảnh hưởng đến việc giảm hấp thu thuốc kháng Vitamin K⁹.

Tỷ lệ đạt INR mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi là 60,54%, khá tương đồng với các nghiên cứu tại châu Á nhưng vẫn thấp hơn so với các quốc gia có hệ thống quản lý thuốc kháng đông tốt như Canada hay Úc (trên 70%). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đạt INR mục tiêu là 60,54%, cao hơn mức trung bình TTR (Time in Therapeutic Range) 57,1% trong nghiên cứu của nhóm tác giả quốc tế ($n = 103$ bệnh nhân MHVR, tuổi trung bình $51,7 \pm 13,9$). Dù phương pháp đánh giá khác nhau (nghiên cứu của chúng tôi đánh giá điểm cắt INR đơn lẻ tại thời điểm khám, trong khi nghiên cứu quốc tế sử dụng phương pháp Rosendaal), kết quả cho thấy tình trạng kiểm soát thuốc kháng đông còn nhiều hạn chế ở cả hai nghiên cứu⁵. Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đạt INR mục tiêu giữa hai nhóm sử dụng warfarin và acenocoumarol ($p > 0,99$). Điều này cho thấy hiệu quả điều trị giữa hai thuốc là tương đương trong thực hành lâm sàng, khi được dùng với liều phù hợp. Bên cạnh đó, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng chảy máu tăng rõ rệt theo mức INR, đặc biệt ở nhóm INR > 5,0, trong đó 61,54% bệnh nhân bị chảy máu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), phù hợp với các bằng chứng trước đây cho thấy INR > 4,5 làm tăng nguy cơ chảy máu nghiêm trọng. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi sát giá trị INR, đặc biệt ở những bệnh nhân có nguy cơ cao hoặc không tuân thủ tốt. Về loại van cơ học, tỷ lệ bệnh nhân

thay van hai lá và van động mạch chủ trong nghiên cứu của chúng tôi (52,38% và 22,21%) gần tương đồng với nghiên cứu quốc tế (54,4% và 26,2%). Tuy nhiên, trong nghiên cứu quốc tế không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng nào trong giai đoạn theo dõi TTR, trong khi nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ biến chứng chảy máu tăng đáng kể khi INR vượt ngưỡng 5,0 (61,54%). Điều này có thể liên quan đến sự khác biệt về liều thuốc sử dụng ở hai nghiên cứu, liều trung bình warfarin trong nghiên cứu tác giả Sing Yee Tan là 3 mg/ngày (~21 mg/tuần), thấp hơn đáng kể so với liều trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ($28,34 \pm 9,34$ mg/tuần).

Liên quan đến kiến thức thực hành dùng kháng đông, bệnh nhân có kiến thức tốt về thuốc kháng đông liên quan chặt chẽ đến khả năng đạt được INR trong mục tiêu. Trong nhóm có kiến thức đúng ở mức cao, 80,52% đạt được INR trong mục tiêu, so với chỉ 53,46% ở nhóm có kiến thức thấp ($p < 0,001$). Mặc dù phần lớn bệnh nhân biết vai trò xét nghiệm INR (89,3%) và liều thuốc đang dùng (93%), nhưng rất ít người nhận thức đúng về ảnh hưởng của rau xanh (22,3%) và rượu bia (29,5%) đến hiệu quả thuốc – đây là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến chuyển hóa và hấp thu của kháng vitamin K. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức đúng mức cao về thuốc kháng đông chỉ đạt 26,2%, trong khi phần lớn (73,8%) có kiến thức ở mức thấp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Abdelaziz và cộng sự tại Ai Cập³ (2022), khi báo cáo rằng 66,7% bệnh nhân có mức kiến thức trung bình, và chỉ 41,3% từng được bác sĩ cung cấp thông tin về thuốc kháng đông. Sự thiếu hụt kiến thức này có thể là nguyên nhân dẫn đến hiệu quả điều trị chưa tối ưu và tăng nguy cơ biến chứng^{3,10}. Đặc biệt, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức thực hành và tỷ lệ đạt INR mục tiêu ($p < 0,001$), tương tự như nghiên cứu Ai Cập cũng ghi nhận tương quan thuận có ý nghĩa giữa kiến thức và mức độ tuân thủ điều trị ($r = 0,597$, $p < 0,001$). Điều này cho thấy kiến thức là yếu tố trung gian quan trọng, ảnh hưởng đến khả năng kiểm soát INR và giảm biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đạt INR mục tiêu trong nghiên cứu chưa cao, điều này có thể do kiến thức thực hành về thuốc kháng vitamin K ở bệnh nhân sau thay van tim còn hạn chế, ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng đạt INR trong mục tiêu. Việc nâng cao

kiến thức cho bệnh nhân là yếu tố then chốt góp phần cải thiện hiệu quả điều trị và giảm biến chứng chảy máu liên quan đến thuốc kháng đông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Otto C. M., Nishimura R. A., Bonow R. O., et al.** 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. Feb 2 2021;143(5):e35-e71. doi:10.1161/cir.0000000000000932
2. **Johansson I., Benz A. P., Kovalova T., et al.** Outcomes of Patients with a Mechanical Heart Valve and Poor Anticoagulation Control on Warfarin. *Thromb Haemost*. Jul 2024;124(7):613-624. doi:10.1055/s-0043-1777827
3. **Sharaf Amany, Farouk Alyaa, Elhamami Moustafa.** Knowledge and Adherence to Oral Anticoagulant Therapy among Patients with Mechanical Heart Valve Prosthesis. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 05/01 2017;06:19-29. doi:10.9790/1959-0603021929
4. **Pattnaik Nandini, Ansari Anwar Hussain, Chakraborty Praloy, Devasenapathy Niveditha.** Use and Assessment of Knowledge of Vitamin K Antagonist Therapy in Cardiac Patients: A Tertiary Care Hospital-Based Survey. *Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences*. 05/01 2021;7:158. doi:10.4103/jpcs.jpcs_16_21
5. **Tan Crystal Sing Yee, Fong Alan Yean Yip, Jong Yuan Hsun, Ong Tiong Kiam.** INR Control of Patients with Mechanical Heart Valve on Long-Term Warfarin Therapy. *Global Heart*. 2018/12/01/ 2018;13(4):241-244. doi:https://doi.org/10.1016/j.gheart.2018.08.003
6. **Baumgartner Helmut, Falk Volkmar, Bax Jeroen J, et al.** 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *European Heart Journal*. 2017;38(36):2739-2791. doi:10.1093/eurheartj/ehx391
7. **Tadesse Tamrat, Fenta Teferi Gedif, Alemayehu Bekele.** Evaluation of Patients' Knowledge on Warfarin Therapy Among Outpatients Receiving Warfarin at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiopian Pharmaceutical Journal*. 06/01 2014;30:133-138. doi:10.4314/epj.v30i2.6
8. **Lamichhane Pratik, Pokhrel Kailash Mani, Pokharel Pashupati, et al.** Prevalence of rheumatic heart disease in South Asia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology*. 2022;358:110-119. doi:10.1016/j.ijcard.2022.04.010
9. **Hou H., Yue A., Hao X., Yang L., Xue Y.** Related factors and safety of reaching the therapeutic target of warfarin after heart valve surgery in hospitalized patients: A retrospective cohort study. *Exp Ther Med*. Feb 2025;29(2):40. doi:10.3892/etm.2024.12790
10. **Park S., Jang I.** Factors Affecting Medication Adherence in Patients with Mechanical Heart Valves Taking Warfarin: The Role of Knowledge on Warfarin, Medication Belief, Depression, and Self-Efficacy. *Int J Environ Res Public Health*. May 14 2021;18(10)doi:10.3390/ijerph18105214.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC CHĂM SÓC HẬU SẢN CỦA SẢN PHỤ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Bùi Thanh Xuân^{1,2}, Bùi Chí Thương^{1,2}, Trần Kim Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kiến thức chăm sóc hậu sản của sản phụ cùng các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang khảo sát 392 sản phụ từ tháng 2/2024 đến tháng 4/2024 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định về kiến thức chăm sóc hậu sản của bản thân (12 câu) và kiến thức chăm sóc hậu sản cho bé (9 câu). **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 392 sản phụ và 392 người nhà tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định cho thấy tỷ lệ sản phụ có kiến thức đạt về chăm sóc hậu sản (CSHS) cho bản thân là 83,2% và cho bé là 62,2%. Yếu tố liên quan giúp tăng kiến thức CSHS cho bản thân là số con đã sinh (con rạ), trong khi điều kiện kinh tế trên trung bình liên quan đến kiến thức CSHS đạt cho bé. **Kết luận:** Cần tăng cường truyền thông giáo dục nâng cao hiệu quả tiếp cận và hiểu biết của sản phụ về chăm sóc hậu sản. **Từ khóa:** kiến thức, chăm sóc hậu sản, chăm sóc hậu sản cho bé

SUMMARY

SURVEY ON POSTPARTUM CARE KNOWLEDGE OF MOTHERS AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Objective: To assess postpartum care knowledge among mothers and associated factors at Nhan Dan Gia Dinh Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 392 postpartum women from February to April 2024 at Nhan Dan Gia Dinh Hospital. Participants were surveyed on knowledge regarding postpartum self-care (12 questions) and newborn care (9 questions). **Results:** Among 392 mothers and 392 family members surveyed, 83.2% of the mothers had adequate knowledge of postpartum self-care, while 62.2% demonstrated sufficient knowledge regarding newborn care. Multiparity (having more than one child) was associated with higher self-care knowledge, whereas above-average economic status was significantly related to better knowledge of newborn care. **Conclusion:** Strengthening health education and communication is essential to improve postpartum knowledge and practices among mothers. **Keywords:** knowledge, postpartum care, newborn care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hậu sản là khoảng thời gian 6 tuần sau sinh. Lúc này, các cơ quan trong cơ thể sản phụ sẽ

dần dần trở về trạng thái bình thường như trước khi có thai, trừ tuyến vú vẫn tiếp tục phát triển để tiết sữa. Sau khi trải qua cuộc chuyển dạ đầy thử thách thì hậu sản lại là khoảng thời gian vô cùng nhạy cảm, nếu không được trang bị đầy đủ kiến thức và chăm sóc đúng cách, sẽ dẫn đến những hậu quả đáng tiếc về cả tinh thần lẫn thể chất của sản phụ cũng như trẻ sơ sinh.

Tại Việt Nam, trong vòng hơn 20 năm (từ giai đoạn 2000-2001 đến 2021-2022), tử vong mẹ giảm từ 165/100.000 xuống còn 46/100.000 trẻ đẻ sống; tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi đã giảm hơn 2 lần (từ 39,6‰ xuống còn 18,9‰) và tử vong trẻ em dưới 1 tuổi cũng đã giảm hơn 2 lần (từ 29,5‰ xuống còn 12,1‰) [1]. Để đạt được kết quả như hiện nay, Bộ Y Tế Việt Nam đã nỗ lực đưa ra nhiều giải pháp, hoàn thiện các chính sách, đầu tư cho nhân lực y tế, tuyên truyền nâng cao nhận thức của người dân thông qua các chương trình, trong đó có chăm sóc hậu sản. Tuy nhiên, so sánh với các nước trong khu vực Đông Nam Á về tử vong mẹ và tử vong trẻ em dưới 5 tuổi [1], Việt Nam đang ở vị trí thứ 4. So với các nước phát triển, Việt Nam đang còn khoảng cách khá xa: Tử vong mẹ ở Nhật Bản 2,8/100.000, ở Pháp 5,7/100.000, Đức 4,6/100.000 trẻ đẻ sống. Tử vong trẻ em dưới 5 tuổi ở Nhật Bản, Thụy Điển, Phần Lan từ 1‰ đến 2‰. Ước tính của Liên Hợp quốc, năm 2021, cứ 1.000 trẻ sinh ra ở Việt Nam thì có gần 10 trẻ sơ sinh tử vong.

Số liệu nêu trên cho thấy việc nâng cao kiến thức chăm sóc hậu sản cho mẹ và bé là vô cùng quan trọng. Nếu giai đoạn ngay sau sinh, các sản phụ và trẻ sơ sinh được chăm sóc một cách khoa học sẽ tạo được tiền đề tốt cho sức khỏe của mẹ-con, góp phần giảm thiểu tỷ lệ tử vong và bệnh tật, đảm bảo sự an toàn, phòng tránh hoặc phát hiện sớm những biến chứng sau sinh, giúp bà mẹ chóng hồi phục về sức khỏe, trẻ sơ sinh dễ dàng thích nghi với hoàn cảnh và môi trường mới sau sinh. Trong bối cảnh công nghệ phát triển như hiện tại, sản phụ và người nhà có thể tiếp cận thông tin về chăm sóc hậu sản bằng nhiều cách. Tuy nhiên, đa số sản phụ và người nhà không được trang bị kỹ năng tra cứu kiến thức y khoa qua các tài liệu và khuyến cáo khoa học, dẫn đến việc tiếp cận thông tin thông qua các nguồn không chính thống. Những nguồn

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Chí Thương

Email: buichithuong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

thông tin sai lệch trên có thể gây hoang mang, nguy hiểm hơn có thể dẫn đến việc chăm sóc hậu sản không đúng cách, làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của sản phụ và trẻ sơ sinh. Đa số các nghiên cứu trước đây đều thực hiện trên đối tượng là sản phụ. Trong khi đó, người nhà trực tiếp chăm sóc cho sản phụ và bé sau sinh cũng đóng vai trò hết sức quan trọng lại ít được quan tâm.

Chính vì vậy, tôi nhận thấy đề án: "Khảo sát kiến thức chăm sóc hậu sản của sản phụ và người nhà tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định" là cần thiết.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát kiến thức chăm sóc hậu sản của sản phụ cùng các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang

2.2. Đối tượng đề án. Sản phụ và người nhà tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định trong khoảng thời gian từ 01/02/2025 đến 30/04/2025 thỏa tiêu chí chọn mẫu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn vào:

- Sản phụ sinh con tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định thỏa các tiêu chí sau:

Sản phụ vào ngày thứ hai sau sinh tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, đồng ý tham gia đề án.

- Đại diện người chăm sóc cho sản phụ tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định thỏa các tiêu chí sau:

Người nhà là người trực tiếp chăm sóc trong phần lớn thời gian hậu sản, có thể chăm sóc sản phụ tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, đồng ý tham gia đề án.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Sản phụ hoặc người nhà có bệnh lý về tâm thần, không có khả năng nghe nói.

Sản phụ đang trong tình trạng sức khỏe không thể tự chăm sóc cho bản thân.

2.4. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n \geq Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \times \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Số sản phụ trong thời kỳ hậu sản tối thiểu cần chọn vào đề án.

Z: Trị số từ phân phối chuẩn, ứng với xác suất sai lầm loại 1 $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$.

α : Sai lầm loại 1 với giá trị là 0,05.

p: Tỷ lệ ước lượng kiến thức CSHS đạt của sản phụ. Chọn $p=0,5619$ dựa theo nghiên cứu thực hiện trên phụ nữ tại Đắk Lắk năm 2020 của tác giả Đinh Thị Ngọc Lệ [2].

d: sai số cho phép ($d=0,05$)

Thay vào công thức, ta có cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 378 sản phụ.

2.5. Phương pháp thu thập và quản lý số liệu

- Phương pháp thu thập mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Bước 1. Lựa chọn sản phụ tham gia: Lập danh sách sản phụ vào ngày hậu sản hoặc hậu phẫu thứ 2 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định đủ tiêu chuẩn tham gia đề án.

Bước 2. Nghiên cứu thử với 20 đối tượng gồm 10 sản phụ để chỉnh sửa bộ câu hỏi cho phù hợp, thống nhất cho toàn bộ đề án. Số liệu của 20 trường hợp này sẽ không được tính vào mẫu nghiên cứu.

Bước 3. Tiến hành lấy mẫu chính thức: Nghiên cứu viên trao đổi trực tiếp với sản phụ tại khoa. Nghiên cứu viên giới thiệu, giải thích về mục đích của đề án cũng như các quyền lợi của đối tượng khi tham gia đề án. Nếu đồng ý tham gia, sản phụ sẽ được hướng dẫn đọc và ký bản đồng thuận tham gia đề án. Việc không đồng ý tham gia đề án không ảnh hưởng gì tới công việc, sức khỏe của sản phụ tại khoa.

Bước 4. Tiến hành thu thập số liệu: Nghiên cứu viên đọc câu hỏi trực tiếp và ghi lại câu trả lời vào bảng thu thập số liệu. Trong quá trình thu thập số liệu, nếu sản phụ không đồng ý trả lời bất cứ câu hỏi nào trong bảng câu hỏi, hoặc muốn dừng tham gia đề án sẽ được loại khỏi đề án. Thời gian phỏng vấn trung bình 40 phút cho sản phụ. Đánh giá đạt khi Sản phụ đạt khi:

+ Kiến thức cho mẹ: đúng ≥ 7 câu trong số 12 câu

+ Kiến thức chăm sóc hậu sản cho bé: đúng ≥ 5 câu trong số 9 câu

Bước 5. Tư vấn giúp sản thực hành đúng CSHS

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Sử dụng tần số và tỉ lệ phần trăm để mô tả cho các biến định tính. Dùng phép kiểm chi bình phương với mức ý nghĩa $\alpha=0,05$ để xét mối liên quan giữa biến phụ thuộc Sử dụng hồi quy logistic lượng hóa mối quan hệ bằng tỉ số chênh POR với khoảng tin cậy (KTC) 95%.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh học Bệnh viện Nhân dân Gia Định chấp thuận theo giấy chứng nhận số 145/NDGD-HĐĐĐ cấp ngày 29/11/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành thu thập số liệu từ tháng 2/2024 đến tháng 4/2024 tại

Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Chúng tôi đã thu thập số liệu của 392 sản phụ và 392 người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu. Kết quả phân tích số liệu của 392 sản phụ và 392 người nhà của này được trình bày như sau:

3.1. Thông tin chung của sản phụ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của sản phụ tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
<25 tuổi	62	15,8
25-34 tuổi	239	61,0
≥35 tuổi	91	23,2
Tuổi trung bình: 30,16 ± 5,97		
Nghề nghiệp		
Công nhân viên chức	75	19,1
Nông dân	4	1,0
Nội trợ	114	29,1
Tự do	140	35,7
Khác	59	15,1
Điều kiện kinh tế		
Nghèo/cận nghèo	22	5,6
Trung bình	58	14,8
Trên trung bình	312	79,6
Trình độ học vấn		
Mù chữ	3	0,8
Tiểu học	17	4,3
Trung học cơ sở	83	21,2
Trung học phổ thông	120	30,6
Trên trung học phổ thông	169	43,1
Tham gia BHYT		

Không	30	7,7
Có	362	92,3

Nhóm tuổi 25-34 chiếm đa số (61,0%), tuổi trung bình 30,16 ± 5,97. Nghề nghiệp phổ biến là tự do (35,7%), nội trợ (29,1%), công nhân viên chức (19,1%). Điều kiện kinh tế trên trung bình chiếm 79,6. Trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên đạt 73,7%. Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế là 92,3%.

3.2. Kiến thức chăm sóc hậu sản của bản thân và bé



Biểu đồ 1: Kiến thức chăm sóc hậu sản của bản thân và bé

Có 83,2% (336 sản phụ) trả lời đúng ≥ 7/12 câu hỏi khảo sát và được tính là đạt về kiến thức chăm sóc hậu sản cho bản thân theo thang điểm của đề án này. Điểm trung bình 8,4 (trên tổng điểm 12). Có 62,2% (244 sản phụ) trả lời đúng ≥ 5/8 câu hỏi và được tính là đạt về kiến thức chung về chăm sóc hậu sản cho bé theo thang điểm của đề án này. Điểm trung bình khảo sát được 4,8 (trên tổng điểm 8).

3.3. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan kiến thức CSHS cho mẹ và bé

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến kiến thức CSHS cho bản thân của sản phụ trong phân tích đa biến
(*) hồi quy logistic đa biến

Đặc điểm	POR (KTC 95%)	POR*	KTC 95%	P	P*
Nhóm tuổi (ref < 25 tuổi)					
25-34 tuổi	2,36 (1,21-4,6)	1,47	0,69-3,16	0,012	0,32
≥ 35 tuổi	1,72 (0,82-3,85)	1,27	0,51-3,19	0,149	0,61
Nghề nghiệp (ref: Công nhân viên chức)					
Nông dân	0,09 (0,01-0,73)	0,17	0,02-1,7	0,025	0,13
Nội trợ	0,28 (0,11-0,72)	0,4	0,14-1,14	0,008	0,09
Tự do	0,42 (0,16-1,07)	0,53	0,2-1,46	0,072	0,22
Khác	0,65 (0,21-2,04)	0,92	0,27-3,1	0,46	0,89
Điều kiện kinh tế (ref: Nghèo/cận nghèo)					
Trung bình	1,04 (0,36-2,98)	1,04	0,33-3,24	0,220	0,95
Trên trung bình	3,08 (1,19-8,02)	2,41	0,82-7,1	0,044	0,11
Trình độ học vấn (ref: mù chữ+ tiểu học)					
Trung học cơ sở	2,1 (0,75-5,86)	2,32	0,77-6,92	0,157	0,13
Trung học phổ thông	4,04 (1,44-11,3)	2,95	0,97-8,94	0,008	0,06
Trên trung học phổ thông	4,67 (1,72-12,8)	2,66	0,86-8,26	0,003	0,09
Số con đã sinh (ref: Con so)					
Con rạ	1,52 (0,89-2,59)	1,95	1,02-3,74	0,118	0,043
Số lần đi khám thai (ref: ≤1 lần)					
2 lần	1,06 (0,31-3,65)	1,2	0,3-4,33	0,917	0,79
≥3 lần	2,25 (0,83-6,07)	1,85	0,66-5,50	0,109	0,25

Nhận xét: Sau khi đưa các yếu tố có $P < 0,2$ khi phân tích đơn biến vào phương trình hồi quy đa biến tôi nhận thấy yếu tố số con đã sinh là yếu tố liên quan tới kiến thức đạt về CSHS cho bản thân của sản phụ. Các yếu tố nhóm tuổi, nghề nghiệp điều kiện kinh tế, trình độ học vấn

không còn là yếu tố liên quan.

Sản phụ sinh con ra có kiến thức CSHS cho bản thân cao hơn 1,95 lần (KTC 1,02–3,74) so với sản phụ sinh con so. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P^* < 0,05$.

Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến kiến thức CSHS cho bé của sản phụ trong phân tích đa biến

Đặc điểm	POR (KTC 95%)	POR*	KTC 95%	P	P*
Điều kiện kinh tế (ref: Nghèo/cận nghèo)					
Trung bình	1,29 (0,48-3,44)	1,24	0,46-3,33	0,617	0,667
Trên trung bình	2,27 (0,95-5,42)	2,05	0,85-3,03	0,066	0,018
Thông tin từ sách – báo - cẩm nang (ref: không)					
Có	1,86 (1,04-3,33)	1,7	0,92-3,12	0,037	0,087

Sản phụ có điều kiện kinh tế trên trung bình thì có kiến thức CSHS cho bé đạt gấp 2,05 lần (KTC 0,85-3,03) so với những sản phụ có điều kiện kinh tế nghèo/cận nghèo, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P^* < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn sản phụ tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định có kiến thức tương đối tốt về chăm sóc trẻ sơ sinh, tuy nhiên vẫn tồn tại những lỗ hổng quan trọng, đặc biệt liên quan đến thực hành bú sữa, giữ ấm và phòng ngừa bệnh lý sau sinh. Về bú mẹ sớm và hoàn toàn, có 89,6% sản phụ biết nên cho trẻ bú mẹ trong vòng 1 giờ sau sinh, và 95,6% biết rằng trẻ cần được bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu. Đây là kết quả tích cực, cao hơn nhiều so với nghiên cứu tại Krông Năng (39,46%) [2] và Đắk Lắk (32,5%) [3], phù hợp với khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) [4]. Tuy nhiên, về cách cho bú đúng, chỉ 54,3% sản phụ nhận biết được dấu hiệu bú hiệu quả (nghe tiếng nuốt, trẻ thỏa mãn sau bú, ti mềm đi...). Vẫn còn 16,1% sản phụ nghĩ rằng trẻ cần bú theo giờ cố định thay vì bú theo nhu cầu – một quan niệm chưa đúng, có thể ảnh hưởng đến hiệu quả nuôi con bằng sữa mẹ [5].

Về giữ ấm cho trẻ sơ sinh, 89,6% sản phụ biết cần mặc đủ ấm và đội mũ cho trẻ. Tuy nhiên, chỉ 61,2% biết đến biện pháp “da kề da” – một can thiệp đơn giản nhưng rất hiệu quả giúp giữ ấm, ổn định đường huyết và hỗ trợ tạo gần bó mẹ con. Điều này cho thấy thông tin về phương pháp này vẫn chưa phổ biến như mong đợi. Về vệ sinh cho trẻ, đa số sản phụ biết phải lau khô trẻ sau sinh (92,6%) và vệ sinh mắt – mũi – miệng đúng cách (86,2%). Tuy nhiên, chỉ 58,7% sản phụ biết thời điểm nên tắm trẻ là sau 6 giờ, và 8,1% cho rằng nên kiêng tắm trong vài ngày đầu, điều này tiềm ẩn nguy cơ nhiễm khuẩn da hoặc

(*) *hồi quy logistic đa biến*
rối. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền tại TPHCM [6].

Về chăm sóc rốn, 94,2% sản phụ biết cần vệ sinh rốn hằng ngày, nhưng 12,3% vẫn nghĩ rằng nên băng rốn kín để “giữ ấm” – quan niệm sai lệch có thể gây nhiễm trùng rốn. Điều này phù hợp với báo cáo của Trần Thị Phượng (2020) tại miền Trung, nơi vẫn tồn tại thói quen băng rốn sau sinh [7]. Về theo dõi dấu hiệu bất thường ở trẻ sơ sinh, 91,2% sản phụ biết ít nhất một dấu hiệu nguy hiểm như sốt, bỏ bú, vàng da... Tuy nhiên, chỉ 44,1% biết từ 3 dấu hiệu trở lên mức này còn hạn chế so với mong đợi trong bối cảnh hiện nay. Vàng da dấu hiệu thường gặp chỉ được 68,3% nhận biết đúng, cho thấy cần tăng cường tư vấn trước xuất viện. Về tiêm chủng, 97,1% sản phụ biết trẻ cần được tiêm ngừa viêm gan B trong vòng 24 giờ đầu. Điều này thể hiện hiệu quả tuyên truyền y tế, đặc biệt trong bệnh viện tuyến trên. Tuy nhiên, chỉ 65,4% sản phụ biết rõ các loại vắc xin khác trong chương trình tiêm chủng mở rộng. Sự thiếu thông tin này có thể dẫn đến việc không tiêm đủ mũi hoặc tiêm trễ. Về cân nặng và theo dõi tăng trưởng, 78,5% sản phụ biết trẻ cần được theo dõi cân nặng định kỳ. Tuy nhiên, chỉ 38,7% biết cách đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng biểu đồ tăng trưởng hoặc các chỉ số dinh dưỡng cơ bản, phản ánh sự thiếu phổ biến trong tiếp cận kiến thức dinh dưỡng cho trẻ sơ sinh tại cộng đồng.

Tổng thể kiến thức chăm sóc trẻ sơ sinh, có 81,3% sản phụ đạt từ 7 điểm trở lên trong số 12 tiêu chí đánh giá, với điểm trung bình 8,1/12, cho thấy vai trò quan trọng của tư vấn hậu sản và tiếp cận dịch vụ y tế hiện đại. Tuy nhiên, vẫn tồn tại các quan niệm sai lệch như kiêng tắm, băng rốn, bú theo giờ cố định... Cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe ngay trong thời gian nằm viện và tại các cơ sở y tế cộng đồng để

đảm bảo trẻ sơ sinh được chăm sóc đúng cách, giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh và tử vong trong giai đoạn sau sinh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 392 sản phụ và 392 người nhà tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định cho thấy tỷ lệ sản phụ có kiến thức đạt về chăm sóc hậu sản (CSHS) cho bản thân là 83,2% và cho bé là 62,2%. Yếu tố liên quan giúp tăng kiến thức CSHS cho bản thân là số con đã sinh (con rạ), trong khi điều kiện kinh tế trên trung bình liên quan đến kiến thức CSHS đạt cho bé. Cần tăng cường truyền thông giáo dục nâng cao hiệu quả tiếp cận và hiểu biết của sản phụ về chăm sóc hậu sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Nỗ lực giảm tỉ lệ tử vong mẹ và tử vong trẻ em [Internet]. Hà Nội: Bộ Y tế; 28/09/2023 [truy cập 24/06/2025]. Available from: https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/nhieu-thach-thuc-trong-viec-giam-tu-vong-me-va-tu-vong-tre-em-duoi-5-tuoi?inheritRedirect=false
2. **Đinh Thị Ngọc Lệ và Võ Minh Tuấn.** Kiến thức, hành vi về chăm sóc hậu sản của các bà mẹ dân tộc thiểu số tại huyện Krông Năng, tỉnh Đắk Lắk.

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2021;25(1):76–81.

3. **Thái Doãn Toàn.** Khảo sát kiến thức, hành vi chăm sóc hậu sản của các bà mẹ dân tộc M'Nông trên địa bàn huyện Đắk R'Lấp, tỉnh Đắk Nông [luận văn chuyên khoa cấp II]. TP. Hồ Chí Minh: Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2024.
4. **Hồ Hoàng Thu Phương, Lưu Tuyết Minh, Nguyễn Bích Hạnh, Nguyễn Thị Hồng và Vũ Thị Thu Thảo.** Đánh giá kiến thức về thời kỳ hậu sản và chăm sóc hậu sản của bà mẹ sinh tại Khoa Sản Bệnh viện Vinmec 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;504(2): 72–75. doi:10.51298/vmj.v504i2.908
5. **Alam MA, Ali NA, Sultana N, Mullany LC, Teela KC, Khan NU, Baqui AH, El Arifeen S, Mannan I, Darmstadt GL, Winch PJ.** Newborn umbilical cord and skin care in Sylhet District, Bangladesh: implications for the promotion of umbilical cord cleansing with topical chlorhexidine. J Perinatol. 2008 Dec;28 Suppl 2(Suppl 2):S61-8. doi: 10.1038/jp.2008.164.
6. **Khamphanh Prabouasone, Ngo Van Toan, Le Anh Tuan and Bui Van Nhon.** Kiến thức, thực hành chăm sóc trong và sau sinh của các bà mẹ có con nhỏ dưới 2 tuổi tại tỉnh Bo Li Khăm Xay, Lào. Tạp chí Nghiên cứu y học. 2013;82(2):tr. 166-174.
7. **Reza Sharafi and Hassan Esmaeeli.** Knowledge assessment of neonatal care among postnatal mothers. Iranian Journal of Neonatology IJN. 2013;4(1): pp. 28-31. doi:10.22038/ijn.2013.692

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH THẬN MẠN MỚI PHÁT HIỆN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Vũ Hữu Tài^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hương¹, Đỗ Gia Tuyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bệnh thận mạn mới phát hiện và một số yếu tố liên quan ở đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 350 NB đã được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 đến khám tại bệnh viện Nội Tiết Trung Ương trong khoảng thời gian từ 9/2024 đến 6/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân mới phát hiện được là 10,9%. Đa số CKD được phát hiện ở giai đoạn sớm (98,3%), phổ biến nhất là giai đoạn 2 (51,7%). Có mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp, HbA1c và thời gian mắc đái tháo đường đối với bệnh thận mạn mới phát hiện. **Kết luận:** Việc sàng lọc NB ĐTĐ típ 2 có CKD mới phát hiện có tỷ lệ còn thấp, tuy nhiên chủ

yếu ở giai đoạn sớm, nhấn mạnh sự cần thiết kiểm tra phối hợp cả hai chỉ số eGFR và UACR định kỳ để tránh bỏ sót và phát hiện sớm CKD.

Từ khóa: bệnh thận mạn, đái tháo đường típ 2, yếu tố liên quan, eGFR, uACR

SUMMARY

INVESTIGATION OF FACTORS ASSOCIATED WITH NEWLY DIAGNOSED CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Objective: To determine the prevalence of newly diagnosed chronic kidney disease (CKD) and identify associated factors in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) at the National Hospital of Endocrinology. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 350 patients previously diagnosed with T2DM who presented to the National Hospital of Endocrinology between September 2024 and June 2025. **Results:** The prevalence of newly diagnosed CKD was 10.9%.

¹Bệnh viện Nội tiết Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Vũ Hữu Tài

Email: taivu741@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

The majority of cases (98.3%) were identified at early stages, with stage 2 being the most common (51.7%). Poor blood pressure control, elevated HbA1c, and longer duration of diabetes were significantly associated with newly diagnosed CKD. **Conclusion:** Although the detection rate of CKD among patients with T2DM was relatively low, most cases were identified at an early stage. These findings underscore the importance of regular screening using both estimated glomerular filtration rate (eGFR) and urine albumin-to-creatinine ratio (uACR) to ensure early detection and avoid missed diagnoses.

Keywords: chronic kidney disease, type 2 diabetes mellitus, associated factors, eGFR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận đái tháo đường (Diabetic kidney disease - DKD) đang trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu do góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong và bệnh tật. Với khoảng 20% người bệnh đái tháo đường típ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus - T2DM) bị ảnh hưởng, DKD là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối cần phải điều trị thay thế thận, điều đó không chỉ làm giảm chất lượng sống của bệnh nhân mà còn tạo nên gánh nặng kinh tế lớn cho gia đình và hệ thống y tế. [1]

Tỷ lệ mắc mới CKD ở người bệnh T2DM ngày càng tăng nhanh. Diễn biến CKD diễn ra âm thầm, không có triệu chứng rõ ràng, đặc biệt ở giai đoạn sớm, đa số phát hiện được đều ở giai đoạn muộn, can thiệp điều trị ở các giai đoạn đó thường rất khó khăn. Mặc dù hướng dẫn KDIGO 2024 đã nhấn mạnh vai trò của sàng lọc sớm bằng eGFR và tỷ số albumin/creatinin niệu (uACR), thực tế lâm sàng vẫn còn khoảng cách lớn so với khuyến cáo. [2]

Tại Việt Nam, ước tính có khoảng 7 triệu người mắc đái tháo đường, trong đó gần ¼ NB đã có biến chứng thận. Các nghiên cứu về DKD mới phát hiện còn hạn chế, phần lớn chỉ dừng lại ở việc đánh giá chức năng thận bằng eGFR hoặc que thử protein niệu đơn thuần, trong khi rất ít nghiên cứu sử dụng phương pháp định lượng uACR một cách đầy đủ để chẩn đoán xác định bệnh thận mạn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Xác định tỷ lệ bệnh thận mạn mới phát hiện và khảo sát một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của NB (n=350)

Đặc điểm chung	Nam	Nữ	Tổng	Trung bình
Nhóm tuổi (năm)				
18-29	1(0,3%)	1(0,3%)	2(0,6%)	61,9±11,4
30-49	34(9,7%)	10(2,9%)	44(12,6%)	

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các NB đã được chẩn đoán T2DM đến khám tại bệnh viện Nội Tiết Trung Ương trong khoảng thời gian từ 9/2024 đến 6/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Tất cả NB ≥18 tuổi đã được chẩn đoán T2DM và chưa phát hiện CKD trước đó

+ NB đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

– NB đã được chẩn đoán xác định CKD theo tiêu chuẩn của KDIGO 2024 [2].

– Đái tháo đường típ 1

– NB là phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

– NB đang có bệnh lý cấp tính: nhiễm trùng, tăng áp lực thẩm thấu máu, nhiễm toan ceton, bông, sốc giảm thể tích

– Bệnh ác tính đang tiến triển cần điều trị tại thời điểm thăm khám

– Dùng thuốc cản quang trong vòng 7 ngày gần đây

– Tắc nghẽn đường tiết niệu do bất cứ nguyên nhân gì (sỏi, u, ...)

– Nhiễm khuẩn tiết niệu

– Bệnh thận do nguyên nhân tự miễn

– Đái máu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

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

Trong đó: n: là cỡ mẫu tối thiểu, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p = là tỷ lệ ước đoán mắc DKD theo nghiên cứu của CHERISH, p=0,34; ε là mức sai số tương đối chấp nhận, chọn ε = 0,15

Thay vào công thức thu được n = 336,5

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đạt cỡ mẫu tối thiểu NB T2DM chưa được chẩn đoán CKD, tham gia sàng lọc CKD. Cỡ mẫu thu được n=350 NB

Tiêu chuẩn đánh giá: Theo KDIGO 2024, chẩn đoán tổn thương thận tồn tại ít nhất 3 tháng, dựa vào hai tiêu chí sau: MLCT < 60 mL/phút/1,73 m² và/hoặc albumin niệu ≥ 3 mg/mmol (hoặc tỷ lệ albumin/creatinin niệu ≥ 30 mg/g).

2.3. Xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 20.0.

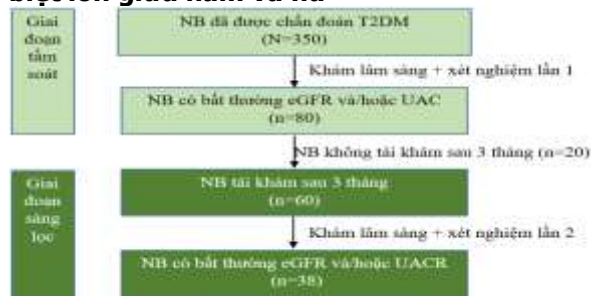
50-59	43(12,3%)	45(12,9%)	88(25,1%)	
60-69	51(14,6%)	73(20,9%)	124(35,4%)	
≥70	32(9,1%)	60(17,1%)	92(26,3%)	
Thời gian mắc T2DM (năm)				
<10	77(22%)	85(24,3%)	162(46,3%)	11,1±7,6
10-20	71(20,3%)	75(21,4%)	146(41,7%)	
>20	13(3,7%)	29(8,3%)	42(12%)	
BMI (kg/m ²)				
<18,5	17(4,9%)	19(5,4%)	36(10,3%)	21,95±3,1
18,5-22,9	81(23,1%)	95(27,1%)	176(50,3%)	
23-24,9	30(8,6%)	36(10,3%)	66(18,9%)	
≥25	33(9,4%)	39(11,1%)	72(20,6%)	
Tăng huyết áp				
Có	125(35,7%)	131(37,4%)	256(73,1%)	
Không	36(10,3%)	58(16,6%)	94(26,9%)	

Nhận xét: Đặc điểm của các bệnh nhân mắc đái tháo đường tham gia nghiên cứu: có độ tuổi trung bình là 61,9±11,4. Số BN trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,7%.

Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp kèm theo chiếm 73,1%.

BMI trung bình của nhóm NC là 21,95 ± 3,1

Các đặc điểm trên không có sự khác biệt lớn giữa nam và nữ



Sơ đồ 1. Quá trình sàng lọc (n=350)

Nhận xét: Quá trình sàng lọc được chia làm 2 giai đoạn: Giai đoạn tìm soát lần 1 (n=350), các bệnh nhân được đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được khám và làm xét nghiệm. Sau đó chọn ra các bệnh nhân có bất thường ít nhất 1 chỉ số eGFR, UACR bước vào giai đoạn 2 (n=80). Ở giai đoạn này, người bệnh được thực hiện lại quy trình khám và xét nghiệm như lần 1. Tuy nhiên, có khoảng 20 bệnh nhân không tới khám lại được theo hẹn.



Biểu đồ 1. Phân bố NB được sàng lọc lần đầu (n=350)

Nhận xét: Sàng lọc lần đầu 350 NB tham gia nghiên cứu có 270 NB (77,1%) không có bất

thường và 80 NB (22,9%) có bất thường ít nhất 1 trong 2 chỉ số.

Trong nhóm bất thường (n=80) 28,7% NB chỉ có bất thường về eGFR, 22,5% NB có bất thường về UACR và 48,8% NB có cả 2 bất thường UACR và eGFR



Biểu đồ 2. Phân bố NB được sàng lọc lần hai (n=60)

Nhận xét: Trong số 80 NB bất thường lần 1 có 60 NB được làm lại XN lần 2 (>3 tháng) chỉ có 36,7% (22 NB) không có bất thường và 66,3% (38 NB) có bất thường.

Trong những người bệnh có bất thường 26,3% (10 NB) chỉ có bất thường về eGFR, 13,2% (5 NB) có bất thường về UACR và 60,5% (23 NB) có cả 2 bất thường UACR và eGFR.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm lần 2 dựa vào chỉ số eGFR (n=60)

Giai đoạn	MLCT (ml/phút/1.73 m ²)	Tỷ lệ N(%)
1	≥ 90	12(20%)
2	60 – 89	31(51,7%)
3a	45 – 59	16 (26,7%)
3b	30 – 44	1(1,7%)
4	15 – 29	0
5	< 15	0

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy đa số NB trong nghiên cứu có mức eGFR ở giai đoạn sớm (giai đoạn 1 đến 3a), chiếm đến 98,3%, trong đó giai đoạn 2 phổ biến nhất (51,7%). Không có trường hợp CKD giai đoạn 4 hoặc 5.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm lần 2 dựa vào chỉ số uACR (n=60)

Phân loại albumin niệu	Tỉ số albumin/creatinin niệu	Tỷ lệ N(%)

	(mg/g)	
A1	<30	32(53,3%)
A2	30-300	24(40%)
A3	>300	4(6,7%)

Nhận xét: Về mức độ albumin niệu, có 32 NB chiếm tỷ lệ 53,3% có albumin bình thường, 40% NB có albumin niệu vi thể, chỉ có 6,7% NB có abumin niệu đại thể.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu (n=60)

Đặc điểm		Bệnh thận mạn		p	OR (95%CI)
		Chưa có bệnh thận mạn n(%)	Có bệnh thận mạn n(%)		
TG phát hiện ĐTĐ	<15năm	16(26,7%)	18(25%)	0,02	4,1 (1,3-12,8)
	≥15năm	6(10%)	20(38,3%)		
Kiểm soát huyết áp	<130/80 mmHg	17(28,3%)	19(31,7%)	0,04	3,4 (1,04-11,1)
	≥130/80mmHg	5(8,3%)	19(31,7%)		
Hút thuốc lá	Có	14(23,3%)	22(36,7%)	0,66	1,3 (0,4-3,7)
	Không	8(13,3%)	16(16,7%)		
Béo phì	Không	12(20%)	24(40%)	0,5	0,7 (0,2-2,13)
	Có	10(16,7%)	14(23,3%)		
Tiền sử GĐ mắc DKD	Không	19(31,7%)	32(53,3%)	0,569	0,842 (0,19-3,77)
	Có	3(5%)	6(10%)		
Tuổi	<60	7(11,7%)	8(13,3%)	0,266	1,75 (0,5-5,7)
	≥60	15(25%)	30(50%)		
Kiểm soát HbA1c	<7%	11(18,3%)	9(15%)	0,04	3,2 (1,04-9,8)
	≥7%	11(18,3%)	29(48,3%)		
Acid uric	≥420	5(8,3%)	18(30%)	0,051	0,33 (0,1-1,07)
	<420	17(28,3%)	20(33,3%)		
SGLT2	Có	16(26,7%)	28(46,7%)	0,538	0,952 (0,29-3,1)
	Không	6(10,0%)	10(16,7%)		

Nhận xét: Kết quả cho thấy: Thời gian mắc đái tháo đường ≥15 năm có liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với nguy cơ mắc BTM (OR = 4,1; 95%CI: 1,3–12,8; p = 0,02. Cùng với đó, kiểm soát huyết áp (≥ 130/80 mmHg) và HbA1c (≥ 7%) là 2 yếu tố liên quan có ý nghĩa với bệnh thận mạn ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, với OR lần lượt là 3,4 (p<0,05) và 3,2 (p<0,05). Một số yếu tố khác như tăng triglyceride, acid uric ≥ 420μmol/L, tuổi ≥ 60 có tỷ lệ mắc bệnh thận mạn cao hơn nhóm đối chứng nhưng không có ý nghĩa thống kê. Việc sử dụng SGLT 2 inhibitors chưa cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm.

Bảng 5. Mối liên quan giữa một số yếu tố cận lâm sàng và bệnh thận mạn mới phát hiện

Yếu tố	CKD		p
	Chưa có CKD (X±SD)	Có CKD (X±SD)	
Glucose máu	7,9±1,8	8.4±3.3	0,602
HbA1c (%)	7.7±1.4	7.8±1.5	0,838
Cholesterol	4.2±1.1	4.3±1.2	0,672
Triglycerid	1.8±0.9	2.6±1.6	0,037
HDL-C	1.3±0.3	1.2±0.4	0,247
LDL-C	2.4±0.8	2.5±0.8	0,622
Acid uric	364.7±62.3	398.5±97.5	0,149

Nhận xét: Phân tích các chỉ số cận lâm sàng cho thấy nồng độ Triglycerid trung bình cao hơn rõ rệt ở nhóm có bệnh thận mạn và sự khác biệt đó có ý nghĩa thống kê (p=0,037). Các chỉ số khác bao gồm glucose máu, HbA1c, cholesterol, HDL-c, LDL-c và acid uric đều không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p>0,05)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này cho thấy 22,9% người bệnh có bất thường về eGFR và/hoặc UACR trong lần sàng lọc đầu tiên, Tỷ lệ này tương đồng với báo cáo của Trịnh Quốc Khởi (2023) tại Bệnh viện Cái Nước (28,57%)[6]. Tuy nhiên, khi thực hiện lại xét nghiệm sau ≥ 3 tháng (theo tiêu chuẩn của KDIGO 2024) chỉ có 60 NB tiếp tục tham gia và trong số này có 38 trường hợp được xác định BTM, chiếm tỷ lệ 10,9% trên tổng số người bệnh ban đầu. Tỷ lệ BTM mới phát hiện trong nghiên cứu hiện tại thấp hơn so với một số nghiên cứu quốc tế và trong nước. Alidrisi và cộng sự (2025) ghi nhận tỷ lệ phát hiện CKD ở người bệnh T2DM tại Iraq là 33,7%[7], trong khi nghiên cứu tại Tây Ban Nha của Calvo-HJ và cộng sự (2021) báo cáo tỷ lệ là 27,5% [8], Trong nước, nghiên cứu của Trịnh Quốc Khởi (2023) tại Bệnh viện Cái Nước cho thấy tỷ lệ biến chứng thận ở người bệnh T2DM là 28,6% [6]. Sự

khác biệt này có thể xuất phát từ cách chọn mẫu, đặc điểm dân số hoặc tỷ lệ khám lại sau sàng lọc ban đầu. Một điểm đáng chú ý là phần lớn các trường hợp mắc CKD mới phát hiện được chẩn đoán trong nghiên cứu ở giai đoạn sớm (98,3%). Mức độ albumin niệu cũng cho thấy phần lớn người bệnh có albumin niệu vi thể, phản ánh tổn thương thận xuất hiện ngay cả khi chưa có biểu hiện về giảm chức năng lọc cầu thận. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc sử dụng đồng thời cả 2 chỉ số eGFR và UACR trong tầm soát CKD, đặc biệt ở nhóm không có triệu chứng lâm sàng.

Thời gian mắc đái tháo đường ≥ 15 năm cũng là một yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê với $OR = 4,1$; $p = 0,02$. Kết quả cho thấy sự suy giảm chức năng thận có liên quan tới thời gian mắc bệnh đái tháo đường. Điều này phù hợp với những báo cáo trước đó cho thấy thời gian mắc bệnh là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ tổn thương thận vi mạch ở người bệnh T2DM [8].

Tăng huyết áp là yếu tố liên quan chặt chẽ với CKD trong nghiên cứu này. Người bệnh có huyết áp $\geq 130/80$ mmHg có nguy cơ mắc CKD cao gấp 3,4 lần so với nhóm có huyết áp được kiểm soát tốt hơn ($OR = 3,4$; 95%CI: 1,04–11,1; $p = 0,04$). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước, cho thấy vai trò trung tâm của tăng huyết áp trong cơ chế tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường. Hướng dẫn KDIGO 2024 cũng nhấn mạnh huyết áp mục tiêu $<130/80$ mmHg ở người bệnh có nguy cơ CKD nhằm làm chậm quá trình tiến triển bệnh [2].

Chỉ số HbA1c $\geq 7\%$ liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ CKD ($p = 0,04$; $OR = 3,2$; 95%CI: 1,04–9,8). Điều này phù hợp nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tăng glucose máu kéo dài dẫn đến tổn thương nội mô và tăng tính thấm màng đáy cầu thận – nguyên nhân chính gây albumin niệu vi thể và đại thể. Các nghiên cứu của Nguyễn Cao Thắng (2024) và Alidrisi (2025) cũng ghi nhận mối tương quan giữa HbA1c cao và nguy cơ CKD ở người bệnh T2DM [3][7]. Kết quả này củng cố về tầm quan trọng của việc duy trì HbA1c ở mức mục tiêu để dự phòng tổn thương thận.

Nồng độ triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L có xu hướng cao hơn ở nhóm có BTM (40%) so với nhóm không có BTM (23,3%), với $OR = 1,71$ ($p = 0,234$). Trái lại, nghiên cứu của Suh SH (2022) đã chỉ ra rằng tăng triglycerid là yếu tố nguy cơ độc lập của BTM[4]. Mặc dù trong nghiên cứu cho thấy kết quả không có ý nghĩa thống kê, tăng triglycerid trong máu vẫn được coi là yếu tố nguy cơ tiềm năng làm gia tăng stress oxy hóa,

tổn thương nội mô vi mạch và thúc đẩy viêm mạn tính – những yếu tố đóng vai trò trong sinh bệnh học CKD. Điều này gợi ý cần nghiên cứu thêm về vai trò của rối loạn lipid trong dự báo nguy cơ CKD ở người bệnh T2DM.

Liên quan giữa acid uric ≥ 420 $\mu\text{mol/L}$ và bệnh thận mạn (30% ở nhóm BTM so với 8,3% ở nhóm không BTM; $p = 0,051$). Mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê, nhưng tăng acid uric vẫn là một yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn. Nghiên cứu của Wu Nianwei (2021)[5] cho thấy acid uric cao có thể tham gia vào cơ chế gây viêm thận kẽ và xơ hóa cầu thận, đặc biệt trong bối cảnh hội chứng chuyển hóa và đái tháo đường. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo xem xét quản lý acid uric như một phần của chiến lược kiểm soát toàn diện biến chứng thận.

Ức chế SGLT2 là nhóm thuốc đã được chứng minh có hiệu quả bảo vệ thận trong nhiều thử nghiệm lâm sàng lớn, làm chậm tiến triển albumin niệu và cải thiện eGFR ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, việc sử dụng SGLT2 trong thời điểm sàng lọc không có mối liên quan với tỷ lệ CKD ($OR = 0,952$ và $p = 0,538$). Kết quả này có thể do cỡ mẫu tương đối nhỏ và sự phân bố không đồng đều giữa nhóm có và không dùng SGLT2. Do đó kết quả này không loại trừ vai trò bảo vệ thận của SGLT2 và cần nhấn mạnh vai trò của việc sàng lọc định kỳ bằng eGFR và UACR ở NB đái tháo đường típ 2 là cần thiết, ngay cả khi bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc hiệu quả trong việc bảo vệ thận.

Các yếu tố khác như hút thuốc lá, béo phì, tuổi ≥ 60 , tiền sử gia đình mắc DKD đều không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, không nên loại trừ hoàn toàn vai trò của các yếu tố này, vì các nghiên cứu dịch tễ lớn đã chỉ ra mối liên quan giữa hút thuốc lá, thừa cân và CKD [1]. Sự thiếu ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này có thể do cỡ mẫu nhỏ trong phân nhóm hoặc do tác động của các yếu tố trung gian chưa được kiểm soát.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh thận mạn (CKD) xuất hiện với tỷ lệ 10,9% ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, chủ yếu được phát hiện ở giai đoạn sớm. Việc sử dụng đồng thời eGFR và UACR trong sàng lọc giúp phát hiện sớm CKD ngay cả khi chưa có biểu hiện lâm sàng và chức năng lọc cầu thận còn bảo tồn.

Thời gian mắc đái tháo đường, kiểm soát huyết áp kém ($\geq 130/80$ mmHg) và HbA1c $\geq 7\%$ là các yếu tố có mối liên quan chặt chẽ và có

ý nghĩa thống kê với CKD, làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh gấp nhiều lần. Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ khác: tuổi, giới, béo phì, rối loạn lipid máu, tăng acid uric chưa tìm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gaddy A, Elrggal M, Madariaga H, et al. Diabetic Kidney Disease. Disease-a-month : DM. 2025;71(4):101848.
2. Levin A, Ahmed S B, et al Carrero J J. Executive summary of the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: known knowns and known unknowns. Kidney international. 2024;105(4):684-701.
3. Nguyễn Cao Thắng, Đặng Bảo Trâm, Phạm Quốc Toàn. Nghiên cứu nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối và mối liên quan với mức độ kiểm soát glucose máu, HbA1c ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tạp chí Y học Quân sự. 2024;371:27-31.
4. Suh SH, Oh TR, Choi HS, et al. Serum triglycerides level is independently associated with renal outcomes in patients with non-dialysis chronic kidney disease: Results from KNOW-CKD study. Frontiers in nutrition. 2022;9:1037618.
5. Wu Nianwei, Xia Jing, Chen Sen, et al. Serum uric acid and risk of incident chronic kidney disease: a national cohort study and updated meta-analysis. Nutrition & Metabolism. 2021;18(1):94.
6. Trịnh Quốc Khởi, Dương Phúc Lam, Phạm Thị Nhã Trúc. Tỷ lệ đái tháo đường típ 2 có biến chứng thận và thực trạng phòng, chống biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa Khoa Cái Nước năm 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;531(1B).
7. Alidrisi DA, Alidrisi HA, Reman KA, et al. Prevalence of and Factors Associated With Incidental Chronic Kidney Disease in Patients Newly Diagnosed With Type 2 Diabetes Mellitus. Cureus. 2025;17(2).
8. Calvo-HJ, Martín-HB, Morales G, et al. Chronic kidney disease prevalence and cardiovascular risk in a cohort of patients with type 2 diabetes followed for 10 years in Badajoz (Spain). An observational study. Primary Care Diabetes. 2021;15(2):391-396.

TƯƠNG QUAN GIỮA HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VỚI HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH NGOẠI BIÊN Ở BỆNH NHÂN TÁCH THÀNH ĐỘNG MẠCH CHỦ STANFORD B ĐƯỢC CÁN THIỆP NỘI MẠCH

Phạm Trần Linh^{1,2,3}, Nguyễn Duy Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Huyết áp động mạch ngoại biên (HADMBN) thường được đo ở động mạch cánh tay không phản ánh chính xác huyết áp động mạch trung tâm (HADMTT) ở trong động mạch chủ. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm tìm hiểu mối tương quan giữa HADMBN và HADMTT ở người bệnh tách thành động mạch chủ Stanford B được can thiệp nội mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang được thực hiện ở người bệnh được chẩn đoán tách thành động mạch chủ Stanford B có can thiệp nội mạch. HADMTT được đo bằng phương pháp không xâm lấn bằng thiết bị theo nguyên lý dao động kế và phương pháp xâm lấn trong khi can thiệp nội mạch. **Kết quả:** Có tổng cộng 31 người bệnh được tuyển chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình $63,6 \pm 10,9$, nam giới chiếm 74,2%. Tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp là 83,9%. Có sự khác biệt giữa HATT ngoại biên cao hơn so với

HATT trung tâm không xâm lấn ($128,4 \pm 11,8$ mmHg và $117,4 \pm 11,3$ mmHg, $p < 0,0001$) với trung bình sự khác biệt HATT giữa 2 phương pháp là $11,0 \pm 7,0$ mmHg. HATT và HATT_r có tương quan chặt chẽ giữa ngoại biên và trung tâm không xâm lấn với r lần lượt là 0,818 và 0,891. HATT ngoại biên cao hơn HATT trung tâm xâm lấn với trung bình sự khác biệt là $5,9 \pm 15,7$ mmHg ($p=0,04$), HATT_r không xâm lấn có xu hướng thấp hơn xâm lấn tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,63$). HATT và HATT_r ngoại biên có tương quan với HATT và HATT_r trung tâm xâm lấn với r lần lượt là 0,397 và 0,774. **Kết luận:** Ở nhóm người bệnh tách thành động mạch chủ Stanford B, số đo HATT ngoại biên cao hơn HATT trung tâm không xâm lấn và xâm lấn, đối với HATT_r đo được ở ngoại biên và trung tâm không có sự khác biệt ý nghĩa. Các giá trị HATT và HATT_r ngoại biên có mối tương quan chặt chẽ với trung tâm, ngoại trừ tương quan giữa HATT ngoại biên với HATT trung tâm không xâm lấn là mức độ vừa. **Từ khóa:** huyết áp, huyết áp động mạch trung tâm, tăng huyết áp, tách thành động mạch chủ

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN CENTRAL AND PERIPHERAL ARTERIAL PRESSURES IN PATIENTS WITH STANFORD TYPE B AORTIC DISSECTION UNDERGOING ENDOVASCULAR REPAIR (TEVAR)

Objectives: Peripheral blood pressure (pAP)

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Linh

Email: ptlinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

measured in the brachial artery does not accurately reflect central arterial pressure (cBP) in the aorta. We seek to investigate the correlation between pAP and cBP in patients with Stanford type B aortic dissection undergoing endovascular intervention. **Subjects and methods:** This is a cross-sectional study conducted in patients diagnosed with Stanford B aortic dissection undergoing endovascular intervention. The non-invasive cAP was measured by an oscillometric device and the invasive cAP was measured during endovascular intervention. **Results:** A total of 31 patients were recruited into the study, with an average age of 63.6 ± 10.9 years, and 74.2% were male. The proportion of patients diagnosed with hypertension was 83.9%. There was a difference between pBP and non-invasive cBP (128.4 ± 11.8 mmHg and 117.4 ± 11.3 mmHg, $p < 0.0001$) with an average difference of 11.0 ± 7.0 mmHg between the two methods. SBP and DBP were closely correlated between peripheral and non-invasive central with r of 0.818 and 0.891, respectively. pBP was higher than invasive cBP with an average difference of 5.9 ± 15.7 mmHg ($p = 0.04$), non-invasive DBP tended to be lower than invasive but not statistically significant ($p = 0.63$). Peripheral SBP and DBP were correlated with invasive central SBP and DBP with r of 0.397 and 0.774, respectively. **Conclusions:** In the patients with Stanford type B aortic dissection, pBP measurements were higher than non-invasive and invasive cBP, and there was no significant difference between peripheral and central DBP. Peripheral SBP and DBP values were closely correlated with central, except for the correlation between peripheral BP and non-invasive central BP, which was moderate.

Keywords: blood pressure, central blood pressure, hypertension, aortic dissection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thực hành lâm sàng, việc theo dõi huyết áp của bệnh nhân được thực hiện bằng cách đo huyết áp động mạch ngoại biên (HADMNB) mà thông thường được đo ở động mạch cánh tay. Tuy nhiên, áp lực thực sự mà những cơ quan đích như não, tim, động mạch chủ thật sự phải đối diện chính là huyết áp động mạch chủ trung tâm hay huyết áp động mạch trung tâm (HADMTT) chứ không phải là HADMNB. Các bằng chứng khoa học mới nhất cho thấy rằng HADMNB và HADMTT có thể khác biệt, đặc biệt ở những người có yếu tố nguy cơ tim mạch. Sự khác biệt này dẫn tới sự khác biệt về hiệu quả điều trị kiểm soát huyết áp. Bên cạnh đó HADMTT cũng được cân nhắc là một yếu tố tiên lượng ở những bệnh nhân có phình hoặc tách động mạch chủ mặc dù HADMNB đã được kiểm soát [1]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu mối tương quan giữa HADMNB và HADMTT ở bệnh nhân tách thành động mạch chủ Stanford B được can thiệp nội mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu cắt ngang, được thực hiện tại Viện Tim mạch Việt Nam, bệnh viện Bạch Mai, trên những bệnh nhân được chẩn đoán tách thành động mạch chủ Stanford B được can thiệp nội mạch. Tiêu chuẩn loại trừ gồm bệnh nhân có các rối loạn nhịp không phải nhịp xoang; bệnh nhân trong tình trạng sốc, huyết động không ổn định; bệnh nhân có tình trạng bệnh lý nội khoa nặng như suy thận nặng, nhiễm khuẩn nặng, suy gan nặng, tai biến mạch não hoặc xuất huyết tiêu hoá nặng, ung thư giai đoạn cuối với tiên lượng sống dưới 1 năm.

Đo HADMNB và HADMTT. Bệnh nhân được đo HADMNB ở động mạch cánh tay bằng máy đo huyết áp điện tử Omron HEM 8712 với nguyên lý dao động kế (tư thế nằm ngửa, đo 3 lần, cách nhau 2 phút, lấy kết quả trung bình để phân tích). HADMTT được đo bằng phương pháp không xâm lấn và xâm lấn. HADMTT không xâm lấn được đo bằng hệ thống phân tích sóng mạch Agedio B900 và ứng dụng Agedio K520 trên máy tính bảng iPad qua kết nối bluetooth, quy trình đo và ghi nhận kết quả tương tự như khi đo HADMNB ở động mạch cánh tay. HADMTT xâm lấn được đo khi bệnh nhân làm can thiệp nội mạch, giá trị này được đo tại đoạn động mạch chủ lên qua ống thông pigtail cỡ 5Fr. Để nghiên cứu mối tương quan, bệnh nhân được đo HADMNB và HADMTT không xâm lấn trước khi làm can thiệp nội mạch, đo HADMNB và HADMTT xâm lấn trong khi làm can thiệp nội mạch. Huyết áp động mạch trung bình (HADMTB) được tính bằng $1/3$ huyết áp tâm thu (HATT) + $2/3$ huyết áp tâm trương (HATTr). Huyết áp hiệu số (HAHS) được tính bằng $HATT - HATTr$.

Xử lý số liệu. Khảo sát biến phân bố chuẩn bằng phép kiểm định Shapiro-Wilk. Biến định lượng có phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm. Nghiên cứu sử dụng cả thống kê mô tả và phân tích, tương quan Pearson. Số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi gồm có 31 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn của nghiên cứu. Các đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Có 83,9% đối tượng tham gia nghiên cứu có tăng huyết áp, và 16,1% bệnh nhân có tiền sử bệnh lý động mạch chủ trước đây. Tại thời điểm nhập viện HATT và HATTr lần lượt là 149,0 mmHg và 85,9 mmHg.

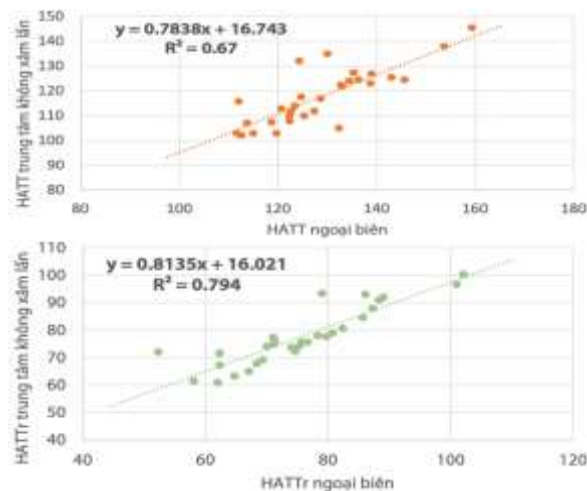
Bảng 1. Các đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu (n=31)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, năm	63,6±10,9(38-81)
Nam giới, n (%)	23 (74,2%)
Chiều cao, cm	164,7 ± 6,4
Cân nặng, kg	60,9 ± 10,2
BMI, kg/m ²	22,39 ± 2,96

Tăng huyết áp, n (%)	25 (80,6%)
Rối loạn mỡ máu, n (%)	15 (48,4%)
Đái tháo đường, n (%)	1 (3,2%)
Hút thuốc lá, n (%)	11 (35,5%)
Tiền sử bệnh mạch chủ, n (%)	5 (16,1%)
HATT lúc vào viện, mmHg	149,0 ± 17,0
HATT _r lúc vào viện, mmHg	85,9 ± 6,7

Bảng 2. Tương quan giữa các giá trị HAĐMNB và HAĐMTT không xâm lấn

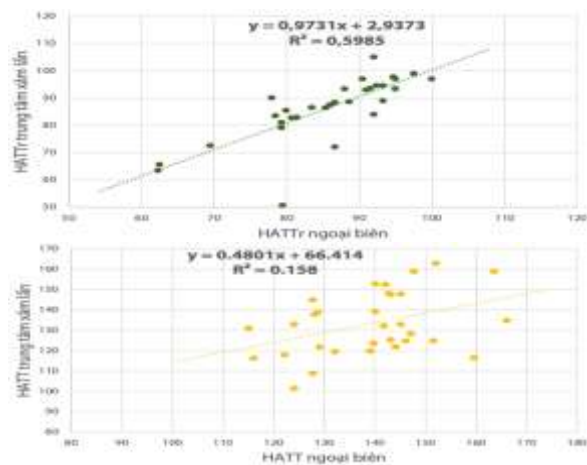
	HAĐMNB (1)	HAĐMTT không xâm lấn (2)	Khác biệt giữa 2 phương pháp	p (1) với (2)	Tương quan giữa 2 phương pháp
HATT (mmHg)	128,4 ± 11,8	117,4 ± 11,3	11,0 ± 7,0	<0,0001	r=0,818; p<0,0001
HATT _r (mmHg)	75,5 ± 11,4	77,4 ± 10,4	-1,9 ± 5,2	0,46	r=0,891; p<0,0001
HATB (mmHg)	110,8 ± 8,2	104,1 ± 7,7	6,7 ± 5,2	<0,0001	r=0,787; p<0,0001
HAHS (mmHg)	52,9 ± 17,6	40,0 ± 16,8	12,9 ± 8,0	<0,0001	r=0,893; p<0,0001

**Hình 1. Phương trình hồi quy tuyến tính đơn biến ước tính HATT trung tâm không xâm lấn từ HATT ngoại biên**

Các giá trị HATT, HATB và HAHS ngoại biên cao hơn có ý nghĩa so với huyết áp trung tâm không xâm lấn, còn đối với HATT_r không có sự khác biệt giữa 2 phương pháp. Có mối tương quan chặt giữa các giá trị huyết áp ngoại biên và huyết áp trung tâm không xâm lấn với $p < 0,0001$ (Bảng 2). Phân tích mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến ta thu được các phương trình thích hợp ước tính HAMTT không xâm lấn từ HAĐMNB (Hình 1), HATT trung tâm không xâm lấn = $0,7838 \times (\text{HATT ngoại biên}) + 16,743$ với $R^2 = 0,67$ và HATT_r trung tâm không xâm lấn = $0,8135 \times (\text{HATT_r ngoại biên}) + 16,021$.

Bảng 3. Tương quan giữa các giá trị HAĐMNB và HAĐMTT xâm lấn

	HAĐMNB (1)	HAĐMTT xâm lấn (2)	Khác biệt giữa 2 phương pháp	p (1) với (2)	Tương quan giữa 2 phương pháp
HATT (mmHg)	139,1 ± 12,8	133,2 ± 15,5	5,9 ± 15,7	0,04	r=0,397; p=0,027
HATT _r (mmHg)	85,6 ± 9,3	86,2 ± 11,7	-0,6 ± 7,4	0,63	r=0,774; p<0,0001
HATB (mmHg)	121,3 ± 9,7	117,6 ± 10,9	3,7 ± 10,2	0,05	r=0,514; p=0,003
HAHS (mmHg)	53,5 ± 13,9	46,9 ± 19,8	6,5 ± 18,8	0,06	r=0,424; p=0,18

**Hình 2. Phương trình hồi quy tuyến tính đơn biến ước tính HATT trung tâm xâm lấn từ HATT ngoại biên**

Từ các kết quả đo HAĐMNB và HAĐMTT xâm lấn, HATT ngoại biên cao hơn có ý nghĩa so với huyết áp trung tâm xâm lấn. Không có sự khác biệt giữa các giá trị HATT_r, HATB và HAHS khi đo bằng 2 phương pháp. Có mối tương quan chặt giữa số đo HATT_r ngoại biên và HATT_r xâm lấn, đối với giá trị HATT có tương quan mức độ vừa giữa 2 phương pháp (Bảng 3). Phân tích mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến thu được phương trình thích hợp ước tính HATT_r xâm lấn từ HATT_r ngoại biên, $y = 0,9731 \times x + 2,9373$ với $R^2 = 0,5985$, với mô hình tuyến tính của HATT cho

kết quả không phù hợp với $R^2 = 0,158$ (Hình 2).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu là nam giới (chiếm 74,2%) và tăng huyết áp yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp nhất (83,9%). Nghiên cứu của tác giả Delsart và cộng sự cũng cho kết quả tương tự [2]. Bên cạnh đó, một nghiên cứu trên hơn 8086 bệnh nhân tách thành động mạch chủ ghi nhận tỉ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân tách thành động mạch chủ Stanford B có xu hướng tăng nhanh trong giai đoạn từ 1950 tới 1970 sau đó tương đối ổn định tới tỉ lệ tổng thể là 78,7% [3]. Huyết áp là một mục tiêu điều trị quan trọng trong quản lý người bệnh có tách thành động mạch chủ, với tỉ lệ tăng huyết áp cao như vậy chúng ta càng cần phải chú ý hơn trong việc phát hiện sớm và quản lý tăng huyết áp ổn để giảm nguy cơ xuất hiện các tổn thương cơ quan đích và tiến triển bệnh lý động mạch chủ.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt giữa HATT ngoại biên cao hơn so với HATT trung tâm không xâm lấn ($128,4 \pm 11,8$ mmHg và $117,4 \pm 11,3$ mmHg, $p < 0,0001$) với trung bình sự khác biệt HATT giữa 2 phương pháp là $11,0 \pm 7,0$ mmHg. Kết quả này nhất quán với một số nghiên cứu khác cũng ghi nhận HATT ngoại biên cao hơn số đo HATT trung tâm không xâm lấn mặc dù sử dụng các thiết bị đo HAĐMTT không xâm lấn khác nhau [4]. Sự khác biệt này một phần do khó ước tính được sự khuếch đại huyết áp giữa ĐM cánh tay và ĐM quay, ngoài ra còn các yếu tố khác ảnh hưởng như phương pháp phân tích và hiệu chỉnh của từng loại thiết bị. Đối với HATTr, giá trị đo ngoại biên và trung tâm không xâm lấn lần lượt là $75,5 \pm 11,4$ mmHg và $77,4 \pm 10,4$, sự khác biệt giữa 2 phương pháp không có ý nghĩa thống kê ($p=0,46$). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Tuấn và cộng sự sử dụng thiết bị Centron CBP301 cũng ghi nhận HATT ngoại biên cao hơn so với HATT trung tâm không xâm lấn và không có sự khác biệt về giá trị HATTr ngoại biên và trung tâm [5].

Giá trị HATT và HATTr trung tâm không xâm lấn có mối tương quan chặt với HATT và HATTr ngoại biên, hệ số tương quan r lần lượt là 0,818 và 0,891 ($p < 0,0001$). Mối tương quan chặt cũng được thấy ở HATB và HAHS giữa 2 phương pháp đo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả với tác giả Izzo. [6]. Sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến chúng tôi thu được các phương trình thích hợp ước tính HATT và HATTr trung tâm không xâm lấn từ số

đo HA ngoại biên với giá trị R^2 hiệu chỉnh lần lượt là 0,888 và 0,773.

HA động mạch là áp lực của máu trong hệ thống động mạch của cơ thể, do đó phương pháp đo HA xâm lấn được coi là tiêu chuẩn vàng. Tuy nhiên phương pháp này là một thủ thuật xâm lấn nên việc ứng dụng theo dõi huyết áp trên lâm sàng có phần hạn chế. Đo huyết áp bằng các thiết bị không xâm lấn là phương pháp thay thế do tính an toàn và tiện lợi hơn so với phương pháp xâm lấn. Cho tới nay đã có nhiều nghiên cứu về sự khác biệt giữa 2 phương pháp đo HA xâm lấn và không xâm lấn, tuy nhiên kết quả thu được lại có phần không thống nhất. Nghiên cứu của Wiecek và cộng sự so sánh HA xâm lấn đo qua ống thông ở ĐM cánh tay với HA đo bằng băng quấn và sử dụng ống nghe [7]. Kết quả cho thấy HATT cánh tay thấp hơn 13% so với HATT xâm lấn (130 ± 7 mmHg với 149 ± 8 mmHg), còn HATTr tương tự nhau giữa 2 phương pháp. Ngược lại, kết quả của tác giả Wax và cộng sự thực hiện cho số đo HATT và HATTr ở động mạch cánh bằng phương pháp không xâm lấn cao hơn phương pháp xâm lấn [8]. Nghiên cứu của Liu và cộng sự cũng cho thấy HA không xâm lấn có tương quan tốt với HA xâm lấn và thu được phương trình hồi quy để ước tính HA xâm lấn từ HA không xâm lấn ($R^2 = 0,6$ với HATT và $R^2 = 0,82$ với HATTr) [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy HATT ngoại biên cao hơn HATT trung tâm xâm lấn với trung bình sự khác biệt là $5,9 \pm 15,7$ mmHg ($p=0,04$), HATTr ngoại biên có xu hướng thấp hơn trung tâm xâm lấn tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,63$). Khác với các nghiên cứu về huyết áp xâm lấn trước đây chỉ thực hiện đo huyết áp xâm lấn tại động mạch ngoại biên như động mạch quay, động mạch cánh tay, nghiên cứu của chúng tôi đã thực hiện đo huyết áp xâm lấn tại động mạch chủ lên.

Như vậy, kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số đo HATT ngoại biên cao hơn so với HATT trung tâm xâm lấn và không xâm lấn, còn đối với HATTr không có khác biệt ý nghĩa giữa huyết áp ngoại biên và trung tâm. Bên cạnh đó, số đo HAĐMTT cũng có mối tương quan chặt với HAĐMNB. Trong quá trình điều trị tăng huyết áp thường sử dụng HAĐMNB để theo dõi, tuy nhiên nghiên cứu tác giả Rooprai và cộng sự cho thấy huyết áp cánh tay hay HAĐMNB không có liên quan độc lập với kích cỡ hoặc tiến triển của phình động mạch chủ bất kể người bệnh có tiền sử tăng huyết áp hay không. Đồng thời nghiên cứu này cũng chỉ ra HAĐMTT có liên quan độc lập tới tốc độ tiến triển của phình động mạch

chủ trong tương lai ở người bệnh có tăng huyết áp; còn đối với người không có tăng huyết áp, HATT trung tâm cao hơn có liên quan tới cả kích thước và tiến triển của phình động mạch chủ [10]. Một nghiên cứu khác trên nhóm đối tượng bệnh lý động mạch chủ bao gồm cả phình động mạch chủ và tách động mạch chủ cũng cho thấy ở nhóm người bệnh có bệnh lý động mạch chủ tiếp tục tiến triển có HATT động mạch trung tâm đo bằng phương pháp không xâm lấn cao hơn so với nhóm không tiến triển bệnh, mặc dù cả hai nhóm đều được kiểm soát huyết áp tốt khi theo dõi bằng HAĐMNB [1]. Những kết quả này gợi ý vai trò của việc theo dõi HAĐMTT trong quản lý và theo dõi tiến triển bệnh lý động mạch chủ, khi mà các thiết bị đo HAĐMTT không xâm lấn có thể mang lại sự tiện dụng và dễ dàng trong thực hành lâm sàng thường quy, và chúng ta cũng cần có thêm các nghiên cứu về mục tiêu theo dõi điều trị khi ứng dụng các thiết bị đo HAĐMTT không xâm lấn trong quá trình quản lý người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Ở nhóm người bệnh tách thành động mạch chủ Stanford B, số đo HATT ngoại biên cao hơn HATT trung tâm không xâm lấn và xâm lấn, đối với HATT đo được ở ngoại biên và trung tâm không có sự khác biệt ý nghĩa. Các giá trị HATT và HATT ngoại biên có mối tương quan chặt chẽ với trung tâm, ngoại trừ tương quan giữa HATT ngoại biên với HATT trung tâm không xâm lấn là mức độ vừa. Trong tương lai chúng ta cần có thêm các nghiên cứu về việc sử dụng HAĐMTT không xâm lấn trong quản lý người bệnh có bệnh lý động mạch chủ, cũng như người bệnh tăng huyết áp để có thể áp dụng thường quy hơn trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moon J., Hak Lee S., Guk Ko Y. và cộng sự. (2010). Central aortic pressure in aortic aneurysm and aortic dissection: a novel prognostic marker. *Acta Cardiol*, 65(3), 303–308.
2. Delsart P., Ledieu G.J., Ramdane N. và cộng sự. (2017). Impact of the Management of Type B Aortic Dissection on the Long-Term Blood Pressure. *Am J Cardiol*, 120(3), 484–488.
3. Chan K.K. và Rabkin S.W. (2014). Increasing Prevalence of Hypertension Among Patients With Thoracic Aorta Dissection: Trends Over Eight Decades—A Structured Meta-analysis. *Am J Hypertens*, 27(7), 907–917.
4. Al-Said J. và Suyao C. (2018). The Difference between the Central and Peripheral Blood Pressure During Hemodialysis. 3.
5. Tuấn N.M., Kiên L.T., Hồng N.M. và cộng sự. (2018). Khảo sát sự khác biệt huyết áp động mạch chủ trung tâm và huyết áp động mạch cảnh tay ở người cao tuổi điều trị tại Khoa Nội cán bộ - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *J 108 - Clin Med Pharmacy*.
6. Izzo J.L. (2014). Brachial vs. Central Systolic Pressure and Pulse Wave Transmission Indicators: A Critical Analysis. *Am J Hypertens*, 27(12), 1433–1442.
7. Wiecek E.M., McCartney N., và McKelvie R.S. (1990). Comparison of direct and indirect measures of systemic arterial pressure during weightlifting in coronary artery disease. *Am J Cardiol*, 66(15), 1065–1069.
8. Wax D.B., Lin H.-M., và Leibowitz A.B. (2011). Invasive and Concomitant Noninvasive Intraoperative Blood Pressure Monitoring Observed Differences in Measurements and Associated Therapeutic Interventions. *Anesthesiology*, 115(5), 973–978.
9. Liu B., Qiu P., Chen H. và cộng sự. (2014). Comparison of simultaneous invasive and non-invasive measurements of blood pressure based upon MIMIC II database. *Artery Res*, 8(4), 209–213.
10. Rooprai J., Boodhwani M., Beauchesne L. và cộng sự. (2022). Central Hypertension in Patients With Thoracic Aortic Aneurysms: Prevalence and Association With Aneurysm Size and Growth. *Am J Hypertens*, 35(1), 79–86.

THANG ĐIỂM MELD 3.0 TRONG TIỀN LƯỢNG 90 NGÀY BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ

Phạm Nhật Huyền¹, Trần Ngọc Ánh¹

TÓM TẮT

Tỉ lệ tử vong do xơ gan còn cao nên việc đưa ra tiên lượng sớm với bệnh nhân xơ gan là cần thiết. Thang điểm MELD 3.0 cập nhật và tối ưu hóa mức độ

phù hợp của thang điểm MELD và có ý nghĩa nhất định trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan trong 3 tháng (90 ngày). **Mục tiêu:** Ứng dụng thang điểm MELD 3.0 trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan mất bù. So sánh thang điểm MELD 3.0, MELD, MELD-Na trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù trong vòng 90 ngày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả tiến cứu trên 100 bệnh nhân xơ gan tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu 56.9 ± 10.2 , bệnh nhân nam 86%, nữ 14 %, tỉ lệ Nữ/Nam ~1/6. Nguyên nhân xơ gan rượu 61%, Viêm gan B 16%, Viêm gan C

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nhật Huyền

Email: phamnhathuyen98@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

3%, cả viêm gan B, C chiếm 1%, nguyên nhân khác chiếm 12% (bao gồm viêm gan tự miễn, xơ gan mật và không rõ nguyên nhân). Điểm MELD 3.0 trung bình 18.9 ± 5.5 . Thang điểm MELD 3.0 có giá trị tiên lượng tử vong bệnh nhân xơ gan mất bù trong 90 ngày với AUROC là 0.747 ($p < 0.05$), có giá trị dự đoán tối ưu tại điểm cắt 19 với độ nhạy 92% và độ đặc hiệu 52%. Diện tích dưới đường cong của thang điểm MELD 3.0, MELDNa, MELD dự đoán tỉ lệ tử vong trong 90 ngày AUROC lần lượt là 0.747, 0.726, 0.711. Thang điểm MELD 3.0 có AUROC tốt nhưng không có sự khác biệt giữa các mô hình với MELDNa và MELD. Cần thêm nghiên cứu xác định tính vượt trội của thang điểm MELD 3.0 trong tiên lượng bệnh nhân gan.

Từ khóa: MELD 3.0.

SUMMARY

APPLICATION OF THE MELD 3.0 SCORE IN PREDICTING 90-DAY MORTALITY IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED CIRRHOSIS

Cirrhosis remains a major cause of morbidity and mortality worldwide. Early prognostication is essential for clinical decision-making and resource allocation in patients with liver cirrhosis. The MELD 3.0 score is a recent update of the original MELD model, optimized to enhance prognostic accuracy, particularly in predicting 90-day mortality. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 100 patients diagnosed with liver cirrhosis at Hanoi Medical University Hospital. Clinical characteristics, laboratory parameters, and MELD-based scores (MELD, MELD-Na, MELD 3.0) were recorded and analyzed. The predictive performance for 90-day mortality was assessed using receiver operating characteristic (ROC) curve analysis. **Results:** The mean age of the study population was 56.9 ± 10.2 years. The majority of patients were male (86%), with a female-to-male ratio of approximately 1:6. The most common etiology was alcohol-related liver disease (61%), followed by hepatitis B (16%), hepatitis C (3%), dual HBV/HCV infection (1%), and other causes (12%) including autoimmune hepatitis, primary biliary cirrhosis, and cryptogenic cirrhosis. The mean MELD 3.0 score was 18.9 ± 5.5 . MELD 3.0 demonstrated good prognostic ability for predicting 90-day mortality, with an area under the ROC curve (AUROC) of 0.747 ($p < 0.05$). At the optimal cutoff point of 19, MELD 3.0 yielded a sensitivity of 92% and specificity of 52%. The AUROC values for MELD 3.0, MELD-Na, and MELD were 0.747, 0.726, and 0.711, respectively. Although MELD 3.0 showed the highest predictive accuracy, the differences among the models were not statistically significant. **Conclusions:** The MELD 3.0 score provides acceptable predictive performance for short-term mortality in patients with decompensated cirrhosis. While it demonstrates a slightly better discriminative ability than MELD and MELD-Na, further large-scale studies are warranted to confirm its clinical superiority. **Keywords:** MELD 3.0, liver cirrhosis,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan với các biến chứng là gánh nặng chăm sóc sức khỏe đáng kể trên toàn thế giới. Năm 2019, có khoảng 1,6 triệu ca tử vong do xơ

gan, xếp hạng thứ 11 về nguyên nhân gây tử vong mỗi năm¹. Tại Việt Nam xơ gan là nguyên nhân thứ 9 gây tử vong và tàn tật, tăng 47,3% so với năm 2009². Nguyên nhân tử vong ở những bệnh nhân xơ gan chủ yếu là do các biến chứng trong đợt cấp mất bù như: Xuất huyết tiêu hóa, hội chứng não gan, hội chứng gan thận, hay nhiễm trùng. Tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan là cần thiết đặc biệt ở bệnh nhân xơ gan mất bù và có vai trò quan trọng trong việc phân bổ nguồn gan ghép ở những bệnh nhân chờ ghép gan. Có nhiều thang điểm đã được sử dụng để tiên lượng bệnh nhân xơ. Bảng phân loại Child Pugh được sử dụng từ năm 1973 và đã được sử dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới để dự báo tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân xơ gan. Năm 2002, MELD thay thế Child Pugh trong việc phân loại bệnh nhân trong danh sách chờ ghép gan. Năm 2008, Kim và cộng sự báo cáo rằng việc bổ sung nồng độ natri huyết thanh tạo ra thang điểm MELDNa có thể cải thiện khả năng tiên lượng.

Tiên lượng tỷ lệ tử vong trong thời gian ngắn (3 tháng) ở bệnh nhân xơ gan là cần thiết và có vai trò quan trọng trong việc phân bổ nguồn gan ghép ở những bệnh nhân chờ ghép. Bất chấp tính hữu ích của điểm MELD hiện tại, năm 2021 Tiến sĩ Kim tối ưu hóa hơn mức độ phù hợp của điểm MELD bằng cách bổ sung các biến số mới như giới tính nữ, albumin huyết thanh và điểm cắt creatinine được cập nhật tạo ra mô hình MELD 3.0. Nhân thấy thang điểm MELD 3.0 có vai trò tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù và tình hình thực tiễn tại Việt Nam. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu thang điểm MELD 3.0 với mong muốn: *Ứng dụng thang điểm MELD 3.0 ở bệnh nhân xơ gan mất bù. So sánh thang điểm MELD 3.0, MELD, MELD-Na trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù trong vòng 90 ngày.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan mất bù điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/08/2024 đến hết 01/5/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan có hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan giai đoạn mất bù theo Hội Gan mật châu Âu 2018:** trên bệnh nhân xơ gan xuất hiện một trong các biến chứng: cổ chướng, xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, hội chứng não gan, vàng da³.

- Bệnh nhân được tính toán chỉ số MELD 3.0, MELD, MELD-Na trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thu thập được thông tin theo dõi dọc bệnh nhân qua phòng vấn trực tiếp bệnh nhân hoặc gia đình qua điện thoại xác định tình trạng sống- còn.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan

- Bệnh nhân không đủ xét nghiệm đánh giá thang điểm MELD, MELDNa, MELD 3.0; Truyền Albumin; Dùng thuốc lợi tiểu trước 7 ngày nhập viện và rối loạn điện giải do các nguyên nhân khác.

- Bệnh nhân được xác định tử vong do các nguyên nhân khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu với cỡ mẫu 100

- MELD 3.0 = $1,33 \times (\text{Nữ}) + 4,56 \times \ln(\text{Bilirubin huyết thanh}) + 0,82 \times (137 - \text{Natri}) - 0,24 \times (137 - \text{Natri}) \times \ln(\text{Bilirubin huyết thanh}) + 9,09 \times \ln(\text{INR}) + 11,14 \times \ln(\text{Creatinine huyết thanh}) + 1,85 \times (3,5 - \text{Albumin huyết thanh}) - 1,83 \times (3,5 - \text{Albumin huyết thanh}) \times \ln(\text{Creatinine huyết thanh}) + 6$

Giới hạn ở phạm vi giá trị bilirubin, INR và creatinine huyết thanh dưới 1,0 được đặt là 1,0. Natri được đặt 125 – 137 mEq/L và nếu nằm ngoài giới hạn này, sẽ được đặt ở giới hạn gần nhất. Albumin huyết thanh được giới hạn ở mức 1,5 – 3,5 g/dL và nếu nằm ngoài giới hạn này, sẽ được đặt ở giới hạn gần nhất.

$\text{MELD} = 11,2 \times \ln(\text{INR}) + 3,78 \times \ln(\text{bilirubin}) + 9,57 \times \ln(\text{creatinine}) + 6,43$

$\text{MELD-Na} = \text{MELD} + [1,32 \times (137 - \text{Na})] - [0,033 \times \text{MELD} \times (137 - \text{Na})]$

2.3 Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0 và AUROC được so sánh với kiểm định DeLong test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 100 bệnh nhân độ tuổi trung bình 56.9 ± 10.2 nhỏ nhất 25, lớn nhất 82. Tỷ lệ bệnh nhân nam 86%, nữ 14 %, Tỷ lệ Nữ/Nam ~1/6. Xơ gan rượu 61%, Viêm gan B 16%, Viêm gan C 3%, cả viêm gan B, C chiếm 1%, nguyên nhân khác chiếm 12% (bao gồm viêm gan tự miễn, không rõ nguyên nhân và viêm gan ứ mật).

Điểm MELD 3.0 trung bình 18.9 ± 5.51 , bệnh nhân có điểm MELD 3.0 lớn nhất là 50, tử vong trong 24 giờ sau nhập viện, bệnh nhân có điểm MELD 3.0 nhỏ nhất là 7.

3.2. Thang điểm MELD 3.0 và tiên lượng tử vong bệnh nhân sau 90 ngày

Bảng 1: Thang điểm MELD 3.0 và tiên lượng tử vong bệnh nhân sau 90 ngày

Tiên lượng		Số BN	Tỉ lệ %	Chỉ số MELD 3.0			p
				MAX	MIN	TB	
Tiên triển 90 ngày	Tử vong	12	12	50	18	24.08 ± 8.5	0.000
	Sống	88	88	26	7	18.2 ± 4.6	
Tổng		100	100	50	7	18.9 ± 5.5	

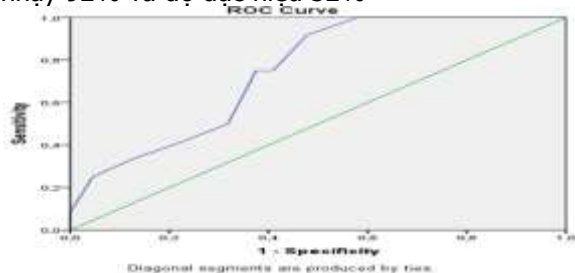
Nhận xét: Điểm MELD 3.0 trung bình của bệnh nhân sống sau 90 ngày 18.2 ± 4.6 ; tử vong sau 90 ngày 24.08 ± 8.5 , trong đó bệnh nhân tử vong có điểm MELD 3.0 cao nhất là 50 tử vong sau 24 giờ nhập viện, và bệnh nhân có điểm MELD 3.0 thấp nhất là 18.

*** Ngưỡng cắt MELD 3.0 dự kiến trong đánh giá tiên lượng bệnh nhân xơ gan**

Bảng 2: Một số điểm cắt MELD 3.0 dự kiến

		Điểm cắt MELD 3.0 dự kiến				
		17	18	19	20	21
Tiên lượng 90 ngày	Độ nhạy	100	100	92	75	75
	Độ đặc hiệu	38	42	52	59	63

Nhận xét: Điểm cắt MELD 3.0 có tiên lượng trong 90 ngày tốt nhất là MELD 3.0 = 19 với độ nhạy 92% và độ đặc hiệu 52%



Biểu đồ 1: Đường cong ROC và điểm MELD 3.0 tiên lượng tử vong 90 ngày

Nhận xét: Với điểm cắt MELD 3.0 là 19 trong tiên lượng 90 ngày, diện tích dưới đường cong (AUROC) là 0.747

***Điểm cắt MELD 3.0 = 19 và tỉ lệ sống, tử vong trong 90 ngày**

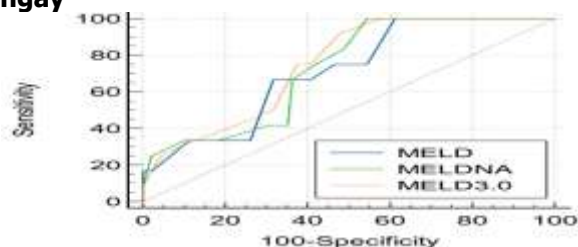
Bảng 3: Điểm cắt MELD 3.0 = 19 và tỉ lệ sống trong 90 ngày

		MELD 3.0			
		≤19		>19	
		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tiên triển 90 ngày	Tử vong	3	5.5	09	25
	Sống	52	94.5	36	75
Tổng		55	100	45	100

Nhận xét: Với điểm MELD 3.0 ≤ 19, số bệnh nhân sống sót sau 90 ngày là 94.5%, có 5.5% bệnh nhân tử vong. MELD 3.0 >19, bệnh nhân

tử vong chiếm tỉ lệ 25%. Số điểm MELD 3.0 và tỉ lệ tử vong trong vòng 90 ngày có mối liên quan với nhau với độ tin cậy 95% ($p=0.000 < 0.05$)

3.3. So sánh thang điểm MELD 3.0, MELD, MELD-Na trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù trong vòng 90 ngày



Biểu đồ 2: Đường cong ROC và điểm MELD 3.0, MELD, MELD NA tiên lượng tử vong 90 ngày

Diện tích dưới đường cong của thang điểm MELD 3.0 = 0.747, MELDNa = 0.726, MELD = 0.711

Bảng 4: So sánh tiên lượng thang điểm MELD với MELD 3.0, MELDNa với MELD 3.0

So sánh	Chênh lệch AUC	95% CI	z statistic	P
MELD và MELD 3.0	0.0365	0.0139 →0.0868	1.418	0.1560
MELDNa và MELD 3.0	0.0208	0.0136 →0.0553	1.186	0.2357

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong của thang điểm MELD 3.0, MELDNa, MELD tiên lượng tử vong trong 90 ngày lần lượt là 0.747 (95% CI: 0.650 - 0.829), 0.726 (95% CI: 0.628 - 0.811), MELD (95% CI: 0.611 - 0.797); ($P = 0.236$ và $P = 0.156$ khi so sánh AUROC của MELD3.0 với MELDNa và MELD).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có độ tuổi trung bình 56.9 ± 10.2 , nhỏ nhất 25, lớn nhất 82. Điều này phù hợp với Điều này cho thấy rõ bệnh nhân mắc bệnh xơ gan ở nước ta chủ yếu trong độ tuổi trung niên, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương (50.6 ± 11.6)³.

Tỉ lệ bệnh nhân nam 86%, nữ 14 %, Tỉ lệ Nữ/Nam ~1/6, nguyên nhân xơ gan rượu 61%, Viêm gan B 16%, Viêm gan C 3%, cả viêm gan B, C chiếm 1%, nguyên nhân khác chiếm 12% (bao gồm viêm gan tự miễn, xơ gan mật và không rõ nguyên nhân). Điều này liên quan đến thói quen và tập quán sử dụng rượu tại Việt Nam, bệnh nhân nam bị xơ gan nhiều hơn bệnh nhân nữ vì tỉ lệ xơ gan rượu nhiều và ở Việt Nam nữ giới ít uống rượu. Nguyên nhân xơ gan ở các nước phát triển chủ yếu do rượu và viêm gan C,

trong khi nguyên nhân xơ gan ở các nước đang phát triển cũng như Việt Nam virus viêm gan B chiếm tỉ lệ khá cao. Hậu quả của virus viêm gan B và rượu trong tiên lượng xơ gan cũng khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tử vong trong 90 ngày là 12%, tỉ lệ này còn khá cao do điều kiện kinh tế, và người bệnh còn dùng thuốc nam bắc nên làm ảnh hưởng chậm trễ quá trình can thiệp TIPS và ghép gan.

Điểm MELD 3.0 khả thi với các chỉ số đơn giản có thể thu thập trong 24 giờ đầu. Trong nghiên cứu này điểm MELD 3.0 trung bình 18.9 ± 5.51 , bệnh nhân có điểm MELD 3.0 lớn nhất là 50, tử vong trong 24 giờ sau nhập viện, bệnh nhân có điểm MELD 3.0 nhỏ nhất là 7. Điểm MELD 3.0 trung bình ở bệnh nhân sống sót và tử vong trong 90 ngày lần lượt là 18.2 ± 4.6 và 24.08 ± 8.5 ; như vậy điểm MELD 3.0 trung bình ở nhóm tử vong cao hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p=0.00 < 0.05$). Với giá trị MELD 3.0 cut-off là 19, AUROC dự báo tỉ lệ tử vong sau 90 ngày là 0.747 với độ nhạy 92% và độ đặc hiệu 52%. Kết quả này tương tự kết quả của tác giả Hong-Yi Lin và cộng sự nghiên cứu về thang điểm MELD 3.0 trên 862 bệnh nhân tại bệnh viện Singapore trong thời gian 2018 – 2023 với thang điểm có ý nghĩa dự báo mức độ tử vong sau 90 ngày AUROC là 0.754⁵. Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu nhỏ và giới hạn trên nhóm bệnh nhân xơ gan mất bù, kết quả mang tính chất tham khảo nhưng có thể thấy thang điểm MELD 3.0 có tiên lượng tử vong tốt, cải tiến rõ rệt và tương đương với một số nghiên cứu trên thế giới. Khi so sánh thang điểm MELD 3.0 với thang điểm MELDNa và MELD dự đoán tỉ lệ tử vong trong 90 ngày AUROC lần lượt là 0.747, 0.726, 0.711, có thể thấy thang điểm MELD 3.0 có AUROC tốt nhất trong ba thang điểm trong nghiên cứu này tuy nhiên không có sự khác biệt rõ rệt về tiên lượng tử vong giữa 3 thang điểm với $p = 0.236$ và $p = 0.156$ ($p > 0.05$) khi so sánh AUROC của MELD 3.0 với MELDNa và MELD⁶.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm MELD 3.0 có giá trị tiên lượng tử vong bệnh nhân xơ gan mất bù trong 90 ngày với AUROC là 0.747. MELD 3.0 có AUROC tốt tuy nhiên không có sự khác biệt rõ rệt tiên lượng giữa các mô hình với MELDNa và MELD có thể do kích thước mẫu, nguyên nhân, khác biệt dân số hoặc bối cảnh lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asrani SK, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath PS. Burden of liver diseases in the world. J

- Hepatol. 2019;70(1):151-171. doi:10.1016/j.jhep.2018.09.014
2. **Gánh nặng toàn cầu, khu vực và quốc gia về bệnh viêm gan B, 1990–2019: Phân tích có hệ thống cho Nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu 2019 | Viện Đo lường và Đánh giá Sức khỏe.** Accessed June 23, 2024. <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-regional-and-national-burden-hepatitis-b-1990-2019-systematic>
 3. **European Association for the Study of the Liver.** EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. J Hepatol. 2018;69(2):406-460. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.024
 4. **Nguyễn Thị Mai Hương** (2011). Giá trị thang điểm MELD trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan, luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội
 5. **Lin H, Loi PL, Ng J, et al.** MELD3.0 is superior to MELDNa and MELD for prediction of mortality in patients with cirrhosis: An external validation in a multi-ethnic population. JGH Open. 2024;8(6):e13098. doi:10.1002/jgh3.13098
 6. **Yoo JJ, Chang JI, Moon JE, Sinn DH, Kim SG, Kim YS.** Validation of MELD 3.0 scoring system in East Asian patients with cirrhosis awaiting liver transplantation. Liver Transplantation. 2023;29(10):1029. doi: 10.1097/LVT.000000000000126

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY SINH DỤC BẰNG LIỆU PHÁP THAY THẾ TESTOSTERONE Ở NAM GIỚI MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Châu Phương Vũ^{1,2}, Đoàn Văn Quyền¹, Lưu Ngọc Trân³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình trạng đề kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có mối liên quan rõ rệt với mức testosterone thấp ở nam giới. Điều trị suy sinh dục bằng liệu pháp testosterone thay thế trên nhóm đối tượng này được chứng minh có hiệu quả nhưng dữ liệu tại Việt Nam còn khan hiếm. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị suy sinh dục ở nam mắc đái tháo đường típ 2 có suy sinh dục bằng liệu pháp thay thế testosterone sau 3 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng trên 42 bệnh nhân nam đái tháo đường típ 2 có suy sinh dục tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 07 năm 2024 đến tháng 06 năm 2025. **Kết quả:** Sau điều trị bằng liệu pháp testosterone thay thế, cân nặng trung bình giảm từ 62,79 kg xuống còn 62,24 kg và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân béo phì xuống còn 28,6% nhưng không thay đổi tỷ lệ thừa cân béo phì ($p > 0,05$). Tuy nhiên, BMI trung bình giảm đáng kể với $p < 0,05$. Các triệu chứng liên quan đến suy sinh dục đánh giá theo bộ câu hỏi ADAM cải thiện đáng kể với xu hướng giảm tỷ lệ hiện diện sau khi điều trị thay thế bằng testosterone ($p < 0,05$). Tuy nhiên các triệu chứng như mệt mỏi, thiếu năng lượng, buồn bã hay dễ cáu gắt và giảm khả năng lao động tuy có giảm tỷ lệ nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Khi đánh giá tổng số điểm ADAM, có sự giảm đáng kể giữa trước và sau điều trị từ $7,12 \pm$

1,90 điểm xuống còn $5,83 \pm 2,17$ điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong quá trình điều trị, chỉ ghi nhận 1 bệnh nhân có phản ứng tại chỗ tiêm, không phát hiện các tác dụng phụ khác. **Kết luận:** Điều trị suy sinh dục ở nam giới đái tháo đường típ 2 bằng liệu pháp thay thế testosterone cho thấy sự cải thiện đáng kể về mặt triệu chứng và an toàn trong ngắn hạn.

Từ khóa: suy sinh dục, nam giới đái tháo đường típ 2, liệu pháp thay thế testosterone, kết quả điều trị.

SUMMARY

TESTOSTERONE REPLACEMENT THERAPY OUTCOMES IN MALE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND HYPOGONADISM AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Background: Insulin resistance in men with type 2 diabetes mellitus (T2DM) is strongly correlated with low circulating testosterone levels. Although testosterone replacement therapy (TRT) has demonstrated clinical efficacy in this population, evidence from Viet Nam remains scarce. **Objectives:** To assess short-term therapeutic outcomes of TRT in hypogonadal men with T2DM after 3 months of treatment. **Materials and methods:** An uncontrolled interventional study was conducted in 42 hypogonadal men with T2DM treated at Can Tho City General Hospital between July 2024 and June 2025. **Results:** Mean body weight decreased significantly from 62.79 kg to 62.24 kg ($p < 0.05$). The prevalence of obesity declined to 28.6%; however, the overall proportion of overweight plus obese individuals did not change significantly ($p > 0.05$). Mean BMI showed a significant reduction ($p < 0.05$). Most hypogonadal symptoms assessed by the ADAM questionnaire improved, with a significant downward trend in symptom prevalence following TRT ($p < 0.05$). Fatigue, decreased energy, depressed mood or

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trung tâm Y tế huyện Giồng Rai

³Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Châu Phương Vũ

Email: chauphuongvu86@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

irritability, and diminished work capacity exhibited numerical reductions that did not reach statistical significance ($p > 0.05$). The mean total ADAM score declined from 7.12 ± 1.90 at baseline to 5.83 ± 2.17 post-treatment ($p < 0.001$). Only one patient experienced a mild injection-site reaction; no other adverse effects were observed. **Conclusion:** Three-month testosterone replacement therapy yielded significant symptomatic improvement and was well tolerated in hypogonadal men with T2DM.

Keywords: hypogonadism; type 2 diabetes mellitus (T2DM); testosterone replacement therapy (TRT); treatment outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 là một trong những vấn đề sức khỏe toàn cầu đang gia tăng nhanh chóng. Theo báo cáo của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế vào năm 2021, khoảng 536,6 triệu người trong độ tuổi từ 20 đến 79 trên toàn thế giới mắc đái tháo đường típ 2, và con số này dự kiến sẽ tăng lên 783,3 triệu người vào năm 2045. Đặc biệt, tốc độ gia tăng tỷ lệ mắc bệnh dự báo sẽ nhanh nhất ở các quốc gia có thu nhập trung bình, với tỷ lệ gia tăng 11,9%, cao hơn so với các quốc gia có thu nhập cao và thu nhập thấp [9].

Ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, tình trạng đề kháng insulin có mối liên quan rõ rệt với mức testosterone thấp ở nam giới. Testosterone là hormone chủ yếu được sản xuất bởi tinh hoàn, đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành và duy trì các đặc tính sinh dục thứ cấp ở nam giới. Khi nồng độ testosterone giảm, có thể tác động tiêu cực đến nhiều khía cạnh của sức khỏe, bao gồm sức khỏe thể chất, tâm lý, và các chức năng trao đổi chất, như mức năng lượng, tâm trạng, ham muốn và chức năng tình dục, sức khỏe cơ xương và tim mạch. Suy sinh dục nam được chẩn đoán dựa trên các triệu chứng lâm sàng kết hợp với nồng độ testosterone thấp trong huyết thanh. Một nghiên cứu tại Châu Âu đã khảo sát hơn 3.000 nam giới trong độ tuổi từ 40 đến 79, và kết quả cho thấy tỷ lệ suy sinh dục chung là 2,1%, với tỷ lệ suy sinh dục lần lượt là 0,1% ở nhóm 40-49 tuổi, 0,6% ở nhóm 50-59 tuổi, 3,2% ở nhóm 60-69 tuổi và 5,1% ở nhóm 70-79 tuổi [10].

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị cho suy sinh dục nam, bao gồm điều trị không dùng thuốc, nội khoa và ngoại khoa. Liệu pháp thay thế testosterone được coi là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho suy sinh dục nam, trong đó testosterone dạng tiêm là một biện pháp đơn giản, dễ sử dụng và thường được bệnh nhân dung nạp tốt [8]. Tại Việt Nam, vấn đề suy sinh dục nam chưa nhận được sự quan tâm đầy đủ từ cả bệnh nhân lẫn các cơ sở y tế, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân đái tháo

đường típ 2. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp thêm bằng chứng khoa học về hiệu quả điều trị của liệu pháp thay thế testosterone trên nam giới mắc đái tháo đường típ 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân nam giới mắc đái tháo đường típ 2 có suy sinh dục được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân nam từ 18 tuổi trở lên nhưng không quá 60 tuổi, có tiền sử mắc đái tháo đường típ 2 hoặc được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 theo tiêu chí của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ 2022.

Bệnh nhân được chẩn đoán suy sinh dục theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Quốc tế Nghiên cứu Lão khoa Nam (The International Society for the Study of the Aging Male hay ISSAM) năm 2021 khi đồng thời thỏa cả 2 tiêu chuẩn về lâm sàng và cận lâm sàng [7]:

- Lâm sàng: các triệu chứng của suy sinh dục được đánh giá bằng bộ câu hỏi ADAM. Xác định là có triệu chứng lâm sàng của suy sinh dục khi bệnh nhân trả lời "có" ở câu hỏi thứ nhất hoặc câu hỏi thứ 7 hoặc bệnh nhân trả lời "có" từ 3 câu hỏi trở lên.

- Cận lâm sàng: nồng độ testosterone toàn phần đo từ 7 giờ - 11 giờ sáng giảm dưới 12,1 nmol/L (3,5 ng/mL) trong 2 lần, cách nhau 1 tuần [7].

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử suy tuyến yên, tiền sử phì đại tiền liệt tuyến, ung thư tiền liệt tuyến.

Bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính như bệnh thận mạn giai đoạn cuối, xơ gan, bệnh ác tính, bệnh thần kinh tự chủ.

Bệnh nhân đang có tình trạng bệnh lý cấp tính, đe dọa tính mạng.

Bệnh nhân suy giảm miễn dịch.

Bệnh nhân đang điều trị thay thế testosterone hoặc có nồng độ estradiol, prolactin tăng.

Bệnh nhân đang sử dụng thuốc ảnh hưởng đến chức năng tuyến yên, tinh hoàn hoặc tuyến thượng thận như corticosteroid, chất chủ vận/đối kháng GnRH, chất ức chế 5-alfa-reductase, chất đối kháng thụ thể androgen và thuốc chống loạn thần, thuốc chẹn beta.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh

nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 42 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Tiến hành điều trị và theo dõi, đánh giá kết quả điều trị các bệnh nhân nam suy sinh dục mắc đái tháo đường típ 2 ≤ 60 tuổi bằng Sustanon 250 mg/ống 1 ml, tiêm bắp mỗi 3 tuần. Đánh giá tại thời điểm trước và sau điều trị 3 tháng các đặc điểm sau:

- Đặc điểm cân nặng (kg) và chỉ số BMI (kg/m²).

- Triệu chứng suy sinh dục theo bộ câu hỏi ADAM: từng triệu chứng và tổng điểm.

- Tác dụng phụ khi điều trị:

+ Phản ứng tại nơi tiêm: đau, rát, ban đỏ hoặc nốt cứng, tụ máu, viêm mô tế bào tại chỗ.

+ Tăng men gan: được xác định khi ALT, AST cao hơn 3 lần so với ngưỡng bình thường.

+ Đa hồng cầu: được xác định theo tiêu chuẩn của tổ chức Y tế thế giới năm 2016 khi hemoglobin ≥ 16,5 mg/dL và hematocrit ≥ 49%.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh trung bình trước và sau điều trị sử dụng Paired samples T-test (phân phối chuẩn). So sánh tỷ lệ trước và sau điều trị với hai phân nhóm sử dụng McNemar test và với nhiều hơn hai phân nhóm sử dụng McNemar-Bowker test. Giá trị p < 0,05 được xem như có ý nghĩa thống kê. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (24.183.HV/PCT-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 07/2024 đến tháng 06/2025, có tổng cộng 42 nam giới từ 18 đến 60 tuổi mắc đái tháo đường típ 2 kèm suy sinh dục tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Thay đổi cân nặng sau điều trị (N=42)

Đặc điểm cân nặng	Cân nặng (Kg)		
	TB ± ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Trước điều trị	62,79±7,65	48,00	82,00
Sau điều trị	62,24±7,60	48,00	81,00
Giá trị p	0,003		

Paired Samples Test

Nhận xét: Sau điều trị bằng liệu pháp testosterone thay thế, cân nặng trung bình giảm từ 62,79 kg xuống còn 62,24 kg và sự khác biệt

này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 2. Thay đổi BMI sau điều trị (N=42)

BMI	Trước điều trị n(%)	Sau điều trị n(%)	Giá trị p
Gầy	2 (4,7)	2 (4,7)	0,135*
Bình thường	11 (26,2)	11 (26,2)	
Thừa cân	13 (31,0)	17 (40,5)	
Béo phì	16 (38,1)	12 (28,6)	0,005**
Trung bình (kg/m ²)	24,00±2,36	23,30±2,36	

**McNemar-Bowker Test, **Paired Samples Test*

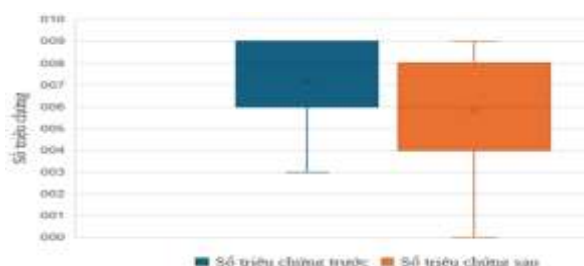
Nhận xét: Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân béo phì xuống còn 28,6% nhưng không thay đổi tỷ lệ thừa cân béo phì (p>0,05). Tuy nhiên, BMI trung bình giảm đáng kể với p<0,05.

Bảng 3. So sánh triệu chứng suy sinh dục và tổng số điểm theo bộ câu hỏi ADAM trước và sau điều trị (N=42)

Triệu chứng	Trước điều trị n(%)	Sau điều trị n(%)	Giá trị p
Giảm ham muốn tình dục	42 (100,0)	36 (85,7)	0,031*
Mệt mỏi/thiếu năng lượng	32 (76,2)	27 (64,3)	0,063*
Giảm sức mạnh và sức bền	39 (92,9)	34 (81,0)	0,125*
Giảm hứng thú	39 (92,9)	32 (76,2)	0,016*
Buồn bã hay dễ cáu gắt	21 (50,0)	18 (42,9)	0,250*
Giảm cương cứng	41 (97,6)	31 (73,8)	0,002*
Mệt mỏi sau bữa ăn tối	17 (40,5)	10 (23,8)	0,016*
Giảm khả năng chơi thể thao	33 (78,6)	26 (61,9)	0,016*
Giảm khả năng lao động	34 (81,0)	30 (71,4)	0,125*
Thang điểm ADAM	Trước điều trị	Sau điều trị	Giá trị p
Tổng số điểm	7,12 ± 1,90	5,83 ± 2,17	<0,001**

**McNemar Test, **Paired Samples Test*

Nhận xét: Các triệu chứng liên quan đến suy sinh dục đánh giá theo bộ câu hỏi ADAM cải thiện đáng kể với xu hướng giảm tỷ lệ hiện diện sau khi điều trị thay thế bằng testosterone (p<0,05). Tuy nhiên các triệu chứng như mệt mỏi, thiếu năng lượng, buồn bã hay dễ cáu gắt và giảm khả năng lao động tuy có giảm tỷ lệ nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Khi đánh giá tổng số điểm ADAM, có sự giảm đáng kể giữa trước và sau điều trị từ 7,12 ± 1,90 điểm xuống còn 5,83 ± 2,17 điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,001).



Biểu đồ 1. Cải thiện tổng số các triệu chứng theo bộ câu hỏi ADAM trước và sau điều trị (N=42)

Nhận xét: So sánh giữa trước và sau điều trị, số lượng triệu chứng trung bình giảm đáng kể từ 7 xuống còn xấp xỉ 6 triệu chứng. Đặc biệt, có bệnh nhân cải thiện hoàn toàn các triệu chứng.

Bảng 4. Tác dụng phụ sau điều trị (N=42)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phản ứng tại chỗ tiêm	1	2,4
Tăng men gan	0	0
Đa hồng cầu	0	0

Nhận xét: Trong quá trình điều trị, chỉ ghi nhận 1 bệnh nhân có phản ứng tại chỗ tiêm, không phát hiện các tác dụng phụ khác.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 42 bệnh nhân nam trong độ tuổi từ 18-60 mắc đái tháo đường kèm suy sinh dục. Nghiên cứu ghi nhận sau điều trị với liệu pháp thay thế testosterone 3 tháng, cân nặng và chỉ số khối cơ thể có cải thiện nhẹ. Đồng thời, các triệu chứng liên quan đến suy sinh dục cải thiện rõ rệt với tác dụng phụ ghi nhận không đáng kể.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sau 3 tháng điều trị thay thế testosterone, cân nặng trung bình của nhóm bệnh nhân đái tháo đường típ 2 suy sinh dục giảm nhẹ từ khoảng 62,79 kg xuống 62,24 kg ($p=0,002$). BMI trung bình giảm từ 24,0 kg/m² xuống 23,3 kg/m² ($p=0,005$), cho thấy một số bệnh nhân đã giảm cân đủ để cải thiện phân loại thể trọng. Mức giảm tuyệt đối về cân nặng tuy nhỏ nhưng có ý nghĩa thống kê, gợi ý rằng liệu pháp testosterone đã bước đầu tác động tích cực đến cân nặng và thành phần cơ thể của bệnh nhân. Kết quả này phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh của suy sinh dục khi thiếu hụt testosterone dẫn đến tăng tích lũy mỡ và giảm khối cơ, gây tăng cân và rối loạn chuyển hóa, nên việc bổ sung hormone có thể đảo ngược dần quá trình này [1]. Testosterone thay thế giúp tăng cường hoạt động trao đổi chất tại mô mỡ và cơ, đồng thời tăng động lực và năng lượng cho người bệnh tham gia hoạt động thể lực, nhờ đó hỗ trợ giảm cân bền vững. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian 3 tháng có lẽ

chưa đủ dài để tạo ra thay đổi lớn, nhưng việc giảm cân nhẹ và giảm BMI đã phản ánh xu hướng cải thiện tích cực. Kết quả của chúng tôi ghi nhận giống như báo cáo của Gianatti và cộng sự ở nhóm nam giới đái tháo đường béo phì điều trị testosterone 40 tuần, tuy cân nặng không giảm đáng kể nhưng mỡ cơ thể giảm rõ rệt và khối cơ nạc tăng lên so với nhóm chứng [6]. Tương tự, nhóm nghiên cứu của Dhindsa cũng báo cáo rằng sau 24 tuần tiêm testosterone ở nam giới mắc đái tháo đường típ 2 có suy sinh dục, khối cơ tăng trung bình 3,4 kg kèm giảm mạnh mỡ dưới da, cải thiện đáng kể độ nhạy insulin mặc dù trọng lượng cơ thể tổng thể thay đổi không nhiều [5]. Những dữ liệu này ủng hộ giả thuyết rằng testosterone cải thiện chuyển hóa và phân bố mỡ trước, rồi mới dần dần làm giảm trọng lượng cơ thể. Tuy nhiên, để đạt được mức giảm cân rõ rệt, bệnh nhân cần được điều trị testosterone đều đặn qua nhiều năm kèm thay đổi lối sống tích cực.

Sau 3 tháng điều trị testosterone, nhóm bệnh nhân cho thấy sự thuyên giảm rõ rệt về các triệu chứng suy sinh dục. Tổng số triệu chứng ADAM trung bình giảm từ $7,12 \pm 1,90$ xuống còn $5,83 \pm 2,17$ ($p < 0,001$). Khi đánh giá sự phân bố triệu chứng trước và sau điều trị, phần lớn bệnh nhân nhận đều có sự cải thiện triệu chứng, có bệnh nhân còn giảm được hoàn toàn các triệu chứng. Cụ thể, các triệu chứng giảm ham muốn tình dục, giảm cương cứng, giảm hứng thú cuộc sống giảm đi đáng kể và có ý nghĩa thống kê với tất cả p đều $< 0,05$. Đáng chú ý, rối loạn cương giảm từ 96,2% xuống còn 71,2% sau điều trị ($p < 0,001$). Ngoài ra, các triệu chứng như dễ buồn ngủ sau bữa ăn tối, giảm khả năng chơi thể thao đều cải thiện rõ rệt với $p < 0,05$. Các triệu chứng khác điều giảm đều dù chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này càng khẳng định liệu pháp testosterone đã giúp giảm bớt tình trạng suy giảm chức năng tình dục, thể lực và sinh lý ở đa số bệnh nhân. Từ đó giúp giảm thiểu gánh nặng triệu chứng trên có thể giúp bệnh nhân cảm thấy khỏe khoắn và đời sống sinh lý được cải thiện hơn so với trước. Thật vậy, khi đánh giá hiệu quả điều trị, một nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ của tác giả Nguyễn Trung Hiếu trên 34 bệnh nhân suy sinh dục cũng ghi nhận 100% cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng theo bộ câu hỏi ADAM sau 3 tháng điều trị [2], [3]. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã chứng minh vai trò tích cực của liệu pháp testosterone ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có testosterone thấp. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy liệu pháp bổ

testosterone mang lại hiệu quả cải thiện mức độ ham muốn tình dục và chức năng cương ở nam giới đái tháo đường suy sinh dục [4]. Ngoài ra, trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi chỉ ghi nhận 1 ca có phản ứng tại chỗ tiêm, điều này cho thấy sự an toàn khi áp dụng liệu pháp testosterone thay thế ở bệnh nhân suy sinh dục.

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế. Việc thiếu nhóm chứng khiến không thể đánh giá một cách trực tiếp tác động của liệu pháp thay thế testosterone ở bệnh nhân mắc suy sinh dục. Thứ hai, nghiên cứu được tiến hành đơn trung tâm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, với cỡ mẫu tương đối nhỏ ($n=42$). Tuy nhiên, với những phát hiện bước đầu của nghiên cứu, có thể mang lại những định hướng cho các nghiên cứu trong tương lai với thiết kế cao cấp hơn, tiền cứu, đa trung tâm, với cỡ mẫu lớn hơn và có nhóm chứng, nhằm xác định rõ ràng hơn hiệu quả dài hạn của liệu pháp thay thế testosterone trên kết cục lâm sàng ở bệnh nhân suy sinh dục có đái tháo đường típ 2.

V. KẾT LUẬN

Điều trị suy sinh dục ở nam giới đái tháo đường típ 2 bằng liệu pháp thay thế testosterone cho thấy sự cải thiện đáng kể về mặt triệu chứng và an toàn trong ngắn hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoài Bắc, Đinh Hữu Việt, Trần Văn Kiên (2023), 12. Mối liên quan giữa suy giảm testosterone với BMI và rối loạn mỡ máu ở nam giới, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 168 (7), pp. 106-114.
2. Nguyễn Trung Hiếu, Lê Thanh Bình, Nguyễn Văn Nghĩa (2023), Kết quả điều trị bằng testosterone thay thế trên bệnh nhân suy sinh dục

nam tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (67), pp. 35-41.

3. Nguyễn Trung Hiếu, Trần Huỳnh Tuấn, Lê Thanh Bình (2024), Khảo sát mối liên quan và đánh giá kết quả điều trị suy sinh dục nam bằng testosterone thay thế tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023 - 2024, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (79), pp. 220-226.
4. Akhavan Rezayat A., Soltani S., Asadpour A. (2025), The effect of testosterone therapy on erectile dysfunction in type 2 diabetic patients, Int Urol Nephrol, pp.
5. Dhindsa S., Ghanim H., Batra M. (2016), Insulin Resistance and Inflammation in Hypogonadotropic Hypogonadism and Their Reduction After Testosterone Replacement in Men With Type 2 Diabetes, Diabetes Care, 39 (1), pp. 82-91.
6. Gianatti E. J., Dupuis P., Hoermann R. (2014), Effect of testosterone treatment on glucose metabolism in men with type 2 diabetes: a randomized controlled trial, Diabetes Care, 37 (8), pp. 2098-2107.
7. Lunenfeld B., Mskhalaya G., Zitzmann M. (2021), Recommendations on the diagnosis, treatment and monitoring of testosterone deficiency in men, Aging Male, 24 (1), pp. 119-138.
8. Martin Martins J., de Pina Jorge, M., Martins Maia, C., et al. (2021). Primary and Secondary Hypogonadism in Male Persons with Diabetes Mellitus. International journal of endocrinology, 2021, 8799537 (2021), Primary and Secondary Hypogonadism in Male Persons with Diabetes Mellitus., International journal of endocrinology, pp. 8799537.
9. Sun H., Saeedi P., Karuranga S. (2022), IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045, Diabetes Res Clin Pract, 183 pp. 109119.
10. Tajar A., Forti G., O'Neill T. W. (2010), Characteristics of secondary, primary, and compensated hypogonadism in aging men: evidence from the European Male Ageing Study, J Clin Endocrinol Metab, 95 (4), pp. 1810-1818.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA THANG ĐIỂM CLOTS-AF TRONG DỰ ĐOÁN HUYẾT KHỐI TIỂU NHĨ TRÁI Ở BỆNH NHÂN RUNG NHĨ

Phạm Hồng Quân¹, Nguyễn Ngọc Quang¹,
Viên Hoàng Long², Dương Hồng Niên³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của thang điểm CLOTS-AF trong dự đoán huyết khối tiểu nhĩ trái

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện 19-8 Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Quân

Email: quan6121997@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

(LAAT: Left Atrial Appendage Thrombus) ở bệnh nhân rung nhĩ (RN). **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 149 bệnh nhân RN được siêu âm tim qua thực quản (TEE: Transesophageal Echocardiography). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được phân tích giữa hai nhóm có và không có LAAT. Phân tích đường cong ROC đánh giá hiệu quả dự đoán của thang điểm CLOTS-AF. **Kết quả:** Trong số 149 bệnh nhân, 18 (12,1%) có LAAT trên TEE. Các yếu tố dự đoán LAAT bao gồm thời gian điều trị chống đông ngắn hơn (OR 0,733, 95% CI 0,593-0,907, $p=0,004$), suy tim với LVEF <50% (OR 4,267, 95% CI 1,455-12,515, $p=0,008$), sử dụng thuốc đối kháng thụ thể

mineralocorticoid (MRA) (OR 3,532, 95% CI 1,223–10,199, $p=0,02$), và sử dụng furosemide (OR 3,353, 95% CI 1,111–10,119, $p=0,032$). Trong mô hình hồi quy đa biến, thời gian điều trị chống đông ngăn ngừa vẫn là yếu tố dự đoán độc lập (OR 0,648, 95% CI 0,491–0,854, $p=0,002$). Thang điểm CLOTS-AF cho thấy khả năng dự đoán vượt trội với AUC 0,696 (95% CI 0,562–0,830, $p=0,007$), tại ngưỡng cắt $\geq 3,5$, CLOTS-AF đạt độ nhạy 50% và độ đặc hiệu 82,4%, vượt trội hơn so với các thang điểm khác ở các ngưỡng tương tự. **Kết luận:** Thang điểm CLOTS-AF là một công cụ hữu ích trong dự đoán LAAT ở bệnh nhân RN. Thang điểm này đặc biệt có giá trị ở những cơ sở không thể thực hiện TEE thường quy, giúp hỗ trợ ra quyết định lâm sàng. Tuy nhiên, độ nhạy ở ngưỡng cắt tối ưu còn hạn chế, đòi hỏi nghiên cứu thêm để cải thiện và xác nhận trong các quần thể lớn hơn.

Từ khóa: Rung nhĩ, huyết khối tiểu nhĩ trái, siêu âm tim qua thực quản.

SUMMARY

EVALUATION OF THE ROLE OF THE CLOTS-AF SCORE IN PREDICTING LEFT ATRIAL APPENDAGE THROMBUS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Objective: To evaluate the role of the CLOTS-AF score in predicting left atrial appendage thrombus (LAAT) in patients with atrial fibrillation (AF). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 149 AF patients undergoing transesophageal echocardiography (TEE). Clinical and paraclinical characteristics were compared between groups with and without LAAT. Receiver Operating Characteristic (ROC) curve analysis was used to assess the predictive performance of the CLOTS-AF score. **Results:** Of 149 patients, 18 (12.1%) had LAAT on TEE. Predictors of LAAT included: Shorter duration of anticoagulant therapy (OR 0.733, 95% CI 0.593–0.907, $p=0.004$), heart failure with LVEF $<50\%$ (OR 4.267, 95% CI 1.455–12.515, $p=0.008$), use of mineralocorticoid receptor antagonists (MRA) (OR 3.532, 95% CI 1.223–10.199, $p=0.02$) and use of furosemide (OR 3.353, 95% CI 1.111–10.119, $p=0.032$). In multivariate regression, shorter anticoagulant therapy duration remained an independent predictor (OR 0.648, 95% CI 0.491–0.854, $p=0.002$). The CLOTS-AF score demonstrated superior predictive ability with an AUC of 0.696 (95% CI 0.562–0.830, $p=0.007$). At a cutoff of ≥ 3.5 , it achieved a sensitivity of 50% and specificity of 82.4%, outperforming other scores at similar thresholds. **Conclusion:** The CLOTS-AF score is a useful tool for predicting LAAT in AF patients, particularly in settings where routine TEE is not feasible, aiding clinical decision-making. However, its sensitivity at the optimal cutoff is limited, necessitating further research to improve and validate it in larger populations.

Keywords: Atrial fibrillation, left atrial appendage thrombus, transesophageal echocardiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp tim trên thất với đặc trưng bởi tình trạng mất đồng bộ điện

học và sự co bóp cơ tâm nhĩ với các đặc điểm điện tâm đồ như: các khoảng R-R không đều nhau, không còn dấu hiệu của sóng P, các hoạt động bất thường của sóng nhĩ. RN là rối loạn nhịp tim phổ biến, ảnh hưởng đến khoảng 1-2% dân số ở các quốc gia phát triển và đang gia tăng tại Việt Nam.² RN làm tăng nguy cơ đột quỵ và thuyên tắc mạch hệ thống do hình thành huyết khối tiểu nhĩ trái (LAAT).^{1,3} Nguy cơ đột quỵ ở bệnh nhân RN tăng gấp 5 lần so với dân số chung, với LAAT là nguyên nhân chính trong các trường hợp thuyên tắc mạch liên quan đến RN.⁴

Hiện nay, siêu âm tim qua thực quản (TEE) được coi là tiêu chuẩn vàng để phát hiện LAAT. Tuy nhiên, TEE là một kỹ thuật xâm lấn đòi hỏi trang thiết bị chuyên biệt và nhân lực có tay nghề cao, điều này hạn chế khả năng áp dụng tại nhiều cơ sở y tế, đặc biệt ở các quốc gia có nguồn lực hạn chế như Việt Nam.⁸ Do đó, các công cụ dự đoán nguy cơ LAAT đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ ra quyết định lâm sàng. Các thang điểm như CHA₂DS₂-VASc và CHA₂DS₂-VA đã được sử dụng rộng rãi để phân tầng nguy cơ thuyên tắc mạch ở bệnh nhân RN.³⁻⁵ Tuy nhiên, các thang điểm này chủ yếu dựa trên các yếu tố lâm sàng như tuổi, giới tính, tăng huyết áp, đái tháo đường, và tiền sử đột quỵ, mà không tích hợp các thông số siêu âm tim, vốn có vai trò quan trọng trong việc đánh giá cấu trúc và chức năng tim liên quan đến nguy cơ LAAT.^{6,7}

Các yếu tố siêu âm tim, như chỉ số thể tích nhĩ trái (LAVI) và phân suất tống máu thất trái (LVEF), có thể cải thiện khả năng dự đoán nguy cơ thuyên tắc mạch ở bệnh nhân RN.⁵ LAVI tăng cao có liên quan chặt chẽ với sự hiện diện của LAAT và nguy cơ đột quỵ.⁶ Dựa trên những phát hiện này, Segan và cộng sự đã phát triển thang điểm CLOTS-AF, một công cụ mới để dự đoán nguy cơ LAAT trước khi chuyển nhịp, cho thấy CLOTS-AF có khả năng dự đoán LAAT tốt hơn so với CHA₂DS₂-VASc, đặc biệt ở những bệnh nhân có nhĩ trái phì đại.⁹ Tuy nhiên, tính hiệu quả của CLOTS-AF cần được xác nhận trong các quần thể đa dạng, đặc biệt ở các khu vực có đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng khác biệt, như Việt Nam, nơi tỷ lệ rung nhĩ đang gia tăng nhanh chóng. Tại Việt Nam, nơi các nguồn lực y tế còn hạn chế, việc áp dụng TEE không phải lúc nào cũng khả thi. Kết quả của nghiên cứu có thể cung cấp một công cụ hữu ích để hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong việc ra quyết định điều trị và giảm nguy cơ biến chứng ở bệnh nhân rung nhĩ. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá vai trò của thang điểm CLOTS-AF

trong dự đoán huyết khối tiểu nhĩ trái ở bệnh nhân rung nhĩ”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

• Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán rung nhĩ
- Bệnh nhân không có bệnh lý van tim: không có hẹp van hai lá từ vừa đến nặng, không có van tim nhân tạo cơ học

- Bệnh nhân được tiến hành siêu âm tim qua thực quản tại Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

• Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có chống chỉ định với siêu âm tim qua thực quản

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2024 đến tháng 7/2025

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

• **Cỡ mẫu:** Nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

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

- n: là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu

- $Z_{(1-\alpha/2)}$: là giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α ; trong nghiên cứu này lấy $\alpha = 0,05$ với $Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$

- p: Lựa chọn $p=72\%$, là tỷ lệ dự đoán chính xác LAAT của thang điểm CLOTS-AF, tham khảo trong nghiên cứu của Segan và cộng sự (2023).⁹

- d: Độ chính xác tuyệt đối. Trong nghiên cứu này chọn $d = 0,1$

Từ công thức trên ta tính được cỡ mẫu tối thiểu là 77, thực tế có 149 bệnh nhân tham gia nghiên cứu

• **Phương pháp chọn mẫu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

2.4. Biến số/chỉ số nghiên cứu

- Nhóm biến số thông tin chung: tuổi, giới tính

- Nhóm biến số triệu chứng lâm sàng của người bệnh RN: hồi hộp đánh trống ngực, khó thở (NYHA), chỉ số huyết áp tâm thu, chỉ số huyết áp tâm trương.

- Nhóm biến số bệnh đồng mắc và tiền sử dùng thuốc: tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim, nhồi máu cơ tim, đột quỵ/thiếu máu não thoáng qua, bệnh mạch máu ngoại biên, rối loạn lipid máu, tắc nghẽn đường thở khi ngủ, loại thuốc chống đông đang dùng (apixaban, dabigatran, rivaroxaban, edoxaban, VKA hoặc không dùng), thời gian điều trị chống đông, các thuốc khác đang dùng (chẹn beta, ACEi/ARB/ARNi, MRA, furosemide).

- Nhóm biến số cận lâm sàng gồm chỉ số hóa sinh máu: creatinin ($\mu\text{mol/L}$), các chỉ số trên siêu âm tim qua thành ngực (TTE: Transthoracic Echocardiography) gồm: LVEF (%), LAVI (ml/m^2), TAPSE (mm), LVEDD (mm), LAVI (mm) và trên TEE: có LAAT hay không.

2.5. Phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Biến số	Không LAAT (n=131)	LAAT (n=18)	p
Số ngày điều trị	8.0 [5.0 – 10.0]	4.5 [3.75 – 7.0]	0.002*
Giới nữ (%)	44 (33.6%)	8 (44.4%)	0.365**
Tuổi	53.0 [43.4 – 63.0]	66.0 [52.75 – 75.0]	0.400*
Suy tim LVEF <50% (%)	17 (13%)	7 (38.9%)	0.011**
Tiền sử nhồi máu cơ tim (%)	8 (6.1%)	0 (0.0%)	0.596**
Đái tháo đường (%)	19 (14.5%)	6 (33.3%)	0.084**
Tăng huyết áp (%)	65 (49.6%)	11 (61.1%)	0.360**
Rối loạn lipid máu (%)	24 (18.3%)	1 (5.6%)	0.311**
Tiền sử đột quỵ/TIA (%)	9 (6.9%)	2 (11.1%)	0.624**
Dùng chẹn beta (%)	55 (42%)	9 (50%)	0.519**
Dùng ACEi/ARB/ARNi (%)	61 (46.6%)	11 (61.1%)	0.247**
Dùng MRA (%)	20 (15.3%)	7 (38.9%)	0.023**
Dùng Furosemid (%)	17 (13.0%)	6 (33.3%)	0.037**
CHA2DS2VASc	2.0 [1.0 – 3.0]	3.0 [1.75 – 4.25]	0.015*
CHA2DS2VA	2.0 [1.0 – 3.0]	3.0 [1.0 – 4.0]	0.017*

CLOTS-AF	2.0 [1.0 – 3.0]	3.0 [2.75 – 5.25]	0.005*
Creatinin ($\mu\text{mol/L}$)	80.0 [72.0 – 93.0]	81.5 [74.0 – 100.75]	0.428*
LVEF (%)	64.0 [58.0 – 68.0]	60.5 [50.0 – 68.5]	0.186*
LAVI (ml/m^2)	36.0 [30.0 – 45.0]	37.5 [31.75 – 55.0]	0.486*
TAPSE (mm)	21.0 [20.0 – 21.0]	20.0 [20.0 – 21.25]	0.332*
LVEDD (mm)	48.0 [44.0 – 50.0]	44.5 [38.0 – 47.75]	0.069*
LA (mm)	36.0 [32.0 – 41.0]	35.5 [33.0 – 42.0]	0.802*

Nhận xét: Trong số 149 bệnh nhân, 18 (12,1%) có LAAT trên TEE, tỷ lệ tương tự nghiên cứu của Segan và cộng sự (2023) (14–27% tùy thời gian RN).⁹ Độ tuổi trung vị là 53,0 năm (43,4–63,0) ở nhóm không LAAT và 66,0 năm (52,75–75,0) ở nhóm có LAAT ($p=0,400$), cho thấy xu hướng tuổi cao hơn ở nhóm LAAT, phù hợp với nghiên cứu của Szymanski và cộng sự (2015).⁵ Suy tim với LVEF <50% phổ biến hơn ở nhóm LAAT (38,9% so với 13,0%, $p=0,011$). Thời gian điều trị chống đông ngắn hơn đáng kể ở nhóm LAAT (4,5 ngày so với 8,0 ngày, $p=0,002$), củng cố phát hiện của Segan và cộng sự rằng RN <3 ngày có nguy cơ LAAT cao hơn (27%) so với ≥ 3 ngày (14%).⁹ Sử dụng MRA (38,9% so với 15,3%, $p=0,023$) và furosemide (33,3% so với 13,0%, $p=0,037$) cao hơn ở nhóm LAAT, phản ánh tình trạng suy tim nặng hơn.

3.2. Các yếu tố liên quan đến LAAT

Bảng 3.2. Hồi quy đơn biến xác định các yếu tố liên quan đến LAAT

Biến số	p	OR	95% CI
Số ngày điều trị	0,004	0,733	0,593–0,907
Suy tim (LVEF <50%)	0,008	4,267	1,455–12,515
Dùng MRA	0,02	3,532	1,223–10,199
Dùng furosemide	0,032	3,353	1,111–10,119
CLOTS-AF	0,002	1,543	1,166–2,042
CHA ₂ DS ₂ -VASc	0,007	1,475	1,115–1,952
CHA ₂ DS ₂ -VA	0,009	1,489	1,107–2,004

Bảng 3.3. Hồi quy đa biến

Biến số	p	OR	95% CI
Số ngày điều trị	0,002	0,648	0,491–0,854
Suy tim (LVEF <50%)	0,655	1,455	0,280–7,546
CLOTS-AF	0,711	1,086	0,702–1,680

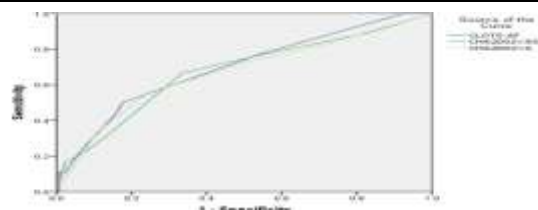
Nhận xét: Trong mô hình hồi quy đơn biến: Thời gian điều trị chống đông: OR 0,733 (95% CI 0,593–0,907, $p=0,004$), cho thấy mỗi ngày điều trị chống đông giảm 26,7% nguy cơ LAAT. Suy tim (LVEF <50%): OR 4,267 (95% CI 1,455–12,515, $p=0,008$). CLOTS-AF: OR 1,543 (95% CI 1,166–2,042, $p=0,002$), xác nhận vai trò dự đoán của thang điểm này.⁹ Trong mô hình hồi quy đa biến, chỉ thời gian điều trị chống đông ngắn hơn giữ vai trò dự đoán độc lập (OR 0,648, 95% CI 0,491–0,854, $p=0,002$), củng cố tầm quan trọng của điều trị chống đông đầy đủ

*Mann-Whitney test, **KHI bình phương test trước chuyển nhịp.¹¹ Các yếu tố như suy tim và CLOTS-AF mất ý nghĩa trong mô hình đa biến ($p>0,05$), có thể do tương quan giữa các biến hoặc kích thước mẫu nhỏ.

3.3. Vai trò dự đoán huyết khối tiểu nhĩ trái ở bệnh nhân rung nhĩ của thang điểm CLOTS-AF

Bảng 3.4. Đặc tính dự đoán của thang điểm CLOTS-AF

Ngưỡng cắt ($\geq$)	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	1 – Độ đặc hiệu
0,50	1,000	0,015	0,985
1,50	1,000	0,076	0,924
2,50	0,778	0,450	0,550
3,50	0,500	0,824	0,176
4,50	0,444	0,840	0,160



Thang điểm	Diện tích dưới đường cong (AUC)	95% CI	p
CLOTS-AF	0,696	0,562–0,830	0,007
CHA ₂ DS ₂ -VASc	0,675	0,532–0,817	0,017
CHA ₂ DS ₂ -VA	0,670	0,525–0,816	0,019

Hình 3.1. Đường cong ROC so sánh khả năng dự đoán huyết khối của CLOTS-AF, CHA₂DS₂-VASc, và CHA₂DS₂-VA

Nhận xét: Tại ngưỡng cắt $\geq 3,5$, CLOTS-AF đạt độ nhạy 50% và độ đặc hiệu 82,4%, vượt trội hơn CHA₂DS₂-VASc và CHA₂DS₂-VA ở các ngưỡng tương tự. Độ nhạy thấp (50%) cho thấy hạn chế trong phát hiện toàn bộ trường hợp LAAT. Phân tích ROC cho thấy CLOTS-AF có AUC cao nhất (0,696, 95% CI 0,562–0,830, $p=0,007$), vượt trội hơn CHA₂DS₂-VASc (0,675, 95% CI 0,532–0,817, $p=0,017$) và CHA₂DS₂-VA (0,670, 95% CI 0,525–0,816, $p=0,019$). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Segan và cộng sự (2023), nơi CLOTS-AF đạt hiệu quả cao hơn trong dự đoán LAAT ở bệnh nhân RN với nhĩ trái phì đại.⁹

IV. BÀN LUẬN

Thang điểm CLOTS-AF đạt AUC 0,696 (95% CI 0,562–0,830, $p=0,007$), cao hơn CHA₂DS₂-VASc (AUC 0,675) và CHA₂DS₂-VA (AUC 0,670), phù hợp với nghiên cứu của Segan và cộng sự (2023) khi CLOTS-AF cải thiện phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân rung nhĩ trước chuyển nhịp.⁹ Tại ngưỡng cắt $\geq 3,5$, CLOTS-AF đạt độ đặc hiệu 82,4%, hỗ trợ hiệu quả trong việc loại trừ bệnh nhân không có nguy cơ LAAT, một yếu tố quan trọng trong các cơ sở y tế không thực hiện được TEE thường quy, như tại Việt Nam. Tuy nhiên, độ nhạy 50% cho thấy hạn chế trong việc phát hiện toàn bộ trường hợp LAAT, tương tự như hạn chế của CHA₂DS₂-VASc được báo cáo bởi Zhu và cộng sự (2017), khi độ nhạy của các thang điểm này thường dao động từ 40–60% trong dự đoán thuyên tắc mạch.¹² Điều này nhấn mạnh rằng CLOTS-AF không thể thay thế hoàn toàn TEE, vốn vẫn là tiêu chuẩn vàng để xác định LAAT, như được khuyến cáo bởi You và cộng sự (2012).⁸ Trong thực hành lâm sàng, đòi hỏi bác sĩ cần kết hợp CLOTS-AF với các yếu tố lâm sàng khác, chẳng hạn như tiền sử bệnh nhân hoặc các dấu hiệu nguy cơ cao, để đảm bảo không bỏ sót các trường hợp LAAT. Đặc biệt, ở những bệnh nhân có điểm CLOTS-AF $\geq 3,5$, việc thực hiện TEE (nếu có thể) hoặc kéo dài thời gian điều trị chống đông trước chuyển nhịp là cần thiết để giảm nguy cơ thuyên tắc mạch.

Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh vai trò quan trọng của thời gian điều trị chống đông trong quản lý nguy cơ LAAT. Thời gian điều trị chống đông ngắn hơn là yếu tố dự đoán độc lập mạnh mẽ (OR 0,648, 95% CI 0,491–0,854, $p=0,002$), phù hợp với nghiên cứu của Hart và cộng sự (2007), khi điều trị chống đông đầy đủ (≥ 3 tuần) giảm đáng kể nguy cơ LAAT.¹¹ Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị chống đông trước chuyển nhịp. Trong nghiên cứu này, nhóm LAAT có thời gian điều trị chống đông trung bình chỉ 4,5 ngày, ngắn hơn đáng kể so với 8,0 ngày ở nhóm không LAAT, củng cố vai trò của thời gian điều trị trong quản lý nguy cơ LAAT.

Suy tim với LVEF $<50\%$ (OR 4,267, 95% CI 1,455–12,515, $p=0,008$) là một yếu tố dự đoán quan trọng trong phân tích đơn biến, phù hợp với nghiên cứu của Vinereanu và cộng sự (2017), khi LVEF giảm liên quan chặt chẽ đến nguy cơ thuyên tắc mạch.⁶ Tuy nhiên, yếu tố này mất ý nghĩa trong mô hình đa biến, có thể do tương quan với các biến khác như sử dụng MRA hoặc furosemide, vốn phổ biến hơn ở nhóm LAAT ($p=0,023$ và $p=0,037$). Sự tương quan này cũng

được ghi nhận trong nghiên cứu của Esteve-Pastor và cộng sự (2019), khi suy tim và thuốc điều trị suy tim thường đồng xuất hiện ở bệnh nhân có nguy cơ cao.¹⁰ Đáng chú ý, các thông số siêu âm tim như LAVI (36,0 ml/m² ở nhóm không LAAT so với 37,5 ml/m² ở nhóm LAAT, $p=0,486$) và LVEF (64,0% so với 60,5%, $p=0,186$) không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm, trái ngược với nghiên cứu của Zhuang và cộng sự (2012), khi LAVI tăng cao được xác định là yếu tố dự đoán mạnh mẽ của LAAT.⁷ Sự khác biệt này có thể do kích thước mẫu nhỏ (149 bệnh nhân) hoặc đặc điểm dân số Việt Nam, nơi tỷ lệ nhĩ trái phì đại thấp hơn so với các nghiên cứu phương Tây.⁷

V. KẾT LUẬN

Thang điểm CLOTS-AF là một công cụ hữu ích trong dự đoán LAAT ở bệnh nhân RN. Thang điểm này đặc biệt có giá trị ở những cơ sở không thể thực hiện TEE thường quy, giúp hỗ trợ ra quyết định lâm sàng. Tuy nhiên, độ nhạy ở ngưỡng cắt tối ưu còn hạn chế, đòi hỏi nghiên cứu thêm để cải thiện và xác nhận trong các quần thể lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Steinberg, J. S., O'Connell, H., Li, S., et al.** (2018). Thirty-Second Gold Standard Definition of Atrial Fibrillation and Its Relationship With Subsequent Arrhythmia Patterns. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 11(7), e006274. <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.118.006274>
2. **Wyse, D. G., Van Gelder, I. C., Ellinor, P. T., et al.** (2014). Lone Atrial Fibrillation: Does It Exist? *Journal of the American College of Cardiology*, 63(17), 1715–1723. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.01.023>
3. **Pisters, R., Lane, D. A., Marin, F., et al.** (2012). Stroke and Thromboembolism in Atrial Fibrillation: Systematic Review of Stroke Risk Factors and Risk Stratification Schema. *Circulation Journal*, 76(10), 2289–2304. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-12-0633>
4. **Lip, G. Y. H., Nieuwlaet, R., Pisters, R., et al.** (2010). Refining Clinical Risk Stratification for Predicting Stroke and Thromboembolism in Atrial Fibrillation Using a Novel Risk Factor-Based Approach: The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Chest*, 137(2), 263–272. <https://doi.org/10.1378/chest.09-1584>
5. **Szymanski, F. M., Lip, G. Y. H., Filipiak, K. J., et al.** (2015). Stroke Risk Factors Beyond the CHA₂DS₂-VASc Score: Can We Improve Our Identification of "High Stroke Risk" Patients With Atrial Fibrillation? *American Journal of Cardiology*, 116(11), 1781–1788. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.08.038>
6. **Vinereanu, D., Lopes, R. D., Mulder, H., et al.** (2017). Echocardiographic Risk Factors for Stroke and Outcomes in Patients With Atrial Fibrillation Anticoagulated With Apixaban or Warfarin. *Stroke*,

- 48(12), 3266–3273. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017574>
7. **Zhuang, J., Wang, Y., Tang, K., et al.** (2012). Association Between Left Atrial Size and Atrial Fibrillation Recurrence After Single Circumferential Pulmonary Vein Isolation: A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies. *Europace*, 14(5), 638–645. <https://doi.org/10.1093/europace/eur364>
 8. **You, J. J., Singer, D. E., Howard, P. A., et al.** (2012). Antithrombotic Therapy for Atrial Fibrillation: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 141(2 Suppl), e531S–e575S. <https://doi.org/10.1378/chest.11-2304>
 9. **Segan, L., et al.** (2023). Identifying Patients at High Risk of Left Atrial Appendage Thrombus Before Cardioversion: The CLOTS-AF Score. *Journal of the American Heart Association*, 12(12), e029259. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.029259>
 10. **Esteve-Pastor, M. A., Roldán, V., Rivera-Caravaca, J. M., et al.** (2019). The Use of Biomarkers in Clinical Management Guidelines. *Thrombosis and Haemostasis*, 119(12), 1901–1919. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1693465>

HIỆU QUẢ CỦA CHƯƠNG TRÌNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TOÀN DIỆN TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU CỔ CƠ NĂNG MẠN TÍNH KÈM TƯ THẾ ĐẦU CỔ ĐƯA RA TRƯỚC

Lê Ngọc Quyên¹, Phạm Quốc Văn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau cổ cơ năng mạn tính kèm tư thế đầu cổ đưa ra trước là một vấn đề phổ biến, tuy nhiên các bằng chứng về hiệu quả của chương trình phục hồi chức năng tại Việt Nam còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả của một chương trình phục hồi chức năng toàn diện trong 6 tuần trên nhóm bệnh nhân này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân có chẩn đoán đau cổ cơ năng mạn tính (> 3 tháng) có tư thế đầu cổ đưa ra trước (Craniovertebral Angle - CVA < 55°). Chương trình can thiệp kéo dài 6 tuần bao gồm chườm ấm, kỹ thuật nắn ép thiếu máu cục bộ, các bài tập vận động (kéo giãn, cơ gấp cổ sâu, cơ cơ đẳng trường, tầm vận động, khớp xương bả vai) và giáo dục tư thế. Các chỉ số về đau (Visual Analog Scale - VAS), chức năng vùng cổ (Neck Disability Index - NDI), và tư thế đầu cổ (góc CVA) được đánh giá trước và sau can thiệp. **Kết quả:** Sau 6 tuần, các chỉ số đều cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điểm đau VAS trung bình giảm từ $4,53 \pm 1,04$ xuống còn $0,67 \pm 0,60$. Điểm chức năng NDI giảm từ $13,70 \pm 6$ xuống $3,47 \pm 2,34$, đưa phần lớn bệnh nhân về mức không giới hạn hoặc giới hạn chức năng nhẹ. Góc CVA trung bình tăng từ $47,84^\circ \pm 4,39^\circ$ lên $51,36^\circ \pm 4,78^\circ$. Chương trình điều trị an toàn, không ghi nhận biến chứng đáng kể nào. **Kết luận:** Chương trình phục hồi chức năng toàn diện trong 6 tuần đã chứng tỏ hiệu quả cao và an toàn trong việc giảm đau, cải thiện chức năng và điều

chỉnh tư thế cho bệnh nhân đau cổ cơ năng mạn tính có tư thế đầu cổ đưa ra trước. **Từ khóa:** đau cổ mạn tính, tư thế đầu cổ đưa ra trước, phục hồi chức năng

SUMMARY

EFFICACY OF A COMPREHENSIVE REHABILITATION PROGRAM FOR CHRONIC NON-SPECIFIC NECK PAIN WITH FORWARD HEAD POSTURE

Objective: Chronic non-specific neck pain with forward head posture is a common problem, yet evidence on the effectiveness of comprehensive rehabilitation programs in Vietnam is limited. This study aimed to describe the clinical characteristics and evaluate the efficacy of a 6-week comprehensive rehabilitation program for this patient group. **Methods:** A prospective case series was conducted on 30 patients diagnosed with chronic (>3 months) non-specific neck pain and forward head posture (Craniovertebral Angle - CVA < 55°). The 6-week intervention program included heat therapy, ischemic compression, therapeutic exercises (stretching, deep cervical flexor exercises, isometrics, range of motion, and scapular retraction), and postural education. Outcomes including pain (Visual Analog Scale - VAS), function (Neck Disability Index - NDI), and posture (CVA) were assessed before and after the intervention. **Results:** After 6 weeks, all outcomes significantly improved ($p < 0.001$). The mean VAS score decreased from 4.53 ± 1.04 to 0.67 ± 0.60 . The mean NDI score decreased from 13.70 ± 6 to 3.47 ± 2.34 , moving most patients into the no-disability or mild-disability categories. The mean CVA increased from $47.84^\circ \pm 4.39^\circ$ to $51.36^\circ \pm 4.78^\circ$. The program was safe, with no serious complications reported. **Conclusion:** The 6-week comprehensive rehabilitation program proved to be highly effective and safe for reducing pain, improving function, and correcting posture in patients with chronic non-specific neck pain and forward head posture.

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Quyên

Email: ngocquyendr@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

Keywords: Chronic neck pain, forward head posture, rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau cổ cơ năng mạn tính là tình trạng đau kéo dài trên 3 tháng không có nguyên nhân đặc hiệu xuất hiện ở vùng phía sau cổ từ đường gáy trên xuống tới móm gai đốt sống ngực 1, vùng trên gai xương bả vai hai bên, vùng cổ bên tới bờ trên xương đòn. Đây là vấn đề y tế phổ biến trên toàn cầu, chiếm tỷ lệ cao trong dân số, làm giảm chất lượng cuộc sống và gây ra những gánh nặng đáng kể cho chi phí y tế. Tư thế đầu đưa ra trước (TTĐCĐRT) là tư thế mà đầu đưa ra trước quá mức so với trục trọng lực của cơ thể¹. Tình trạng này làm tăng lực tải lên các đốt sống cổ và thay đổi sinh cơ học vận động không chỉ vùng cổ mà còn ở những vùng lân cận như vùng vai và ngực^{1,2}. Hiện nay có rất nhiều phương pháp điều trị chứng đau cổ cơ năng mạn tính đã được áp dụng, gồm hai nhóm chính: dùng thuốc và các mô thức vật lý trị liệu như siêu âm trị liệu, kéo cột sống cổ, dòng điện giảm đau, tập vận động trị liệu. Ở Việt Nam, tuy các bài tập vận động vùng cổ đã được áp dụng từ lâu nhưng chúng tôi nhận thấy chưa có một nghiên cứu nào mô tả đặc điểm lâm sàng của chứng đau cổ cơ năng mạn tính, cũng như đánh giá hiệu quả của chương trình phục hồi chức năng trong điều trị chứng này. Bên cạnh đó, ở những bệnh nhân (BN) đau cổ cơ năng mạn tính có TTĐCĐT thì điều chỉnh tư thế cổ vẫn chưa thực sự được quan tâm. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm bổ sung các khoảng trống nói trên trong y văn, từ đó cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn về hiệu quả lâu dài của phục hồi chức năng trong điều trị đau cổ cơ năng mạn tính có TTĐCĐT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả loạt ca tiến cứu, thực hiện trên tất cả BN được chẩn đoán đau cổ cơ năng mạn tính có TTĐCĐT, đến khám tại phòng khám Phục hồi chức năng, Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN từ 18 tuổi trở lên, đau cổ cơ năng kéo dài hơn 3 tháng và có TTĐCĐT - góc CVA đo trên ảnh chụp nghiêng vùng cổ theo phương pháp của Salahzadeh³ và Kim⁴ nhỏ hơn 55°.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) có biến dạng cấu trúc bẩm sinh hay mắc phải vùng cổ; (2) bệnh lý nhiễm trùng hoặc u bướu vùng đầu cổ; (3) nghi ngờ do nguyên nhân thần kinh gồm: đau cổ lan vai - tay, điểm S-LANSS từ 12 điểm trở lên,

khám lâm sàng có bất kì nghiệm pháp nào sau đây dương tính: Spurling, kéo cổ, dạng vai, (4) X quang cột sống cổ có trượt đốt sống, gãy xương hay biến dạng; (5) đang điều trị bằng các phương pháp khác như thuốc, châm cứu hoặc tiêm Botulinum Toxin A; và (6) các BN không tuân thủ liệu trình điều trị (tập dưới 3 lần/tuần trong 2 tuần liên tục).

Các bước tiến hành: Các BN đủ tiêu chuẩn được thu thập đầy đủ thông tin về tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thể dục thể thao, thời gian sử dụng điện thoại thông minh và máy tính mỗi ngày. Mức độ đau được ghi nhận bằng thang điểm VAS, tầm vận động vùng cổ được đo bằng thước đo góc tiêu chuẩn, điểm đau cân cơ và tình trạng co thắt cơ được đánh giá kỹ lưỡng qua thăm khám trực tiếp, chức năng vùng cổ được đánh giá bằng thang điểm NDI⁵. NDI là bảng tự đánh giá của BN, gồm có 10 phần, mỗi phần có 6 lựa chọn với điểm từ 0 tới 5. Kết quả phân thành 5 nhóm với: không giới hạn chức năng (0-4 điểm), giới hạn chức năng nhẹ (5-14 điểm), giới hạn chức năng trung bình (15-24 điểm), giới hạn chức năng nặng (25-34 điểm), giới hạn hoàn toàn chức năng (≥ 35 điểm). Ngoài ra, BN được chụp ảnh để đo góc CVA^{3,4} (hình 1) và X quang cổ tư thế nghiêng để đo góc CVA và góc uốn cột sống cổ (hình 2). Chương trình phục hồi chức năng can thiệp được triển khai liên tục trong 6 tuần. Chườm ấm vùng cổ gáy bằng túi chườm ấm điện khoảng 15 – 20 phút, ngày 1 hay 2 lần. Kỹ thuật nén ép thiếu máu cục bộ: dùng banh trị liệu ấn vào điểm đau cân cơ và từ từ lăn banh theo chiều kim đồng hồ tại điểm đau trong khi vẫn giữ lực nén ép, thực hiện 10 – 12 lần, tập khi BN cảm thấy đau và 3 – 6 lần/ ngày; BN tự tập khi nằm ngửa trên mặt giường cứng hoặc trong tư thế đứng dựa vào tường. Chương trình vận động tập gồm: (1) các bài tập kéo giãn cơ - kéo giãn các nhóm cơ thường bị co rút như cơ thang, cơ nâng vai, cơ dưới cằm và cơ duỗi cổ - giữ trong 15–20 giây và lặp lại nhiều lần; (2) các bài tập cơ gấp cổ sâu: BN được hướng dẫn thực hiện động tác "rút cằm" - đưa đầu ra sau mà không ngửa cổ, đồng thời giữ cho cằm thật vào trong, tạo ra sự hoạt động của các cơ gấp cổ sâu như cơ dài đầu và cơ dài cổ - giữ trong 10 giây và lặp lại 10–15 lần mỗi buổi tập; (3) các bài tập cơ cơ đẳng trường - BN dùng tay tạo lực cản để chống lại lực cơ cơ của chính mình trong các hướng gấp, duỗi, nghiêng và xoay cổ - giữ trong 5–10 giây và lặp lại 10 lần; (4) các bài tập tầm vận động chủ động: gấp, duỗi, nghiêng trái phải và xoay cổ sang hai bên, mỗi hướng từ 10–15 lần; (5) bài tập khớp xương bả vai: BN đứng

hoặc ngồi thẳng, siết chặt hai bả vai lại gần nhau, giữ trong 10–15 giây rồi thả lỏng, lặp lại 10–15 lần. Tất cả các bài tập được hướng dẫn trực tiếp và thực hiện tại khoa Phục hồi chức năng ít nhất 1 lần/tuần. Ngoài thời gian tập tại khoa, BN được yêu cầu tập luyện tại nhà ít nhất 3 lần/tuần và ghi chép lại vào nhật ký tập luyện. Việc tuân thủ điều trị được giám sát thông qua liên lạc điện thoại định kỳ hằng tuần giữa bác sĩ nghiên cứu và BN để đảm bảo hiệu quả can thiệp và hỗ trợ kịp thời khi có vấn đề phát sinh. Cuối cùng, BN được hướng dẫn điều chỉnh tư thế sinh hoạt và làm việc đúng cách. Sau 6 tuần điều trị các BN sẽ được đánh giá lại VAS, tầm vận động vùng cổ, điểm đau cân cơ, NDI và CVA. Toàn bộ dữ liệu thu thập được nhập vào phần mềm thống kê để xử lý, sử dụng kiểm định t ghép cặp với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$ nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của chương trình phục hồi chức năng trên các đối tượng tham gia nghiên cứu.



Hình 1: Đo góc CVA trên ảnh bằng phần mềm Picpick



Hình 2: Đo góc CVA và góc ưỡn cột sống cổ trên X quang

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: So sánh VAS, chức năng và tư thế đầu cổ trước và sau điều trị

Biến số	Trước điều trị	Sau điều trị	Giá trị p
VAS (TB ± ĐLC)	4,53±1,04	0,67±0,60	<0,001
Tầm vận động (TB ± ĐLC)			
Gập	47,17±5,96	49,73±5,88	<0,001
Duỗi	59,17±7,42	62,17±6,43	<0,001
Nghiêng trái	33,10±4,52	35,80±3,89	<0,001
Nghiêng phải	34,00±4,65	36,50±4,08	<0,001
Xoay trái	71,17±10,28	83,10±5,36	<0,001

Nghiên cứu tuyển chọn được 33 BN nhưng có 3 BN không tuân thủ điều trị nên cuối cùng đánh giá được 30 ca. Tuổi trung bình là $30,03 \pm 6,58$ dao động từ 24 đến 55. Nữ chiếm 63,33% và nam là 36,67% (tỷ lệ 1,7:1). BN chủ yếu là nhân viên văn phòng (36,67%) và bác sĩ (33,33%). Tất cả BN đều sử dụng điện thoại thông minh hàng ngày với thời gian sử dụng trung bình là 5,02 giờ. Tương tự, 96,67% BN sử dụng máy tính hàng ngày, với thời gian trung bình là 5,72 giờ. Đặc biệt, 90% BN không tập thể dục thể thao hằng ngày hoặc tập dưới mức khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, cho thấy lối sống ít vận động trong nhóm BN này. Trước khi can thiệp, các BN đã chịu đựng tình trạng đau cổ trong một thời gian trung bình là $3,11 \pm 2,77$ năm (3 tháng đến 10 năm). Điểm VAS trung bình là $4,53 \pm 1,04$, trong đó 80% ở mức đau trung bình. Không tìm thấy mối tương quan giữa VAS với thời gian sử dụng điện thoại hay máy tính hằng ngày ($p > 0,05$). Tất cả BN đều có tình trạng co thắt cơ vùng cổ vai gáy với 56,67% có các điểm đau cân cơ (88,23% ở cơ thang bó trên). Tầm vận động cột sống cổ ở cả ba mặt phẳng đều bị giới hạn. NDI trung bình là $13,7 \pm 6$ với 50% giới hạn nhẹ và 36,67% trung bình. NDI tương quan thuận mạnh với VAS, với $R = 0,6629$ ($p < 0,05$). Góc CVA trên ảnh trung bình là $47,84^\circ \pm 4,39^\circ$. Tất cả BN đều bị mất độ ưỡn sinh lý của cột sống cổ, với góc ưỡn trung bình chỉ đạt $11,5^\circ \pm 6,17^\circ$, trong đó có 83,33% có góc ưỡn nhỏ hơn 20° . Góc CVA trên X quang là $58,77^\circ \pm 4,18^\circ$. Tuy nhiên, các góc CVA và góc ưỡn cột sống cổ đều không tương quan với điểm đau VAS ($p > 0,05$), cho thấy mối quan hệ phức tạp giữa tư thế, cấu trúc và triệu chứng đau.

Sau 6 tuần điều trị thì đau, chức năng cổ và tư thế đầu cổ đều được cải thiện đáng kể (bảng 1). Trong suốt quá trình điều trị không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng nào, ngoài 1 trường hợp bị đỏ da tạm thời do sử dụng túi chườm ấm quá lâu và 2 BN bị tăng đau tạm thời sau khi tự thực hiện các bài tập với cường độ quá mạnh so với tình trạng cơ bắp ban đầu.

Xoay phải	73,83±9,64	84,70±3,27	<0,001
Cơ thắt cơ (BN)	30	6	<0,001
Điểm đau cân cơ	17	6	<0,001
Phân bố BN có điểm đau cân cơ			
- Cơ thang bó trên	88,23%	100%	-
- Cơ dưới cằm	5,89%	0%	-
- Cơ ức đòn chũm	5,89%	0%	-
Điểm NDI (TB ± ĐLC)	13,70±6	3,47±2,34	<0,001
Phân nhóm NDI (Số BN (%))			
- Không giới hạn chức năng	1 (3,33%)	19 (63,33%)	-
- Giới hạn chức năng nhẹ	15 (50,00%)	11 (36,67%)	-
- Giới hạn chức năng trung bình	11 (36,67%)	0 (0%)	-
- Giới hạn chức năng nặng	3 (10,00%)	0 (0%)	-
Góc CVA/hình chụp (TB ± ĐLC)	47,84°±4,39°	51,36°±4,78°	<0,001

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của nghiên cứu cho thấy chương trình phục hồi chức năng toàn diện đã mang lại hiệu quả cao trong việc giảm đau và cải thiện chức năng. Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS đã giảm đáng kể từ $4,53 \pm 1,04$ xuống chỉ còn $0,67 \pm 0,60$ sau 6 tuần ($p < 0,001$). Mức độ cải thiện này có phần tốt hơn so với kết quả trong các nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài. Chúng tôi cho rằng sự thành công này đến từ phương pháp can thiệp toàn diện, không chỉ tập trung vào một nhóm bài tập đơn lẻ mà kết hợp nhiều phương thức để giải quyết đồng thời các vấn đề của BN. Cụ thể, việc áp dụng chườm ấm và kỹ thuật nén ép thiếu máu cục bộ giúp giải quyết tình trạng cơ thắt cơ và điểm đau cân cơ, tạo điều kiện thuận lợi để BN thực hiện các bài tập vận động hiệu quả hơn. Một số các nghiên cứu trước đây thường tập trung so sánh hiệu quả của một hoặc hai nhóm bài tập chuyên biệt. Gupta⁶ và Chung⁷ cho rằng bài tập cơ gấp cổ sâu giúp giảm đau tốt hơn so với bài tập cơ cơ đẳng trường. Trong khi đó, các tác giả khác lại kết luận không có sự khác biệt có ý nghĩa về hiệu quả giảm đau giữa các nhóm bài tập. Nghiên cứu của chúng tôi đã kết hợp các bài tập tầm vận động, kéo giãn, cơ cơ đẳng trường và cơ gấp cổ sâu giúp tác động toàn diện lên các vấn đề khác nhau như giới hạn vận động, yếu cơ và sai lệch tư thế, từ đó có thể mang lại hiệu quả cộng hưởng cho nhau. Sự cải thiện về chức năng cũng rất rõ rệt, thể hiện qua điểm NDI trung bình giảm từ $13,70 \pm 6$ xuống còn $3,47 \pm 2,34$. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác chứng minh vận động trị liệu giúp cải thiện chức năng cho BN đau cổ. Sự phục hồi chức năng này có mối liên hệ chặt chẽ với việc giảm đau hiệu quả, bởi thang điểm NDI chủ yếu đánh giá ảnh hưởng của triệu chứng đau đến các hoạt động thường ngày. Nghiên cứu cho thấy chương trình

phục hồi chức năng đã cải thiện đáng kể TTĐCĐT với góc CVA tăng từ $47,84^\circ \pm 4,39^\circ$ lên $51,36^\circ \pm 4,78^\circ$ ($p < 0,001$). Trong đó 16,67% đạt được tư thế đầu cổ bình thường và số ca TTĐCĐT ở mức độ trung bình giảm đi đáng kể. Yếu tố then chốt dẫn đến sự cải thiện này được cho là việc áp dụng các bài tập cơ gấp cổ sâu⁸. Cơ chế tác động của các bài tập này là tạo ra chuyển động đưa cổ ra sau, bao gồm duỗi các đốt sống cổ thấp và gập các đốt sống cổ cao, một chuyển động đối ngược hoàn toàn với bất thường trong TTĐCĐT. Đa số các nghiên cứu đều đồng thuận rằng chương trình PHCN có bài tập cơ gấp cổ sâu giúp cải thiện góc CVA tốt hơn so với chương trình không có bài tập này^{4,8}. Mặc dù bài tập cơ gấp cổ sâu hiệu quả trong việc cải thiện tư thế, ba câu hỏi quan trọng về việc áp dụng chúng vẫn còn bỏ ngỏ. Thứ nhất, về thời gian, quá trình cải thiện diễn ra chậm, cần ít nhất 4 tuần để thấy kết quả, và việc tập luyện kéo dài hơn (10-12 tuần) có thể mang lại hiệu quả cao hơn so với các chương trình ngắn hạn hay không. Thứ hai, sự phù hợp của việc tập luyện lâu dài vẫn chưa rõ ràng, đặc biệt là ảnh hưởng của chúng đến độ cong sinh lý cột sống cổ, dù bài tập được xem là an toàn. Vấn đề này cần các nghiên cứu dài hạn để làm rõ. Cuối cùng, việc duy trì kết quả sau khi ngưng tập là một thách thức. Mặc dù có nghiên cứu cho thấy kết quả được duy trì trong vài tháng, khả năng tái phát vẫn rất cao nếu các yếu tố nguy cơ gốc rễ như thói quen sinh hoạt và tư thế làm việc không được kiểm soát và điều chỉnh.

Điểm mạnh của nghiên cứu là đã cung cấp các dữ liệu lâm sàng ban đầu có giá trị tại Việt Nam và giới thiệu một chương trình phục hồi chức năng toàn diện, hiệu quả cao trong việc cải thiện đau, tư thế và chức năng đầu cổ cho BN. Tuy nhiên, đề tài cũng có những hạn chế như: cỡ mẫu nhỏ và không mang tính đại diện cho

dân số chung, không có nhóm đối chứng để so sánh và thời gian theo dõi ngắn (6 tuần) nên chỉ cho phép đánh giá hiệu quả trước mắt mà chưa đánh giá được khả năng tái phát.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cải thiện rõ rệt về mức độ đau, tầm vận động, chức năng vùng cổ và đặc biệt là tư thế đầu cổ sau 6 tuần điều trị. Chương trình phục hồi chức năng toàn diện bước đầu mang lại hiệu quả cao và an toàn cho bệnh nhân đau cổ cơ năng mạn tính có tư thế đầu cổ đưa ra trước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Singla D, Vejar Z.** Association Between Forward Head, Rounded Shoulders, and Increased Thoracic Kyphosis: A Review of the Literature. *J Chiropr Med.* 2017;16(3):220-229.
2. **Hansraj KK.** Assessment of stresses in the cervical spine caused by posture and position of the head. *Surg Technol Int.* 2014;25:277-279.
3. **Salahzadeh Z, Maroufi N, Ahmadi A, et al.** Assessment of forward head posture in females: observational and photogrammetry methods. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2014;27(2):131-139.

4. **Kim JY, Kwag KI.** Clinical effects of deep cervical flexor muscle activation in patients with chronic neck pain. *J Phys Ther Sci.* 2016;28(1):269-273.
5. **Vernon H.** Assessment of self-rated disability, impairment, and sincerity of effort in whiplash-associated disorder. *J Musculoskelet Pain.* 2000;8(1-2):155-167.
6. **Gupta BD, Aggarwal S, Gupta B, et al.** Effect of Deep Cervical Flexor Training vs. Conventional Isometric Training on Forward Head Posture, Pain, Neck Disability Index In Dentists Suffering from Chronic Neck Pain. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(10):2261-2264.
7. **Chung S, Jeong Y.** Effects of the craniocervical flexion and isometric neck exercise compared in patients with chronic neck pain: A randomized controlled trial. *Physiother Theory Pract.* 2018;34(12):916-925.
8. **Sheikhhoseini R, Shahrbanian S, Sayyadi P, et al.** Effectiveness of Therapeutic Exercise on Forward Head Posture: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Manipulative Physiol Ther.* 2018;41(6):530-539.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA BIỂU HIỆN CÁC GEN SUMO1, SUMO2, SUMO3 TRONG MÔ U GAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KHỐI U Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN CÓ HBSAG (+)

Nguyễn Xuân Khái¹, Dương Quang Huy², Đỗ Thị Trang³,
Nguyễn Thanh Hải⁴, Cấn Văn Mão¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mức độ biểu hiện gen SUMO1, SUMO2, SUMO3 trong mô u gan và mối liên quan với gánh nặng khối u, đặc điểm mô bệnh học ở bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) có HBsAg (+). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 69 BN được chẩn đoán xác định UTBMTBG và được phẫu thuật từ tháng 7/2022 đến 7/2024. Biểu hiện gen SUMO1, SUMO2, SUMO3 trong cặp mẫu mô u và mô cận u được định lượng bằng kỹ thuật Realtime PCR. **Kết quả:** Mức biểu hiện tương đối của các gen SUMO1, SUMO2, SUMO3 trong mô u hơn so với gen tham chiếu (giá trị trung bình ($-\Delta Ct$) là 2,00; 3,74; 1,32). Biểu hiện gen SUMO2 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mẫu mô u so với mô cận u ($p < 0,0001$). Không có mối liên quan ($p > 0,05$) giữa mức

biểu hiện tương đối gen SUMO1, SUMO2 và SUMO3 ở mô u với một số đặc điểm khối u (đường kính, số lượng, tình trạng huyết khối tĩnh mạch cửa) và mô bệnh học (cấu trúc, xâm nhập mạch trong u, tình trạng xơ gan). **Kết luận:** Gen SUMO2 được tăng biểu hiện trong mô UTBMTBG ở BN nhiễm HBV, gợi ý sự hoạt hóa của con đường SUMO hoá. Tuy nhiên, sự tăng biểu hiện này không liên quan đến các đặc điểm khối u được khảo sát trong nghiên cứu này.

Từ khóa: gen SUMO, ung thư biểu mô tế bào gan, HBsAg (+).

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE EXPRESSION OF SUMO1, SUMO2, SUMO3 GENES IN TUMOR TISSUE AND SOME TUMOR CHARACTERISTICS IN HBsAg-POSITIVE HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS

Objective: To investigate the expression levels of SUMO1, SUMO2, SUMO3 genes in tumor tissues and their association with clinicopathological characteristics in HBsAg-positive hepatocellular carcinoma (HCC) patients. **Subjects and methods:** In this cross-sectional study, 69 paired tumor and adjacent non-tumorous tissues were collected from HBsAg-positive HCC patients who underwent surgical resection from July 2022 to July 2024. The relative

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

³Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

⁴Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Cấn Văn Mão

Email: canvanmao@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

mRNA expression of SUMO1, SUMO2, and SUMO3 was quantified using Real-time PCR. **Results:** The average relative expression levels of SUMO1, SUMO2 and SUMO3 genes in cancer tissue were all higher than the reference genes (average ($-\Delta Ct$) were: 2,00; 3,74; 1,32, respectively). The expression of SUMO2 gene had a statistically significant difference in cancer tissue samples compared to adjacent tumor tissue samples ($p < 0,0001$). There was no correlation between the relative expression levels of SUMO1, SUMO2 and SUMO3 genes in cancer tissue and some characteristics of the tumor (size, number, portal vein thrombosis) and pathology (structure, intratumoral vascular invasion, cirrhosis). **Conclusion:** SUMO2 gene was increased in tumor tissue compared to adjacent tumor tissue. There was no correlation between the relative expression levels of SUMO1, SUMO2 and SUMO3 genes in cancer tissue and some characteristics of the tumor and pathology.

Keywords: SUMO, hepatocellular carcinoma, HBsAg (+).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN (2022), ung thư gan đứng thứ 5 ở nam và thứ 9 ở nữ về tỷ lệ mắc mới [1]. 90% các trường hợp ung thư gan nguyên phát là ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). Nhiễm virus viêm gan B (HBV) mạn được cho là yếu tố chính gây UTBMTBG, đặc biệt là ở các khu vực có tỷ lệ lưu hành HBV cao như Việt Nam [2]. Cơ chế bệnh sinh phân tử UTBMTBG do nhiễm HBV mạn rất phức tạp, liên quan đến sự tương tác giữa các protein virus, yếu tố tế bào chủ và vi môi trường khối u.

Ở người, có 5 đồng phân của protein SUMO được mã hóa bởi các gen SUMO1, SUMO2, SUMO3, SUMO4 và SUMO5 trong đó SUMO1, SUMO2, SUMO3 biểu hiện trong nhiều mô cơ quan, trong khi SUMO4 chỉ được tìm thấy ở thận, lách và hạch bạch huyết, còn SUMO5 mới được phát hiện gần đây có đặc hiệu loài cao, chỉ biểu hiện ở một vài loại mô nhất định như tinh hoàn và máu [3]. Các kết quả nghiên cứu gần đây cho thấy, quá trình SUMO hóa liên quan tới cơ chế bệnh sinh của UTBMTBG. Các protein SUMO đóng vai trò thiết yếu trong sự tiến triển của ung thư bằng cách phá vỡ sự cân bằng giữa SUMO hóa và DESUMO hóa của nhiều oncoprotein và chất ức chế khối u [4]. Sự biểu hiện bất thường của các gen SUMO có thể đóng vai trò là dấu ấn sinh học mới cho UTBMTBG.

Nghiên cứu trên thế giới đều ghi nhận mối liên hệ chặt chẽ giữa mức độ biểu hiện các gen SUMO đối với cơ chế bệnh sinh của UTBMTBG. Tuy nhiên, biểu hiện của các gen này ở BN UTBMTBG liên quan HBV vẫn còn nhiều tranh cãi. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Đánh giá mức độ biểu hiện gen SUMO1, SUMO2, SUMO3 trong mô u gan và mối liên*

quan với gánh nặng khối u, đặc điểm mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có HBsAg(+).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 69 BN UTBMTBG có HBsAg (+) được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện K từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán xác định mắc UTBMTBG (Bộ Y tế, 2020), có HBsAg (+).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN đã được điều trị, đồng mắc các loại ung thư khác và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

- BN được đánh giá gánh nặng khối u trên CLVT ổ bụng (vị trí, đường kính, số lượng u, tình trạng huyết khối tĩnh mạch cửa, di căn ngoài gan) và mô bệnh học (mức độ biệt hóa tế bào, cấu trúc u, xâm nhập mạch và bệnh gan nền).

- Đánh giá mức độ biểu hiện gen SUMO1, SUMO2, SUMO3 trong mô u và mô cận u trên hệ thống máy Roche RT PCR Lightcycles 96 Real-time PCR tại Viện Nghiên cứu hệ gen, Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam thông qua các bước:

+ Ly giải mô bằng Proteinase K, dung dịch ly giải mô và tế bào.

+ Tủa acid nucleic toàn phần.

+ Loại DNA bằng dung dịch Dnase.

+ Tổng hợp cDNA.

+ Tiến hành phản ứng Real-time PCR: Sử dụng gen GAPDH làm gen tham chiếu

Bảng 2.1. Trình tự mỗi nghiên cứu

Tên cặp mỗi	Trình tự mỗi (5' - 3')	Kích thước sản phẩm(bp)
SUMO1-F	ACCGTCATCATGTCTGACCA	183
SUMO1-R	TGGAACACCCTGTCTTTGAC	
SUMO2-F	GGGCAACCAATCAATGAAAC	198
SUMO2-R	AGTCAGGATGTGGTGGAAACC	
SUMO3-F	CTGGCCCTCAAGCATGTAAC	201
SUMO3-R	AAATCTGAGGCCACAACACC	
GAPDH-F	GGAGCGAGATCCCTCCAAA	197
GAPDH-R	GGCTGTTGTCATACTTCTCAT	

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm Medcalc version 20.019 và Sử dụng thuật toán kiểm định Kruskal-Wallis và Mann – Whitney.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Được phê duyệt theo quyết định số 25/2022/CNChT-

HĐDD, ngày 28/6/2022 tại Bệnh viện Quân y 103.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

69 BN UTBMTBG có tuổi trung bình $57,35 \pm 8,92$ (tuổi), tỷ lệ nam/nữ: 10,5/1.

3.1. Đặc điểm gánh nặng khối u và mô bệnh học

Bảng 3.1. Một số đặc điểm gánh nặng khối u và mô bệnh học (n=69)

Đặc điểm u gan		Số BN (n=69)	Tỷ lệ (%)
Số lượng	1 khối	58	84,06
	≥2 khối	11	15,94
Đường kính khối u (mm)	<50	38	55,07
	≥50	31	44,93
Huyết khối tĩnh mạch cửa (TMC)	Có	6	8,70
	Không	63	91,30
Di căn ngoài gan	Có	1	1,45
	Không	68	98,55
Phân độ mô học theo WHO	Biệt hóa cao - vừa	62	89,86
	Biệt hóa kém	7	10,14
Cấu trúc u	Dạng bề	33	47,83
	Dạng đặc	20	28,99
	Dạng giả tuyến	3	4,35
	Dạng hỗn hợp	13	18,84
U xâm nhập mạch	Có	34	49,28
	Không	35	50,72
Xơ gan kèm theo	Có	50	72,46
	Không	19	27,54

Nhận xét: Phần lớn BN UTBMTBG có một khối u (84,06%), đường kính khối u < 50 mm

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa mức độ biểu hiện tương đối của gen SUMO1, SUMO2 và SUMO3 trong mô ung thư với một số đặc điểm khối u gan (n=69)

Đặc điểm u gan		n	SUMO1		SUMO2		SUMO3	
			Trung vị (Tứ phân vị)	p	Trung vị (Tứ phân vị)	p	Trung vị (Tứ phân vị)	p
Đường kính khối u (mm)	<50	38	1,28 ((-0,55) – 4,56)	0,67	4,54 ((-0,04) – 5,71)	0,35	0,02 ((-2,22) – 4,31)	0,49
	≥50	31	0,79 ((-0,07) – 5,28)		5,22 (0,86 – 6,27)		0,78 ((-1,33) – 4,44)	
Số lượng	1 khối	58	1,12 ((-0,36) – 5,09)	0,74	4,78 ((-0,04) – 6,31)	0,72	0,45 ((-1,96) – 4,29)	0,84
	>1 khối	11	0,56 ((-0,23) – 3,62)		4,88 (0,91 – 5,24)		(-0,20) ((-1,28) – 5,22)	
Huyết khối TMC	Có	6	0,30 ((-2,24) – 5,15)	0,55	6,01 (2,19 – 6,58)	0,33	1,53 ((-1,11) – 3,41)	0,57
	Không	63	1,12 ((-0,29) – 4,80)		4,66 (0,17 – 6,09)		0,26 ((-1,98) – 4,33)	

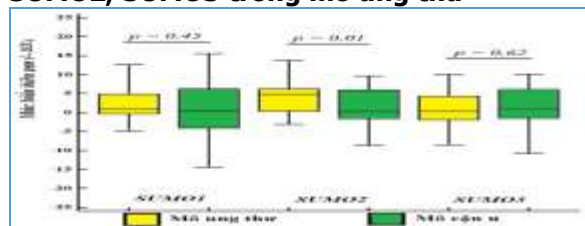
Nhận xét: Không có mối liên quan được ghi nhận giữa mức độ biểu hiện tương đối gen SUMO1, SUMO2, SUMO3 ở mô u với các chỉ số về kích thước, số lượng u, huyết khối tĩnh mạch cửa (các $p > 0,05$).

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa mức độ biểu hiện gen SUMO1, SUMO2 và SUMO3 trong mô ung thư với đặc điểm mô bệnh học khối u gan (n=69)

Đặc điểm mô bệnh học khối u gan	n	SUMO1		SUMO2		SUMO3	
		Trung vị (Tứ phân vị)	p	Trung vị (Tứ phân vị)	p	Trung vị (Tứ phân vị)	p

chiếm 55,07%. Có 6/69 BN (8,70%) có tình trạng u xâm lấn tạo huyết khối TMC và 1/69 BN (1,45%) di căn ngoài gan. Theo phân độ mô học của WHO, UTBMTBG biệt hóa cao - vừa chiếm chủ yếu 89,86%, thể bề chiếm tỷ lệ lớn nhất với 47,83%. Có 49,28% khối u xâm nhập mạch và phần lớn (72,46%) có xơ gan kèm theo.

3.2. Mức độ biểu hiện gen SUMO1, SUMO2, SUMO3 trong mô ung thư



* Kiểm định Kruskal-Wallis và Mann – Whitney
Biểu đồ 3.1. Mức độ biểu hiện tương đối gen SUMO1, SUMO2, SUMO3 ở mô u so với mô cận u (n=69)

Nhận xét: Biểu hiện của gen SUMO1, SUMO3 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mẫu mô ung thư so với mô cận u. Biểu hiện của gen SUMO2 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mẫu mô ung thư so với mẫu mô lân cận u (Trung vị (tứ phân vị) lần lượt là: 4,88 (0,38 – 6,24) so với 0,22 ((-1,58) – 5,94); $p = 0,01$).

3.3. Mối liên quan giữa biểu hiện các gen SUMO1, SUMO2, SUMO3 với gánh nặng khối u, đặc điểm mô bệnh học ở BN UTBMTBG có HBsAg (+)

Cấu trúc u	Dạng bè	33	1,12 ((-0,33) – 4,88)	0,93	4,66 (0,02 – 6,38)	0,83	(-0,57) ((-2,09) – 2,73)	0,06
	Dạng khác	36	0,83 ((-0,39) – 4,79)		4,89 (0,61 – 6,04)		2,33 ((-1,78) – 5,97)	
Hình ảnh tế bào u xâm nhập mạch	Có	34	0,59 ((-0,55) – 5,02)	0,88	4,72 (0,48 – 5,71)	0,87	0,99 ((-1,71) – 5,37)	0,49
	Không	35	1,56 ((-0,28) – 4,71)		4,88 (0,20 – 6,31)		(-0,13) ((-1,95) – 3,39)	
Xơ gan kèm theo	Có	50	1,08 ((-0,55) – 4,81)	0,77	4,78 (0,59 – 6,29)	0,71	0,20 ((-1,93) – 4,34)	0,94
	Không	19	1,12 ((-0,14) – 4,95)		4,88 ((-0,40) – 6,03)		0,64 ((-1,90) – 2,51)	

* Kiểm định Kruskal-Wallis và Mann – Whitney

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa mức biểu hiện tương đối của gen SUMO1, SUMO2 và SUMO3 ở mô u với các chỉ số về cấu trúc u, hình ảnh tế bào u xâm nhập mạch và tình trạng xơ gan (các $p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Biểu hiện của các gen SUMO1, SUMO2, SUMO3 với một số đặc điểm. Quá trình SUMO hoá là một quá trình sửa đổi sau dịch mã cần thiết cho nhiều quá trình tế bào khác nhau. SUMO hoá, cùng với các sửa đổi sau dịch mã khác, có thể làm thay đổi các đặc điểm của protein mục tiêu, chẳng hạn như hoạt động, vị trí, độ ổn định và tương tác với các protein khác. Ngoài ra, SUMO hoá đóng vai trò chính trong điều hòa phiên mã, điều hòa nhiều con đường truyền tín hiệu, con đường thụ thể hormone steroid, quá trình tái cấu trúc chromatin và quá trình phân chia tế bào [5]. Do đó, sự mất cân bằng trong các sửa đổi sau dịch mã có thể dẫn đến sự phát triển của các bệnh khác nhau, bao gồm cả ung thư [6]. SUMO hoá không đều của các protein cụ thể có liên quan đến một số loại ung thư, chẳng hạn như ung thư đại trực tràng, ung thư biểu mô tuyến cổ tử cung và ung thư biểu mô tuyến vảy cổ tử cung.

Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy protein SUMO có liên quan đáng kể đến sự tiến triển của UTBMTBG. Điều chỉnh biểu hiện protein SUMO có khả năng phá vỡ sự phát triển của UTBMTBG, định vị SUMO là mục tiêu đầy hứa hẹn cho liệu pháp UTBMTBG. Hơn nữa, các mức độ biểu hiện protein SUMO khác nhau có thể ảnh hưởng đến độ nhạy cảm của UTBMTBG với hóa trị liệu và tác động đến khả năng kháng thuốc điều trị UTBMTBG [7].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự gia tăng đáng kể trong biểu hiện của các gen họ SUMO ở các khối u UTBMTBG so với các mô lân cận u. Cụ thể, nghiên cứu này đã tiến hành thu thập 69 mẫu mô ung thư và tương ứng là 69

mẫu mô lân cận khối u từ BN được xác chẩn mắc UTBMTBG và có HBsAg dương tính. Biểu hiện tương đối của gen SUMO2 so với gen tham chiếu cao hơn ở mẫu mô u so với mẫu mô cận u (Trung vị (tứ phân vị) lần lượt là: 4,88 (0,38 – 6,24) so với 0,22 ((-1,58) – 5,94); $p = 0,01$). Ngược lại, biểu hiện của các gen SUMO1 và SUMO3 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai loại mẫu mô trên.

Điều này gợi ý SUMO2 có thể đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của UTBMTBG ở BN nhiễm HBV. Cụ thể, gen SUMO2 có biểu hiện tăng đáng kể trong mô u gan UTBMTBG so với mô gan bình thường kế cận, cho thấy SUMO2 liên quan mật thiết tới sự phát triển và tiến triển của UTBMTBG. Các nghiên cứu cho thấy việc giảm biểu hiện SUMO2 bằng RNA can thiệp (siRNA) có thể ức chế sự tăng trưởng, khả năng sinh trưởng và xâm lấn của các tế bào ung thư gan, chứng tỏ SUMO2 thúc đẩy sự phát triển và lan tràn của tế bào ung thư. Gen SUMO2 tham gia điều chỉnh chu kỳ tế bào trong ung thư gan, góp phần làm tăng tính ác tính của khối u. Ngoài ra, quá trình SUMO hoá do SUMO2 thực hiện có thể ảnh hưởng đến nhiều con đường tín hiệu quan trọng, bao gồm cả con đường NF- κ B, vốn là yếu tố chủ chốt trong viêm nhiễm và ung thư gan, từ đó thúc đẩy quá trình ung thư diễn ra. Do đó, SUMO2 không chỉ là yếu tố then chốt trong cơ chế bệnh sinh của ung thư gan mà còn là ứng viên tiềm năng làm chỉ thị chẩn đoán và mục tiêu điều trị ung thư gan.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Chen J. (2021) cho thấy mức độ biểu hiện mRNA của SUMO2 trong các mô ung thư gan cao hơn đáng kể so với mức độ biểu hiện mRNA ở các mô liên kề [8].

4.2. Mối liên quan giữa biểu hiện của các gen SUMO1, SUMO2, SUMO3 với một số đặc điểm khối u trên và mô bệnh học. Nghiên cứu của chúng tôi cũng khảo sát mối liên quan giữa biểu hiện của các gen SUMO1,

SUMO2, SUMO3 với một số đặc điểm của khối u như: vị trí u, đường kính u lớn nhất, số lượng u, tình trạng huyết khối tĩnh mạch cửa, di căn ngoài gan, cấu trúc u, hình ảnh tế bào u xâm nhập mạch, và tình trạng xơ gan kèm theo. Kết quả cho thấy, mức độ biểu hiện gen SUMO không có liên quan với các đặc điểm trên. Chen J. (2021) nghiên cứu trên 70 mẫu mô ung thư và mô lân cận u tương ứng ở bệnh nhân UTBMTBG trải qua phẫu thuật cắt một phần gan, cho thấy một số kết quả khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi [8]. Tác giả nghiên cứu đánh giá mức độ biểu hiện của gen SUMO2 so với gen tham chiếu GAPDH bằng kỹ thuật qRT-PCR và đánh giá mối liên quan với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng như giới tính, tuổi (≥ 48 và < 48 tuổi), phân độ mô học (biệt hóa cao, biệt hóa trung bình và kém), kích thước khối u ($\geq 7,50$ cm và $< 7,50$ cm), tình trạng di căn xa (có và không), tình trạng xâm nhập tĩnh mạch (có và không), giai đoạn T (T1+T2 và T3+T4) và tình trạng sống còn của BN. Kết quả nghiên cứu cho thấy, mức độ biểu hiện tương đối của gen SUMO2 so với gen tham chiếu GAPDH có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm BN khác nhau về tình trạng di căn xa; tình trạng xâm nhập tĩnh mạch và tình trạng sống còn của BN (các $p < 0,001$). Trái lại, biểu hiện của SUMO2 không có sự khác biệt phân nhóm theo mức tuổi, giới tính, phân độ mô học; kích thước khối u và giai đoạn T của bệnh (các $p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Khảo sát biểu hiện gen SUMO trong mô gan và mối liên quan với đặc điểm khối u ở 69 BN UTBMTBG có HBsAg (+), chúng tôi ghi nhận:

- Gen SUMO2 tăng biểu hiện trong mô u so với mô cận u. Trong khi đó SUMO1 và SUMO3 chưa ghi nhận được xu hướng trên.

- Không có mối liên quan được giữa mức biểu hiện tương đối của gen SUMO1, SUMO2 và SUMO3 ở mô ung thư với một số đặc điểm khối u và mô bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Laversanne M., Sung H., et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 74(3): 229-63.
2. Llovet J.M., Kelley R.K., Villanueva A., et al. (2021). Hepatocellular carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*, 7(1): 6.
3. Yuan H., Lu Y., Chan Y.T., et al. (2021). The Role of Protein SUMOylation in Human Hepatocellular Carcinoma: A Potential Target of New Drug Discovery and Development. *Cancers (Basel)*, 13(22).
4. Ong J.R., Bamodu O.A., Khang N.V., et al. (2021). SUMO-Activating Enzyme Subunit 1 (SAE1) Is a Promising Diagnostic Cancer Metabolism Biomarker of Hepatocellular Carcinoma. *Cells*, 10(1).
5. Guo W.H., Yuan L.H., Xiao Z.H., et al. (2011). Overexpression of SUMO-1 in hepatocellular carcinoma: a latent target for diagnosis and therapy of hepatoma. *J Cancer Res Clin Oncol*, 137(3): 533-41.
6. Wu Z., Jankowski V., Jankowski J. (2022). Irreversible post-translational modifications - Emerging cardiovascular risk factors. *Mol Aspects Med*, 86: 101010.
7. Bialik P., Woźniak K. (2017). SUMO proteases as potential targets for cancer therapy. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*, 71(0): 997-1004.
8. Chen J., Chen C., Lin Y., et al. (2021). Downregulation of SUMO2 inhibits hepatocellular carcinoma cell proliferation, migration and invasion. *FEBS Open Bio*, 11(6): 1771-84.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG TRONG 48 GIỜ ĐẦU TẠI KHOA CẤP CỨU

Trần Khánh Cường¹, Trần Trung Kiên^{1,2},
Trần Hữu Thông³, Hoàng Bùi Hải^{1,2}

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

Chấn thương sọ não nặng (CTSNN) là tình trạng có tỷ lệ tử vong và di chứng cao. Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 30 bệnh nhân CTSNN (GCS ≤ 8) điều trị tại Khoa Cấp cứu – Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (01/2022–06/2025). Tuổi trung vị 51 (IQR: 33,2–86), nam giới 70%. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính (53,3%), trong đó xe máy chiếm 40%. GCS trung vị 6; rối loạn phản xạ đồng tử 30%; hạ oxy máu 83,3%. CT sọ não ghi nhận xuất huyết dưới nhện/não thất 96,7%, dịch chuyển đường giữa >5 mm 63,3%; Rotterdam score trung vị 4. Có 33,3% kèm chấn thương khác, chủ yếu chấn thương ngực.

ISS trung vị 25, với 63,3% ở mức rất nặng hoặc nguy kịch. Bệnh nhân CTSNN nhập viện thường là nam trung niên, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông, tổn thương não nặng và tình trạng lâm sàng nghiêm trọng ngay khi tiếp nhận.

Từ khóa: Chấn thương sọ não nặng, Glasgow Coma Scale, Rotterdam score, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY IN THE FIRST 48 HOURS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT

Severe traumatic brain injury (TBI) carries high mortality and morbidity. We conducted a retrospective cross-sectional study of 30 patients with severe TBI (Glasgow Coma Scale [GCS] ≤ 8) treated at the Emergency and Intensive Care Department, Hanoi Medical University Hospital, from January 2022 to June 2025. The median age was 51 years (IQR: 33.2–86), with 70% male. Road traffic accidents were the leading cause (53.3%), of which motorbike crashes accounted for 40%. The median GCS score was 6; abnormal pupillary reflexes occurred in 30% and hypoxemia in 16.7%. Brain computed tomography revealed subarachnoid/intraventricular hemorrhage in 96.7% and midline shift >5 mm in 63.3%; the median Rotterdam score was 4. Associated injuries were present in 33.3%, mainly chest trauma. The median Injury Severity Score (ISS) was 25, with 63.3% classified as very severe or critical. Patients admitted with severe TBI were typically middle-aged men, most often injured in road traffic accidents, with severe brain injury and critical clinical status at presentation.

Keywords: Severe traumatic brain injury, Glasgow Coma Scale, Rotterdam score, clinical characteristics, paraclinical characteristics, Hanoi Medical University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não nặng (CTSNN) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở người trẻ tuổi trên toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có khoảng 69 triệu người bị chấn thương sọ não, trong đó CTSNN chiếm 10-15% nhưng có tỷ lệ tử vong rất cao (30-50%).¹

CTSNN được định nghĩa là tình trạng chấn thương có điểm Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 8 điểm sau hồi sức ban đầu. Việc đánh giá chính xác đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân CTSNN khi nhập viện có ý nghĩa quan trọng trong việc đưa ra quyết định điều trị phù hợp, dự đoán tiên lượng và phân bổ nguồn lực y tế hợp lý.²

Tại Việt Nam, tai nạn giao thông, đặc biệt là xe máy, là nguyên nhân hàng đầu gây CTSNN (70-80%), khác với các nước phát triển nơi té

ngã ở người cao tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn. Hàng năm có khoảng 25.000-30.000 ca CTSN được điều trị nội trú, trong đó CTSNN chiếm 20-25%.³

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được xây dựng dựa trên mô hình cấp cứu đa khoa, do đó thường xuyên tiếp nhận bệnh nhân CTSNN. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá toàn diện về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân CTSNN trong 48 giờ đầu tại đây. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân CTSNN trong 48 giờ đầu vào Khoa Cấp cứu - Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2022 đến 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 30 bệnh nhân CTSNN được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Cấp cứu - Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2022 đến 06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi ≥ 18 tuổi.
- Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 8 điểm sau sơ cấp cứu ban đầu tại bệnh viện.
- Nhập viện trong vòng 48 giờ sau chấn thương.
- Điều trị tại khoa hồi sức tích cực trong 48 giờ sau chấn thương.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ngừng tuần hoàn hoặc tử vong trước khi vào viện.
- Bệnh lý nặng kèm theo (ung thư giai đoạn cuối, HIV giai đoạn cuối, xơ gan Child Pugh C).
- Hôn mê do ngộ độc hoặc nguyên nhân khác không do chấn thương
- Chấn thương xuyên thấu não (đạn, dao đâm xuyên sọ).
- Thiếu dữ liệu quan trọng không thể bổ sung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Các biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm dịch tễ học: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, nơi cư trú.
- Đặc điểm chấn thương: nguyên nhân, thời gian từ chấn thương đến nhập viện, sơ cứu tại chỗ.
- Đặc điểm lâm sàng: GCS, phản xạ đồng tử, dấu hiệu sinh tồn, chấn thương kèm theo.
- Đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm máu, hình ảnh CT sọ não, các thang điểm đánh giá.

Thang điểm đánh giá:

- Glasgow Coma Scale (GCS): Đánh giá mức độ hôn mê.
- Rotterdam Score: Đánh giá mức độ nặng CTSNN dựa trên hình ảnh CLVT.
- Injury Severity Score (ISS): Đánh giá mức

độ nặng của đa chấn thương kết hợp.

Sơ đồ nghiên cứu:

Bệnh nhân CTSNN vào Khoa Cấp cứu - Hồi sức tích cực BVĐHYHN
Từ 01/2022 – 06/2025 đạt tiêu chuẩn lựa chọn (n=65)



Xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %. Biến định lượng được mô tả bằng trung vị và tứ phân vị do cỡ mẫu nhỏ, phân bố không chuẩn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án không tác động làm thay đổi quy trình điều trị thường quy của thầy thuốc; thông tin về người bệnh được bảo mật và chỉ nhằm mục đích nghiên cứu khoa học.

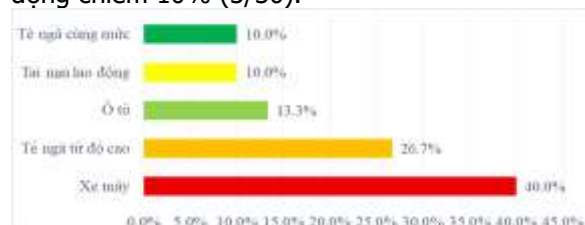
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 51 tuổi (IQR: 33,2 – 86, thấp nhất là 18 và cao nhất là 96 tuổi). Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn đáng kể với 70% (21/30 bệnh nhân), tỷ lệ nam/nữ là 2,3:1. Phân bố theo nhóm tuổi tương đối đều: 18-40 tuổi chiếm 30%, 41-65 tuổi chiếm 36,7%, và >65 tuổi chiếm 33,3%.

Đáng chú ý, phụ nữ có độ tuổi trung vị cao hơn nam giới (71 tuổi so với 43 tuổi), phản ánh đặc điểm dịch tễ học khác biệt theo giới tính trong CTSNN.

3.2. Đặc điểm nguyên nhân chấn thương và hoàn cảnh tai nạn.

Nguyên nhân chấn thương: Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu gây CTSNN, chiếm 53,3% tổng số ca (16/30), trong đó xe máy chiếm tỷ lệ cao nhất với 40% (12/30). Tai nạn sinh hoạt đứng thứ hai với 36,7% (11/30), chủ yếu là té ngã từ độ cao (26,7%). Tai nạn lao động chiếm 10% (3/30).



Biểu đồ 1. Phân bố tổng thể các nguyên nhân (n=30)

Thời gian từ chấn thương đến nhập viện:

Thời gian vận chuyển trung vị là 3,3 giờ (IQR: 1,0 – 10,0 giờ, nhanh nhất là 0,2 và lâu nhất là 48 giờ). Một nửa bệnh nhân (50%) được đưa đến bệnh viện trong vòng 3 giờ đầu sau chấn thương, 20% trong khoảng 3-6 giờ, và 30% muộn hơn 6 giờ.

Sơ cứu tại chỗ: Chỉ 40% bệnh nhân được sơ cứu tại chỗ, trong đó nhân viên y tế chỉ tham gia 10% trường hợp. Người dân thực hiện sơ cứu trong 50% ca, với cố định cột sống là biện pháp phổ biến nhất (50%).

3.3. Đặc điểm lâm sàng khi vào viện

Tình trạng ý thức: Điểm GCS trung vị khi vào viện là 6,0 điểm (IQR: 5,8 – 8,0, nặng nhất là 4 và cao nhất là 8 điểm). Phân bố theo mức độ nặng: GCS 3-4 điểm chiếm 20%, GCS 5-6 điểm chiếm 33,3%, và GCS 7-8 điểm chiếm 46,7%.

Bảng 1. Đặc điểm GCS khi vào viện (n=30)

	n	X±SD	Median	IQR	Min	Max
GCS	30	6,5±1,6	6,0	5,8 – 8,0	4,0	8,0

Phản xạ đồng tử: Rối loạn phản xạ đồng tử xuất hiện ở 30% bệnh nhân, trong đó giãn một bên chiếm 20% và giãn hai bên chiếm 10%. Đây là dấu hiệu báo động về tình trạng tăng áp lực nội sọ và chèn ép thân não.

Dấu hiệu sinh tồn: Trung vị huyết áp tâm thu là 120 mmHg (IQR: 114,5 – 150, cao nhất là 210 và thấp nhất là 50mmHg), huyết áp tâm trương 80 mmHg (IQR: 70 – 90, cao nhất là 110 và thấp nhất là 30 mmHg). Mạch trung vị 99 lần/phút (IQR: 88 – 116, cao nhất là 150 và thấp nhất là 55). Tình trạng hạ huyết áp (Tuổi 50 – 69: ≤100mmHg, Tuổi 15 – 49 và ≥70: ≤110mmHg) chiếm 16,7%. Hạ oxy máu (SpO₂ <95%) xuất hiện ở 83,3% bệnh nhân với SpO₂ trung vị 93,5 (IQR: 88,5 – 93,5, cao nhất là 99 và thấp nhất là 78%).

Chấn thương kèm theo: Một phần ba bệnh nhân (33,3%) có chấn thương kèm theo. Chấn thương ngực phổ biến nhất (33,3%), tiếp theo là chấn thương cột sống (20%) và chấn thương bụng (16,7%).

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Xét nghiệm máu: Kết quả cho thấy tình trạng stress chuyển hóa nghiêm trọng với trung vị bạch cầu 16,4 G/L (IQR: 13,1 – 18,9, cao nhất là 25,6 và thấp nhất là 8,5) và tăng đường huyết với trung vị 9,2 mmol/L (IQR: 7,5 – 14,1, cao nhất là 22,1 và thấp nhất là 4,9 mmol/L). Rối loạn đông máu nhẹ với INR trung vị 1,4 (IQR: 1,2 – 1,4, cao nhất là 2,5 và thấp nhất là 0,9). Cân bằng acid base tương đối ổn định với pH trung vị 7,36 (IQR: 7,30 – 7,41, thấp nhất 7,18 và cao

nhất là 7,46).

Hình ảnh CT sọ não: Hầu hết bệnh nhân (96,7%) có xuất huyết dưới nhện/não thất. Tụ máu ngoài màng cứng xuất hiện ở 46,7% ca. Đáng lo ngại, 63,3% bệnh nhân có dịch chuyển đường giữa >5mm và 66,6% có bể não đáy bị đè ép hoặc biến mất.

Thang điểm đánh giá mức độ nặng: Rotterdam score trung vị 4 điểm (IQR: 3-5, cao nhất 6 điểm và thấp nhất 1 điểm), với 80% bệnh nhân có mức độ trung bình đến nặng (≥ 3 điểm). ISS score trung vị cao 25 điểm (IQR: 16 – 39, cao nhất là 75 và thấp nhất là 16 điểm) với 63,3% bệnh nhân ở mức rất nặng đến nguy kịch.

Bảng 2. Các thang điểm đánh giá (n=30)

Thang điểm	N	X $\pm$ SD	Median	IQR	Min	Max
Rotterdam	30	3,97 $\pm$ 1,43	4	3-5	1	6
ISS	30	35,1 $\pm$ 21,9	25	16-39	16	75

Bảng 3. Phân loại mức độ nặng theo điểm Rotterdam (n=30)

Mức độ nặng theo Rotterdam	N	Tỷ lệ (%)
Nhẹ (1 – 2 điểm)	6	20.0
Trung bình (3 – 4 điểm)	13	43.3
Nặng (5 – 6 điểm)	11	36.7

Bảng 4. Phân loại mức độ nặng theo điểm ISS (n=30)

Mức độ nặng theo ISS	N	Tỷ lệ (%)
Nhẹ (<9 điểm)	0	0
Trung bình (9 – 15 điểm)	11	36,7
Nặng (16 – 24 điểm)	0	0
Rất nặng, có nguy cơ tử vong (25 – 40 điểm)	12	40,0
Nguy kịch, ít khả năng sống sót (>40 điểm)	7	23,3

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy CTSNN chủ yếu xảy ra ở nam giới (70%) với tỷ lệ nam/nữ là 2,3:1, tương đồng với các nghiên cứu trong nước và quốc tế.^{4,5} Tuổi trung vị 51 (IQR: 33,2 – 86) tương đồng với nghiên cứu của Bùi Xuân Cường và cộng sự, cho thấy CTSNN thường gặp ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi.⁶

Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu (53,3%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của Việt Nam. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức (72%), có thể do địa điểm nghiên cứu ở khu vực đô thị với mật độ giao thông khác biệt.

Điểm GCS trung vị 6,0 (IQR: 5,8 – 8,0) điểm phản ánh tình trạng hôn mê nặng của nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ rối loạn phản xạ đồng tử 30% tương đương với các nghiên cứu quốc tế, là dấu hiệu quan trọng để đánh giá tình trạng tăng áp

lực nội sọ và tiên lượng.⁷

Tỷ lệ hạ oxy máu cao (83,3%) cho thấy tầm quan trọng của hỗ trợ hô hấp sớm trong CTSNN. Điều này phù hợp với khuyến cáo của Brain Trauma Foundation về việc duy trì oxy hóa đầy đủ để ngăn ngừa tổn thương não thứ phát.²

Tình trạng tăng bạch cầu (trung vị 16,4 G/L, IQR: 13,1 – 18,9) và tăng đường huyết (trung vị 9,2 mmol/L, IQR: 7,5 – 14,1) phản ánh phản ứng stress toàn thân nghiêm trọng. Rotterdam score trung vị 4 điểm (IQR: 3-5) cho thấy mức độ nặng đáng kể về hình ảnh học, tương đồng với các nghiên cứu quốc tế về giá trị tiên lượng của thang điểm này.⁸

ISS score trung vị 25 điểm (IQR: 16-39) với 63,3% bệnh nhân ở mức rất nặng đến nguy kịch (≥ 25 điểm) cho thấy tính chất đa chấn thương nghiêm trọng của nhóm nghiên cứu. Điểm ISS cao phản ánh không chỉ tổn thương sọ não mà còn các chấn thương kèm theo ở nhiều hệ cơ quan khác nhau. Theo nghiên cứu của Palmer và cộng sự, ISS >25 điểm được xem là ngưỡng dự đoán nguy cơ tử vong cao và nhu cầu chăm sóc đặc biệt.⁹ Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu quốc tế khác về CTSNN, nơi ISS trung bình thường dao động từ 20-35 điểm, phản ánh bản chất phức tạp của các ca chấn thương nghiêm trọng.

Tỷ lệ cao xuất huyết dưới nhện/não thất (96,7%) và dịch chuyển đường giữa >5mm (63,3%) phản ánh tính chất nghiêm trọng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, đòi hỏi can thiệp tích cực để kiểm soát áp lực nội sọ.

Cỡ mẫu còn nhỏ (n=30) và thời gian nghiên cứu ngắn có thể ảnh hưởng đến tính đại diện của kết quả. Nghiên cứu tại một trung tâm duy nhất có thể không phản ánh đầy đủ đặc điểm của CTSNN trên toàn quốc.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân CTSNN trong 48 giờ đầu tại BVĐHYHN chủ yếu gặp là nam giới trung niên, tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu. Tình trạng lâm sàng nghiêm trọng với điểm GCS thấp, tỷ lệ cao rối loạn phản xạ đồng tử và hạ oxy máu. Hình ảnh CT sọ não cho thấy mức độ tổn thương nặng với Rotterdam score cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maas AIR, Menon DK, Adelson PD, et al. Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. Lancet Neurol. 2017;16(12):987-1048.
2. Carney N, Totten AM, O'Reilly C, et al. Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition.

- Neurosurgery. 2017;80(1):6-15.
3. **Bộ Y tế.** Báo cáo tình hình tai nạn thương tích Việt Nam năm 2022. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2022.
4. **Dewan MC, Rattani A, Gupta S, et al.** Estimating the global incidence of traumatic brain injury. J Neurosurg. 2018;130(4):1080-1097.
5. **Maas AI, Menon DK, Steyerberg EW, et al.** Collaborative European NeuroTrauma Effectiveness Research in Traumatic Brain Injury (CENTER-TBI): a prospective longitudinal observational study. Neurosurgery. 2015;76(1): 67-80.
6. **Bùi Xuân Cường, Đông Văn Hệ.** Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân chấn thương sọ não tại bệnh viện việt đức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 502(1).
7. **Brennan PM, Murray GD, Teasdale GM.** Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury. Part 1: The GCS-Pupils score: an extended index of clinical severity. J Neurosurg. 2018;128(6):1612-1620.
8. **Thelin EP, Nelson DW, Vehviläinen J, et al.** Evaluation of novel computerized tomography scoring systems in human traumatic brain injury: An observational, multicenter study. PLoS Med. 2017;14(8):e1002368.
9. **Palmer CS, Gabbe BJ, Cameron PA.** Defining major trauma using the 2008 Abbreviated Injury Scale. Injury. 2016;47(1):109-115.

KHẢO SÁT MỘT SỐ BẤT THƯỜNG HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG THAI NHI TRÊN SIÊU ÂM VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Thiều Thị Thanh Vân¹, Vũ Đăng Lưu^{2,3},
Nguyễn Xuân Chương¹, Đỗ Văn Quyết¹, Nguyễn Duy Tân⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm (SA) và cộng hưởng từ (CHT) của một số bất thường hệ thần kinh trung ương (HTKTW) thai nhi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu (NC) mô tả cắt ngang trên 208 thai phụ có nghi ngờ bất thường HTKTW qua SA và được chỉ định CHT từ 01/2023 đến 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình thai phụ $29,08 \pm 5,64$ tuổi; tuổi thai $29,37 \pm 3,78$ tuần. SA và CHT chủ yếu được thực hiện cùng ngày (82,69%). Bất thường đường giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (SA 54,81%, CHT 59,13%), tiếp theo là giãn não thất (49,04%). Ít gặp nhất là bất thường mạch máu não và u não. SA phát hiện tốt các bất thường lớn như giãn não thất, bất sản thể chai, thoát vị não, tật chẻ đôi đốt sống. Tuy nhiên, còn hạn chế với vỏ não, chất trắng và hố sau. CHT giúp làm rõ tổn thương, đặc biệt với bất thường vỏ não, đường giữa, hố sau, xuất huyết, nhồi máu và các khối u. Một số chẩn đoán được xác định lại nhờ CHT. **Kết luận:** SA và CHT có vai trò bổ trợ trong chẩn đoán trước sinh bất thường HTKTW. CHT đặc biệt hữu ích khi SA hạn chế, giúp nâng cao độ chính xác chẩn đoán và hỗ trợ tiên lượng, xử trí thai kỳ.

Từ khóa: siêu âm thai, cộng hưởng từ thai, bất thường hệ thần kinh trung ương, chẩn đoán trước sinh

SUMMARY

INVESTIGATION OF CERTAIN FETAL CENTRAL

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Quân y 354

Chịu trách nhiệm chính: Thiều Thị Thanh Vân

Email: thanhvanhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

NERVOUS SYSTEM ABNORMALITIES USING ULTRASOUND AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the ultrasound and magnetic resonance imaging (MRI) characteristics of certain fetal central nervous system (CNS) abnormalities at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 208 pregnant women with suspected fetal CNS abnormalities detected by ultrasound and subsequently indicated for fetal MRI from January 2023 to December 2024. **Results:** The mean maternal age was 29.08 ± 5.64 years, and the mean gestational age was 29.37 ± 3.78 weeks. In most cases (82.69%), ultrasound and MRI were performed on the same day. Midline abnormalities were the most common findings (54.81% on ultrasound, 59.13% on MRI), followed by ventriculomegaly (49.04%). The least common findings were cerebral vascular anomalies and brain tumors. Ultrasound effectively detected major abnormalities such as ventriculomegaly, corpus callosum agenesis, encephalocele, and spina bifida. However, it had limitations in assessing the cerebral cortex, white matter, and posterior fossa. MRI provided better visualization of lesions, particularly in cases involving cortical malformations, midline anomalies, posterior fossa abnormalities, hemorrhage, infarction, cystic lesions, and tumors. In several cases, MRI helped refine or alter the initial diagnosis. **Conclusion:** Ultrasound and MRI play complementary roles in the prenatal diagnosis of fetal CNS abnormalities. MRI is particularly valuable when ultrasound findings are limited, improving diagnostic accuracy and supporting counseling, prognosis, and pregnancy management.

Keywords: fetal ultrasound, fetal MRI, central nervous system abnormalities, prenatal diagnosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường hệ thần kinh trung ương (HTK TW) là một trong những nhóm dị tật bẩm sinh thường gặp và nghiêm trọng nhất ở thai nhi, với tỷ lệ ước tính từ 0,14%–0,16% ở trẻ sinh sống và lên tới 3–6% trong các trường hợp thai chết lưu^{4,8}. Những bất thường này có thể dẫn đến tử vong chu sinh hoặc di chứng nặng nề về phát triển tâm thần – vận động, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống của trẻ và gây gánh nặng lớn cho gia đình và xã hội.

Siêu âm (SA) hiện là phương tiện hàng đầu trong sàng lọc và chẩn đoán dị tật thai nhi do tính phổ biến, an toàn, chi phí thấp, cung cấp hình ảnh thời gian thực. Tuy nhiên, SA vẫn có những giới hạn nhất định trong đánh giá các bất thường cấu trúc sâu của não bộ, đặc biệt ở quý ba thai kỳ hoặc trong các trường hợp tư thế thai bất lợi, thiếu ối hoặc mẹ béo phì¹.

Cộng hưởng từ (CHT) được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán trước sinh ở các quốc gia phát triển. CHT giúp đánh giá chi tiết các bất thường mà SA còn hạn chế như bất sản thể chai, bất thường vỏ não, hố sau, chất trắng, tổn thương do nhồi máu hoặc xuất huyết não⁶. Các NC cho thấy CHT có khả năng thay đổi hoặc bổ sung chẩn đoán SA trong 30–60% trường hợp nghi ngờ bất thường HTK TW, đồng thời làm tăng độ tin cậy trong tư vấn và định hướng xử trí thai kỳ².

Tại Việt Nam, SA vẫn là phương pháp chủ yếu trong chẩn đoán dị tật HTK TW thai nhi, trong khi việc ứng dụng CHT còn giới hạn tại một số bệnh viện tuyến cuối. Các NC về giá trị phối hợp SA và CHT trong phát hiện bất thường HTK TW vẫn còn khiêm tốn, thiếu dữ liệu hệ thống và thực tiễn tại cơ sở lâm sàng sản khoa lớn.

Trước thực tiễn đó, nghiên cứu "Nhận xét một số bất thường hệ thần kinh trung ương thai nhi trên siêu âm và cộng hưởng từ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội" được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh và đánh giá giá trị phối hợp giữa hai phương tiện chẩn đoán trong phát hiện một số bất thường HTK TW.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai phụ có chẩn đoán hoặc nghi ngờ bất thường HTK TW thai nhi trên SA được chẩn đoán trước sinh tại trung tâm Chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (BVPSHN).

- Có kết quả SA, CHT đầy đủ các số liệu trong bệnh án NC

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp

được chụp CHT thai nhi đúng kỹ thuật nhưng hình ảnh không đạt tiêu chuẩn.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 01/2023 đến 12/2024 tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, BVPSHN.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: mô tả, cắt ngang.

Cỡ mẫu: 208 thai phụ

Phương tiện, công cụ:

- Máy siêu âm Volusion E6.

- Máy cộng hưởng từ MAGNETOM Sempra 1.5 Tesla của Siemens, coil toàn thân.

Phương pháp thu thập số liệu

- Kết quả SA: các thai phụ đều được SA thai chẩn đoán trước sinh tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh, BVPSHN. Tiến hành thu thập các số liệu trên SA theo bệnh án NC.

- Kết quả CHT:

+ Sử dụng các dữ liệu hình ảnh được lưu trên hệ thống PACS của BVPSHN.

+ Thu thập các số liệu theo bệnh án NC.

Xử lý số liệu. Dùng phần mềm SPSS 27.0 tính toán các tỷ lệ %, giá trị trung bình.

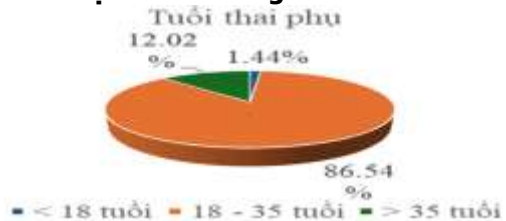
Đạo đức nghiên cứu: - Mọi thông tin liên quan đến sản phụ đều được giữ kín.

- Trung thực trong NC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

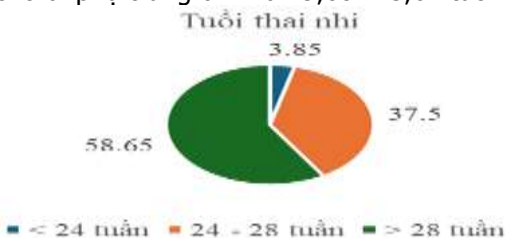
Từ tháng 01/2023 - 12/2024 có 208 thai phụ được chụp CHT thai đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

3.1. Đặc điểm chung



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi thai phụ

Nhận xét: Đối tượng gặp các bất thường HTK TW chủ yếu trong độ tuổi sinh đẻ (18 – 35 tuổi), chiếm 86,54%. Nhóm > 35 tuổi chiếm 12,02%. Nhóm < 18 tuổi thấp nhất với 1,44%. Tuổi thai phụ trung bình là $29,08 \pm 5,64$ tuổi.



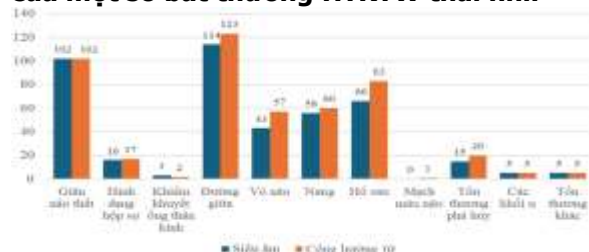
Biểu đồ 3.2. Phân bố tuổi thai nhi

Nhận xét: Thai nhi > 28 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,65%. Nhóm thai từ 24–28 tuần

chiếm 37,5%

Nhóm thai < 24 tuần ít nhất với 3,85%. Tuổi thai nhi trung bình là $29,37 \pm 3,78$ tuần.

3.2. Mô tả đặc điểm hình ảnh SA và CHT của một số bất thường HTKTW thai nhi.



Biểu đồ 3.3. So sánh số lượng bất thường HTKTW theo nhóm

Nhận xét: Giảm não thất là bất thường phổ biến nhất, chiếm gần 50% số ca, với số lượng hoàn toàn trùng khớp giữa SA và CHT (102 ca).

Nhóm các bất thường đường giữa đứng đầu về số ca được phát hiện. CHT phát hiện nhiều hơn SA (123 so với 114 ca).

Bất thường hố sau và vỏ não là những nhóm có sự khác biệt rõ giữa hai phương pháp:

- Hố sau: CHT phát hiện 83 ca (39,9%), hơn 17 ca so với SA (66 ca; 31,73%).

- Vỏ não: CHT phát hiện 57 ca, trong khi SA chỉ 43 ca.

Các nhóm bất thường dạng nang, tổn thương phá hủy và khối u đều có số ca phát hiện tương đối thấp nhưng CHT thường chiếm ưu thế.

Bảng 3.1. So sánh số lượng các bất thường đường giữa phát hiện trên SA và CHT

Tổn thương	Phát hiện trên SA		Phát hiện trên CHT	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Bất sản hoàn toàn thể chai	19	9,13	24	11,54
Bất sản một phần thể chai	8	3,85	6	2,88
Thiếu sản thể chai	22	10,58	26	12,50
Loạn sản thể chai	6	2,88	3	1,44
Nang đường giữa	9	4,33	11	5,29
Loạn sản vách thị	0	0,00	2	0,96
Bất sản vách trong suốt	42	20,19	42	20,19
Bất thường hình dạng vách trong suốt	8	3,85	9	4,33
Tổng	114	54,81	123	59,14

Nhận xét: Trong nhóm bất thường đường giữa, CHT cho tỷ lệ phát hiện tổng thể cao hơn so với SA, lần lượt là 59,14% so với 54,81%.

- Các bất thường thể chai, nang đường giữa, bất thường hình dạng vách trong suốt đều được phát hiện nhiều hơn qua CHT.

- Loạn sản vách thị không được phát hiện qua SA nhưng được xác định trên CHT với tỷ lệ 0,96%.

- Bất sản vách trong suốt có tỷ lệ tương đồng giữa hai phương pháp (20,19%).



Hình 3.1. Hình ảnh loạn sản vách thị (SOD) trên thai 31 tuần 02 ngày

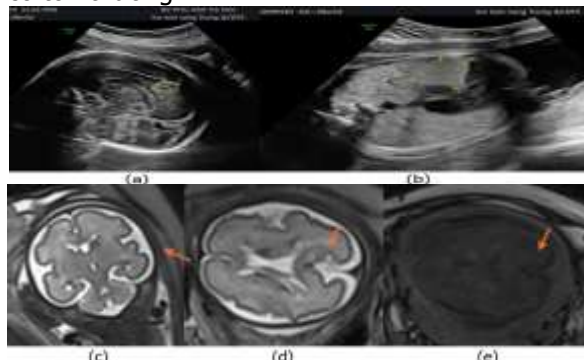
(a): hình ảnh bất sản vách trong suốt quan sát rõ trên SA (mũi tên màu da cam), (b): hình ảnh CHT thai nhi thấy rõ thể chai bình thường trên mặt cắt sagital (mũi tên xanh), (c): thiếu sản thần kinh thị (đường kính giao thoa thị giác dưới BPV 1) (thước đo) rất gợi ý chẩn đoán loạn sản vách thị.

Thông tin: Thai phụ Nguyễn Thị Hồng T., 20 tuổi, mã ID: 23008196

Bảng 3.2. So sánh số lượng các bất thường vỏ não phát hiện trên SA và CHT

Tổn thương	Phát hiện trên SA		Phát hiện trên CHT	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Bất thường phát triển rãnh Sylvius	23	11,06	28	13,46
Nút não thể hở	3	1,44	4	1,92
Nhấn não type I	7	3,37	9	4,33
Lạc chỗ chất xám	1	0,48	2	0,96
Đa hồi não nhỏ	5	2,40	11	5,29
Xơ cứng củ	3	1,44	2	0,96
Phi đại nửa bán cầu	1	0,48	1	0,48
Tổng	43	20,67	57	27,40

Nhận xét: Trong nhóm bất thường vỏ não, CHT ghi nhận tỷ lệ phát hiện cao hơn rõ rệt so với SA, lần lượt là 27,40% so với 20,67%. Trong nhóm này có 1 trường hợp nghi ngờ xơ cứng củ trên SA nhưng đã được CHT xác nhận lại không có tổn thương.



Hình 3.2. Hình ảnh bệnh xơ cứng củ trên

thai 28 tuần 05 ngày

Các dấu hiệu điển hình đều được thấy trên hình ảnh SA (a) và CHT (c), (d), (e) làm rõ hơn chẩn đoán: Hình ảnh các tổn thương rải rác dạng Hamartoma vùng vỏ, dưới vỏ và quanh não thất bên bán cầu đại não 2 bên (mũi tên), bên cạnh đó có kèm theo tổn thương Rhabdomyoma cơ tim (thước đo trong hình (b)).

Thông tin: Thai phụ Lý Phương C., 28 tuổi, mã ID: 20099261

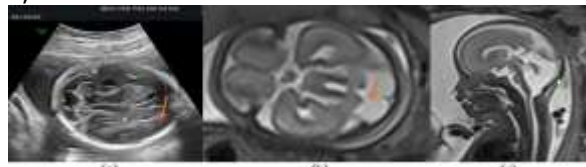
Bảng 3.3. So sánh số lượng các bất thường hồ sau phát hiện trên SA và CHT

Tổn thương	Phát hiện trên SA		Phát hiện trên CHT	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Giãn bể lớn	21	10,10	20	9,62
Nang túi Blake	3	1,44	0	0,00
Thiếu sản thủy nhộng	21	10,10	33	15,87
Dị tật Dandy – Walker	1	0,48	1	0,48
Thiếu sản tiểu não	19	9,13	26	12,50
Hội chứng Joubert	1	0,48	2	0,96
Thiếu sản cầu não	0	0,00	1	0,48
Tổng	66	31,73	83	39,90

Nhận xét: Trong nhóm bất thường hồ sau, tỷ lệ phát hiện bằng CHT đạt 39,90%, cao hơn đáng kể so với SA là 31,73%.

Một số tổn thương có sự khác biệt rõ rệt giữa hai phương pháp:

- Thiếu sản thủy nhộng là bất thường được phát hiện với tỷ lệ cao nhất trên cả hai phương tiện, đặc biệt tăng mạnh trên CHT (15,87%) so với SA (10,10%).
- Thiếu sản tiểu não cũng cho kết quả tương tự, với 12,50% trên CHT và 9,13% trên SA.
- Giãn bể lớn, một bất thường hồ sau phổ biến, có tỷ lệ phát hiện tương đương giữa hai phương pháp (10,10% trên SA và 9,62% trên CHT)
- Hội chứng Joubert và thiếu sản cầu não đều không được phát hiện bằng SA nhưng được phát hiện trên CHT với tỷ lệ lần lượt là 0,96% và 0,48%.



Hình 3.3. Hình ảnh hội chứng Joubert trên thai 24 tuần 05 ngày

Các dấu hiệu điển hình đều được thấy trên hình ảnh SA và CHT làm rõ hơn chẩn đoán: Sự kéo dài của cuống tiểu não trên tạo hình ảnh "Molar tooth sign" (mũi tên màu cam trên hình (a) và (b)), não thất IV và hồ sau giãn (hình (c)).

trên (a) và (c), bất sản thủy nhộng, bất thường cấu trúc cầu não – hành não (hình (c)).

Thông tin: Thai phụ Nguyễn Thị T., 20 tuổi, mã ID: 23019472

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi mẹ: Theo NC của Sunitha (2017), độ tuổi mẹ cao (≥ 35 tuổi) được xác định là yếu tố nguy cơ tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh⁷. Trong NC của chúng tôi, 86,54% thai phụ trong nhóm tuổi 18 - 35 tuổi, trong khi chỉ có 12,02% trên 35 tuổi. Tuy nhiên, nhóm tuổi 18 - 35 vẫn chiếm số ca dị tật HTKTW lớn nhất. Độ tuổi trung bình của thai phụ trong NC của chúng tôi là $29,08 \pm 5,64$ tuổi, khá tương đồng với NC của Griffiths (2017), tuổi mẹ trung vị là 31,5 tuổi (khoảng IQR 28,1–35,9)². Điều này cho thấy bất thường HTKTW có thể xảy ra phổ biến ở mọi độ tuổi sinh sản, không chỉ ở nhóm tuổi cao, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát và chẩn đoán hình ảnh HTKTW ở tất cả thai phụ.

4.1.2. Tuổi thai tại thời điểm chẩn

đoán: Trong NC của chúng tôi, tuổi thai trung bình là $29,37 \pm 3,78$ tuần (21–39 tuần), với đa số trường hợp (58,65%) được khảo sát ở tuổi thai >28 tuần. Nghiên cứu của Griffiths (2017) tuổi thai trung vị tại thời điểm khảo sát là 27,4 tuần (IQR 23,6–30,9) cho thấy đánh giá CHT ở giai đoạn sớm hơn². Tuổi thai trung bình trong NC của chúng tôi cao hơn gần 2 tuần, phản ánh xu hướng khảo sát ở giai đoạn muộn hơn, khi cấu trúc não đã phát triển đầy đủ và hình ảnh CHT trở nên rõ ràng hơn.

4.2. Mô tả đặc điểm hình ảnh SA và CHT của một số bất thường HTKTW thai nhi.

4.2.1. Phân bố các nhóm bất thường HTKTW.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các nhóm giãn não thất (49,04%), bất thường đường giữa (59,13%) và bất thường hồ sau (39,90%) là các nhóm dị tật phổ biến nhất trên CHT. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với kết quả trong NC của Griffiths (2017) lần lượt là 43%, 19% và 28%².

Đặc biệt, nhóm bất thường đường giữa trong NC của chúng tôi có tỷ lệ cao gấp hơn ba lần so với NC quốc tế. Điều này có thể được lý giải bởi trung tâm chúng tôi là tuyến chuyên sâu, với quy trình phối hợp chặt chẽ giữa SA và CHT trong cùng thời điểm khảo sát – giúp phát hiện tốt hơn các tổn thương thể chai, vách trong suốt hoặc bất thường phối hợp không điển hình.

Bất thường vỏ não được phát hiện với tỷ lệ 18,75% trong NC của chúng tôi, tương đương với Griffiths (2017) (20%)². Điều này phù hợp

với nhận định CHT có độ nhạy cao trong đánh giá các rối loạn phát triển vỏ não như nhãn não, đa hồi não nhỏ hoặc rối loạn cuộn rãnh – những tổn thương có thể khó quan sát đầy đủ trên SA, đặc biệt trước 26–28 tuần tuổi thai.

Ở nhóm bất thường khiếm khuyết ống thần kinh (21,15%) và tổn thương phá hủy (3,37%), kết quả của chúng tôi gần tương đồng với Griffiths (15% và 4%), cho thấy đây là nhóm tổn thương có đặc điểm hình ảnh rõ, được phát hiện hiệu quả trên cả hai phương tiện².

Tỷ lệ phát hiện các u não và bất thường mạch máu não đều thấp ($\approx 2-3\%$), phản ánh tính hiếm gặp của các dị tật này.

Tổng thể, so với NC quốc tế, tỷ lệ phát hiện bất thường HTKTW ở các nhóm chính trong NC của chúng tôi có xu hướng cao hơn, đặc biệt ở nhóm tổn thương đường giữa và hố sau.

4.2.2. So sánh số lượng các bất thường đường giữa phát hiện trên SA và CHT. Trong NC của chúng tôi, nhóm bất thường đường giữa là nhóm tổn thương có tỷ lệ cao nhất trong số các dị tật HTKTW. Các tổn thương phổ biến bao gồm: bất sản thể chai, thiếu sản thể chai, loạn sản thể chai, bất sản hoặc bất thường vách trong suốt, và nang đường giữa.

Kết quả cho thấy CHT có giá trị vượt trội so với SA trong việc phát hiện bất thường đường giữa, đặc biệt là ở các bất thường nhỏ, phức tạp hoặc khó khảo sát trên SA. Đáng chú ý, CHT phát hiện được 2 trường hợp loạn sản vách thị (0,96%) trong khi SA không ghi nhận trường hợp nào.

So sánh với NC của Griffiths (2017) trên 578 thai phụ có bất thường HTKTW, tỷ lệ bất thường thể chai được phát hiện qua CHT chỉ là 9,6%, thấp hơn so với kết quả trong NC của chúng tôi (tổng cộng 27,95% khi gộp các thể bất thường thể chai)². Khác biệt này có thể được lý giải do quần thể NC khác nhau, tiêu chuẩn chỉ định CHT khác biệt và phương pháp đánh giá hình ảnh có thể ảnh hưởng đến khả năng phát hiện tổn thương.

4.2.3. So sánh số lượng các bất thường vỏ não phát hiện trên SA và CHT. Trong NC của chúng tôi, bất thường vỏ não chiếm tỷ lệ 20,67% trên SA và 27,40% trên CHT. CHT cho thấy khả năng phát hiện vượt trội hơn so với SA ở hầu hết các dạng tổn thương.

Kết quả này tương đồng với NC của Griffiths (2010) và Malinger (2004), trong đó nhấn mạnh rằng SA có hạn chế trong việc đánh giá cấu trúc vỏ não, đặc biệt ở tuổi thai muộn do sự cốt hóa hộp sọ và vị trí bất lợi của thai. CHT, với độ phân giải không gian cao và không bị ảnh hưởng bởi xương sọ, cho phép đánh giá tốt hơn sự phát

triển hồi rãnh và cấu trúc chất xám^{3,5}.

4.2.4. So sánh số lượng các bất thường hố sau phát hiện trên SA và CHT. Trong NC của chúng tôi, các bất thường hố sau được phát hiện trên SA chiếm tỷ lệ 31,73%, trong đó phổ biến nhất là thiếu sản thùy nhộng (21 ca, 10,10%), giãn bể lớn (21 ca, 10,10%) và thiếu sản tiểu não (19 ca, 9,13%). Trên CHT, nhóm tổn thương này chiếm tỷ lệ cao hơn với 39,90%, nổi bật là thiếu sản thùy nhộng (33 ca, 15,87%) và thiếu sản tiểu não (26 ca, 12,50%).

Kết quả này cho thấy CHT có giá trị vượt trội hơn SA trong việc phát hiện và mô tả chi tiết các cấu trúc giải phẫu vùng hố sau, đặc biệt là các bất thường liên quan đến tiểu não và thùy nhộng. Điều này phù hợp với kết quả của NC do Griffiths (2010), trong đó CHT phát hiện được nhiều tổn thương hố sau hơn SA ở những trường hợp nghi ngờ bất thường trên SA ban đầu³.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng SA và CHT đều đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán các bất thường HTKTW thai nhi, trong đó CHT có ưu thế vượt trội trong việc phát hiện và phân loại chi tiết hơn các tổn thương, đặc biệt là những bất thường phức tạp như bất thường vỏ não, hố sau và đường giữa, từ đó giúp định hướng chẩn đoán chính xác hơn và hỗ trợ tư vấn tiên lượng sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Glenn Orit A. MR imaging of the fetal brain. *Pediatric radiology*. 2010;40(1):68-81.
2. Griffiths Paul D, Michael Bradburn, Michael J Campbell, et al. Use of MRI in the diagnosis of fetal brain abnormalities in utero (MERIDIAN): a multicentre, prospective cohort study. *The Lancet*. 2017;389(10068):538-546.
3. Griffiths PD, MJ Reeves, JE Morris, G Mason, SA Russell, MNJ Paley, EH Whitby. A prospective study of fetuses with isolated ventriculomegaly investigated by antenatal sonography and in utero MR imaging. *American Journal of Neuroradiology*. 2010;31(1):106-111.
4. Malinger G., D. Paladini, K. K. Haratz, A. Monteagudo, G. L. Pilu, I. E. Timor-Tritsch. ISUOG Practice Guidelines (updated): sonographic examination of the fetal central nervous system. Part 1: performance of screening examination and indications for targeted neurosonography. *Ultrasound Obstet Gynecol*. Sep 2020;56(3):476-484. doi:10.1002/uog.22145
5. Malinger GBSL, L Ben-Sira, D Lev, Z Ben-Aroya, D Kidron, T Lerman-Sagie. Fetal brain imaging: a comparison between magnetic resonance imaging and dedicated neurosonography. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2004;23(4):333-340.

6. **Prayer D., G. Malinger, P. C. Brugger, et al.** ISUOG Practice Guidelines: performance of fetal magnetic resonance imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol.* May 2017;49(5):671-680. doi:10.1002/uog.17412
7. **Sunitha Tella, Kattakola Rebekah Prasoon, Tiruvatturu Muni Kumari, Buragadda Srinadh, Madireddy Laxmi Naga Deepika,**
8. **Ramaiah Aruna, Akka Jyothy.** Risk factors for congenital anomalies in high risk pregnant women: A large study from South India. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics.* 2017;18(1):79-85.
8. **Volpe Joseph J.** *Neurology of the newborn* E-book. 2008;

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BÉO PHÌ: CAN THIỆP DINH DƯỠNG ĐỂ ĐẠT MỤC TIÊU PHỤC HỒI HẬU PHẪU VÀ KIỂM SOÁT CÂN NẶNG

Phạm Trần Thiên Nhân¹, Đinh Ngọc Diệp²,
Huỳnh Thị Kim Hoàng³, Nguyễn Lê Quỳnh Như¹

TÓM TẮT

Béo phì là bệnh lý phức tạp, phẫu thuật tạo hình dạ dày hình ống (SG) là một giải pháp hiệu quả nhưng có nguy cơ tái tăng cân. Báo cáo này nhằm mục đích trình bày một trường hợp can thiệp dinh dưỡng đa mô thức thành công, giúp bệnh nhân đạt được mục tiêu phục hồi sau phẫu thuật và kiểm soát cân nặng. Trình bày trường hợp: bệnh nhân nữ, 27 tuổi (BMI 32 kg/m²), được can thiệp dinh dưỡng từ 2 tuần trước phẫu thuật SG và theo dõi trong 6 tháng sau phẫu thuật. Kết quả: Sau 6 tháng, bệnh nhân giảm 19,5 kg (từ 85 kg xuống 65,5 kg), tương đương 23% tổng trọng lượng cơ thể, với chỉ số BMI giảm còn 24,9 kg/m². Phân tích thành phần cơ thể cho thấy khối lượng mỡ giảm 12,2 kg trong khi khối lượng cơ được bảo tồn tốt (chỉ giảm 1,1 kg). Các biến chứng sau mổ như nôn ói, trào ngược được kiểm soát tốt và kết quả xét nghiệm không ghi nhận tình trạng thiếu hụt vi chất đáng kể. Can thiệp dinh dưỡng có cấu trúc chặt chẽ theo từng giai đoạn, kết hợp với tập luyện và theo dõi sát sao, đã chứng tỏ là chiến lược hiệu quả và an toàn để tối ưu hóa kết quả cho bệnh nhân sau phẫu thuật SG. **Từ khóa:** Phẫu thuật béo phì, Tạo hình dạ dày hình ống, Can thiệp dinh dưỡng, Giảm cân

SUMMARY

NUTRITIONAL INTERVENTION FOR POSTOPERATIVE RECOVERY AND WEIGHT MANAGEMENT FOLLOWING BARIATRIC SURGERY: A CASE REPORT

Obesity is a complex condition, and while sleeve gastrectomy (SG) is an effective surgical solution, there is a risk of weight regain. This report presents a successful case of a multimodal nutritional intervention designed to achieve postoperative

recovery and sustainable weight management. Case presentation: A 27-year-old female patient with a BMI of 32 kg/m² underwent SG and was managed with a comprehensive nutritional plan from two weeks preoperatively to six months postoperatively. Results: At 6 months, the patient achieved a 19.5 kg weight loss (from 85 kg to 65.5 kg), equivalent to 23% total weight loss (%TWL), with her BMI reduced to 24.9 kg/m². Body composition analysis revealed a 12.2 kg reduction in fat mass, while muscle mass was well-preserved (1.1 kg loss). Early postoperative complications were well-managed, and no significant micronutrient deficiencies were detected. A structured, staged nutritional intervention, combined with exercise and close monitoring, is a safe and effective strategy for optimizing outcomes in post-SG patients. **Keywords:** Bariatric Surgery, Sleeve Gastrectomy, Nutritional Intervention, Weight Loss, Case Report.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Béo phì là một bệnh lý mạn tính phức tạp, đòi hỏi một chiến lược điều trị đa mô thức, trong đó can thiệp dinh dưỡng đóng vai trò nền tảng. Đối với những bệnh nhân thất bại với các biện pháp điều trị không phẫu thuật có BMI ≥ 30 và có bệnh lý đồng mắc liên quan đến béo phì phẫu thuật điều trị béo phì được chỉ định [1,2].

Phẫu thuật tạo hình dạ dày hình ống (Sleeve Gastrectomy - SG) là phương pháp phẫu thuật béo phì rất phổ biến. Theo số liệu năm 2016, phương pháp này chiếm 58% tổng số ca, trong khi phẫu thuật bắc cầu dạ dày (RYGB) chỉ chiếm 18%. SG được lựa chọn nhiều vì kỹ thuật đơn giản, ít biến chứng và hiệu quả giảm cân tốt hơn so với các phẫu thuật khác. Mặc dù tỉ lệ giảm cân thành công sau một năm là 77%. Tuy nhiên, người bệnh vẫn có nguy cơ tăng cân trở lại, và việc này có thể bắt đầu ngay trong năm đầu tiên. Nguyên nhân chính thường là do chế độ ăn không phù hợp và việc quay lại các thói quen ăn uống không lành mạnh [3]. Thực tế này cho thấy, để tối ưu hóa kết quả sau mổ, một chiến

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Bình Dân

³Trường Đại học Công thương Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Thiên Nhân

Email: drptthiennhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

lược can thiệp dinh dưỡng và thay đổi hành vi cần được xây dựng chặt chẽ và bắt đầu áp dụng ngay từ giai đoạn tiền phẫu.

Các hướng dẫn chung về dinh dưỡng cho bệnh nhân phẫu thuật béo phì đã tương đối đầy đủ. Tuy nhiên, các báo cáo chia sẻ kinh nghiệm thực tiễn, đặc biệt là cách áp dụng các nguyên tắc này vào bối cảnh tại Việt Nam, vẫn còn hạn chế. Việc trình bày một ca lâm sàng chi tiết, với các thực đơn được xây dựng theo từng giai đoạn từ những món ăn và thực phẩm quen thuộc của người Việt Nam đến các chế phẩm bổ sung, có thể cung cấp những thông tin tham khảo hữu ích cho thực hành lâm sàng. Bài viết này được thực hiện với mong muốn đóng góp một phần kinh nghiệm thực tế đó.

II. CAN THIỆP DINH DƯỠNG DÀNH CHO BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT DẠ DÀY HÌNH ỐNG (SG) ĐIỀU TRỊ BÉO PHÌ

2.1. Can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật. Mục tiêu giảm $\geq 5\%$ trọng lượng cơ thể trong vòng hai tuần trước phẫu thuật được đặt ra nhằm thu nhỏ kích thước gan, qua đó góp phần giảm thiểu biến chứng và nguy cơ tử vong.

Để đạt mục tiêu này, chế độ ăn năng lượng thấp (Low Calorie Diet - LCD) cung cấp 800–1500 kcal/ngày đã được chứng minh là một phương pháp hiệu quả với tỉ lệ tuân thủ cao từ người bệnh.[4].

2.2. Can thiệp dinh dưỡng sau phẫu thuật. Mục tiêu can thiệp dinh dưỡng bao gồm: hỗ trợ lành vết mổ, tối ưu hóa và duy trì hiệu quả giảm cân, cũng như ngăn ngừa các biến chứng chuyển hóa và tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng. Để đạt được các mục tiêu này, chế độ ăn được thiết kế theo các giai đoạn với kết cấu và năng lượng tăng dần một cách chậm rãi, giúp hệ tiêu hóa thích nghi và giảm thiểu các triệu chứng như trào ngược hay hội chứng dumping.

"Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng về Hỗ trợ Dinh dưỡng, Chuyển hóa và Không Phẫu thuật Chu phẫu cho Bệnh nhân phẫu thuật điều trị béo phì" của Hiệp hội AACE/TOS/ASMBS/OMA/ASA [3] khuyến nghị:

- **Năng lượng:** Bắt đầu với 400 kcal/ngày trong 2 tuần đầu tiên (giai đoạn 1 và 2), tăng lên 600–800 kcal/ngày vào tuần thứ 3–4 (giai đoạn 3 và 4), đạt 1200–1500 kcal/ngày vào tuần thứ 6 (giai đoạn 5), và duy trì ở mức 1500–1800 kcal/ngày từ tháng thứ sáu trở đi.

- **Protein:** Tối thiểu 60g/ngày, có thể tăng đến 1.5–2.1 g/kg trọng lượng lý tưởng/ngày để ngăn ngừa mất cơ và hỗ trợ phục hồi.

- **Đa vitamin và khoáng chất:** Bổ sung 2 viên uống dạng nhai đa vitamin và khoáng (MVM multivitamin – multimineral) mỗi ngày để phòng ngừa thiếu hụt vi chất.

- Để đáp ứng các mục tiêu trên, lộ trình ăn uống được tiến hành tuần tự. Quá trình bắt đầu với chất lỏng trong suốt trong 24 giờ đầu, sau đó chuyển sang chế độ ăn lỏng toàn phần và duy trì trong 10–14 ngày. Tùy theo khả năng dung nạp của từng người bệnh, chế độ ăn sẽ tiếp tục tiến triển sang dạng xay nhuyễn, mềm và cuối cùng là thức ăn rắn thông thường.

III. TRÌNH BÀY TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân nữ, H.T.C.T. 27 tuổi, chiều cao 1,62m, cân nặng 85kg, BMI 32 kg/m². Đến khám tại bệnh viện Bình Dân vào cuối tháng 11 năm 2024 vì mong muốn giảm cân trước khi có con và thực hiện phẫu thuật dạ dày hình ống (SG) để điều trị béo phì.

3.1. Tiền sử. Cân nặng của bệnh nhân tăng dần từ 50 kg (năm 20 tuổi) lên đến đỉnh điểm là 90 kg (năm 25 tuổi). Trước khi đến khám, các nỗ lực giảm cân không phẫu thuật của bệnh nhân, bao gồm thay đổi lối sống và tập luyện, chỉ mang lại hiệu quả giới hạn tại mức cân nặng lúc đến khám. Một can thiệp phẫu thuật hút mỡ bụng vào năm 2023 cũng được ghi nhận là không thành công.

3.2. Quá trình can thiệp dinh dưỡng. Quá trình can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân được thực hiện trong tổng thời gian 26 tuần. Lộ trình này bao gồm 2 tuần can thiệp trước phẫu thuật và 24 tuần (6 tháng) sau phẫu thuật.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được can thiệp dinh dưỡng tích cực trong 8 tuần (hai tháng đầu hậu phẫu) và tiếp tục theo dõi kết quả cho đến hết 24 tuần (6 tháng).

Trước phẫu thuật. Thời gian can thiệp 2 tuần, chế độ ăn được áp dụng 3 bữa chính và 1 bữa phụ với mức năng lượng 1200 kcal, 85g protein tương ứng với 1g protein/kg cân nặng. Bệnh nhân được tư vấn phương pháp quy đổi thực phẩm và theo dõi bữa ăn từ chuyên viên Dinh dưỡng để đảm bảo thực hiện đúng theo hướng dẫn. Trước phẫu thuật bệnh nhân có cân nặng 84kg, giảm 1kg. Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật vào 2 tuần sau ngày khám đầu tiên.

Sau phẫu thuật. Quy trình can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân được thực hiện theo phác đồ 5 giai đoạn. Chế độ ăn lỏng được khởi động từ ngày hậu phẫu thứ nhất. Trong ba ngày đầu tiên, người bệnh được hỗ trợ dinh dưỡng tĩnh mạch một phần, cung cấp 50g glucose và 50g protein mỗi ngày, và được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ tư.

Sau khi xuất viện, bệnh nhân được tái khám hàng tuần để đánh giá và xây dựng thực đơn chuyên biệt. Chế độ ăn được theo dõi và tư vấn hàng ngày dưới sự theo dõi chặt chẽ của chuyên viên dinh

dưỡng trong suốt quá trình can thiệp. Quá trình can thiệp dinh dưỡng theo 5 giai đoạn được trình bày trong Bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật dạ dày hình ống điều trị béo phì

	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3	Giai đoạn 4	Giai đoạn 5
Thời gian	Tuần đầu hậu phẫu	Từ tuần thứ 2 hậu phẫu	Từ tuần thứ 3 hậu phẫu	Từ tuần thứ 4 hậu phẫu	Từ tuần thứ 6 hậu phẫu
Đặc điểm thức ăn	Lỏng hoàn toàn	Lỏng hoàn toàn	An nghiền: là các loại thực phẩm không cần nhai, độ đặc và kết cấu có thể tăng dần.	An mềm: các loại thực phẩm có thể nghiền nát hoặc nhai ít như phở, thịt băm,...	Ăn mọi loại thực phẩm theo khả năng
Món ăn	Cháo xay	Cháo xay	Cháo thịt/cá nhuyễn	Cơm mềm Thịt/cá mềm	Cơm Thịt/cá nhai kỹ
		Súp công nghiệp (0.8 kcal/ml, 6.4g protein/100ml)	Phở Trứng, thịt mềm	Hủ tíu, bánh canh, phở,...	
		Sữa tươi tách béo ít đường (0.6 kcal/ml, 3 g protein/100ml)			
		Tàu hũ			
Chế phẩm bổ sung	(-)	Dinh dưỡng chuyên biệt (Mỗi gói có 13g protein, 4,7g L-Arginine, 4,7g L-Glutamine, 2,0g L-Leucine, 7 mg Kẽm)	Bột bổ sung Acid amin thiết yếu (EAA)		
		02 viên đa vitamin và khoáng			
		1/2 viên sắt (50 mg sắt nguyên tố)			
Năng lượng	600 kcal*	420 kcal	600 kcal	820 kcal	1000-1200 kcal
Protein	60g**	44g	60g	80g	75 – 85g

*,** Mức năng lượng và Protein trong giai đoạn tuần hậu phẫu đầu tiên bao gồm dinh dưỡng tĩnh mạch

Trong quá trình theo dõi hậu phẫu, bệnh nhân được đánh giá định kỳ về các biến chứng, tình trạng dinh dưỡng (phân tích thành phần cơ thể theo phương pháp đo điện trở kháng sinh học - BIA bằng máy InBody 270) và được chỉ định xét nghiệm vi chất sau 3 tháng.

Giai đoạn hậu phẫu sớm (tuần 1–3) ghi nhận một số thách thức ban đầu. Dung tích thu nạp của bệnh nhân trong hai tuần đầu bị giới hạn ở mức 120–150 ml mỗi bữa. Trong ba tuần đầu, bệnh nhân có biểu hiện nôn sau ăn (trung bình 3 lần/tuần) và các triệu chứng trào ngược thường xuyên. Phân tích thành phần cơ thể trong giai đoạn này cũng cho thấy sự sụt giảm 2,2 lít dịch, cùng với các dấu hiệu mất nước trên lâm sàng (môi khô, da khô).

Quá trình hồi phục có sự cải thiện rõ rệt từ tuần thứ tư, khi vết mổ đã lành tốt, bệnh nhân ngưng các thuốc hậu phẫu và bắt đầu chương trình tập luyện kháng trở. Tại thời điểm tuần 8 hậu phẫu, các triệu chứng tiêu hóa (trào ngược, nôn ói) và tình trạng thiếu dịch đã được giải quyết. Kết quả xét nghiệm máu không phát hiện thiếu hụt vi chất dinh dưỡng có ý nghĩa lâm sàng, và bệnh nhân cho thấy khả năng tuân thủ tốt với chế độ ăn giai đoạn 5.

Tại lần tái khám sau 6 tháng, tình trạng sức khỏe của bệnh nhân ổn định, tuân thủ tốt chế độ ăn và lịch tập luyện (5 ngày/tuần). Thăm khám lâm sàng không ghi nhận triệu chứng trào ngược, nôn ói, hay các dấu hiệu của thiếu máu và thiếu vi chất dinh dưỡng.

Quá trình thay đổi cân nặng và thành phần cơ thể của bệnh nhân trong 6 tháng hậu phẫu được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Thay đổi thành phần cơ thể trong 6 tháng hậu phẫu

Tuần hậu phẫu	Tuần 1	Tuần 2	Tuần 3	Tuần 4	Tuần 6	Tuần 14	Tuần 24
Lượng dịch cơ thể (l)	31,2	29,0	31,6	30,8	30,9	30,0	30,0
Cân nặng (kg)	81,7	78,0	78,1	76,7	74,6	71,7	65,5
Khối lượng cơ xương (kg)	23,3	21,5	23,4	23,0	22,9	22,2	22,2
Khối lượng mỡ (kg)	39,1	38,4	35,0	34,5	32,3	30,7	26,9

Theo dữ liệu bảng 2, trong 24 tuần hậu phẫu, cân nặng của bệnh nhân giảm từ 81,7 kg xuống còn 65,5 kg. Sự thay đổi này bao gồm việc giảm 12,2 kg khối lượng mỡ (từ 39,1 kg xuống 26,9 kg), trong khi khối lượng cơ xương

giảm 1,1 kg (từ 23,3 kg xuống 22,2 kg). Tại thời điểm cuối của giai đoạn theo dõi, chỉ số BMI của bệnh nhân đạt 24,9 kg/m².

Chỉ số xét nghiệm máu và vi chất dinh dưỡng của bệnh nhân được trình bày trong bảng 3.

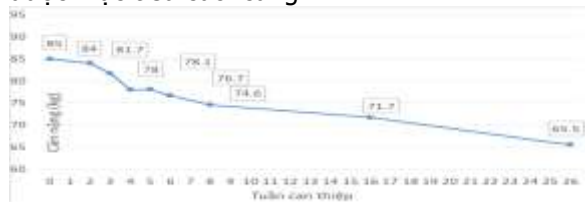
Bảng 3. Kết quả xét nghiệm máu trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 8 tuần

Tên xét nghiệm	Trước phẫu thuật	Hậu phẫu 8 tuần	Khoảng tham chiếu
Công thức máu			
Huyết sắc tố (Hb) (g/dL)	14,50	14,00	12 - 15
Sinh hóa máu			
HbA1c (NGSP) (%)	6,00	5,90	<5,7
Glucose máu lúc đói (mmol/L)	5,2	5,14	3,9 - 5,5
Triglycerides (mmol/L)	1,2	1,4	<1,7
Cholesterol toàn phần (mmol/L)	5,3	4,57	<5,18
LDL Cholesterol (mmol/L)	3,6	3,04	<2,59
Vi chất dinh dưỡng (xét nghiệm máu)			
Vitamin B12 (pg/mL)		1159,0	187 - 883
Axit Folic (Vitamin B9) (ng/mL)		14,1	3,1 - 20,5
25-OH Vitamin D (ng/mL)		26,0	30 - 100
Ferritin (μmol/L)		266	4,63 - 204
Sắt (Fe) (ng/mL)		14,9	9 - 30,4
Đồng (Cu) (μg/dL)		93,9	80 - 155
Canxi (Ca) (mmol)		2,56	2,1 - 2,55

Dữ liệu bảng 3 cho thấy hầu hết các chỉ số về công thức máu, sinh hóa, và vi chất dinh dưỡng đều nằm trong khoảng tham chiếu bình thường. Tuy nhiên, có một vài kết quả nằm ngoài ngưỡng. Cụ thể, nồng độ Vitamin B12 (1159,0 pg/mL) và Ferritin (266 μmol/L) cao hơn mức bình thường. Ngược lại, chỉ số 25-OH Vitamin D (26,0 ng/mL) ở mức thấp, dưới ngưỡng tham chiếu bình thường là 30 ng/mL.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả sau 26 tuần can thiệp ghi nhận mức giảm 23% tổng trọng lượng cơ thể (từ 85 kg xuống 65,5 kg), gần đạt được mục tiêu kỳ vọng của phẫu thuật SG (25–30%) [3]. Sự thành công này không chỉ thể hiện qua biểu đồ giảm cân với tốc độ ổn định và chưa chững lại (Biểu đồ 1) mà còn được củng cố bởi việc người bệnh đã thiết lập được các hành vi ăn uống lành mạnh và duy trì tốt lịch tập luyện. Những yếu tố tuân thủ này tạo ra một cơ sở vững chắc để tiên lượng rằng bệnh nhân có khả năng tiếp tục giảm cân và đạt được mục tiêu cuối cùng.



Biểu đồ 1. Diễn tiến thay đổi cân nặng bệnh nhân theo tuần can thiệp

Phân tích sâu hơn về thành phần cơ thể trong Bảng 2 cho thấy trong hai tuần đầu hậu phẫu, sự sụt giảm cân nặng nhanh chóng đi kèm với tình trạng mất dịch và mất cơ đáng kể. Cụ thể, lượng dịch cơ thể giảm 2,2 lít và khối lượng cơ xương giảm 1,8 kg chỉ trong giai đoạn từ tuần 1 đến tuần 2. Tình trạng này được xác định là hệ quả của các triệu chứng nôn ói sau ăn, khả năng dung nạp hạn chế (120–150 ml/bữa) và các dấu hiệu mất nước trên lâm sàng. Để khắc phục, kế hoạch can thiệp đã được điều chỉnh kịp thời, tập trung vào việc tư vấn cho bệnh nhân chia nhỏ các bữa uống (50–100 ml mỗi 30 phút) nhằm đảm bảo bù đủ dịch. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý về hạn chế của việc đánh giá khối cơ bằng công nghệ BIA là ảnh hưởng rất nhiều bởi lượng nước của cơ thể và thường phóng đại tình trạng thiếu hụt cơ xương khi tình trạng mất nước diễn ra, điều này được hỗ trợ mạnh mẽ bởi dữ liệu trong Bảng 2: khi lượng dịch cơ thể của bệnh nhân phục hồi từ 29,0 L (Tuần 2) lên 31,6 L (Tuần 3), khối lượng cơ được đo lường cũng "tăng vọt" từ 21,5kg lên 23,4 kg, gần như trở lại mức ban đầu.

Khi nhu cầu protein được đáp ứng đầy đủ và chương trình tập luyện kháng trở được bắt đầu (từ tuần thứ 4), tốc độ mất cơ đã chậm lại rõ rệt. Kết quả tổng thể sau 24 tuần can thiệp đã chứng minh hiệu quả của phác đồ, khi bệnh nhân chỉ giảm 1,1 kg cơ nhưng giảm được tới 12,2 kg mỡ (Bảng 2).

Một điểm quan trọng cần làm rõ là sự khác

biệt nền tảng trong chiến lược can thiệp dinh dưỡng giữa phẫu thuật dạ dày điều trị béo phì và điều trị ung thư. Trong phẫu thuật ung thư, mục tiêu dinh dưỡng là đạt được nhu cầu năng lượng (khoảng 25–30 kcal/kg) càng sớm càng tốt tùy theo khả năng dung nạp của người bệnh [5]. Ngược lại, trong phẫu thuật béo phì, một tình trạng cân bằng năng lượng âm được chủ động duy trì kéo dài để thúc đẩy quá trình giảm cân. Cụ thể theo Hiệp hội AACE/TOS/ASMBS/OMA/ASA [3] khuyến nghị, mức năng lượng tăng rất chậm, chỉ khoảng 200 kcal mỗi tuần trong hai tháng đầu, và đạt mức 1200-1500 kcal từ tuần thứ sáu sau đó sẽ duy trì lâu dài. Mức năng lượng này vẫn tạo ra một sự thâm hụt đáng kể so với nhu cầu khuyến nghị cho phụ nữ Việt Nam cùng độ tuổi và mức hoạt động thể lực trung bình (khoảng 2050 kcal) [6]. Chính chiến lược duy trì thâm hụt năng lượng kéo dài này làm đẩy lên các quan ngại về nguy cơ suy dinh dưỡng protein-năng lượng, thiếu máu và thiếu hụt vi

chất dinh dưỡng. Thực tế, y văn đã ghi nhận các trường hợp suy dinh dưỡng thể Kwashiorkor và bệnh Scorbut gia tăng trong nhóm bệnh nhân sau phẫu thuật béo phì [7,8], điều này nhấn mạnh sự cần thiết của việc theo dõi và bổ sung dinh dưỡng một cách chặt chẽ.

Việc thiết kế một khẩu phần ăn có năng lượng thấp nhưng vẫn đảm bảo đủ protein, vitamin và khoáng chất chỉ từ thực phẩm tự nhiên là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng. Do đó, việc sử dụng các chế phẩm bổ sung chuyên biệt được xem là một can thiệp cần thiết và không thể thiếu. Các hướng dẫn hiện hành khuyến nghị nên bắt đầu bổ sung một cách thường quy ngay từ giai đoạn hậu phẫu sớm, ngay cả khi chưa có bằng chứng thiếu hụt trên xét nghiệm. Bảng 4 trình bày liều vitamin và khoáng chất được bổ sung với 2 viên multivitamin – multimineral (MVM) kèm ½ viên sắt mà bệnh nhân được bổ sung.

Bảng 4. Đối chiếu hàm lượng chế phẩm bổ sung với nhu cầu khuyến nghị

Thành phần	Hàm lượng	Nhu cầu ở người bình thường [6]	Nhu cầu người phẫu thuật dạ dày [3]	% đáp ứng so với nhu cầu*
Vitamin A	5000 IU	5000 IU	5000 – 1000 IU	100%
Vitamin B1	3 mg	1,1 mg	50 - 100 mg	6%
Vitamin B12	50 mcg	2,4 mcg	350 - 1000 mcg	14%
Folate	800 mcg	400 mcg	400 - 800 mcg	200%
Sắt (Fe)	50 mg	18 mg	45 - 60 mg	111%
Vitamin D	1000 IU	600 IU	1200 - 1500 IU	80%
Canxi	440 mg	1000 mg	1200 - 1500 mg	35%
Vitamin E	30mg	15mg	15mg	200%
Vitamin K	60 mcg	90 mcg	90-120 mcg	67%
Zinc	22 mg	8 mg	8-11 mg	275%
Đồng (Cu)	1 mg	0,9 mg	1 mg	100%

* So sánh với nhu cầu khuyến nghị (giới hạn dưới) cho người phẫu thuật dạ dày hình ống điều trị béo phì [3]

Phân tích kết quả xét nghiệm máu tại thời điểm 8 tuần hậu phẫu (Bảng 3) cho thấy bệnh nhân không có tình trạng thiếu máu (Hb 14.0 g/dL), trong khi hầu hết các vi chất khác đều trong giới hạn bình thường, ngoại trừ nồng độ Vitamin D ở mức thiếu hụt nhẹ (26.0 ng/mL).

Như vậy, sau 26 tuần can thiệp, bệnh nhân đã đạt được các mục tiêu quan trọng. Cân nặng giảm xuống 65,5 kg, tương ứng với chỉ số BMI là 24,9 kg/m², đưa bệnh nhân ra khỏi ngưỡng chẩn đoán béo phì theo phân loại của WHO. Đồng thời, các biến chứng tiềm tàng sau phẫu thuật như trào ngược, thiếu máu và suy dinh dưỡng protein-năng lượng đều được kiểm soát tốt.

Nhìn về dài hạn, y văn cho thấy chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQOL)

thường cải thiện đáng kể sau phẫu thuật SG, đạt đỉnh trong 1-2 năm đầu. Sự cải thiện này có tương quan chặt chẽ với mức độ giảm cân và sự tuân thủ lâu dài các khuyến nghị về lối sống[9]. Do đó, chiến lược tiếp theo đối với trường hợp này là tập trung vào việc duy trì sự tuân thủ các hành vi dinh dưỡng và vận động tích cực đã được thiết lập, nhằm đảm bảo kết quả bền vững.

V. KẾT LUẬN

Ca bệnh này cho thấy một chiến lược dinh dưỡng chu phẫu toàn diện góp phần cho sự thành công của phẫu thuật tạo hình dạ dày hình ống điều trị béo phì. Các thành phần chính bao gồm một chế độ ăn thấp năng lượng (LCD) tiền phẫu, một quá trình tăng tiến chế độ ăn sau phẫu thuật chậm rãi và có cấu trúc, và quan trọng là việc sử dụng các sản phẩm bổ sung acid amin, vitamin và khoáng có mục tiêu, theo đúng hướng dẫn nhằm phòng ngừa thiếu dinh dưỡng. Việc quản lý chủ động các biến

chứng sớm và tích hợp tập luyện kháng trở là yếu tố quan trọng để bảo tồn khối lượng cơ và đạt được mức giảm cân gần như tối ưu sau 6 tháng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Bệnh Béo Phì.; 2022.
2. **Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, et al.** American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines For Medical Care of Patients with Obesity. *Endocr Pract.* 2016;22:1-203. doi:10.4158/EP161365.GL
3. **Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, et al.** Clinical Practice Guidelines For The Perioperative Nutrition, Metabolic, and Nonsurgical Support of Patients Undergoing Bariatric Procedures – 2019 Update: Cosponsored By American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, The Obesity Society, American Society For Metabolic & Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists. *Endocr Pract.* 2019;25:1-75. doi:10.4158/GL-2019-0406
4. **Romeijn MM, Kolen AM, Holthuijsen DDB, et al.** Effectiveness of a Low-Calorie Diet for Liver Volume Reduction Prior to Bariatric Surgery: a Systematic Review. *Obes Surg.* 2021;31(1):350-356. doi:10.1007/s11695-020-05070-6
5. **Giang TB, Tâm LN.** Hướng Dẫn Dinh Dưỡng Trong Điều Trị Bệnh Nhân Ngoại Khoa. Nhà xuất bản Y học; 2022.
6. **Bộ Y tế,** Viện Dinh dưỡng. Nhu Cầu Dinh Dưỡng Khuyến Nghị Cho Người Việt Nam. Nhà xuất bản Y học; 2016.
7. **Dermawan A, Eshon S, Danagher K, Senaratne S.** Scurvy—a re-emerging disease with the rising cost of living and number of bariatric surgical procedures. *BMJ Case Rep CP.* 2024;17(8): e261082. doi:10.1136/bcr-2024-261082
8. **Tapia JO, Tapia RO, Farias JB, et al.** A case of kwashiorkor after bariatric surgery leading to large pericardial effusion in a young latin female. *JACC.* 2025;85(12_Supplement): 4672-4672. doi:10.1016/S0735-1097(25)05156-3
9. **Sierżantowicz R, Ładny JR, Lewko J.** Quality of Life after Bariatric Surgery-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(15):9078. doi:10.3390/ijerph19159078

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở TRẺ THÔNG LIÊN THẤT

Thạch Ri Sa^{1,2}, Ông Huy Thanh^{2,3},
Lê Thị Giáng Châu¹, Triệu Quốc Hải¹, Lý Quốc Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ thông liên thất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca bệnh được áp dụng cho 48 trường hợp viêm phổi ở trẻ thông liên thất tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và Bệnh viện Chuyên Khoa Sản Nhi Sóc Trăng. **Kết quả:** Trong 48 trường hợp, có 34 ca ở Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và 14 ca ở Bệnh viện Chuyên Khoa Sản Nhi Sóc Trăng. Tuổi trung bình của trẻ là 23,7±34,5 tháng tuổi. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho 81,3% (viêm phổi), 90,6% (viêm phổi nặng). Sốt 75% (viêm phổi), 84,4% (viêm phổi nặng). Triệu chứng thực thể thường gặp là rút lõm lồng ngực 68,8% (viêm phổi), 90,6% (viêm phổi nặng), nhịp thở nhanh 37,5% (viêm phổi), 75% (viêm phổi nặng). Phổi có ral ẩm, nổ 93,8% (viêm phổi), 100% (viêm

phổi nặng). Hình ảnh X quang thường gặp là hội chứng phế nang 100% (viêm phổi), 68,8% (viêm phổi nặng). Lõ thông phần quanh màng chiếm 62,5% (viêm phổi), 78,1% (viêm phổi nặng). Trẻ mắc viêm phổi chiếm 33,3% và viêm phổi nặng chiếm 66,7%. Trẻ dưới 12 tháng tuổi mắc viêm phổi là 37,5%, viêm phổi nặng là 75%. Số trẻ được điều trị khỏi ra viện chiếm 79,2%, viêm phổi 100%, viêm phổi nặng 68,8%. Thời gian nằm viện trung bình là 14 ngày. **Kết luận:** Viêm phổi ở trẻ bị thông liên thất thường là viêm phổi nặng và tỷ lệ điều trị thành công khá cao nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời. **Từ khóa:** viêm phổi, thông liên thất, tim bẩm sinh.

SUMMARY

THE CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULT OF PNEUMONIA IN CHILDREN WITH VENTRICULAR SEPTAL DEFECT

Objectives: Describe the clinical, paraclinical characteristics and treatment result of pneumonia in children with Ventricular septal defect. **Materials and Methods:** A case series study was conducted on 48 children with Ventricular septal defect who was diagnosed pneumonia at Can Tho City Children's Hospital and Soc Trang Hospital for women and children. **Results:** In 48 cases, 34 were from Can Tho Children's Hospital and 14 were from Soc Trang

¹Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Thạch Ri Sa

Email: thachrisa1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

Hospital for Women and Children. The average age of children is 23.7 ± 34.5 months. The most common functional symptoms are cough 81.3% (pneumonia), 90.6% (severe pneumonia). Fever of accounting for 75% (pneumonia), 84.4% (severe pneumonia). Common physical symptoms are chest concave retraction 68.8% (pneumonia), 90.6% (severe pneumonia). Tachypnea 37.5% (pneumonia), 75% (severe pneumonia). The lungs have moist and fine crackles 93.8% (pneumonia), 100% (severe pneumonia). Radiographic findings are alveolar syndrome 100% (pneumonia), 68.8% (severe pneumonia). Perimembranous 62.5% (pneumonia), 78.1% (severe pneumonia). Children with pneumonia accounted for 33.3% and severe pneumonia accounted for 66.7%. Children under 12 months of age have pneumonia at 37.5%, severe pneumonia at 75%. 79.2% full recovery. The medium time of hospitalized was 14 days. **Conclusion:** Pneumonia in children with ventricular septal defect is often severe pneumonia and the successful treatment is high if patient diagnosed and treated promptly.

Keywords: Pneumonia, ventricular septal defect, congenital heart disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi (Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), với khoảng 740.000 ca tử vong năm 2019, chiếm 14% tổng số trường hợp tử vong ở trẻ nhỏ [1]. Thông liên thất là một dạng tim bẩm sinh không tím, có luồng thông trái phải, vị trí lỗ thông thường gặp nhất là phần quanh màng. Lỗ thông nhỏ có xu hướng tự đóng sau vài năm. Do luồng thông trái phải làm tăng lưu lượng máu lên phổi, vì vậy trên lâm sàng có một số ít trẻ có biểu hiện suy tim, đặc biệt là trẻ hay bị viêm phổi tái đi tái lại và chậm lớn [2]. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ thông liên thất" nhằm hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi ở trẻ bị thông liên thất.

2. Đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ bị thông liên thất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ bị thông liên thất được chẩn đoán xác định là viêm phổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng từ tháng 05/2024 đến 05/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

– Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi: Theo Quyết định số 101/QĐ-BYT ngày 9/1/2014, của Bộ Y tế về hướng dẫn chẩn đoán, xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em [3].

– Chẩn đoán thông liên thất phải dựa vào

lâm sàng gợi ý và kết quả siêu âm tim Doppler màu quyết định [4].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân viêm phổi có thông liên thất đã được can thiệp đóng lỗ thông. Người nhà không đồng ý nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

– Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca bệnh.
– Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

– Các chỉ số/biến số nghiên cứu: Nhóm tuổi, giới tính, đặc điểm lâm sàng (triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể) của bệnh viêm phổi, đặc điểm cận lâm sàng (bạch cầu, CRP, hình ảnh X-quang phổi, siêu âm tim), Kết quả điều trị: đặc điểm sử dụng thuốc, thời gian nằm viện, kết quả điều trị [3], [4].

– **Phương tiện nghiên cứu:** Hình ảnh X quang phổi chụp bằng máy X quang cao tần SHIMADZU Model UD 150L-40E/F (2006) của Nhật ở Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và máy X quang kỹ thuật số Del Medical Fujifilm ở Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng. Siêu âm tim: thực hiện trên máy siêu âm tim hiệu GEF6 ở Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ với đầu dò đa tần, máy siêu âm tim hiệu SIEMENS ACUSON X300 ở Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng

– **Phương pháp xử lý số liệu:** Tất cả các số liệu được nhập trên máy tính và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0.

– **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng từ tháng 05/2024 đến 05/2025.

– **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại Học Y Cần Thơ với số 24.297.HV-ĐHYDCT ngày 28/06/2024. Nghiên cứu chỉ được thực hiện với sự chấp thuận của đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu dưới 18 tuổi cần được sự đồng ý của người giám hộ để tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 48 trẻ thông liên thất được chẩn đoán viêm phổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và Bệnh viện Chuyên Khoa Sản Nhi Sóc Trăng. Trong đó tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ là 34 trẻ, tại Bệnh viện Chuyên Khoa Sản Nhi Sóc Trăng là 14 trẻ.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

ngiên cứu

Đặc điểm trẻ		Số lượng (n=48)	Tỷ lệ (%)
Tuổi TB ± ĐLC (Nhỏ nhất-lớn nhất): 23,7 ± 34,5 (2 tháng - 156 tháng)			
Nhóm tuổi	2 - <12 tháng	30	62,5
	≥12 tháng – <6 tuổi	13	27,1
	≥6 tuổi	5	10,4
Giới tính	Nam	24	50
	Nữ	24	50

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 23,7 ± 34,5, tuổi nhỏ nhất là 2 tháng, lớn nhất là 156 tháng, phân bố theo giới tính nam và nữ tỷ lệ bằng nhau là 50%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**Bảng 2. Triệu chứng toàn thân và cơ năng**

Triệu chứng cơ năng	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		p
	n	%	n	%	
Sốt	12	75	27	84,4	0,457*
Ho	13	81,3	29	90,6	0,386*
Bỏ bú, bú kém hoặc ăn uống kém	9	56,3	19	59,4	1*
Nôn ói	3	18,8	12	37,5	0,322

(*): hiệu chỉnh Fisher's exact test

Nhận xét: Tỷ lệ ho và sốt là hai triệu chứng cơ năng phổ biến nhất, gặp lần lượt ở 90,6% và 84,4% trẻ viêm phổi nặng so với 81,3% và 84,4% ở nhóm viêm phổi. Tuy nhiên, các khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		p
	n	%	n	%	
Tím tái	1	6,3	27	84,4	<0,001*
Nhịp thở	Thở nhanh	6	37,5	24	75
	Ngừng thở	0	0	5	15,6
Rút lõm lồng ngực	11	68,8	29	90,6	0,096*
Ran ẩm, nổ	15	93,8	32	100	0,333*
Ran rít, ngáy	5	31,3	5	15,6	0,267*
Spo2<94%	0	0	21	65,6	<0,001*

(*): hiệu chỉnh Fisher's exact test

Nhận xét: Ở nhóm viêm phổi nặng, các dấu hiệu suy hô hấp như tím tái (84,4% so với 6,3%), thở nhanh (75% so với 37,5%) và SpO₂ < 94% (65,6% so với 0%) xuất hiện nhiều hơn và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Rút lõm ngực cũng gặp nhiều hơn (90,6% so với 68,8%), nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,096$).

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng viêm phổi ở trẻ thông liên thất

Đặc điểm	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		p
	n	%	n	%	

Bạch cầu (tăng hoặc giảm)	4	25	13	40,6	0,350*	
CPR (mg/l) (tăng)	5	100	9	40,9	0,041*	
Tổng	5	100	22	100		
Hình ảnh tổn thương trên X quang						
Hội chứng phế nang	16	100	22	68,8	0,043	
Hội chứng phế nang + bóng tim to	0	0	8	28,1		
Hội chứng phế nang + bóng tim to+ VP thùy	0	0	1	3,1		
Đặc điểm trên siêu âm tim						
Vị trí lỗ thông						
Phần quanh màng	10	62,5	25	78,1	0,692	
Phần buồng thoát	3	18,8	3	9,4		
Phần cơ bẻ	2	12,5	3	9,4		
Phần buồng nhận	1	6,2	1	3,1		
Kích thước lỗ thông	Nhỏ	8	50	10	31,3	0,139
	Vừa	6	37,5	9	28,1	
	Lớn	2	12,5	13	40,6	
Chiều shunt	T sang P	16	100	26	81,2	0,159*
	2 chiều	0	0	6	18,8	
Có tăng áp phổi	3	18,8	10	31,3	0,497*	

(*): Hiệu chỉnh theo Fisher's exact test

Nhận xét: CRP tăng hoặc giảm gặp nhiều hơn ở nhóm viêm phổi nặng (40,9% so với 10%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$. Trên X-quang, hình ảnh hội chứng phế nang ở nhóm viêm phổi (100%), trong khi hội chứng phế nang phổi hợp bóng tim to gặp nhiều hơn ở nhóm viêm phổi nặng (28,1%), các yếu tố khác như bạch cầu, vị trí và kích thước lỗ thông, chiều shunt và tăng áp phổi không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 5. Mức độ viêm phổi ở trẻ em theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		p
	n	%	n	%	
2-<12 tháng	6	37,5	24	75	0,028
≥12 tháng – <6 tuổi	8	50	5	15,6	
≥6 tuổi	2	12,5	3	9,4	
Tổng	16	100	32	100	

Nhận xét: Tỷ lệ viêm phổi nặng cao nhất gặp ở nhóm trẻ từ 2 đến dưới 12 tháng tuổi (75%), sự khác biệt về mức độ viêm phổi giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p = 0,028$).

3.3. Đánh giá kết quả điều trị**Bảng 6. Đặc điểm sử dụng thuốc và hỗ trợ hô hấp**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có sử dụng hỗ trợ hô hấp	29	60,4
Có sử dụng kháng sinh	48	100
Có sử dụng thuốc tim mạch	17	35,5

Nhận xét: có 60,4% trường hợp cần sử dụng các phương pháp cung cấp oxy. 100% trường hợp có sử dụng kháng sinh, có 35,5% cần sử dụng thuốc hỗ trợ tim mạch trong quá trình điều trị.

Bảng 7. Thời gian nằm viện

Thời gian	Ngày
Ngắn nhất	1
Dài nhất	98
Trung bình	14,4 ± 20,1

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 14,4 ± 20,1 ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất 98 ngày.

Bảng 8. Kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ thông liên thất

Kết quả	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		p
	n	%	n	%	
Khỏi	16	100	22	68,8	0,043
Chuyển tuyến	0	0	4	12,5	
Nặng xin về và tử vong	0	0	6	18,8	
Tổng	16	33,3	32	66,7	

Nhận xét: Tỷ lệ khỏi bệnh ở nhóm trẻ viêm phổi nặng (68,8%) thấp hơn đáng kể so với nhóm viêm phổi không nặng (100%), trong khi tỷ lệ chuyển tuyến và nặng xin về hoặc tử vong cao hơn ở nhóm viêm phổi nặng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,043$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Theo kết quả nghiên cứu thì nhóm tuổi dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,5% cũng gần tương đương với nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang (2016), độ tuổi 2 tháng đến dưới 12 tháng là lứa tuổi nhập viện cao (79,6%) [6]. Về giới tính chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam và nữ bằng nhau, mỗi giới chiếm 50% tổng số ca (24/48 trẻ). Kết quả này cho thấy không có sự khác biệt về giới tính trong phân bố trẻ bị viêm phổi có thông liên thất. Theo nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang (nam:nữ là 1,2:1) [5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng. Ho chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm viêm phổi nặng (90,6%) và ở nhóm viêm phổi (81,3%). Sốt chiếm (84,4%) viêm phổi nặng và (75%) ở nhóm viêm phổi. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Điều này cho thấy các biểu hiện cơ năng như ho và sốt có thể không đủ độ nhạy để phân biệt mức độ nặng nhẹ của bệnh. Các triệu chứng như bỏ bú, nôn ói cũng xuất hiện nhưng không đặc hiệu, và tần

suất không đủ cao. Ho là triệu chứng thường gặp nhất, phù hợp với nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang (chiếm 90,3% các trường hợp) [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Nhôm thì ho chiếm 97,7%, biếng ăn, bỏ bú chiếm 21,5% [6]. Theo nghiên cứu của Wei Shan và cộng sự ho (94,8%), sốt (52,9%) [7]. Triệu chứng thực thể: tím tái xuất hiện ở 84,4% trẻ viêm phổi nặng so với chỉ 6,3% ở nhóm viêm phổi, thở nhanh gấp ở 75% so với 37,5%, và $SpO_2 < 94\%$ được ghi nhận ở 65,6% trẻ viêm phổi nặng trong khi hoàn toàn không có ở nhóm còn lại. Cả ba dấu hiệu này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đây là các chỉ điểm quan trọng giúp nhận diện sớm viêm phổi nặng trong thực hành lâm sàng [7].

Bên cạnh đó, rút lõm lồng ngực được ghi nhận ở 90,6% trẻ viêm phổi nặng và 68,8% ở nhóm viêm phổi, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p = 0,096$. Các triệu chứng như ran ẩm/nổ có mặt ở hầu hết bệnh nhi trong cả hai nhóm (100% ở viêm phổi nặng và 93,8% ở viêm phổi), nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang thì 67% có thở nhanh và 3 trường hợp thở chậm/ngưng thở (2,9%), rút lõm lồng ngực chiếm 89,3%, tương đương với nghiên cứu của chúng tôi [5]. Theo Trần Huỳnh Việt Trang thì ran ẩm, nổ gấp 98,1% trường hợp, ran rít, ngáy 30,1% [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Nhôm thì ran ẩm/ran nổ chiếm tỷ lệ cao (89,2%), tương đương với nghiên cứu của chúng tôi [6].

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Bạch cầu ngoại vi tăng/giảm được ghi nhận 40,6% (viêm phổi nặng) và 25% (viêm phổi), sự khác biệt không có ý nghĩa với $p = 0,350$. Theo nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang cho thấy có 26,2% số lượng bạch cầu máu ngoại vi $> 15.000/mm^3$ [6]. Nghiên cứu của Nguyễn thành Nhôm thì Trung bình bạch cầu là $13.670/mm^3 (\pm 6.690)$. CRP tăng được ghi nhận ở 40,9% trẻ viêm phổi nặng so với 10% ở nhóm viêm phổi thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,041$. Điều này cho thấy CRP có thể là một dấu hiệu hỗ trợ hữu ích trong đánh giá mức độ nặng của viêm phổi ở nhóm bệnh nhi có bệnh tim bẩm sinh. Theo nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang thì có 96 trẻ trong mẫu nghiên cứu được làm xét nghiệm định lượng CRP, có 25% trường hợp giá trị CRP tăng [5]. Hình ảnh xquang trẻ viêm phổi 100% có biểu hiện hội chứng phế nang, trong khi ở nhóm viêm phổi nặng, chỉ 68,8% có hội chứng phế nang, và 31,2% có tổn thương phổi hợp (bóng tim to hoặc viêm phổi thùy) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,043$, gợi ý rằng sự hiện diện của bóng tim to trên X-quang ngực

có thể phản ánh sự nặng hơn của bệnh lý nền hoặc tình trạng huyết động bất thường do shunt trái-phải kéo dài. Trong nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang thì hình ảnh tổn thương phổi đa phần là thâm nhiễm lan tỏa bên 2 bên 90,3%, thâm nhiễm lan tỏa bên phải 7,8%, thâm nhiễm lan tỏa bên trái chiếm tỉ lệ rất thấp 1,9% [5].

Vị trí lỗ thông quanh màng là phổ biến nhất ở cả hai nhóm, chiếm 62,5% ở nhóm viêm phổi và 78,1% ở nhóm viêm phổi nặng. Tương tự, kích thước lỗ thông lớn xuất hiện nhiều hơn ở nhóm viêm phổi nặng (40,6% so với 12,5%), và shunt hai chiều được ghi nhận ở 18,8% trẻ viêm phổi nặng. Tăng áp phổi cũng gặp nhiều viêm phổi nặng (31,3% so với 18,8%) không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, có thể do cỡ mẫu nhỏ, không phản ánh được liên quan đến tình trạng quá tải phổi và nguy cơ viêm phổi nặng ở trẻ có thông liên thất. Theo nghiên cứu Đỗ Hồ Tĩnh Tâm ghi nhận vị trí lỗ thông thường gặp nhất phần màng chiếm 91%, đa số lỗ thông có kích thước vừa và lớn (91,1%) và đã có biến chứng tăng áp lực động mạch phổi 78,6% ở trẻ thông liên thất [4].

4.3. Đánh giá kết quả điều trị

4.3.1. Đặc điểm sử dụng thuốc và hỗ trợ hô hấp. Có 60,4% trường hợp cần sử dụng các phương pháp cung cấp Oxy. 100% trường hợp có sử dụng kháng sinh, có 35,5% sử dụng thuốc hỗ trợ tim mạch. Theo nghiên cứu của Neeraj Kumar Jat và cộng sự viêm phổi ở trẻ tim bẩm sinh, nhu cầu về liệu pháp oxy, thuốc lợi tiểu, thuốc tăng co bóp cơ tim và hỗ trợ hô hấp lần lượt là 85%, 80%, 40% và 20% [8].

4.3.2. Thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $14,4 \pm 20,1$ ngày. Ngắn nhất là 1 ngày do bé vào với tình trạng suy hô hấp nặng sau đó được chuyển lên tuyến trên điều trị tiếp, có trường hợp kéo dài đến 98 ngày do tình trạng bé kém đáp ứng điều trị và tình trạng bé nặng hơn cần thở máy hỗ trợ hô hấp. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang là $11,6 \pm 11,7$ ngày, ≥ 14 ngày chiếm tỷ lệ 25,2%, có trường hợp kéo dài đến 86 ngày [5]. Điều này có thể giải thích là do nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các trường hợp bệnh nặng nhiều hơn.

4.3.2. Kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ thông liên thất. Qua điều trị thì 79,2% trường hợp tạm ổn và cho xuất viện, 8,3% trường hợp chuyển viện, 12,5% nặng xin về và tử vong. Tỷ

lệ khỏi bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang. Trong nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang thì có gần 24,3% trường hợp không đáp ứng điều trị phải chuyển tuyến, nặng xin về thậm chí tử vong [5].

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi ở trẻ bị thông liên thất thường ở mức độ nặng, đặc biệt ở trẻ dưới 12 tháng tuổi. Các dấu hiệu như tím tái, thở nhanh, $SpO_2 < 94\%$ và CRP tăng giúp gợi ý mức độ nặng. Tỷ lệ điều trị thành công khá cao nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, tuy nhiên nhóm bệnh nặng vẫn có nguy cơ diễn biến xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2022), Pneumonia, Geneva, Accessed on 20 May 2024, at the website: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
2. Sri Endah Rahayuningsih, Rahmat Budi Kuswiyanto (2021), "Left to right shunt congenital heart disease as a risk factor of recurrent pneumonia in under five-year-old children: a single centre experience in Bandung Indonesia", Medicinski Glasnik (Zenica) 2021; 18(1):33–37. doi: 10.17392/1196-21
3. Bộ Y tế (2014), "Hướng dẫn xử trí Viêm phổi cộng đồng ở Trẻ em", Ban hành kèm theo Quyết định số 101/QĐ-BYT ngày 09/01/2014.
4. Đỗ Hồ Tĩnh Tâm (2022), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và siêu âm Doppler tim bệnh thông liên thất ở trẻ em", Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế - Số 3, tập 12, tháng 6/2022. doi: 10.34071/jmp.2022.3.3
5. Trần Huỳnh Việt Trang (2016), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ bị tim bẩm sinh có luồng thông trái – phải tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ", Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Nguyễn Thành Nhôm (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng -5 tuổi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Long", Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học bệnh viện đa khoa Vĩnh Long. tập 2. tr.18-23.
7. Wei Shan, Tina Shi, Chen K. et al (2018). "Risk Factors for Severe Community-acquired Pneumonia Among Children Hospitalized with CAP Younger Than 5 Years of Age", The Pediatric Infectious Disease Journal 38(3):p 224-229, March 2019. doi: 10.1097/INF.0000000000002098
8. Neeraj Kumar Jat, DK Bhagwani, Namita Bhutani, et al (2021), "Assessment of the prevalence of congenital heart disease in children with pneumonia in tertiary care hospital: A cross-sectional study", Annals of Medicine and Surgery (London), 73 (103111). doi: 10.1016/j.amsu.2021.103111

PHÂN LOẠI ĐỘNG KINH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trần Thị Hồng Hạnh^{1,2}, Lê Thị Khánh Vân², Nguyễn Lê Trung Hiếu³,
Bùi Hiếu Anh^{1,2}, Tôn Thất Hoàng³, Huỳnh Thị Mỹ Tiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân loại cơn động kinh và hội chứng động kinh theo Bảng phân loại của Liên đoàn Chống động kinh Quốc tế (LĐCĐKQT) trên trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi mới được chẩn đoán động kinh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi mới được chẩn đoán động kinh tại khoa Thần kinh Bệnh viện Nhi đồng 2 từ 01/01/2024 đến 31/07/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu có 137 trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu tham gia. Phần lớn các kiểu cơn động kinh đều phân loại được theo Bảng phân loại của LĐCĐKQT năm 2017 với 97,3%, trong đó cơn cục bộ chiếm ưu thế với 42,2%. Hội chứng động kinh có thể phân loại được trên 24,8% các trường hợp. Hội chứng động kinh co thắt nhũ nhi thường gặp nhất, chiếm 16,1%. Nguyên nhân động kinh được xác định trên 23,4% trường hợp. **Kết luận:** Hệ thống Bảng phân loại Cơn động kinh năm 2017 và Hội chứng động kinh năm 2022 của LĐCĐKQT có thể áp dụng được trong điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, cải thiện tiên lượng, đặc biệt là ở đối tượng trẻ nhỏ dễ bị tổn thương.

Từ khóa: cơn động kinh, hội chứng động kinh

SUMMARY

CLASSIFICATION OF EPILEPSY IN CHILDREN AT CHILDREN'S HOSPITAL 2, HO CHI MINH CITY

Objective: To classify seizure types and epilepsy syndromes according to the International League Against Epilepsy (ILAE) Classification in children aged 1 month to 5 years newly diagnosed with epilepsy. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on children aged 1 month to 5 years who were newly diagnosed with epilepsy at the Neurology Department of Children's Hospital 2 from January 1, 2024, to July 31, 2024. **Results:** A total of 137 children met the inclusion criteria and were enrolled in the study. The majority of seizure types (97.3%) could be classified according to the 2017 ILAE classification, with focal seizures being the most prevalent (42.2%). Epilepsy syndromes could be identified in 24.8% of cases, with infantile spasms being the most common, accounting for 16.1%. The etiology of epilepsy was identified in 23.4% of patients. **Conclusion:** The 2017 ILAE Seizure

Classification and the 2022 ILAE Epilepsy Syndrome Classification can be applied in the clinical settings of Vietnam to enhance the quality of diagnosis and treatment, improving prognosis, especially in vulnerable young children.

Keywords: seizure type, epilepsy syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là bệnh lý thần kinh mạn tính thường gặp nhất ở trẻ em, trong đó, nhóm trẻ dưới 5 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 53,1%.^[1] Động kinh là một bệnh lý không đồng nhất về kiểu hình, nguyên nhân và tiên lượng. Phân loại cơn động kinh là chìa khóa đầu tiên để tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh. Năm 2017, LĐCĐKQT đã công bố bảng phân loại cơn động kinh mới nhất,^[2] tuy nhiên những thay đổi về thuật ngữ của bảng phân loại này vẫn còn mới, khả năng ứng dụng vào thực tế lâm sàng hàng ngày cũng như các nghiên cứu chứng minh giá trị khi áp dụng tại Việt Nam vẫn còn hạn chế.

Bên cạnh đó, phân loại hội chứng động kinh là một bước tiến quan trọng trong quản lý tối ưu bệnh động kinh. Năm 2022, LĐCĐKQT mới chính thức chấp thuận bảng phân loại hội chứng động kinh đầu tiên. Bảng phân loại này đặc biệt có ý nghĩa ở trẻ em do tần suất các hội chứng động kinh cao hơn so với người lớn, các hội chứng được xác định ít nhất ở một phần ba trẻ mắc động kinh.^[3]

Tại Việt Nam, việc phân loại cơn động kinh chưa thống nhất trong thực hành lâm sàng, bên cạnh đó phân loại hội chứng động kinh vẫn là một khái niệm tương đối mới và chưa được thực hiện đầy đủ và nếu có thì chủ yếu dựa trên phân loại cũ của LĐCĐKQT năm 1989. Từ những phân tích trên, nhằm mục đích bổ sung thêm những hiểu biết về tình hình bệnh động kinh ở trẻ em Việt Nam, đặc biệt trên trẻ dưới 5 tuổi là đối tượng dễ bị tổn thương, đồng thời đánh giá tính ứng dụng của bảng phân loại cơn động kinh năm 2017 và bảng phân loại hội chứng động kinh năm 2022 của LĐCĐKQT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để trả lời cho câu hỏi: "Tỉ lệ các loại cơn động kinh theo phân loại của LĐCĐKQT năm 2017 và tỉ lệ các hội chứng động kinh theo phân loại của LĐCĐKQT năm 2022 ở trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi là bao nhiêu?"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Các trẻ từ 1 tháng

¹Bệnh viện Nhi đồng 2

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng Hạnh

Email: tranhanh137@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

đến 5 tuổi mới được chẩn đoán động kinh đang điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2024 đến 31/07/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi (60 tháng)

Thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh động kinh của LĐCĐKQT năm 2014:

- Có ít nhất hai cơn động kinh không có yếu tố kích gợi (hay phản xạ) cách nhau trên 24 giờ
- Một cơn không có yếu tố kích gợi (hay phản xạ) và khả năng xảy ra cơn tiếp theo tương tự với nguy cơ tái phát chung (ít nhất 60%) sau hai cơn động kinh không có yếu tố kích gợi, xảy ra trong vòng 10 năm tới

- Chẩn đoán hội chứng động kinh

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ có cơn động kinh khởi phát vào thời kì sơ sinh

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

Cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \frac{P(1-P)}{d^2}$$

Dựa vào nghiên cứu của tác giả Hoàng Châu Bảo Định, tỉ lệ cơn động kinh cục bộ ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi là 47,5% [4], vì vậy chúng tôi chọn P là 0,475. Cỡ mẫu tối thiểu là 96 bệnh nhân.

Cách thức chọn mẫu: tất cả bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ cho đến khi đủ cỡ mẫu tối thiểu đã được tính toán.

Xử trí số liệu: Bệnh nhân được thu thập thông tin theo bệnh án mẫu, số liệu được nhập vào và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi đồng 2 và Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch thông

qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 137 trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi mới được chẩn đoán động kinh tại khoa Thần kinh bệnh viện Nhi đồng 2, trong đó, tỷ lệ trẻ nam chiếm 49,6%. Trung vị tuổi chẩn đoán là 9 tháng. Trung vị tuổi khởi phát cơn động kinh là 8 tháng, dao động từ 1 tháng đến 58 tháng. Phần lớn trẻ khởi phát động kinh trong giai đoạn nhũ nhi, chiếm 66,4%. Tiền sử trẻ sinh non, nhẹ cân lần lượt ghi nhận là 13,1% và 13,9%. 22,6% trẻ có ghi nhận chậm phát triển tâm vận trước khi khởi phát bệnh. Tiền căn gia đình có thành viên thể hệ thứ nhất mắc động kinh và sốt co giật lần lượt là 7,3% và 10,9%.

Về thông tin cơn động kinh của trẻ, có 9 trẻ có từ 2 kiểu cơn động kinh trở lên, chiếm 6,6%. Thông tin về cơn động kinh được chúng tôi ghi nhận thông qua video (52,4%), nhân viên y tế và thân nhân chứng kiến cơn mô tả lại. Phần lớn trẻ có tần suất cơn co giật xảy ra hàng ngày, chiếm 51,8%.

Phân loại cơn động kinh. Nghiên cứu ghi nhận 147 cơn động kinh từ 137 trẻ, cụ thể 128 trẻ chỉ có 1 kiểu cơn

động kinh (93,4%), 8 trẻ có 2 kiểu cơn động kinh (5,8%) và 1 trẻ có 3 kiểu cơn động kinh (0,7%). Dựa trên thông tin về cơn động kinh, chúng tôi tiến hành phân loại theo Bảng phân loại của LĐCĐKQT năm 2017. Chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp không thể phân loại do thông tin từ thân nhân cung cấp không đủ dữ kiện. Phần lớn các kiểu cơn đều có thể phân loại, trong đó cơn cục bộ chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,2%, tiếp theo lần lượt là cơn toàn thể với 38,1% và cơn không rõ khởi phát với 17,0%.

Bảng 1. Tỷ lệ các kiểu cơn động kinh

Kiểu cơn động kinh	Tần suất	Tỷ lệ từng loại (%)	Tỷ lệ trên tổng số (N=147)
Cục bộ	62	100	42,2
Nhận thức			
Suy giảm nhận thức	43	69,3	29,3
Còn ý thức	5	8,1	3,4
Không phân loại	14	22,6	9,5
Khởi phát vận động			
Vận động	62	100	42,2
Hành vi tự động	0	0	0%
Mất trương lực	1	1,6	0,7
Co giật	51	82,3	34,7
Co thắt	3	4,8	2,0
Tăng động	0	0	0
Giật cơ	3	4,8	2,0

Co cứng	4	6,5	2,7
Không vận động	0	0	0
Cục bộ thành co cứng co giật hai bên	23	37,1	15,6
Toàn thể	56	100	38,1
Vận động	56	100	38,1
Co cứng – co giật	31	55,4	21,1
Co cứng	14	25,0	9,5
Co giật	2	3,6	1,4
Giật cơ	0	0	0,0
Giật cơ – co cứng – co giật	0	0	0
Giật cơ – mất trương lực	1	1,8	0,7
Mất trương lực	1	1,8	0,7
Co thắt	7	12,5	4,8
Không vận động	0	0	0
Không rõ khởi phát	25	100	17,0
Vận động	0	0	0
Co cứng – co giật	13	52,0	8,8
Co thắt	12	48,0	8,2
Không vận động	0	0	0
Không phân loại	4	100	2,7

Phân loại hội chứng động kinh

Chúng tôi có thể phân loại được hội chứng động kinh theo Bảng phân loại của LDCĐKQT năm 2022 trên 34 trẻ (24,8%%). Hội chứng động kinh co thắt nhũ nhi chiếm tỉ lệ cao nhất với 16,1%. Một số hội chứng động kinh hiếm gặp cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi như hội chứng Dravet, Bệnh não động kinh và phát triển khởi phát sớm, Động kinh giật cơ mất trương lực, Hội chứng động kinh co giật nửa người – liệt nửa người, Sturge Weber.

Bảng 2. Tỷ lệ các hội chứng động kinh

Hội chứng	Tần suất (N=137)	Tỷ lệ
Nhũ nhi (<2 tuổi)		
Bệnh não động kinh và phát triển khởi phát sớm	2	1,5%
Hội chứng động kinh co thắt nhũ nhi	22	16,1%
Hội chứng Dravet	4	2,9%
Sturge – Weber	2	1,5%
Động kinh do gen với sốt co giật thêm vào	1	0,7%
Trẻ em		
Động kinh giật cơ mất trương lực	1	0,7%
Hội chứng động kinh co giật nửa người – liệt nửa người	2	1,5%
Phân loại được hội chứng	34	24,8%
Không phân loại được hội chứng	103	75,2%

Đặc điểm cận lâm sàng. Đa số các trẻ đều được khảo sát hình ảnh học thần kinh (bao gồm cộng hưởng từ hoặc chụp cắt lớp vi tính sọ não), chiếm 89,8%. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ bất thường hình ảnh học thần kinh đặc hiệu trên những trẻ được khảo sát hình ảnh học là 22/123

(17,9%). Các tổn thương hình ảnh học thường gặp nhất gồm tổn thương não mắc phải, bất thường vỏ não và hội chứng da thần kinh với tỉ lệ lần lượt là 36,4%, 31,8% và 22,7%. Chúng tôi ghi nhận tình trạng chậm phát triển tâm vận trước khởi bệnh và khám thần kinh bất thường có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với bất thường hình ảnh học thần kinh. Trong khi đó, các yếu tố gồm tuổi khởi phát, tần suất cơn, kiểu cơn động kinh và sóng động kinh cục bộ điển hình trên EEG không có mối tương quan với bất thường hình ảnh học thần kinh.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến bất thường hình ảnh học thần kinh

Đặc điểm lâm sàng	Đặc điểm hình ảnh học		Giá trị P
	Bất thường	Bình thường	
Tuổi			
<12 tháng	16	58	p=0,5
>12 tháng	6	31	
Chậm phát triển tâm vận			
Có	11	15	p=0,001
Không	11	74	
Tần suất cơn			
Cơn hàng ngày	15	47	p=0,194
Không	7	42	
Kiểu cơn			
Cục bộ	15	56	p=0,645
Toàn thể	7	33	
Khám thần kinh			
Bình thường	9	77	p<0,0001
Bất thường	13	12	

Nguyên nhân động kinh. Chỉ 23,4% trẻ

xác định được nguyên nhân theo Bảng phân loại của LDCĐKQT năm 2017. Nguyên nhân cấu trúc chiếm tỉ lệ cao nhất với 15,3%, trong đó, có 13 trường hợp có bất thường não bẩm sinh (7 trẻ loạn sản võ não, 5 trẻ có hội chứng da – thần kinh, 1 trẻ có bất thường mạch máu não) và 8 trường hợp do tổn thương não mắc phải trong giai đoạn chu sinh hay sau xuất huyết não. Nhóm nguyên nhân di truyền chiếm 7,3%, tất cả trường hợp đều < 12 tháng. Không có mối liên hệ giữa tuổi khởi phát và việc xác định được nguyên nhân động kinh (Pearson $\chi^2 = 2,980$, $p = 0,084$)

Bảng 4. Tỷ lệ nguyên nhân động kinh

Nguyên nhân	<12 tháng		>12 tháng		Tổng
	Tần suất	Tỷ lệ	Tần suất	Tỷ lệ	
Cấu trúc	15	16,5%	6	13%	21(15,3%)
Di truyền	9	9,9%	1	2,2%	10(7,3%)
Chuyển hóa	1	1,1%	0	0%	1(0,7%)
Miền dịch	0	0%	0	0%	0(0%)
Nhiễm trùng	0	0%	0	0%	0(0%)
Không rõ	66	72,5%	39	84,8%	105(76,6%)

IV. BÀN LUẬN

137 trường hợp thỏa tiêu chí chọn mẫu tham gia vào nghiên cứu. Dựa trên thông tin về kiểu hình cơn động kinh, chúng tôi tiến hành phân loại kiểu cơn theo Bảng phân loại cơn động kinh của ILAE năm 2017. Chúng tôi có thể phân loại được kiểu cơn trên 97,3% các trường hợp, tương tự với kết quả của Aaberg,^[5] tuy nhiên, nghiên cứu của các tác giả Hoàng Châu Bảo Đỉnh và Ankermann thì ghi nhận phân loại được trên 100% các trường hợp.^[4,6] Cơn động kinh khởi phát cục bộ ở trẻ 1 tháng – 5 tuổi chiếm tỉ lệ cao hơn so với cơn khởi phát toàn thể (42,2% và 38,1%). Nghiên cứu của tác giả Hoàng Châu Bảo Đỉnh và Aaberg cùng cs cũng ghi nhận tỉ lệ cơn cục bộ chiếm ưu thế ở lứa tuổi này, lần lượt là 47,5% và 44,8%.^[4,5] Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Ankermann ghi nhận cơn toàn thể gặp nhiều nhất với tỉ lệ lần lượt là 58,5%.^[6] Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do việc phân loại còn gặp nhiều khó khăn do trẻ nhỏ chưa thể tự mô tả triệu chứng trước cơn (tiền triệu) và sau cơn (nếu cơn còn ý thức), một số kiểu cơn với dấu hiệu cục bộ kín đáo dễ bị bỏ sót, cơn khởi phát cục bộ sau đó nhanh chóng lan sang hai bên có thể bị chẩn đoán nhầm thành cơn toàn thể.

Khoảng 25% trẻ trong dân số nghiên cứu có thể phân loại được hội chứng động kinh, kết quả tương tự được ghi nhận từ nghiên cứu của tác giả Sally Ackermann (25,5%)^[6]. Một nghiên cứu khác tại Ấn Độ ghi nhận tỷ lệ này là 56,1%^[7].

Như vậy, tỷ lệ trẻ được chẩn đoán hội chứng động kinh có sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể phụ thuộc vào nơi nghiên cứu, đặc điểm dân số và khả năng chẩn đoán chưa đồng đều. Bên cạnh đó, một số trường hợp có thể chưa biểu hiện rõ các tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng tại lần khám lần đầu tiên, là thời điểm chúng tôi lấy số liệu. Chúng tôi ghi nhận hội chứng động kinh có thắt nhủ nhi thường gặp nhất, chiếm 16,1%. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận từ nghiên cứu của các tác giả Ackermann (11,8%) và Aaberg (10,8%)^[5,6].

Chỉ 23,4% các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi xác định được nguyên nhân động kinh. Trong khi đó, tác giả Ackermann và Aaberg ghi nhận lần lượt 44,9% và 63% trẻ tìm được nguyên nhân^[5,6]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu thống kê nguyên nhân động kinh, đặc biệt ở trẻ nhỏ, còn hạn chế. Sự khác biệt này có thể do những hạn chế về khả năng tiếp cận các xét nghiệm gen và hình ảnh học thần kinh nâng cao; đồng thời, tại thời điểm mới chẩn đoán động kinh, trẻ có thể chưa có chỉ định làm xét nghiệm gen nên tỷ lệ chúng tôi thu được có thể thấp hơn thực tế. Chỉ 16,1% các trường hợp được thực hiện xét nghiệm gen. Chúng tôi ghi nhận nguyên nhân cấu trúc chiếm tỉ lệ cao nhất với 15,3%. Nhóm tổn thương não chu sinh chiếm 2,9%, thấp hơn so với kết quả của tác giả Ackermann^[6], có thể đây là kết quả của những nỗ lực phát triển của hệ thống y tế Việt Nam nhằm giảm thiểu các biến cố khi sinh cho trẻ.

Tỷ lệ trẻ có bất thường hình ảnh học giải thích được tình trạng động kinh chiếm 17,9%. Những bất thường khác không gây co giật như nang màng nhện, giãn não thất và tổn thương chất trắng không đặc hiệu được chúng tôi xếp vào nhóm hình ảnh học thần kinh bình thường. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Coryell gồm 775 trẻ dưới 3 tuổi mới chẩn đoán động kinh thì ghi nhận tỉ lệ cao hơn với 40%.^[8] Sự chênh lệch tỉ lệ giữa các nghiên cứu này có thể giải thích do sự khác biệt về kỹ thuật chụp và chất lượng hình ảnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bất thường hình ảnh học có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với tình trạng chậm phát triển tâm vận trước bệnh ($p = 0,001$) và khám thần kinh bất thường ($p < 0,0001$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Coryell.^[8]

Chúng tôi ghi nhận các yếu tố bao gồm tuổi khởi phát cơn động kinh, tần suất cơn, kiểu cơn và đặc điểm EEG không có mối liên quan với khả năng phát hiện bất thường hình ảnh học thần kinh. Tuy nhiên, kết quả từ các nghiên cứu khác có sự khác biệt, cần thêm những nghiên cứu có

cỡ mẫu lớn hơn để khảo sát mối liên hệ giữa các yếu tố.

V. KẾT LUẬN

Hệ thống Bảng phân loại Cơ động kinh năm 2017 và Hội chứng động kinh năm 2022 của LDCĐKQT có thể áp dụng được trong điều kiện thực hành lâm sàng còn nhiều thiếu thốn của Việt Nam nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, cải thiện tiên lượng, đặc biệt là ở đối tượng trẻ nhỏ dễ bị tổn thương. Đồng thời, hệ thống phân loại giúp thống nhất về mặt thuật ngữ khi mô tả động kinh, hỗ trợ cho việc trao đổi thông tin nhanh giữa các nhà lâm sàng và nghiên cứu trong và ngoài nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Khánh Vân** (2011). Phân loại và điều trị động kinh trẻ em ở bệnh viện Nhi đồng 2 thành phố Hồ Chí Minh. Luận án Tiến sĩ y học. Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Fisher R. S., Cross J. H., French J. A., et al.** (2017). Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. Apr; 58(4):522-530. doi:10.1111/epi.13670
3. **Wirrell E. C., Nabbout R., Scheffer I. E., et al.** (2022). Methodology for classification and definition of epilepsy syndromes with list of syndromes: Report of the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. *Epilepsia*. Jun 2022;63(6):1333-1348. doi:10.1111/epi.17237
4. **Hoàng Châu Bảo Đình Lê Văn Tuấn.** (2018). Tỷ lệ các cơn động kinh ở bệnh nhân trẻ em theo phân loại cơn động kinh 2017 của Liên hội Quốc tế Chống Động kinh. Luận văn Bác sĩ Nội trú. Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Aaberg K. M., Suren P., Soraas C. L., et al.** (2017). Seizures, syndromes, and etiologies in childhood epilepsy: The International League Against Epilepsy 1981, 1989, and 2017 classifications used in a population-based cohort. *Epilepsia*. Nov 2017;58(11): 1880-1891. doi:10.1111/epi.13913
6. **Ackermann S., Le Roux S., Wilmshurst J. M.** (2019). Epidemiology of children with epilepsy at a tertiary referral centre in South Africa. *Seizure*. Aug 2019;70:82-89. doi:10.1016/j.seizure.2019. 06.018
7. **Sharma S., Anand A., Garg D., et al.** (2020). Use of the International League Against Epilepsy (ILAE) 1989, 2010, and 2017 Classification of Epilepsy in children in a low-resource setting: A hospital-based cross-sectional study. *Epilepsia Open*. Sep 2020;5(3): 397-405. doi:10.1002/epi4. 12401
8. **Coryell J., Gaillard W. D., Shellhaas R. A., et al.** (2018). Neuroimaging of Early Life Epilepsy. *Pediatrics*. Sep 2018;142(3)doi:10.1542/peds.2018-0672

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA – GAN MẬT, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Công Long^{1,2,3}, Trần Xuân Khuyển¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh XHTH dưới tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 người bệnh nội trú chẩn đoán xác định XHTH dưới tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ 08/2024 đến 09/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 59,0 ± 16,8; tỷ lệ nam giới 57,3%. Triệu chứng đi tiêu phân máu màu đỏ tươi (80,9%), phân máu đen (10,9%). Triệu chứng khác: tiêu chảy (54,1%) và đau bụng (32,7%). Xét nghiệm máu, Hemoglobin trung bình là 110,9 g/L. Trên nội soi, tổn thương hay gặp ở đại tràng (65,4%). Nguyên nhân thường gặp nhất là

trĩ (19,1%) và viêm loét đại tràng xuất huyết (16,4%). **Kết luận:** Xuất huyết tiêu hóa dưới thường gặp ở người cao tuổi, với triệu chứng điển hình là đi tiêu phân máu đỏ tươi. Đại tràng là vị trí tổn thương chủ yếu trên nội soi, với nguyên nhân thường gặp nhất là trĩ và viêm loét đại tràng xuất huyết.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa dưới; đặc điểm lâm sàng; cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING AT THE GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL

Objective: To investigate the clinical and paraclinical characteristics of patients with lower gastrointestinal bleeding (LGIB) at the Center for Gastroenterology and Hepatology, Bach Mai Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 110 inpatients diagnosed with LGIB at the Center for Gastroenterology and Hepatology, Bach Mai Hospital, from August 2024 to September 2025.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược - ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Khuyển

Email: bskhuyenbvmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

Results: The mean age of patients was 59.0 ± 16.8 years; males accounted for 57.3%. The most common symptom was bright red rectal bleeding (80.9%), followed by melena (10.9%). Other symptoms included diarrhea (54.1%) and abdominal pain (32.7%). The mean hemoglobin level was 110.9 g/L. Colonoscopic findings showed that lesions were most frequently located in the colon (65.4%). The most common causes were hemorrhoids (19.1%) and ulcerative colitis (16.4%). **Conclusion:** Lower gastrointestinal bleeding commonly occurs in older patients, with the predominant symptom being bright red rectal bleeding. The colon is the most frequently affected site, with hemorrhoids and ulcerative colitis being the leading causes.

Keywords: Lower gastrointestinal bleeding; clinical characteristics; paraclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa dưới (XHTH dưới) là tình trạng chảy máu có nguồn gốc từ ống tiêu hóa nằm phía dưới góc Treitz, bao gồm từ tá tràng xuống đến hậu môn. Đây là một cấp cứu tiêu hóa thường gặp, có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe người bệnh nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Trong khi xuất huyết tiêu hóa trên đã được nghiên cứu nhiều, thì XHTH dưới vẫn còn ít được quan tâm hơn, đặc biệt tại Việt Nam [1]. XHTH dưới có biểu hiện lâm sàng đa dạng, thường gặp nhất là đi tiêu phân máu đỏ tươi hoặc phân đen, kèm theo các triệu chứng như đau bụng, tiêu chảy, mệt mỏi do thiếu máu. Việc nhận diện sớm các triệu chứng này có vai trò quan trọng trong định hướng chẩn đoán và can thiệp. Các nguyên nhân thường gặp bao gồm trĩ, viêm loét đại tràng, polyp, túi thừa hoặc các khối u đại trực tràng. Tuy nhiên, tỷ lệ và phân bố nguyên nhân có thể khác nhau giữa các cơ sở y tế và vùng miền.

Tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai – một đơn vị tuyến cuối về tiêu hóa tại Việt Nam – việc khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh XHTH dưới là cần thiết nhằm cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn cho việc chẩn đoán, điều trị và xây dựng các hướng dẫn lâm sàng phù hợp.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh XHTH dưới tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Có 110 người bệnh XHTH dưới điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 09/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh trên 18 tuổi điều trị nội trú có chẩn đoán xác định xuất

huyết tiêu hóa dưới, dựa trên các tiêu chuẩn lâm sàng và kết quả xét nghiệm, hình ảnh học được thực hiện trong vòng 24h khi nhập viện và chưa được truyền máu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không có đủ dữ liệu hồ sơ, hoặc đã được truyền máu trước khi làm xét nghiệm, nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Cỡ mẫu chọn toàn bộ (tất cả các người bệnh đủ tiêu chuẩn được lựa chọn trong thời gian nghiên cứu). Cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian, không phân biệt giới tính.

Thu thập số liệu: Thông tin người bệnh được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo mẫu thống nhất, bao gồm: (1) Thông tin chung: tuổi, giới, bệnh sử, bệnh phổi hợp, tiền sử nhập viện vì XHTH, tiền sử sử dụng các thuốc liên quan; (2) Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng khi nhập viện; dấu hiệu sinh; (3) Đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm huyết học; kết quả nội soi tiêu hóa dưới; (4) Kết cục điều trị: diễn biến xuất huyết, thời gian nằm viện, các phương pháp can thiệp đã thực hiện, tình trạng ra viện.

Phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng Kobotoolbox và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 16.0.

Thống kê mô tả: biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ ĐLC), biến định tính được trình bày dưới dạng số người bệnh và tỷ lệ phần trăm

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học bệnh viện Bạch Mai thông qua. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 08/2024 đến 09/2025 có 110 người bệnh được chọn vào nghiên cứu, tỷ lệ nam:nữ $\approx 1,34:1$. Tuổi trung bình là $59,0 \pm 16,8$ tuổi, lớn nhất là 18 tuổi, nhỏ nhất là 88 tuổi. Các thuốc làm tăng nguy cơ XHTH dưới thường dùng là NSAID (7,3%), corticosteroid (6,4%), aspirin (3,6%) và thuốc kháng đông (3,6%). Thời gian nằm viện: trung vị là 8,98 ngày (IQR, 40 - 72).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Tính chất phân	Giá trị
Phân máu lẫn nhầy	5 (4,6%)
Phân máu nâu sẫm	4 (3,6%)
Phân máu đen	12 (10,9%)

Phân máu đỏ tươi	89 (80,9%)
Dấu hiệu sinh tồn	Giá trị
Mạch (lần/phút)	88,2 ± 15,1
HATT (mmHg)	126,0 ± 22,4
HATTr (mmHg)	76,3 ± 13,6
Triệu chứng khác	Giá trị
Tiêu chảy	59 (54,1%)
Đau bụng	36 (32,7%)
Nôn	3 (2,7%)
Sốt	4 (3,6%)
Thăm khám trực tràng	Giá trị
Sờ thấy polyp, u cục	(2,8%)
Có máu	(79,8%)
Không có máu, u cục	(17,4%)

Người bệnh XHTHD đi tiêu phân máu màu đỏ tươi chiếm 80,9%, tiêu phân máu đen chiếm 10,9%. Tiêu chảy và đau bụng là biểu hiện đi kèm tiêu phân máu thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt 54,1% và 32,7%. Thăm trực tràng phát hiện có máu (79,8%), sờ thấy polyp, u cục (2,8%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Xét nghiệm	Giá trị
Hemoglobin (g/dL)	110,9 ± 29,7
Tiểu cầu (G/L)	287,1 ± 131,1
INR	1,14 ± 0,46
Creatinin (mg/dL)	1,16 ± 1,36
Vị trí tổn thương	Giá trị
Trực tràng	6 (5,6%)
Trực tràng + đại tràng sigma	29 (27,1%)
Đại tràng	70 (65,4%)
Ruột non	2 (1,9%)

Xét nghiệm: Hb là 110,9±29,7 g/dL, tiểu cầu là 287,1 ± 131,1 G/L; IRN là 1,14 ± 0,46; Creatinin là 1,16 ± 1,36 mg/dL. Vị trí hay gặp trên nội soi đường tiêu hóa dưới tổn thương nhất là đại tràng (65,4%), trực tràng + đại tràng sigma (27,1%).

Bảng 3. Kết cục lâm sàng

Kết cục	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Không can thiệp	50	45,5
Can thiệp		
Truyền máu đơn thuần	16	14,5
Can thiệp nội soi đơn thuần	21	19,1
Truyền máu + can thiệp nội soi	15	13,6
Truyền máu + phẫu thuật	8	7,3

Các phương pháp can thiệp gồm can thiệp nội soi đơn thuần 19,1%, truyền máu đơn thuần 14,5%, truyền máu + can thiệp nội soi 13,6%, truyền máu + phẫu thuật 7,3%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh XHTHD là 59,0 ± 16,8 tuổi, tương đồng với các nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam [3], [4]. Kết quả

thấp hơn nghiên cứu: Cerruti T. (75 tuổi) [5], Yeon SH. (69 tuổi) [6], và Jeong KB. (67 tuổi) [7]. Có thể do sự khác biệt về cấu trúc dân số và tuổi thọ trung bình giữa các quốc gia. Nhóm tuổi thường gặp từ 40-69 tuổi (55,5%) và 70-79 tuổi chiếm 21,8%. Tuổi càng lớn cũng là một yếu tố nguy cơ của XHTHD. Kết quả nghiên cứu thấy rằng XHTHD thường gặp ở nam giới (57,9%), tương đồng với các nghiên cứu: Jeong KB. (56,1%) [7], Cerruti T. (53%) [5], Yeon SH. (56,5%) [6], Flores-Alaniz J. (51,8%) [8]. Sự khác biệt về giới này có thể là do tỷ lệ mắc các bệnh lý túi thừa và các bệnh lý mạch máu thường gặp hơn ở nam giới. Ghi nhận tiền sử nhập viện vì XHTHD chiếm 32,7%. Các nghiên cứu khác có tỷ lệ thấp hơn [3], [4]. Nghiên cứu của Cerruti T., tỷ lệ người bệnh có tiền sử nhập viện vì XHTHD ở nhóm can thiệp 27%, không can thiệp là 14% [5]. Tỷ lệ này không quá cao có thể do hầu như thường tự cầm mà không cần nhập viện điều trị.

Kết quả của chúng tôi cho thấy người bệnh đi tiêu phân máu đỏ tươi chiếm là 80,9%. Kết quả phù hợp với Quách Trọng Đức (63,9%) [3], Đỗ Huy Thạch (50,6%) [4]. Ngoài ra, người bệnh có biểu hiện đi tiêu phân máu đen 10,9%. Tương đồng với nghiên cứu của Quách Trọng Đức cho tỷ lệ tiêu phân máu đen là 16,4% [3]. Vị trí chảy máu càng gần hậu môn và tốc độ càng nhanh thì phân càng đỏ tươi, ngược lại, chảy máu chậm và xa hậu môn hơn sẽ khiến phân có màu đỏ bầm hoặc đen. Hơn 2/3 tổng số người bệnh xác nhận tình trạng chảy máu ngay tại thời điểm khám, có máu chiếm 79,8% và 2,8% sờ thấy polyp, u cục. Tỷ lệ này cao hơn Chenyang Li (30,2%), Quách Trọng Đức (62,8%) [3]. Đa số các trường hợp XHTHD thường tự cầm, diễn tiến từng đợt không liên tục.

Tỷ lệ can thiệp nội soi đơn thuần chiếm 19,1%, tiếp truyền máu đơn thuần (14,5%). Tương đồng với nghiên cứu của Ahmad AI. và cộng sự (2025) ghi nhận can thiệp phổ biến gồm truyền máu và nội soi cầm máu (36,4% và 27,3%). Nghiên cứu của Cerruti T. (2021) cho kết quả truyền máu (65%), cầm máu qua nội soi (47%), nút mạch (8,2%) và phẫu thuật (4%) [5]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp tử vong. Nghiên cứu của Jeong KB., tỷ lệ tử vong liên quan đến chảy máu là 2,4%, do các nguyên nhân trong 30 ngày là 3,7% [7]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Cerruti T. (2021) là 2,0%, trong đó nhóm can thiệp là 7,8% và không can thiệp là 0,5% (p<0,01) [5].

V. KẾT LUẬN

Xuất huyết tiêu hóa dưới thường gặp ở người cao tuổi, với triệu chứng điển hình là đi tiêu phân máu đỏ tươi. Đại tràng là vị trí tổn thương chủ yếu trên nội soi, với nguyên nhân thường gặp nhất là trĩ và viêm loét đại tràng xuất huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Oakland K., Chadwick G., East J.E., et al.** (2019). Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut*, 68(5), 776–789.
2. **Hreinsson J.P., Sigurdardottir R., Lund S.H., et al.** (2018). The SHA2PE score: a new score for lower gastrointestinal bleeding that predicts low-risk of hospital-based intervention. *Scand J Gastroenterol*, 53(12), 1484–1489.
3. **Quach D.T., Nguyen N.T.-M., Vo U.P.-P., et al.** (2021). Development and Validation of a Scoring System to Predict Severe Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in Vietnamese. *Dig Dis Sci*, 66(3), 823–831.
4. **Đỗ Huy Thạch và Bùi Hữu Hoàng** (2023). Giá trị của thang điểm Oakland trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa dưới. *Tạp Chí Y Dược Lâm Sàng* 108, 18(6), 70–77.
5. **Cerruti T., Maillard M.H., Hugli O.** (2021). Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in an Emergency Department and Performance of the SHA2PE Score: A Retrospective Observational Study. *J Clin Med*, 10(23), 5476.
6. **Yeon S.H., Moon H.S., Choi S.W., et al.** (2023). A comparative study of scoring systems that accurately predict the prognosis of lower gastrointestinal bleeding. *Int J Colorectal Dis*, 38(1), 51.
7. **Jeong K.B., Moon H.S., In K.R., et al.** (2025). Which scoring systems are useful for predicting the prognosis of lower gastrointestinal bleeding? Old and new. *BMC Gastroenterol*, 25(1), 49.
8. **Flores-Alaniz J., Torices-Escalante E., Dominguez-Camacho L., et al.** (2020). Usefulness of the SHA2PE scale in the identification of low risk patients with low gastrointestinal bleeding in a 3rd level hospital. *Endoscopia*, 32, 54–61.

NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP TRÀN KHÍ Ổ BỤNG KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN VỚI ĐAU BỤNG CẤP TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP – BỆNH VIỆN 19-8

Nguyễn Minh Tuấn¹, Mai Tiến Dũng¹, Nguyễn Thành Luân¹,
Nguyễn Đình Hợp¹, Trần Nhật Linh¹, Nguyễn Tiến Mạnh¹

TÓM TẮT

Tràn khí ổ bụng thường do thủng tạng rỗng, biểu hiện lâm sàng bằng các triệu chứng của bệnh cảnh viêm phúc mạc, chỉ định cần thiết là can thiệp phẫu thuật xử lý tổn thương và lau rửa dẫn lưu ổ bụng. Tuy nhiên tràn khí ổ bụng tự phát không do thủng tạng rỗng là một bệnh cảnh hiếm gặp có thể do các bệnh lý lồng ngực, trong ổ bụng, phụ khoa, do điều trị hoặc các lý do khác. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày chùm bệnh bao gồm có 03 trường hợp tràn khí ổ bụng không xác định được nguyên nhân vào viện với cơn đau bụng cấp mà chúng tôi đã điều trị thành công bằng phẫu thuật và dẫn lưu ổ bụng. Tràn khí ổ bụng chưa rõ nguyên nhân là những tình huống hiếm gặp trên lâm sàng. Chẩn đoán mà không cần phẫu thuật thường rất khó khăn. Nội soi ổ bụng chẩn đoán là phương pháp được lựa chọn tối ưu để loại trừ các trường hợp tràn khí ổ bụng có nguyên nhân.

Từ khóa: tràn khí ổ bụng, không rõ nguyên nhân

SUMMARY

THREE CASES OF PNEUMOPERITONEUM OF UNKNOWN ORIGIN ASSOCIATED WITH ACUTE ABDOMINAL PAIN WERE TREATED AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY, 19-8 HOSPITAL

Pneumoperitoneum is usually caused by gastrointestinal perforation, presenting clinically with symptoms of peritonitis, for which the appropriate indication is surgical intervention to repair the lesion and perform peritoneal lavage and drainage. However, spontaneous pneumoperitoneum not caused by hollow viscus perforation is a rare clinical condition, which may be related to thoracic, intra-abdominal, gynecological diseases, medical interventions, or other causes. In this report, we present a case series including three patients with pneumoperitoneum of unknown origin admitted with acute abdominal pain, all of whom were successfully treated with surgery and peritoneal drainage. Pneumoperitoneum of unclear etiology is a rare but clinically significant condition. Diagnosis without surgical exploration is often challenging. Diagnostic laparoscopy is considered the optimal approach to rule out cases of pneumoperitoneum with identifiable causes.

Keywords: Pneumoperitoneum, Pneumoperitoneum of unknown cause

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: drluanbv198@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tạng trong ổ bụng có chứa khí là các tạng thuộc ống tiêu hóa được tính từ dạ dày đến đoạn thấp của trực tràng, do vậy hơn 90% tràn khí ổ bụng xảy ra là do thủng đường tiêu hóa, có thể thủng ở bất kỳ đoạn nào. Thủng các tạng thuộc ống tiêu hóa có thể do các bệnh lý nội khoa như: viêm loét hành tá tràng, viêm túi thừa, lao ruột..., do chấn thương hoặc vết thương thấu bụng gây ra [1],[2]. Bệnh nhân đến khám có dấu hiệu viêm phúc mạc, nhiễm trùng nhiễm độc nếu bệnh nhân đến muộn, dấu hiệu khí tự do trên phim X-quang ngực, bụng. Hầu hết các trường hợp cần thăm dò và can thiệp phẫu thuật khẩn cấp. Tuy nhiên, đôi khi có những trường hợp tràn khí phúc mạc không liên quan đến thủng nội tạng rỗng và được gọi là tràn khí phúc mạc tự phát, nguyên nhân gây lên tình trạng này có thể do bệnh lý lồng ngực, trong ổ bụng, bệnh phụ khoa, do điều trị hoặc các lý do khác [2]. Hiếm gặp hơn nữa là tràn khí phúc mạc tự phát không xác định được nguyên nhân. Tình trạng này thường các dấu hiệu của viêm phúc mạc không rõ rệt, lành tính và không gây biến chứng [3],[4],[5], chỉ được chẩn đoán chính xác sau khi đã loại trừ thủng tạng rỗng hoặc các nguyên nhân khác dẫn đến khí tự do ổ bụng. Phẫu thuật nội soi chẩn đoán là một lựa chọn tối ưu, ít xâm lấn để loại trừ các trường hợp tràn khí ổ bụng có nguyên nhân. Tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện 19-8, chúng tôi đã gặp và xin được thông báo chùm ca bệnh gồm 3 trường hợp lâm sàng chẩn đoán tràn khí ổ bụng tự phát đã được điều trị thành công.

II. CA LÂM SÀNG

2.1. Ca bệnh 1. Bệnh nhân Hoàng Văn T., nam 42 tuổi, vào viện ngày 25/06/2023, vào viện vì đau bụng cấp, có nôn vài lần trước vào viện. Bệnh nhân không có tiền sử mắc bệnh nào trước đây, chưa từng phẫu thuật gì.



Khám khi bệnh nhân vào viện thấy: BN tỉnh, bụng ấn đau khắp bụng, đau nhất vùng thượng vị, có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, không bí trung đại tiện, huyết áp 110/70 mmHg, nhịp tim: 90 nhịp/phút, nhiệt độ cơ thể:

37,6°C. Số lượng bạch cầu là 10.45 g/l và tỷ lệ bạch cầu trung tính là 90%. Siêu âm thấy có dịch tự do ổ bụng, XQ bụng không chuẩn bị có hình ảnh khí tự do dưới cơ hoành 2 bên.

Bệnh nhân được chẩn đoán thủng tạng rỗng và chỉ định phẫu thuật. Ban đầu nội soi ổ bụng chẩn đoán tìm nguyên nhân, thấy trong ổ bụng có dịch đục ở các khoang dưới gan, rãnh đại tràng phải, giữa các quai ruột, douglas, ruột thừa viêm xung huyết. Tuy nhiên quan sát khắp các tạng trong ổ bụng không ghi nhận được tổn thương thực thể nào. Quyết định mở bụng nhằm kiểm soát tốt hơn. Rạch da theo đường trắng giữa trên dưới rốn, vào ổ bụng quan sát, mở phúc mạc kiểm tra mặt sau tá tràng và hậu cung mạc nối, đồng thời tìm toàn bộ các tạng rỗng không ghi nhận được vị trí thủng nào gây tràn khí ổ bụng. Chúng tôi quyết định: đặt 02 dẫn lưu ổ bụng, 01 dưới gan, 01 túi cùng douglas và kết thúc cuộc phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật 130 phút.

Bệnh nhân được chuyển về hậu phẫu và theo dõi sát tình trạng toàn trạng, tình trạng bụng, dẫn lưu... Trong ngày đầu hậu phẫu, các chỉ số sinh tồn ổn định, dẫn lưu ổ bụng ra khoảng 150ml dịch rửa, không ghi nhận dịch bẩn hay có lẫn dịch tiêu hóa. Bụng mềm, chướng vừa và chưa lưu thông tiêu hóa. Theo dõi dẫn lưu trong 02 ngày hậu phẫu tiếp theo diễn biến tương tự, bệnh nhân đỡ đau bụng dần, có dấu hiệu lưu thông tiêu hóa và dẫn lưu ra dịch tiết, số lượng giảm dần, từ 150ml xuống khoảng 110ml và 50ml. Bệnh nhân trung tiện vào ngày hậu phẫu thứ 3. Dẫn lưu ổ bụng lưu đến ngày hậu phẫu thứ 5, không ghi nhận thêm bất thường, toàn trạng bệnh nhân ổn định: bụng mềm, không chướng, đã lưu thông tiêu hóa, dẫn lưu không ra thêm, nên quyết định rút dẫn lưu. Trong 05 ngày hậu phẫu đầu tiên chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân nhịn ăn hoàn toàn và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Kháng sinh được sử dụng là kết hợp 02 loại: 01 kháng sinh phổ rộng (Meropenem 1g) kết hợp với Metronidazole 0,5g. Bệnh nhân sau đó được duy trì nuôi ăn nhẹ bằng đường miệng, kháng sinh kết hợp và dần ổn định, xuất viện sau 14 ngày.

2.2. Ca bệnh 2. Bệnh nhân Hoàng Thị L., nữ 73 tuổi, nhập viện ngày 09/07/2023, vào viện vì đau bụng cấp tính trước lúc nhập viện khoảng 10 tiếng. Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý nội khoa, đái tháo đường typ 2 và tăng huyết áp, chưa từng phẫu thuật gì. Lúc vào viện bệnh nhân đau bụng vùng quanh rốn và hạ vị, đau âm ỉ có lúc thành cơn, kèm theo thấy bụng chướng dần lên, không nôn, không bí trung đại tiện, không sốt. Khám thấy: tỉnh, bụng mềm, chướng vừa, ấn đau quanh rốn và hạ vị, phản ứng thành bụng và

cảm ứng phúc mạc không rõ, huyết áp 140/70 mmHg, nhịp tim: 72 nhịp/phút, nhiệt độ cơ thể: 36,6°C. Số lượng bạch cầu là 15.5 g/l và tỷ lệ bạch cầu trung tính là 71.2%. Siêu âm ổ bụng thấy dịch tự do ổ bụng, XQ bụng không chuẩn bị thấy khí tự do dưới cơ hoành 2 bên, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng thấy hình ảnh khí tự do ổ bụng, dịch tự do ổ bụng, thâm nhiễm mạc nối.



Bệnh nhân được chẩn đoán: thủng tạng rỗng và chỉ định phẫu thuật. Nội soi ổ bụng chẩn đoán tìm nguyên nhân, thấy trong ổ bụng có dịch mủ ở các khoang dưới gan, rãnh đại tràng phải, giữa các quai ruột, douglas, ruột thừa viêm xung huyết, tuy nhiên phẫu thuật viên quan sát khắp ổ bụng không ghi nhận được tổn thương thực thể có thể gây tràn khí ổ bụng ở toàn bộ các tạng rỗng trong ổ bụng. Chúng tôi quyết định: đặt 02 dẫn lưu ổ bụng, 01 dưới gan, 01 túi cùng douglas và kết thúc cuộc phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật 160 phút.

Bệnh nhân được chuyển về hậu phẫu và theo dõi sát tình trạng toàn trạng, tình trạng bụng, dẫn lưu... Trong ngày đầu hậu phẫu, các chỉ số sinh tồn ổn định, dẫn lưu ổ bụng ra khoảng 100ml dịch rửa, không ghi nhận dịch bẩn hay có lẫn dịch tiêu hóa. Bụng mềm, chướng vừa và chưa trung tiện. Theo dõi dẫn lưu trong 02 ngày hậu phẫu tiếp theo diễn biến cũng tương tự, dẫn lưu ổ bụng ra dịch rửa, số lượng giảm dần từ 100ml xuống 50ml. Bệnh nhân trung tiện vào ngày hậu phẫu thứ 3. Chúng tôi theo dõi dẫn lưu đến ngày hậu phẫu thứ 5, không ghi nhận thêm bất thường, toàn trạng bệnh nhân trở về trạng thái bình thường, bụng mềm, không chướng, còn đau vết mổ, lưu thông tiêu hóa tốt, dẫn lưu không ra thêm, nên quyết định rút dẫn lưu. Trong 05 ngày hậu phẫu đầu tiên chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân nhin ăn hoàn toàn và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Kháng sinh được sử dụng là kết hợp 02 loại: 01 kháng sinh phổ rộng (Meropenem 1g) kết hợp với Metronidazole 0,5g. Các ngày hậu phẫu tiếp

theo bệnh nhân được duy trì nuôi dưỡng đường miệng, kháng sinh kết hợp, tập vận động nhẹ nhàng và dần ổn định, xuất viện sau 09 ngày.

2.3. Ca bệnh 3

Bệnh nhân Trương Thị Th., nữ 69 tuổi, vào viện ngày 07/08/2023 khoa nội thần kinh, được chẩn đoán đau dây thần kinh tọa. Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý nội khoa, tăng huyết áp, chưa từng phẫu thuật gì. Sau nhập viện 05 ngày được chỉ định soi dạ dày, đại trực tràng có gây mê. Sau khi soi khoảng 01 tiếng, bệnh nhân có biểu hiện đau bụng cấp tính, đau bụng quặn cơn, tăng dần vùng quanh rốn và hạ vị, kèm theo thấy bụng chướng dần lên, không nôn, không sốt, không bí trung đại tiện, dùng các thuốc không đỡ, nên được chỉ định chụp phim XQ bụng không chuẩn bị. Kết quả thấy liềm hơi dưới vòm hoành 2 bên. Khám thấy: tỉnh, bụng mềm, chướng vừa, ấn đau quanh rốn và hạ vị, phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc không rõ, huyết áp 140/70 mmHg, nhịp tim: 80 nhịp/phút, nhiệt độ cơ thể: 36,6°C. Số lượng bạch cầu là 8.65 g/l và tỷ lệ bạch cầu trung tính là 49,4%.



Bệnh nhân được chẩn đoán thủng tạng rỗng và chỉ định phẫu thuật. Nội soi ổ bụng chẩn đoán tìm nguyên nhân, thấy trong ổ bụng sạch, không có dịch mủ ở các khoang, ruột thừa bình thường, phẫu thuật viên quan sát khắp ổ bụng không ghi nhận được tổn thương thực thể nào. Tìm toàn bộ các tạng rỗng trong ổ bụng không ghi nhận được nguyên nhân gây tràn khí ổ bụng. Chúng tôi quyết định: đặt 02 dẫn lưu ổ bụng, 01 dưới gan, 01 túi cùng douglas và kết thúc cuộc phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật 80 phút.

Bệnh nhân được chuyển về hậu phẫu và theo dõi sát tình trạng toàn trạng, tình trạng bụng, dẫn lưu... Trong ngày đầu hậu phẫu, các chỉ số sinh tồn ổn định, Bụng mềm, chướng vừa và chưa trung tiện. còn đau bụng quanh rốn và quanh vết mổ, dẫn lưu ổ bụng ra khoảng 100ml dịch rửa, trong, không ghi nhận dịch bẩn hay có lẫn dịch tiêu hóa. Theo dõi dẫn lưu trong 02 ngày hậu phẫu tiếp theo diễn biến cũng tương

tự, dẫn lưu ổ bụng ra dịch rửa, số lượng giảm dần từ 100ml xuống 800ml và 30ml. Bệnh nhân trung tiện vào ngày hậu phẫu thứ 3. Chúng tôi theo dõi dẫn lưu đến ngày hậu phẫu thứ 5, không ghi nhận thêm bất thường, toàn trạng bệnh nhân trở về trạng thái bình thường, bụng mềm, không chướng, còn đau vết mổ, lưu thông tiêu hóa tốt, dẫn lưu không ra thêm, nên quyết định rút dẫn lưu. Trong 05 ngày hậu phẫu đầu tiên chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân nhin ăn hoàn toàn và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Kháng sinh được sử dụng là kết hợp 02 loại: 01 kháng sinh phổ rộng (Meropenem 1g) kết hợp với Metronodazone 0,5g. Các ngày hậu phẫu tiếp theo bệnh nhân được duy trì nuôi dưỡng đường miệng, kháng sinh kết hợp, tập vận động nhẹ nhàng và dần ổn định hoàn toàn, xuất viện sau 14 ngày.

III. BÀN LUẬN

Nguyên nhân phổ biến nhất của tràn khí ổ bụng và được quan tâm hàng đầu trong chẩn đoán và điều trị là thủng tạng rỗng, lên đến hơn 90% các trường hợp bệnh nhân đến điều trị, trong đó phổ biến nhất là thủng ổ loét mặt trước hành tá tràng [6]. Các bệnh lý khác dẫn đến tràn khí ổ bụng gồm; viêm túi mật hoại tử sinh hơi, viêm phúc mạc tự phát do vi khuẩn, hoặc áp xe gan. Nguyên nhân do bệnh lý lồng ngực gồm; tràn khí màng phổi, chấn thương, rò phế quản phúc mạc, tràn khí trung thất, viêm phổi, ARDS, tăng áp lực trong lồng ngực (ho, nôn, và nghiệm pháp Valsalva), thở máy hoặc tim phổi hồi sức. Nguyên nhân do bệnh lý phụ khoa gồm; vỡ tử cung, bệnh viêm vùng chậu, quan hệ tình dục thô bạo và thụt rửa âm đạo. Ngoài ra còn có các yếu tố khác do các thủ thuật y khoa như; chọc dịch màng bụng, thăm phân phúc mạc, rửa phúc mạc, phẫu thuật nội soi, nội soi phế quản... [2] [7], những trường hợp này khí ổ bụng thường tự hết trong vòng ba ngày ở 81% bệnh nhân và trong vòng bảy ngày ở 96% bệnh nhân [8]. Ngoài ra còn có các nguyên nhân hiếm gặp khác đã được mô tả bao gồm lặn biển, cắt amidan và nhổ răng [7].

Đối với những trường hợp tràn khí ổ bụng mà không xác định được nguyên nhân thực thể được gọi là tràn khí ổ bụng nguyên phát không rõ nguyên nhân.

Trong chùm ca bệnh của chúng tôi với 3 trường hợp nêu trên có 02 trường hợp không ghi nhận được tiền sử bệnh có thể gây tràn khí ổ bụng như các nguyên nhân đã liệt kê. 01 trường hợp bệnh xuất hiện sau khi bệnh nhân nội soi dạ dày, đại tràng.

Cả 3 ca bệnh của chúng tôi đều được chỉ định can thiệp phẫu thuật cấp cứu ngay khi bệnh nhân nhập viện. Qua hình ảnh của phẫu thuật nội soi không có nguyên nhân gây tràn khí ổ bụng nào nào được xác định. Có 1 trường hợp do các quai ruột giãn chướng nhiều hạn chế quan sát để xác định nguyên nhân nên chúng tôi chuyển mổ mở. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi đã cẩn thận, tỉ mỉ kiểm tra toàn bộ hệ tiêu hóa, lặp lại đến hai, ba lần mà không nhận thấy tổn thương thực thể nào, nên quyết định đặt dẫn lưu theo dõi sau phẫu thuật. Kết thúc phẫu thuật thống nhất với chẩn đoán tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân.

Ngay sau phẫu thuật, chúng tôi giải thích cặn kẽ cho bệnh nhân và người nhà về tình trạng bệnh, yêu cầu nhin ăn hoàn toàn trong 05 ngày hậu phẫu đầu tiên. Mục đích để theo dõi các dẫn lưu ổ bụng và sẵn sàng cho tình huống xấu nhất xảy ra là bỏ sót tổn thương. Về điều trị sau mổ, cả 03 trường hợp chúng tôi nuôi dưỡng hoàn toàn bằng tĩnh mạch trong 05 ngày hậu phẫu đầu tiên, kháng sinh được sử dụng là kết hợp giữa 01 kháng sinh phổ rộng (Meropenem 1g x 02 lọ/ngày) và Metronodazone 0,5g x 02 lọ/ngày. Phác đồ kháng sinh này được duy trì đến lúc bệnh nhân ổn định hoàn toàn, tức ngày 10 sau mổ hoặc bệnh nhân ra viện.

Diễn biến hậu phẫu của cả 3 trường hợp đều bình thường không có biến chứng nào xảy ra. Bệnh nhân trung tiện, lưu thông tiêu hóa sau phẫu thuật 48 - 72 giờ, dẫn lưu ra toàn bộ là dịch tiết, không ghi nhận thấy dịch tiêu hóa.

Cả 3 trường hợp chúng tôi đều để dẫn lưu đến ngày hậu phẫu thứ 5. Tức là sau 2 ngày bệnh nhân trung tiện được. Và đây cũng là khoảng thời gian bệnh nhân được cho ăn trở lại. Chúng tôi quyết định như vậy để đảm bảo có thể phát hiện kịp thời những biến chứng hoặc sót tổn thương sau phẫu thuật.

Qua y văn và các báo cáo trước đây đều chỉ ra tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân là 1 tình huống hiếm gặp trên lâm sàng, hầu hết trong số đó đều được chẩn đoán qua phẫu thuật ổ bụng, nay sự phát triển của phẫu thuật nội soi đã giúp việc thăm dò ổ bụng được dễ dàng hơn. Năm 2000, Mularski và cộng sự, báo cáo 11 trường hợp được phẫu thuật nội soi trong số 36 (31%) bệnh nhân tràn khí màng bụng không phẫu thuật [2]. Năm 2015, Nidal İflazoğlu và cộng sự báo cáo bệnh nhân nữ 79 tuổi, được chẩn đoán tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân, được nội soi ổ bụng chẩn đoán [9]. Năm 2022, Anasua Deb, MD báo cáo trường hợp nam

58 tuổi, được chẩn đoán tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân, được theo dõi và điều trị bảo tồn, không phẫu thuật [10]. Năm 2022, David R. Velez báo cáo trường hợp nữ 79 tuổi, được chẩn đoán tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân tái phát trên nền bệnh nhân mắc Co-vid 19, có phẫu thuật nội soi chẩn đoán.

IV. KẾT LUẬN

Tràn khí ổ bụng chưa rõ nguyên nhân là những tình huống hiếm gặp trên lâm sàng. Chẩn đoán mà không cần phẫu thuật thường rất khó khăn. Cần thiết khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng một cách tỉ mỉ, kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán chính xác bệnh tràn khí ổ bụng không rõ nguyên nhân và đưa ra phương án điều trị thích hợp nhất, tránh phẫu thuật không cần thiết. Nội soi ổ bụng chẩn đoán là phương pháp được lựa chọn tối ưu để loại trừ các trường hợp tràn khí ổ bụng có nguyên nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Huy (2006), Bài 23. Dạ dày, ruột non và tụy, Giải phẫu người - Đại học y Hà Nội, NXB y học, 244 – 253.
2. Mularski, R. A., et al. (1999). "Nonsurgical causes of pneumoperitoneum." Western Journal of Medicine **170**(1): 41.
3. Karaman, A., Demirbilek, S., Akın, M., Gürünlüoğlu, K., & İrşi, C. (2005). Does pneumoperitoneum always require laparotomy? Report of six cases and review of the literature. *Pediatric surgery international*, 21, 819-824.
4. Omori, H., Asahi, H., Inoue, Y., Irinoda, T., & Saito, K. (2003). Pneumoperitoneum without perforation of the gastrointestinal tract. *Digestive Surgery*, 20(4), 334-338.
5. Eslick, G. D., Chalasani, V., & Salama, A. B. (2006). Idiopathic pneumoperitoneum. *European Journal of Internal Medicine*, 17(2), 141-143.
6. Phạm Văn Linh (2007), Bài 2. Thủng dạ dày, tá tràng, Ngoại bệnh lý tập 1 – Bộ y tế, NXB y học, 20 – 26.
7. Pitiakoudis, M., Zezos, P., Oikonomou, A., Kirmanidis, M., Kouklakis, G., & Simopoulos, C. (2011). Spontaneous idiopathic pneumoperitoneum presenting as an acute abdomen: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 5, 1-4.
8. Draper K, Jefson R, Jongeward R Jr, McLeod M: Duration of postlaparoscopic pneumoperitoneum. *Surg Endosc*. 1997; 11:809-11
9. İflazoğlu, N., Gökçe, O. N., Kivrak, M. M., & Kocamer, B. (2015). Spontaneous idiopathic pneumoperitoneum with acute abdomen. *Turkish Journal of Surgery/Ulusal Cerrahi Dergisi*, 31(2), 110.
10. Deb, A., Ghosh, B., Cavazos, A., Songtanin, B., Leelaviwat, N., & Nugent, K. (2022, February). Idiopathic spontaneous pneumoperitoneum. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 35, No. 2, pp. 224-226). Taylor & Francis.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GHEP THẬN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹, Trần Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ mắc, căn nguyên vi sinh và các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc, tiến hành trên 48 bệnh nhân được ghép thận từ tháng 7/2023–12/2024. **Kết quả:** Trong nghiên cứu trên 48 bệnh nhân ghép thận, tuổi trung bình là 39,5 ± 11,2 tuổi, nam giới chiếm 72,9%. Nguyên nhân suy thận mạn phổ biến nhất là viêm cầu thận (75%), phần lớn bệnh nhân được điều trị thay thế bằng thẩm tách máu trước ghép (87,5%). Tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu trong 6 tháng đầu sau ghép là 58,3%, cao nhất trong tháng đầu tiên (66,7%), với *Escherichia coli* là tác nhân chủ yếu

(47,9%). Phân tích đơn biến cho thấy biến chứng tiết niệu là yếu tố duy nhất liên quan có ý nghĩa thống kê với nhiễm trùng tiết niệu sau ghép ($p < 0,01$). **Kết luận:** Nhiễm trùng tiết niệu là biến chứng thường gặp sau ghép thận, đặc biệt trong tháng đầu. Biến chứng tiết niệu có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ nhiễm trùng, do đó cần tăng cường phát hiện và can thiệp sớm để cải thiện kết quả điều trị sau ghép

Từ khóa: Nhiễm trùng tiết niệu, suy thận mạn, ghép thận.

SUMMARY

EVALUATION OF URINARY TRACT INFECTIONS AND ASSOCIATED FACTORS IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate the incidence, microbiological etiology, and associated risk factors of urinary tract infections in kidney transplant recipients at Military Hospital 175. **Subjects and Methods:** A descriptive, prospective cohort study was conducted on 48 kidney transplant patients from July 2023 to December 2024. **Results:** Among the 48 kidney

¹Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanhbd175@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

transplant recipients, the mean age was 39.5 ± 11.2 years, with males accounting for 72.9%. The most common cause of end-stage renal disease was glomerulonephritis (75%). The majority of patients underwent maintenance hemodialysis prior to transplantation (87.5%). The incidence of UTIs within the first 6 months post-transplantation was 58.3%, with the highest rate observed during the first month (66.7%). *Escherichia coli* was the predominant pathogen (47.9%). Univariate analysis revealed that urinary tract complications were the only factor significantly associated with post-transplant UTIs ($p < 0.01$). **Conclusion:** Urinary tract infection is a common complication after kidney transplantation, particularly during the first postoperative month. Urinary complications are strongly associated with increased infection risk, highlighting the importance of early detection and intervention to improve post-transplant outcomes.

Keywords: Urinary tract infection, chronic kidney disease, kidney transplantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng tiết niệu (NTTN) là một trong những biến chứng phổ biến và nghiêm trọng nhất ở bệnh nhân ghép thận, với tỷ lệ mắc được ghi nhận dao động rộng từ 25% đến 75% trong năm đầu sau ghép [1], [2]. Những nhiễm khuẩn này không chỉ làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và số ngày nằm viện mà còn đe dọa nghiêm trọng đến chức năng thận ghép và thành công chung của quá trình ghép thận [3], [4]. Nguyên nhân gây NTTN ở nhóm bệnh nhân này chủ yếu là do vi khuẩn, trong đó *Escherichia coli* và *Klebsiella pneumoniae* là những tác nhân được phân lập thường gặp nhất [2], [3]. Một số yếu tố nguy cơ đã được xác định, bao gồm: giới tính nữ, bất thường tiết niệu, phác đồ ức chế miễn dịch và sự hiện diện của các chủng vi khuẩn đa kháng thuốc – tất cả đều có thể ảnh hưởng đến mức độ nặng và khả năng tái phát của nhiễm khuẩn [2], [3], [5]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong kỹ thuật phẫu thuật, điều trị dự phòng kháng sinh và liệu pháp ức chế miễn dịch, NTTN vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây biến chứng nhiễm trùng sau ghép thận, cho thấy nhu cầu cấp thiết về giám sát liên tục và xây dựng các chiến lược quản lý tối ưu [1], [5]. Mặc dù vấn đề nhiễm trùng tiết niệu sau ghép thận đã được quan tâm nghiên cứu trên thế giới, nhưng tại các bệnh viện quân y trong nước, dữ liệu cụ thể về dịch tễ học, đặc điểm vi sinh và yếu tố nguy cơ liên quan vẫn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá tình trạng nhiễm trùng tiết niệu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175" nhằm mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ mắc, căn nguyên vi sinh và các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm

khẩn đường tiết niệu ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 48 bệnh nhân được ghép thận lần đầu và theo dõi ngoại trú tại Bệnh viện quân y 175 từ 07/2023 đến 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân tuổi ≥ 18
- Bệnh nhân ghép thận lần đầu sau đó theo dõi ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 175
- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có đủ hồ sơ theo dõi
- Bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu:

- Bệnh nhân tử vong do các nguyên nhân rõ ràng không liên quan đến thận ghép trong thời gian nghiên cứu.
- Bệnh nhân chuyển theo dõi ngoại trú sang các bệnh viện khác.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, thu thập tất cả BN người lớn (≥ 18 tuổi), được ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175 từ 12/2022 đến 12/2024 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Phương pháp thu thập số liệu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân ghép thận: Tuổi, giới tính, BMI.
- Nguyên nhân suy thận mạn và phương pháp điều trị trước ghép.

- Xác định tình trạng nhiễm trùng tiết niệu do vi khuẩn của bệnh nhân sau ghép thận vào các lần tái khám hàng tháng, lấy kết quả cấy nước tiểu theo các khoảng thời gian: từ giai đoạn Hồi sức đến 1 tháng; từ 1 tháng đến 3 tháng; từ 3 tháng đến 6 tháng sau ghép thận.

- Xác định căn nguyên vi sinh gây nhiễm trùng tiết niệu theo kết quả cấy nước tiểu tại các giai đoạn. Xét nghiệm Real-time PCR tầm soát thường quy mẫu máu và nước tiểu 3 tháng 1 lần theo các mốc thời gian: tại thời điểm Hồi sức; 1 tháng sau ghép, tại thời điểm 3 tháng sau ghép, tại thời điểm 6 tháng sau ghép.

- Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng tiết niệu sau ghép thận.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Nhập số liệu phần mềm Excel 2016. Thống kê mô tả (giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm) được thực hiện bằng phần mềm phân tích SPSS

22.0. Kiểm định sự khác biệt với các biến định tính Fisher's Exact test hoặc Chi-Square tests, McNemar test. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xác định mối liên quan. Mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân ghép thận (n=48)

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi (năm) (Trung bình $\pm$ SD)		39,5 $\pm$ 11,2
Phân nhóm [n(%)]	≤ 30	12 (25,0)
	31-40	10 (20,8)
	41-50	14 (29,2)
	51-60	8 (16,7)
	>60	4 (8,3)
Giới tính [n(%)]	Nam	35 (72,9)
	Nữ	13 (27,1)
BMI (kg/m ²)		22,3 $\pm$ 2,5

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân ghép thận là 39,5 $\pm$ 11,2 tuổi; nhóm tuổi 41–50 chiếm tỷ lệ cao nhất (29,2%), tiếp theo là nhóm ≤ 30 tuổi (25,0%). Nam giới chiếm đa số với 72,9%, trong khi nữ giới chiếm 27,1%. Giá trị BMI trung bình là 22,3 $\pm$ 2,5 kg/m².

Bảng 2. Nguyên nhân suy thận mạn và phương pháp điều trị trước ghép (n=48)

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân suy	Viêm cầu thận	36	75,0
	Đái tháo đường	3	6,3

Bảng 4. Các căn nguyên vi sinh gây nhiễm trùng tiết niệu theo giai đoạn (n=48)

Tác nhân gây bệnh (n=48)		Hồi sức-1 tháng (n=32)		1-3 tháng (n=8)		3-6 tháng (n=8)		Tổng (n=48)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Vi khuẩn Gram (-)	Escherichia coli	18	56,3	3	37,5	2	25,0	23	47,9
	Klebsiella pneumoniae	6	18,8	2	25,0	1	12,5	9	18,8
	Enterobacter cloacae	3	9,4	1	12,5	-	-	4	8,3
	Proteus mirabilis	1	3,1	-	-	-	-	1	2,1
Vi khuẩn Gram (+)	Enterococcus faecalis	3	9,4	1	12,5	1	12,5	5	10,4
	Staphylococcus spp.	1	3,1	1	12,5	-	-	2	4,2
Tổng		32	100	8	100	8	100	48	100

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy E. coli là tác nhân chính gây nhiễm trùng tiết niệu (47,9%), đặc biệt trong tháng đầu sau ghép (56,3%), với tỷ lệ giảm dần theo thời gian. Vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế (77,1%) so với Gram dương (14,6%).

Bảng 5. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng tiết niệu sau ghép thận (n=48)

Yếu tố liên quan		Nhiễm trùng tiết niệu n (%)		p
		Có (n=28)	Không (n=20)	
Giới tính	Nam	18 (64,3)	17 (85,0)	$>0,05$
	Nữ	10 (35,7)	3 (15,0)	
Tuổi	>60 tuổi	2 (7,1)	2 (10,0)	$>0,05$
	≤ 60 tuổi	26 (92,9)	18 (90,0)	
BMI	≥ 25 kg/m ²	8 (28,6)	4 (20,0)	$>0,05$

thận mạn	Tăng huyết áp	5	10,4
	Viêm thận kẽ	2	4,2
	Bệnh Lupus	1	2,1
	Bệnh thận IgA	0	0
	Nguyên nhân khác	1	2,1
Phương pháp điều trị trước ghép	Lọc máu chu kỳ	42	87,5
	Lọc màng bụng	3	6,3
	Điều trị nội khoa bảo tồn	3	6,3

Nhận xét: Nguyên nhân suy thận mạn chủ yếu là viêm cầu thận (75%), tiếp theo là tăng huyết áp (10,4%) và đái tháo đường (6,3%). Về phương pháp điều trị trước ghép, đa số bệnh nhân được lọc máu chu kỳ (87,5%), trong khi lọc màng bụng và điều trị nội khoa bảo tồn chiếm tỷ lệ thấp hơn (6,3%). Các nguyên nhân hiếm gặp như lupus và viêm thận kẽ chiếm dưới 5%.

Bảng 3. Tỷ lệ các đợt nhiễm trùng tiết niệu trong 6 tháng đầu sau ghép (n=48)

Giai đoạn sau ghép	Số đợt nhiễm trùng n(%)	Số bệnh nhân nhiễm trùng n(%)	p
Hồi sức - 1 tháng	32 (66,7)	18 (37,5)	$< 0,05$
1 tháng - 3 tháng	8 (16,7)	6 (12,5)	
3 tháng - 6 tháng	8 (16,7)	4 (8,3)	
Tổng	48 (100,0)	28 (58,3)	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu cao nhất trong giai đoạn hồi sức đến 1 tháng sau ghép (66,7% đợt nhiễm trùng, 37,5% bệnh nhân), giảm dần theo thời gian. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa các giai đoạn.

	<25 kg/m ²	20 (71,4)	16 (80,0)	
Thời gian lọc máu	≥12 tháng	13 (46,4)	9 (45,0)	>0,05
	<12 tháng	15 (53,6)	11 (55,0)	
Nguyên nhân suy thận	Viêm cầu thận	21 (75,0)	15 (75,0)	>0,05
	Khác	7 (25,0)	5 (25,0)	
Có biến chứng tiết niệu		18 (64,3)	4 (20,0)	<0,01

Nhận xét: Kết quả phân tích đơn biến cho thấy biến chứng tiết niệu là yếu tố duy nhất có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhiễm trùng tiết niệu sau ghép (64,3% vs 20,0%, $p < 0,01$). Các yếu tố khác bao gồm giới tính, tuổi (>60 tuổi), BMI, thời gian lọc máu và nguyên nhân suy thận không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 48 bệnh nhân ghép thận, kết quả cho thấy tuổi trung bình là $39,5 \pm 11,2$ tuổi, trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 41–50 tuổi (29,2%), tiếp theo là nhóm ≤ 30 tuổi (25,0%). Điều này phản ánh thực trạng ghép thận phổ biến ở nhóm tuổi trưởng thành trẻ, nhiều khả năng do khởi phát sớm của bệnh thận mạn [6]. Phân bố giới tính cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế rõ rệt (72,9%), phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh thận và tỷ lệ ghép thận cao hơn ở nam so với nữ [7].

Về nguyên nhân dẫn đến suy thận mạn ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu, viêm cầu thận được xác định là nguyên nhân chủ yếu, chiếm 75% tổng số trường hợp. Kết quả này tương đồng với các báo cáo trên thế giới, trong đó viêm cầu thận vẫn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối và nhu cầu điều trị thay thế thận [8]. Các nguyên nhân khác như tăng huyết áp (10,4%) và đái tháo đường (6,3%) cũng được ghi nhận, song với tỷ lệ thấp hơn. Điều này gợi ý rằng việc tăng cường các biện pháp dự phòng và quản lý hiệu quả bệnh viêm cầu thận có thể đóng vai trò quan trọng trong việc làm chậm tiến triển bệnh thận và giảm nhu cầu ghép thận [9].

Liên quan đến phương thức điều trị thay thế thận trước ghép, đa số bệnh nhân (87,5%) được điều trị bằng thẩm tách máu định kỳ. Đây là phương pháp điều trị phổ biến hiện nay đối với bệnh thận mạn giai đoạn cuối trước khi tiến hành ghép thận. Việc phần lớn bệnh nhân phải trải qua giai đoạn lọc máu kéo dài trước ghép phản ánh thực trạng điều trị hiện nay, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của việc xây dựng chiến lược chuyển tiếp phù hợp và hiệu quả từ lọc máu sang ghép thận nhằm tối ưu hóa kết quả điều trị toàn diện. Trong vòng 6 tháng sau ghép, tỷ lệ

nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân nghiên cứu ghi nhận ở mức tương đối cao, chiếm 58,3%. Đáng lưu ý, tỷ lệ mắc cao nhất được ghi nhận trong tháng đầu tiên sau ghép (66,7%), cho thấy đây là giai đoạn có nguy cơ nhiễm khuẩn đặc biệt cao, cần được theo dõi sát sao và xem xét áp dụng các biện pháp dự phòng tích cực. Vi khuẩn Gram âm, đặc biệt là *Escherichia coli*, là nguyên nhân chủ yếu gây nhiễm khuẩn tiết niệu, phù hợp với nhiều nghiên cứu ghi nhận sự chiếm ưu thế của vi khuẩn này ở bệnh nhân ghép thận [2], [3].

Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng tiết niệu sau ghép thận cho thấy biến chứng tiết niệu là yếu tố duy nhất có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ nhiễm trùng (64,3% ở nhóm có nhiễm so với 20,0% ở nhóm không nhiễm; $p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, cho thấy các rối loạn niệu quản – bàng quang sau ghép có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn do ứ đọng nước tiểu, đặt ống thông kéo dài hoặc can thiệp tiết niệu nhiều lần [10]. Các yếu tố khác như giới tính, tuổi, chỉ số BMI, thời gian lọc máu trước ghép và nguyên nhân suy thận không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Điều này cho thấy, trong quần thể nghiên cứu, các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng chung không có ảnh hưởng rõ rệt đến nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu sau ghép, trong khi yếu tố liên quan trực tiếp đến hệ tiết niệu lại đóng vai trò then chốt. Do đó, cần tăng cường theo dõi và xử trí sớm các biến chứng tiết niệu trong giai đoạn hậu phẫu để hạn chế nguy cơ nhiễm trùng, góp phần cải thiện kết quả sau ghép thận.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nhiễm trùng tiết niệu là biến chứng thường gặp sau ghép thận, đặc biệt trong tháng đầu tiên, với tỷ lệ 58,3%. Biến chứng tiết niệu là yếu tố nguy cơ duy nhất có ý nghĩa thống kê liên quan đến nhiễm trùng. Các yếu tố nhân khẩu học và lâm sàng khác không có mối liên quan rõ rệt. Việc phát hiện sớm và xử trí kịp thời các bất thường tiết niệu có ý nghĩa quan trọng trong cải thiện kết quả sau ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fontserè S, Chacón N and Cordero E (2017).

- Review of Bacterial Urinary Tract Infection in Kidney Transplant Recipients: Incidence, Risk Factors and Impact on the Graft Survival.
2. **Hieu H.T. và Sy B.T.** (2022). Incidence and risk factors for urinary tract infection in the first year after kidney transplantation at 108 Military Central Hospital, Vietnam. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*.
 3. **Hosseinpour M., Pezeshgi A., Mahdiabadi M.Z. và cộng sự.** (2023). Prevalence and risk factors of urinary tract infection in kidney recipients: a meta-analysis study. *BMC Nephrol*, 24, 284.
 4. **Pinchera B., Trucillo E., D'Agostino A. và cộng sự.** (2024). Urinary Tract Infections in Kidney Transplant Patients: An Open Challenge—Update on Epidemiology, Risk Factors and Management. *Microorganisms*, 12(11), 2217.
 5. **Pinchera B., Carrano R., Schettino E. và cộng sự.** (2025). Urinary tract infections in kidney transplant patients admitted to hospital: A real-life experience. *World Journal of Transplantation*, 15(2).
 6. **Merion R.M., Goodrich N.P., Johnson R.J. và cộng sự.** (2018). Kidney transplant graft outcomes in 379 257 recipients on 3 continents. *American Journal of Transplantation*, 18(8), 1914–1923.
 7. **Biabani F., Rahmani A., MahmudiRad G. và cộng sự.** (2023). Reasons for kidney transplant refusal among patients receiving peritoneal dialysis: A qualitative study. *Perit Dial Int*, 43(5), 395–401.
 8. **Olenski S., Scuderi C., Choo A. và cộng sự.** (2019). Urinary tract infections in renal transplant recipients at a quaternary care centre in Australia. *BMC Nephrol*, 20(1), 479.
 9. **Patel P., Rebollo-Mesa I., Ryan E. và cộng sự.** (2017). Prophylactic Ureteric Stents in Renal Transplant Recipients: A Multicenter Randomized Controlled Trial of Early Versus Late Removal. *American Journal of Transplantation*, 17(8), 2129–2138.
 10. **Naylor K., McKenzie S., Garg A. và cộng sự.** (2022). Partnering with Patients to Enhance Access to Kidney Transplantation and Living Kidney Donation. *hcg*, 24(SP), 69–73.

SO SÁNH GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM ĐÀN HỒI 5-POINT VÀ 4-POINT TRONG PHÂN BIỆT LÀNH VÀ ÁC TÍNH CỦA U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

Trần Văn Quốc Việt¹, Lê Trọng Khoan¹, Hồ Xuân Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Siêu âm đàn hồi là công cụ hỗ trợ quan trọng trong chẩn đoán phân biệt các u tuyến nước bọt. Hiện nay, hiệu quả của hai thang điểm 5-point và 4-point trong phân biệt u lành tính và ác tính tuyến nước bọt mang tai vẫn còn tranh luận. **Mục tiêu:** So sánh thang điểm đàn hồi 5-point và 4-point trong đánh giá u tuyến nước bọt mang tai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 34 bệnh nhân u tuyến nước bọt mang tai có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 06/2023 đến 10/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 57,38 ± 12,94 tuổi, tỷ lệ nam/nữ = 1. Đánh giá phân loại u, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ ác tính là 14,7%, tỷ lệ lành tính là 85,3%. Trong nhóm lành tính, u Warthin chiếm ưu thế với 35,3%. Nghiên cứu cho thấy thang điểm 4-point có độ phân định tổn thương lành tính và ác tính với AUC = 0,7 cao hơn so với thang Tsukuba 5-point với AUC = 0,64. Ngoài ra, thang 4-point tại điểm cắt 2,5 điểm giúp phân biệt tổn thương lành tính và ác tính có độ đặc hiệu cao hơn so với thang 5-point, lần lượt là 93% so với 83% và giá trị

tiên đoán âm cao tương đương (khoảng 90%). Tuy nhiên, độ nhạy và giá trị tiên đoán dương của cả hai thang điểm đều thấp. **Kết luận:** Thang điểm siêu âm đàn hồi 4 mức có khả năng phân biệt u lành và ác tuyến mang tai tốt hơn thang Tsukuba 5 mức, đặc biệt ở độ đặc hiệu. Tuy nhiên, do độ nhạy thấp, kỹ thuật này nên được sử dụng như phương pháp bổ trợ, không thay thế cho chẩn đoán giải phẫu bệnh.

Từ khóa: siêu âm đàn hồi, thang 5-point, thang 4-point, ác tính, u tuyến nước bọt mang tai.

SUMMARY

COMPARISON OF THE DIAGNOSTIC VALUE OF THE 5-POINT AND 4-POINT ELASTOGRAPHY SCORING SYSTEMS IN DIFFERENTIATING BENIGN FROM MALIGNANT PAROTID GLAND TUMORS

Background: Ultrasound elastography is an important adjunctive tool in the differential diagnosis of salivary gland tumors. Currently, the effectiveness of the 5-point and 4-point scoring systems in distinguishing benign from malignant parotid gland tumors remains a subject of debate. **Objectives:** To compare the 5-point and 4-point elastography scoring systems in differentiating benign and malignant characteristics of parotid gland tumors. **Materials and methods:** This was a cross-sectional descriptive-analytic study conducted on 34 patients with parotid gland tumors who underwent surgery and had histopathological confirmation at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2023 to

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế

²Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Xuân Tuấn

Email: hxtuan@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

October 2024. **Results:** The mean age was 57.38 ± 12.94 years, with a male-to-female ratio of 1:1. Regarding tumor classification, malignant tumors accounted for 14.7% and benign tumors for 85.3%. Among benign cases, Warthin's tumor was the most common subtype (35.3%). The study found that the 4-point scoring system demonstrated better discriminatory ability between benign and malignant lesions, with an AUC of 0.70 compared to 0.64 for the Tsukuba 5-point system. At the cutoff value of 2.5, the 4-point system achieved higher specificity (93% vs. 83%) and a comparable negative predictive value (approximately 90%) compared to the 5-point system. However, both scoring systems exhibited low sensitivity and low positive predictive values. **Conclusion:** The 4-point ultrasound elastography scoring system demonstrates superior specificity in differentiating benign from malignant parotid tumors compared to the Tsukuba 5-point system. Nonetheless, due to its low sensitivity, elastography should be used as a supplementary diagnostic method rather than a replacement for histopathological examination.

Keywords: ultrasound elastography, 5-point scale, 4-point scale, malignancy, parotid gland tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai đóng vai trò quan trọng trong quyết định điều trị và tiên lượng bệnh nhân. Tuyến nước bọt mang tai là vị trí phổ biến nhất của các u tuyến nước bọt lớn. Đa số các khối u này là lành tính, tuy nhiên có một tỷ lệ nhỏ tái phát hay chuyển dạng ác tính [5]. Việc xác định bản chất lành hay ác của u tuyến mang tai trước phẫu thuật có ý nghĩa quan trọng trong lập kế hoạch điều trị, do u ác tính có thể cần phẫu thuật rộng và điều trị bổ trợ phức tạp hơn.

Siêu âm đàn hồi (elastography) đã nổi lên như một công cụ hỗ trợ quan trọng trong chẩn đoán phân biệt các u tuyến nước bọt lành và ác tính. Kỹ thuật này đánh giá độ cứng của mô thông qua việc đo lường mức độ đàn hồi của mô với lực cơ học tác động lên khối u, cho phép phân biệt các tổn thương dựa trên đặc tính sinh cơ học khác nhau. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng u ác tính thường có độ cứng cao hơn so với u lành tính do sự thay đổi cấu trúc mô và tăng collagen [3], [6]. Tuy nhiên, cho đến nay dữ liệu về ứng dụng siêu âm đàn hồi trong đánh giá các khối u tuyến nước bọt còn hạn chế. Hiện có hai phương pháp chính gồm đàn hồi định tính đánh giá độ cứng qua thang điểm màu và đàn hồi định lượng hoặc bán định lượng bằng cách đo độ cứng tuyệt đối bằng kỹ thuật sóng biến dạng hoặc so sánh chỉ số đàn hồi. Trong lĩnh vực chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai, hai hệ thống thang điểm chính được áp dụng: thang điểm 4-point và thang điểm Tsukuba 5-point.

Thang điểm 4-point phân loại độ cứng của mô từ cấp độ 1 (mềm) đến cấp độ 4 (rất cứng), trong khi thang Tsukuba 5-point có thêm cấp độ trung gian, tạo ra sự phân loại chi tiết hơn. Hiệu quả chẩn đoán của hai thang điểm này trong việc phân biệt u lành tính và ác tính tuyến nước bọt mang tai vẫn còn tranh luận.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm so sánh hiệu quả chẩn đoán của thang điểm đàn hồi 4-point và thang Tsukuba 5-point trong việc đánh giá và phân biệt u tuyến nước bọt mang tai lành tính và ác tính, từ đó đưa ra khuyến nghị về lựa chọn thang điểm tối ưu cho thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân phát hiện tổn thương khu trú nghi u tuyến nước bọt mang tai được khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 06/2023 đến 10/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân phát hiện tổn thương nghi u vùng tuyến mang tai trên lâm sàng, được siêu âm chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai.

Bệnh nhân được tiến hành chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc được phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử u tuyến nước bọt mang tai đã được can thiệp điều trị trước đó. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 34 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi ($TB \pm \Delta LC$), giới tính (nam, nữ), phân loại u (lành tính: u tuyến đa hình, u Warthin, khác; ác tính).

Phân bố điểm đàn hồi theo từng loại u: tính theo Tsukuba 5-point và thang điểm 4-point.

Phân loại tổn thương lành tính và ác tính bằng biểu đồ Sankey giữa các thang điểm.

So sánh hiệu suất phân biệt tổn thương lành tính và ác tính giữa hai thang điểm bằng độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và diện tích dưới đường cong ROC (AUC).

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm R

phiên bản 4.5.0 kết hợp với RStudio phiên bản 2024. Các phân tích thống kê được thực hiện bằng các gói thư viện bao gồm: dplyr, ggplot2, ggalluvial, pROC, haven và readr. Thống kê mô tả được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Biểu đồ Sankey được sử dụng để trực quan hóa luồng phân loại, trong khi đường cong ROC và giá trị AUC được sử dụng để đánh giá khả năng phân biệt của các thang điểm.

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế (Số 1138/QĐ-ĐHYD).

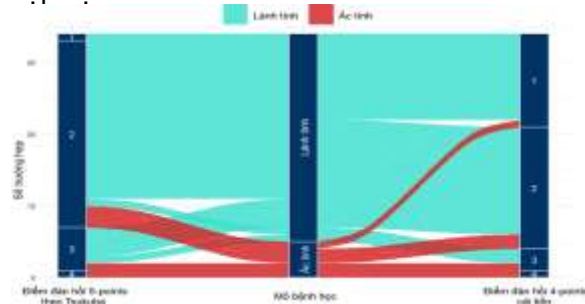
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối

Bảng 2. Phân bố điểm đàn hồi theo từng loại u

Loại u	1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm
Điểm đàn hồi theo Tsukuba 5-point				
U tuyến đa hình (n = 8)	0 (0,0)	6 (75,0)	2 (25,0)	0 (0,0)
U Warthin (n = 12)	0 (0,0)	9 (75,0)	3 (25,0)	0 (0,0)
U lành tính khác (n = 9)	1 (11,1)	8 (88,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
U ác tính (n = 5)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)
Điểm đàn hồi theo thang 4-point				
U tuyến đa hình (n = 8)	2 (25,0)	4 (50,0)	2 (25,0)	0 (0,0)
U Warthin (n = 12)	7 (58,3)	5 (41,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
U lành tính khác (n = 9)	3 (33,3)	6 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
U ác tính (n = 5)	1 (20,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)

Nhận xét: Kết quả cho thấy đa số các u lành tính (u tuyến đa hình, u Warthin, u lành tính khác) có điểm đàn hồi theo Tsukuba và thang 4-point tập trung ở mức 2 điểm. Trong khi u ác tính phân bố điểm rộng hơn, với một số trường hợp đạt 4 điểm.



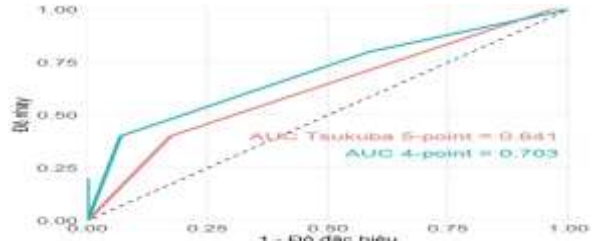
Biểu đồ 1. Biểu đồ Sankey trực quan hóa đánh giá tổn thương lành tính và ác tính giữa các thang điểm đàn hồi

Nhận xét: Biểu đồ cho thấy phần lớn các trường hợp u lành tính có điểm đàn hồi theo Tsukuba ở mức 2 và chuyển tương ứng sang mức 2 trên thang 4-point, trong khi các trường hợp u ác tính tập trung nhiều ở điểm 3-4 trên cả hai thang đánh giá.

tương nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi, trung bình ± độ lệch chuẩn (tuổi)		57,38 ± 12,94		
Giới tính	Nam	17	50,0	
	Nữ	17	50,0	
Phân loại u	Lành tính	U tuyến đa hình	8	23,5
		U Warthin	12	35,3
		Khác	9	26,5
	Ac tính		5	14,7

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận độ tuổi trung bình là 57,38 $\pm$ 12,94 tuổi, tỷ lệ nam/nữ = 1. Đánh giá phân loại u, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ ác tính là 14,7%, tỷ lệ lành tính là 85,3%. Trong nhóm lành tính, u Warthin chiếm ưu thế với 35,3%.



Biểu đồ 2. Đường cong ROC mô tả hiệu suất phân biệt tổn thương lành tính và ác tính giữa hai thang điểm 5-point và 4-point

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy thang điểm 4-point có độ phân định tổn thương lành tính và ác tính với AUC = 0,7 cao hơn so với thang Tsukuba 5-point với AUC = 0,64.

Bảng 3. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm, giá trị tiên đoán dương

Điểm đàn hồi $\geq 2,5$	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV
Thang 5-point	40,0	0,83	0,29	0,89
Thang 4-point	40,0	0,93	0,50	0,90

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy thang 4-point tại điểm cắt 2,5 điểm giúp phân biệt tổn thương lành tính và ác tính có độ đặc hiệu cao hơn so với thang 5-point, lần lượt là 93% so với

83% và giá trị tiên đoán âm tương đương (khoảng 90%). Tuy nhiên, độ nhạy và giá trị tiên đoán dương của cả hai thang điểm đều thấp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 34 bệnh nhân u tuyến nước bọt mang tai có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ nhằm so sánh thang điểm đàn hồi 5-point và 4-point trong đánh giá tính chất lành và ác tính của u tuyến nước bọt mang tai. Kết quả cho thấy thang điểm 4-point có độ phân định tổn thương lành tính và ác tính với $AUC = 0,7$ cao hơn so với thang Tsukuba 5-point với $AUC = 0,64$. Đồng thời, thang 4-point tại điểm cắt 2,5 điểm giúp phân biệt tổn thương lành tính và ác tính có độ đặc hiệu cao hơn so với thang 5-point, lần lượt là 93% so với 83% và giá trị tiên đoán âm tương đương (khoảng 90%). Tuy nhiên, độ nhạy và giá trị tiên đoán dương của cả hai thang điểm đều thấp.

Về đặc điểm u, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ u ác tính là 14,7% và u lành tính là 85,3%, phù hợp với tỷ lệ chung của u tuyến mang tai khi phần lớn các trường hợp lành tính [5]. Thành phần mô bệnh học nhóm lành tính đáng chú ý là tỷ lệ u Warthin chiếm 35,3%, cao hơn so với thường gặp trong y văn. Cụ thể, u tuyến đa hình thường chiếm tỷ lệ ưu thế khoảng 70–80% trong các u lành tuyến mang tai [1]. Điều này có thể chủ yếu do bị ảnh hưởng bởi cỡ mẫu nhỏ và đặc điểm bệnh nhân tại đơn vị nghiên cứu. Thực tế, u Warthin thường gặp ở nam giới lớn tuổi và có liên quan đến hút thuốc lá, trong khi u tuyến đa hình hay gặp ở nữ giới trung niên.

Về giá trị chẩn đoán hình ảnh, nghiên cứu so sánh hai cách phân loại độ đàn hồi của mô u trên siêu âm đàn hồi. Kết quả cho thấy thang 4 điểm có ưu thế nhất định so với thang 5 điểm Tsukuba truyền thống. Cụ thể, diện tích dưới đường cong AUC của thang 4 điểm đạt 0,70, cao hơn so với $AUC = 0,64$ của thang 5 điểm. Sự khác biệt này gợi ý rằng phân loại 4 mức có thể tối ưu hơn trong việc phân nhóm các tổn thương theo độ cứng, qua đó tăng khả năng phân biệt giữa u lành và u ác. Ở ngưỡng chẩn đoán tối ưu (điểm cắt 2,5), thang 4 điểm cho độ đặc hiệu tới 93% so với 83% của thang 5 điểm, trong khi giá trị dự báo âm tính tương đương (khoảng 90%). Điều này có nghĩa là nếu khối u được xếp loại đàn hồi thấp, khả năng rất cao (khoảng 90%) đây là tổn thương lành tính, và cách phân loại 4 điểm giúp giảm thiểu số ca dương tính giả so với cách phân loại 5 điểm. Mặt khác, cần lưu ý rằng độ nhạy của cả hai thang điểm trong nghiên cứu đều thấp, Thật vậy, nhiều trường hợp u ác tính

không được phân định đúng (âm tính giả), dẫn đến giá trị dự báo dương tính cũng thấp. Xu hướng này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, Bhatia và cộng sự (2010) cho rằng siêu âm đàn hồi định tính đơn thuần khó có khả năng phân biệt hoàn toàn u lành – u ác của tuyến nước bọt, đặc biệt các u tuyến đa hình có độ cứng cao dễ bị xếp nhầm là ác tính [2]. Tương tự, Dumitriu và cộng sự (2011) báo cáo phần lớn các khối u ác tính trong nghiên cứu có điểm đàn hồi cao (3–4) nhưng vẫn có một số trường hợp u ác tính cho điểm thấp 1–2. Đồng thời, hơn một nửa số khối u đạt điểm cao nhất (điểm 4) lại là các u tuyến đa hình lành tính [4]. Những chông lặt này dẫn đến độ nhạy và độ đặc hiệu hạn chế khi dùng siêu âm đàn hồi định tính. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Kałużny và cộng sự, mặc dù độ cứng trung bình của nhóm u ác (146,6 kPa) cao hơn có ý nghĩa so với u lành (88,7 kPa), vẫn có tới 2/10 khối u ác tính biểu hiện độ đàn hồi rất thấp (mềm) (điểm đàn hồi 1–2) và 18/33 khối u lành có độ cứng cao (điểm đàn hồi 3–4) trên siêu âm đàn hồi [6]. Các tác giả kết luận rằng siêu âm đàn hồi chỉ nên coi là phương pháp bổ trợ bên cạnh siêu âm B-mode thông thường trong đánh giá khối u tuyến nước bọt, không thể thay thế giải phẫu bệnh, và các kỹ thuật định lượng hoặc bán định lượng.

Tóm lại, nghiên cứu này cho thấy thang điểm siêu âm đàn hồi 4 mức có ưu thế nhất định về khả năng phân biệt u lành – ác tuyến mang tai so với thang 5 điểm Tsukuba kinh điển, đặc biệt là độ đặc hiệu cao giúp giảm kết quả dương tính giả và nâng cao độ tin cậy khi kết luận tổn thương lành tính. Tuy nhiên, do độ nhạy còn thấp, siêu âm đàn hồi (dù 4 hay 5 điểm) chưa đủ khả năng phát hiện tất cả các khối u ác tính. Kết quả của chúng tôi phù hợp với xu hướng chung của các nghiên cứu trước đây cho rằng siêu âm đàn hồi định tính đơn thuần khó đạt độ chính xác lý tưởng trong chẩn đoán u tuyến nước bọt. Do đó, trong thực hành lâm sàng, kỹ thuật này nên được kết hợp đa mô thức – phối hợp với siêu âm B-mode, Doppler, cùng với kinh nghiệm lâm sàng và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán. Trong tương lai, cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định giá trị của thang điểm 4 mức, cũng như đánh giá việc tích hợp thêm các thông số đàn hồi định lượng (ví dụ: strain ratio, tốc độ sóng biến dạng) để cải thiện thêm khả năng chẩn đoán u lành tính và ác tính của tuyến nước bọt.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy thang điểm siêu âm

đàn hồi 4 mức có khả năng phân biệt u lành và ác tuyến mang tai tốt hơn thang Tsukuba 5 mức, đặc biệt ở độ đặc hiệu. Tuy nhiên, do độ nhạy thấp, kỹ thuật này nên được sử dụng như phương pháp bổ trợ, không thay thế cho chẩn đoán giải phẫu bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Manoj Megha, Phatak Suresh V., Harshith Gowda K. B. (2022), Sonoelastographic Characterization of Parotid and Submandibular Lesions Our Initial Experience: A Prospective Observational Study, Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University, 17 (3), pp.
2. Bhatia K. S., Rasalkar D. D., Lee Y. P. (2010), Evaluation of real-time qualitative sonoelastography of focal lesions in the parotid

and submandibular glands: applications and limitations, Eur Radiol, 20 (8), pp. 1958-1964.

3. Cortcu S., Elmali M., Tanrivermis Sayit A. (2018), The Role of Real-Time Sonoelastography in the Differentiation of Benign From Malignant Parotid Gland Tumors, Ultrasound Q, 34 (2), pp. 52-57.
4. Dumitriu D., Dudea S., Botar-Jid C. (2011), Real-time sonoelastography of major salivary gland tumors, AJR Am J Roentgenol, 197 (5), pp. W924-930.
5. Thimsen V., Goncalves M., Koch M. (2021), The current value of quantitative shear wave sonoelastography in parotid gland tumors, Gland Surg, 10 (4), pp. 1374-1386.
6. Wierzbicka M., Kałużny J., Szczepanek-Parulska E. (2013), Is sonoelastography a helpful method for evaluation of parotid tumors?, Eur Arch Otorhinolaryngol, 270 (7), pp. 2101-2107.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ ỐNG TUYẾN VÚ TẠI CHỖ

Ngô Xuân Thắng¹, Nguyễn Văn Thi^{2,3}, Đoàn Tiến Lưu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô ống tại chỗ trên cộng hưởng từ tuyến vú 1.5 Tesla. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 195 bệnh nhân ung thư vú tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K, từ tháng 01/2024 đến 05/2025. Mô tả các đặc điểm hình ảnh ung thư vú tại chỗ ở người mắc ung thư vú (UTV) trên cộng hưởng từ tuyến vú 1.5 Tesla, có đối chiếu với mô bệnh học. **Kết quả:** Nghiên cứu 195 bệnh nhân với 196 u vú ác tính. Trong đó, ung thư biểu mô ống tại chỗ (DCIS) chiếm tỷ lệ 15,8%. Hình ảnh DCIS có tỷ lệ biểu hiện dưới dạng không tạo khối hoặc có đồ thị động học dạng ngấm thuốc tăng dần/hình cao nguyên, chiếm tỷ lệ lần lượt là 58,1% và 67,7% ($p < 0,05$). Trị số trung bình đo trên ADC vùng u ở nhóm mắc DCIS cao hơn so với nhóm UTV xâm nhập, lần lượt là $1,23 \pm 0,24 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ và $0,91 \pm 0,21 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ ($p < 0,05$). Sử dụng trị số trên ADC vùng u trong phân biệt UTV tại chỗ và xâm nhập cho diện tích dưới đường cong AUC là 0,854, ngưỡng chẩn đoán tối ưu là $0,927 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$, với độ nhạy 96,8% và độ đặc hiệu 60%. **Kết luận:** Hình ảnh tổn thương không tạo khối và đồ thị động học dạng ngấm thuốc tăng dần/dạng cao nguyên và trị số trên ADC vùng u ở ngưỡng $0,927 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ là một số dấu hiệu trên cộng hưởng từ gợi ý chẩn đoán DCIS.

Từ khóa: Ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ, Cộng hưởng từ tuyến vú.

SUMMARY

MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF DUCTAL CARCINOMA IN SITU OF THE BREAST

Objective: This study aims to describe the MRI characteristics of ductal carcinoma in situ (DCIS) of the breast using a 1.5 Tesla MRI system. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted involving 195 breast cancer patients at the Diagnostic Imaging Center, K Hospital, from January 2024 to May 2025. The MRI features of both DCIS and invasive breast cancer lesions were analyzed and compared with histopathological findings. **Results:** The study included 195 patients with a total of 196 breast cancer lesions. Among these, DCIS accounted for 15.8% of the cases. DCIS lesions demonstrated a high prevalence of non-mass enhancement and progressive/plateau-type kinetic curves, observed in 58.1% and 67.7% of cases, respectively ($p < 0.05$). The mean apparent diffusion coefficient (ADC) value of DCIS lesions was significantly higher than that of invasive breast cancer lesions ($1.23 \pm 0.24 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ vs. $0.91 \pm 0.21 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$, $p < 0.05$). The area under the ROC curve (AUC) for diagnosing DCIS was 0.854. At the ADC threshold of $0.927 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$, the sensitivity and specificity were found to be 96.8% and 60%, respectively. **Conclusion:** Non-mass enhancement, progressive/plateau kinetic curve patterns, and ADC values above $0.927 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ are imaging features indicative of DCIS.

Keywords: Ductal carcinoma in situ, breast MRI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thi

Email: nvanthi@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

Ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ (Ductal Carcinoma In Situ – DCIS) là sự tăng sinh của các tế bào ác tính còn giới hạn trong lòng ống tuyến, chưa xâm nhập qua màng đáy¹. Mặc dù quá trình phát triển của DCIS chưa được hiểu rõ hoàn toàn, nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy nếu không được điều trị, tổn thương có thể phát triển thành ung thư vú xâm nhập trong vòng 10 năm. Do đó, DCIS được xem là tổn thương tiền xâm nhập cần được phát hiện và can thiệp sớm². Nhờ sự phát triển của các chương trình sàng lọc bằng chụp nhũ ảnh, tỷ lệ phát hiện DCIS ngày càng tăng, chiếm khoảng 15%–20% trong các trường hợp ung thư vú mới mắc. Trên ảnh chụp nhũ ảnh, DCIS thường biểu hiện dưới dạng vi vôi hóa (85%–90%), tuy nhiên phương pháp này có hạn chế nhất định trong đánh giá mức độ lan rộng và ranh giới tổn thương, đặc biệt ở phụ nữ có mô tuyến vú dày hoặc đặt túi độn thẩm mỹ. Hơn nữa, hạn chế của chụp nhũ ảnh là đánh giá chưa chính xác kích thước thực của DCIS. Chụp cộng hưởng từ tuyến vú có tiêm thuốc tương phản đã được chứng minh ưu thế vượt trội trong phát hiện ung thư vú, đặc biệt ở phụ nữ trẻ hoặc có nguy cơ cao. Phương tiện này không chỉ giúp phát hiện tổn thương DCIS có hoặc không có vi vôi hóa trên nhũ ảnh và cả các ung thư xâm nhập kích thước nhỏ không thấy trên lâm sàng và các phương tiện hình ảnh khác. Ngoài vai trò chẩn đoán bệnh, cộng hưởng từ tuyến vú còn hỗ trợ xếp giai đoạn chính xác, phát hiện tổn thương đa ổ, tuyến vú đối bên, và góp phần định hướng chiến lược điều trị. Do DCIS liên quan đến nguy cơ tái phát thấp, tiên lượng tốt hơn ung thư biểu mô ống tuyến vú xâm nhập (IDC), nên việc nhận diện được trước điều trị bằng cộng hưởng từ giúp phân biệt giữa DCIS và IDC có thể mang lại giá trị lâm sàng thiết thực^{3,4}. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Mô tả các đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ trên cộng hưởng từ 1.5 Tesla có tiêm thuốc đối quang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 195 bệnh nhân nữ được chẩn đoán ung thư vú điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2024 đến tháng 05/2025, với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân nữ được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến vú trên mô bệnh học sau sinh thiết kim lõi hoặc sau phẫu thuật; được chụp cộng hưởng từ vú 1.5 Tesla có tiêm thuốc tương phản trước điều trị.
- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân nữ có

tiền sử can thiệp điều trị tại tuyến vú; không được chụp cộng hưởng từ vú không đạt yêu cầu kỹ thuật và chất lượng theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu thuận tiện

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2024 đến tháng 05/2025, tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K

Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu
 - o Tuổi
 - o Vị trí tổn thương
 - o Típ mô bệnh học ung thư vú: Ung thư vú thể ống tại chỗ; ung thư vú xâm nhập tại chỗ.
- Đặc điểm hình ảnh trên cộng hưởng từ tuyến vú: Tổn thương được mô tả theo hệ thống thuật ngữ phân loại chẩn đoán hình ảnh tuyến vú Hoa Kỳ, phiên bản 5, 2013.
 - o Dạng tổn thương: Dạng khối (có/ không), Tổn thương ngấm thuốc không tạo khối (có/không), chấm (có/không)
 - Đặc điểm tổn thương dạng khối: Hình dạng, đường bờ, tính chất ngấm thuốc
 - Đặc điểm tổn thương ngấm thuốc không tạo khối: Phân bố, tính chất ngấm thuốc
 - o Đồ thị động học tổn thương
 - o Trị số nhỏ nhất trên ADC vùng u.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý, phân tích trên phần mềm SPSS 26.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và giá trị lớn nhất. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng phép kiểm định Chi-square và Fisher's Exact. So sánh giá trị trung bình biến định lượng giữa hai nhóm độc lập bằng test kiểm định T-Test với phân phối chuẩn và Mann-Whitney U-Test với biến phân phối không chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân ung thư vú. Tất cả dữ liệu đều được xử lý khoa học, khách quan, trung thực và bảo mật thông tin cá nhân đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 195 nữ bệnh nhân với 196 tổn thương ung thư vú. 01 trường hợp có tổn thương ung thư vú hai bên, chiếm 0,5%. Ung thư biểu mô ống tại chỗ chiếm 15,8% (31/196),

trong khi các UTV xâm nhập chiếm 84,2% (165/196). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $50,4 \pm 10,6$ tuổi. Kích thước trung bình các khối

u là $26,5 \pm 19,6$ mm. Không có sự khác biệt về kích thước tổn thương giữa hai nhóm UTV xâm nhập và UTV tại chỗ ($p > 0,05$).

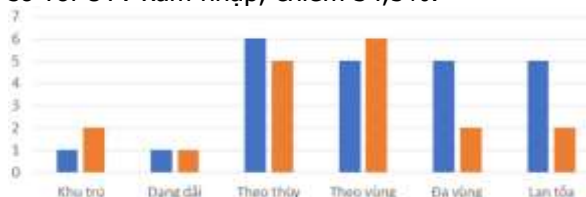
Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh chung trên cộng hưởng từ của ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ (n=196)

Hình ảnh CHT	Mô bệnh học	n	UTV tại chỗ (n=31)	UTV xâm nhập (n=165)	p
Hình dạng	Tạo khối	155	13	142	<0,001
	Không tạo khối	41	18	23	
Đồ thị động học u vú	Tăng dần or cao nguyên	76	21	55	0,001
	Thải thuốc	120	10	110	

Chi-square Test

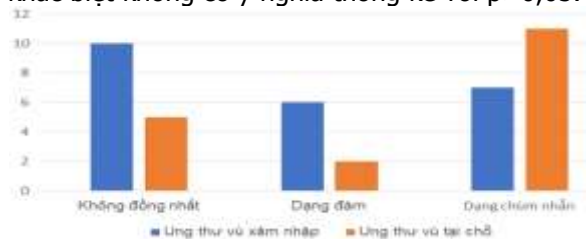
DCIS có tỷ lệ tổn thương không tạo khối cao hơn so với UTV xâm nhập, chiếm lần lượt 58,1% và 13,9%, ($p < 0,05$). Đồng thời, UTV tại chỗ cũng có tỷ lệ đường cong ngấm thuốc động học dạng tăng dần hoặc cao nguyên cao hơn, ở mức 67,7% so với 33,3% ở nhóm UTV xâm nhập, ($p < 0,05$).

Phân tích đặc điểm hình ảnh 155 tổn thương dạng khối, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm hình thái và ngấm thuốc giữa UTV tại chỗ và xâm nhập. Về đường bờ, 100% các tổn thương DCIS có đường bờ không đều hoặc tua gai, trong đó 76,9% các trường hợp có bờ không đều, cao hơn so với UTV xâm nhập, chiếm 34,5%.



Biểu đồ 1: Đặc điểm phân bố của tổn thương không tạo khối giữa UTV thể ống tại chỗ và UTV xâm nhập (n=41)

Các tổn thương UTV thể ống tại chỗ thường biểu hiện dưới dạng phân bố theo vùng hoặc theo thùy, ít xuất hiện trong nhóm phân bố lan tỏa hoặc đa vùng, chỉ chiếm 16,7% (4/24), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 2: Đặc điểm ngấm thuốc của tổn thương không tạo khối giữa UTV thể ống tại chỗ và UTV xâm nhập (n=41)

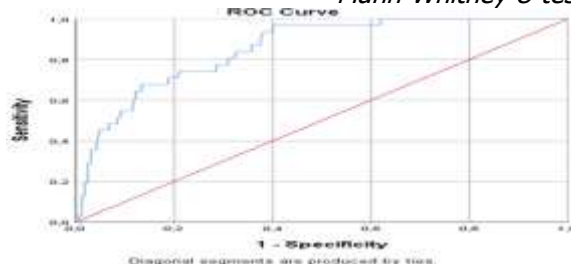
Tỷ lệ các tổn thương không tạo khối ngấm thuốc dạng chòm nhàn trong nhóm UTV thể ống

tại chỗ cao hơn so với UTV xâm nhập, tương ứng là 61,1% và 30,4%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2: Mối liên quan trị số trung bình trên ADC vùng u ở bệnh nhân ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ (n=196)

	n	Trị số trung bình trên ADC vùng u ($\times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$)	p
UTV tại chỗ	31	$1,23 \pm 0,24$	<0,001
UTV xâm nhập	165	$0,91 \pm 0,21$	
Tổng	196	$0,964 \pm 0,245$	

Mann-Whitney U test



Biểu đồ 3: Giá trị của trị số trung bình trên ADC vùng u trong chẩn đoán ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ (n=196)

Trị số trung bình trên ADC vùng u ở nhóm DCIS là $1,23 \pm 0,24 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$, cao hơn so với nhóm xâm nhập ($0,91 \pm 0,21 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$) với $p < 0,001$. Nghiên cứu sử dụng đường cong ROC đánh giá giá trị của trị số trung bình trên ADC vùng u trong chẩn đoán UTV thể ống tại chỗ với diện tích dưới đường cong AUC là 0,854. Trị số trung bình trên ADC vùng u tối ưu ở ngưỡng 0,927 ($\times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$) cho độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 96,8% và 60%.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán phân biệt các tổn thương ung thư vú tại chỗ và xâm nhập là một vấn đề thường gặp trong lâm sàng, ngay cả khi dựa trên kết quả sinh thiết kim lõi có thể đánh giá dưới mức hoặc quá mức độ xâm nhập của ung thư vú. Việc phân biệt hai nhóm giải phẫu bệnh này, không chỉ giúp xác định giai đoạn mà còn giúp lập kế

hoạch điều trị phù hợp, đồng thời dự báo tiên lượng bệnh nhân ung thư vú. Kết quả của nghiên cứu chúng tôi cho thấy trên cộng hưởng từ, nhóm mắc ung thư vú tại chỗ có biểu hiện dưới dạng tổn thương ngấm thuốc không tạo khối, hoặc các tổn thương có đồ thị động học ngấm thuốc dạng tăng dần hoặc cao nguyên với tỷ lệ cao hơn, khi so sánh với nhóm ung thư vú xâm nhập. Đồng thời, các khối u tại chỗ có trị số trên ADC vùng u cao hơn đáng kể so với ung thư vú xâm nhập. Sử dụng trị số trên ADC vùng u có thể giúp dự báo ung thư vú tại chỗ với độ nhạy 96,8% và độ đặc hiệu 60% khi sử dụng ngưỡng tối ưu $0,927 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tổn thương ngấm thuốc không tạo khối ở nhóm ung thư vú tại chỗ là 58,1%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm UTV xâm nhập chỉ ở mức 13,9% ($p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với nghiên cứu của Sara Mohamed và cs năm 2024 phân tích trên 66 bệnh nhân có tổn thương ngấm thuốc không tạo khối trên CHT, cho thấy ở các tổn thương ác tính, DCIS là loại ung thư thường gặp nhất với tỷ lệ 40,6%⁵. Phân tích đặc điểm phân bố tổn thương, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đặc điểm phân bố theo thùy hoặc theo vùng là hình ảnh thường gặp của các ung thư biểu mô ống tại chỗ. Điều này phù hợp khi các DCIS có mối liên quan chặt chẽ đến các ống dẫn sữa, gây ra hình ảnh tổn thương không tạo khối trên CHT theo thùy đặc trưng, tùy thuộc vào số lượng ống dẫn sữa bị ảnh hưởng và độ mô học của khối u⁶.

Phân tích đặc điểm động học của tổn thương, nghiên cứu này cho thấy, các DCIS có tỷ lệ đồ thị dạng thái thuốc thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với các ung thư vú xâm nhập, chiếm tỷ lệ lần lượt là 32,3% và 66,7%. Nghiên cứu của Schnall và cs cho kết quả tương tự với tỷ lệ DCIS có đồ thị thái thuốc thấp chỉ ở mức 20%. Các DCIS có xu hướng biểu hiện dưới dạng đồ thị tăng dần hoặc cao nguyên, giống các tổn thương lành tính hơn so với các ung thư xâm nhập. Nghiên cứu của Janssen và cs, các tổn thương DCIS thực nghiệm trên chuột cho thấy thuốc đối quang từ gadolinium khi tiêm vào chuột sẽ phân bố lan tỏa từ mạch máu sang mô xung quanh, qua màng đáy và cuối cùng vào trong ống tuyến có tổn thương DCIS⁷. Tốc độ ngấm thuốc cũng như động học của khối u phụ thuộc rất lớn vào tính thấm của màng đáy trong các tổn thương DCIS. Vì vậy, một số tác giả cho rằng chẩn đoán phân biệt DCIS và các tổn thương lành tính trên CHT nên dựa trên các đặc điểm hình thái hơn là các đặc điểm về động học.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sử dụng chuỗi xung khuếch tán với trị số nhỏ nhất đo trên ADC vùng u là một phương pháp tốt trong phân biệt các tổn thương DCIS và IDC với diện tích dưới đường cong là 0,854. Các tổn thương DCIS có trị số tối thiểu trên ADC vùng u cao hơn so với các ung thư vú xâm nhập. Nghiên cứu của Zhao và cs cho kết quả tương tự với trị số trên ADC vùng u tối thiểu của hai nhóm này lần lượt là $1.24 \pm 0.17 \times 10^{-3}$ and $(1.0 \pm 0.16) \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ ⁸. Giá trị ADC-min trung bình của DCIS cao hơn ung thư xâm lấn có thể do các tế bào ung thư của DCIS chủ yếu lây lan trong ống dẫn sữa với mật độ tế bào thấp hơn ung thư xâm lấn, trong khi ung thư xâm lấn là một khối u đặc và có khoảng không gian ngoại bào nhỏ hơn⁹.

Mặc dù nghiên cứu này đã đạt được một số kết quả đáng chú ý, tuy nhiên nó vẫn còn tồn tại một số hạn chế nhất định: Thứ nhất, nghiên cứu được tiến hành đơn trung tâm, cách chọn mẫu thuận tiện, số người bệnh nhân mắc DCIS chưa đủ lớn, nên nghiên cứu đặc điểm hình ảnh công hưởng từ chưa đạt được mô hình chẩn đoán tối ưu để phân biệt giữa tổn thương DCIS và IDC. Thứ hai, một số nghiên cứu chỉ ra rằng giá trị ADC thể tích toàn bộ u có thể phân biệt tốt hơn giữa các IDC, DCIS và thể hỗn hợp IDC-DCIS, tuy nhiên do hạn chế về phương tiện nghiên cứu cũng như cách lấy mẫu hồi cứu, nghiên cứu của chúng tôi chỉ giới hạn trong đánh giá trị số nhỏ nhất trên ADC vùng u, một phương pháp đơn giản và khả thi hơn trong điều kiện của đề tài¹⁰.

V. KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ là một phương pháp hình ảnh có giá trị trong chẩn đoán phân biệt các tổn thương ung thư vú thể ống tại chỗ với các ung thư vú xâm nhập. Một số dấu hiệu trên cộng hưởng từ tuyến vú giúp gợi ý chẩn đoán DCIS bao gồm: hình ảnh tổn thương không tạo khối, đồ thị động học dạng tăng dần/cao nguyên và trị số trên ADC vùng u trên ngưỡng $0,927 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pinder SE.** Ductal carcinoma in situ (DCIS): pathological features, differential diagnosis, prognostic factors and specimen evaluation. *Modern pathology: an official journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc.* May 2010;23 Suppl 2:S8-13. doi:10.1038/modpathol.2010.40
2. **Erbas B, Provenzano E, Armes J, Gertig D.** The natural history of ductal carcinoma in situ of the breast: a review. *Breast cancer research and treatment.* May 2006;97(2):135-44. doi:10.1007/s10549-005-9101-z
3. **Kerlikowske K, Molinaro A, Cha I, et al.** Characteristics associated with recurrence among

- women with ductal carcinoma in situ treated by lumpectomy. Journal of the National Cancer Institute. Nov 19 2003;95(22):1692-702. doi:10.1093/jnci/djg097
4. **Kuzmiak CM, Sharpe RE, Jr., Lewin AA, et al.** ACR Appropriateness Criteria[®]; Imaging of Ductal Carcinoma in Situ (DCIS). Journal of the American College of Radiology. 2025;22(5):S274-S299. doi:10.1016/j.jacr.2025.02.027
 5. **Mohamed S, Elhamd EA, Attia NM.** Non-mass enhancement on breast MRI: Clues to a more confident diagnosis. Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine. 2024/05/02 2024;55(1):87. doi:10.1186/s43055-024-01231-0
 6. **Grimm LJ, Rahbar H, Abdelmalak M, Hall AH, Ryser MD.** Ductal Carcinoma in Situ: State-of-the-Art Review. Radiology. Feb 2022;302(2):246-255. doi:10.1148/radiol.211839
 7. **Jansen SA, Paunesku T, Fan X, et al.** Ductal carcinoma in situ: X-ray fluorescence microscopy and dynamic contrast-enhanced MR imaging reveals gadolinium uptake within neoplastic mammary ducts in a murine model. Radiology. Nov 2009;253(2): 399-406. doi:10.1148/radiol.2533082026
 8. **Zhao S, Shao G, Chen P, et al.** Diagnostic performance of minimum apparent diffusion coefficient value in differentiating the invasive breast cancer and ductal carcinoma in situ. Journal of Cancer Research and Therapeutics. 2019;15(4)
 9. **Cheng L, Bai Y, Zhang J, et al.** Optimization of apparent diffusion coefficient measured by diffusion-weighted MRI for diagnosis of breast lesions presenting as mass and non-mass-like enhancement. Tumour biology: the journal of the International Society for Oncodevelopmental Biology and Medicine. Jun 2013;34(3):1537-45. doi:10.1007/s13277-013-0682-6
 10. **Park GE, Kim SH, Kim EJ, Kang BJ, Park MS.** Histogram analysis of volume-based apparent diffusion coefficient in breast cancer. Acta radiologica (Stockholm, Sweden: 1987). Nov 2017; 58(11): 1294-1302. doi:10.1177/0284185117694507

KHẢO SÁT HỘI CHỨNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 BẰNG BỘ CẦU HỎI GERD-Q

Soy Samon¹, Nguyễn Thị Vân Hồng¹, Vũ Hải Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm khảo sát tỷ lệ, triệu chứng lâm sàng và điểm GERD-Q ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và đánh giá mối liên quan giữa điểm GERD-Q với một số đặc điểm của bệnh đái tháo đường típ 2. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, thực hiện trên 300 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú tại Khoa Nội Tiết – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025. Các thông tin được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp, thu thập thông tin trên hồ sơ, bệnh án của bệnh nhân và điền vào bệnh án nghiên cứu. Các thông tin được nhập vào phần mềm Excel và được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. **Kết quả:** Triệu chứng GERD thường gặp của các là ợ nóng (46,7%), ợ trớ (42,3%) và khó ngủ vào ban đêm (59,7%). Các triệu chứng này xuất hiện trong khoảng 1-3 ngày/tuần. Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán GERD khi lấy ngưỡng cắt GERD-Q ≥ 8 điểm là 7,0%. Nhóm tuổi (≥ 65 và < 65) và bệnh lý suy tim kèm theo là những yếu tố có liên quan tới điểm GERD-Q (p lần lượt là 0,019 và 0,013). **Kết luận:** Tỷ lệ chẩn đoán GERD bằng bộ câu hỏi GERD-Q trong nghiên cứu của này khá thấp do các triệu chứng bị lu mờ trong bệnh cảnh của bệnh đái tháo đường típ 2. Cần khai thác kỹ các triệu chứng GERD trên nhóm bệnh nhân

này để có thái độ quản lý và điều trị phù hợp.

Từ khóa: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản, GERD-Q, đái tháo đường típ 2

SUMMARY

ASSESSMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS USING THE GERD-Q QUESTIONNAIRE

Objective: To investigate the prevalence, clinical symptoms, and GERD-Q scores in patients with type 2 diabetes mellitus, and to evaluate the association between GERD-Q scores and certain characteristics of type 2 diabetes mellitus. **Subjects and Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 300 inpatients diagnosed with type 2 diabetes mellitus at the Department of Endocrinology, Hanoi Medical University Hospital, from September 2024 to June 2025. Data was collected through direct interviews, review of medical records, and documented in research case report forms. All data were entered into Microsoft Excel and analyzed using SPSS software version 26.0. **Results:** Common GERD symptoms included heartburn (46.7%), regurgitation (42.3%), and nighttime sleep disturbances (59.7%), typically occurring 1–3 days per week. The proportion of patients diagnosed with GERD using a GERD-Q cut-off ≥ 8 was 7.0%. Age group (≥ 65 vs. < 65 years) and concomitant heart failure were significantly associated with GERD-Q scores ($p = 0.019$ and $p = 0.013$, respectively). **Conclusion:** The prevalence of GERD diagnosed using the GERD-Q questionnaire in this study was relatively low, possibly due to symptom overshadowing within the clinical context of type 2

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Soy Samon

Email: samonsoy1@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

diabetes mellitus. A thorough assessment of GERD symptoms in this patient population is warranted to ensure appropriate management.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, GERD-Q, type 2 diabetes mellitus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (Gastroesophageal Reflux Disease – GERD) là một vấn đề sức khỏe đáng được chú ý và ngày càng phổ biến ở nhiều nơi trên thế giới với tỷ lệ hiện mắc dao động giữa các khu vực địa lý. Cơ chế gây ra GERD do suy giảm các cơ chế chống trào ngược bình thường (ví dụ như chức năng cơ thắt thực quản dưới, dây chằng hoành thực quản), thay đổi hoạt động sinh lý bình thường (như suy giảm nhu động thực quản, tăng áp lực trong dạ dày, tăng chênh lệch áp lực bụng-ngực) hoặc đôi khi do bài tiết acid dạ dày quá mức (hội chứng Zollinger-Ellison). Các yếu tố thuận lợi và nguy cơ của GERD bao gồm: chế độ ăn và lối sống (stress, lối sống tĩnh tại, thừa cân, béo phì, uống nước giải khát có gas, cà phê, uống rượu bia, hút thuốc...), sử dụng thuốc (thuốc ức chế kênh calci, kháng cholinergic, chống viêm không steroid, biphosphonate, kháng sinh, bổ sung kali...) hoặc mang thai. Ngoài ra, GERD còn liên quan đến các bệnh lý như đái tháo đường, béo phì, hội chứng chuyển hóa, các bệnh tim mạch, ngừng thở khi ngủ, các bệnh của đường tiêu hóa như hội chứng ruột kích thích.

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến trên toàn cầu.

Bệnh nhân (BN) ĐTĐ thường phải đối mặt với nhiều biến chứng khác nhau, trong đó có rối loạn vận động đường tiêu hóa. Cơ chế bệnh sinh của GERD trên bệnh nhân (BN) ĐTĐ là kết quả của yếu tố cộng gộp như: biến chứng thần kinh gây tổn thương thần kinh tự động; tăng đường máu do ĐTĐ không kiểm soát, béo phì... tất cả dẫn đến tình trạng trì trệ vận động đường tiêu hóa, giảm nhu động dạ dày thực quản, liệt dạ dày (gastroparesis), từ đó có thể dẫn đến các triệu chứng của GERD.

Trên thế giới, tỷ lệ mắc GERD trên quần thể người bệnh ĐTĐ khá cao, dao động từ 28,3% đến 48,7% tùy thuộc vào vùng địa lý và tiêu chuẩn chẩn đoán GERD.¹⁻⁸ Tại Việt Nam hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá mối tương quan giữa hai bệnh lý hay gặp này, do vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: “Khảo sát bệnh trào ngược dạ dày thực quản trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2” với bộ câu hỏi GERD-Q với 2 mục tiêu: (1) Khảo sát tỷ lệ, triệu chứng lâm sàng và điểm GERD-Q ở BN ĐTĐ típ 2; (2) Đánh giá mối liên quan giữa điểm GERD-Q với một số đặc điểm của bệnh ĐTĐ típ 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 300 BN ĐTĐ típ 2 điều trị nội trú tại Khoa Nội Tiết – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN mắc ĐTĐ típ 2; được đánh giá GERD theo bộ câu hỏi GERD-Q.

Bảng 2.1: Bộ câu hỏi GERD-Q

Câu hỏi		Không có	1 ngày	2-3 ngày	4-7 ngày
Trong vòng 7 ngày qua					
Câu hỏi về triệu chứng	1. Cảm giác nóng rát sau xương ức (giữa ngực) (ợ nóng)	0	1	2	3
	2. Cảm thấy chất lỏng hoặc thức ăn trong dạ dày ợ lên đến họng hoặc miệng (ợ trớ)	0	1	2	3
	3. Đau ở vùng thượng vị (khu vực dạ dày)	0	1	2	3
	4. Buồn nôn, nôn	0	1	2	3
Câu hỏi về mức độ tác động	5. Ngủ không ngon vì triệu chứng ợ nóng và/hoặc ợ trớ	0	1	2	3
	6. Phải dùng thêm thuốc (ví dụ như Gaviscon, Phosphalugel, Maalox ...) để điều trị ợ nóng và/hoặc ợ trớ	0	1	2	3
Điểm về mức độ tác động					
Tổng điểm					
Chẩn đoán GERD khi điểm GERD-Q ≥ 8 điểm					

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có những bất thường về thực quản (bất thường giải phẫu, đã phẫu thuật thực quản, các bệnh lý thực quản khác đi kèm); trào ngược dạ dày thực quản do các nguyên nhân thực thể (tắc ruột cao, u dạ dày, hẹp môn vị...); có bệnh lý nặng, cấp tính

kết hợp (đột cấp suy tim, chảy máu tiêu hóa cấp, suy thận tiến triển, tăng huyết áp cấp cứu, bồng đường tiêu hóa trên do acid, kiềm...); có loét dạ dày, hành tá tràng; có thai; hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Tất cả BN điều trị nội trú tại Khoa Nội Tiết thỏa mãn toàn bộ các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp thu thập thông tin: Phòng văn trực tiếp, thu thập thông tin trên hồ sơ, bệnh án của bệnh nhân và điền vào bệnh án nghiên cứu. Các thông tin thu thập được nhập vào phần mềm Excel.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Biến định tính được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Kiểm định Shapiro-Wilk được sử dụng để kiểm định tính chuẩn của biến định lượng. Biến định lượng có phân bố chuẩn được mô tả bằng: Trung bình (TB) $\pm$ độ lệch chuẩn (SD), biến không có phân bố chuẩn được mô tả bằng: Trung vị [khoảng tứ

phân vị]. Sử dụng các test thống kê phù hợp để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm. Các kết quả có sự khác biệt khi $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu không làm thay đổi chẩn đoán và điều trị của người bệnh. Mọi thông tin của người bệnh được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

300 BN ĐTĐ típ 2 tham gia nghiên cứu có đặc điểm: Độ tuổi trung vị là 62, nhóm tuổi chiếm đa số là từ 60 đến 79 tuổi với số lượng $n=156$, chiếm 52,0%. Đa số BN là nam giới với số lượng $n=177$, chiếm 59,0% và có nghề nghiệp là nông dân ($n=257$, 85,7%). Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung vị của đối tượng nghiên cứu là 22,2 kg/m², hầu hết BN có thể trạng trung bình với BMI nằm ở nhóm 18,5 đến 22,9 kg/m² ($n=146$, chiếm 48,7%).

Bảng 3.1: Tần suất xuất hiện các triệu chứng GERD theo GERD-Q

Triệu chứng	Không có n (%)	1 ngày n (%)	2-3 ngày n (%)	4-7 ngày n (%)
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Ợ nóng	160 (53,3)	102 (34,0)	38 (12,7)	0 (0,0)
Ợ trớ	173 (57,7)	90 (30,0)	37 (12,3)	0 (0,0)
Đau thượng vị	229 (76,3)	65 (21,7)	6 (2,0)	0 (0,0)
Buồn nôn	229 (76,3)	57 (19,0)	14 (4,7)	0 (0,0)
Ngủ không ngon vì cảm giác nóng rát ợ nóng và/hoặc ợ trớ	121 (40,3)	74 (24,7)	105 (35,0)	0 (0,0)
Phải dùng thêm thuốc (ví dụ như Gaviscon, Phosphalugel, Maloox...) để điều trị ợ nóng và/hoặc ợ trớ	238 (79,3)	46 (15,3)	16 (5,3)	0 (0,0)

Triệu chứng GERD thường gặp là ợ nóng (46,7%), ợ trớ (42,3%) và khó ngủ vào ban đêm (59,7%), xuất hiện trong khoảng 1-3 ngày trước thời điểm phỏng vấn. Các triệu chứng khác như đau thượng vị, buồn nôn, phải dùng thêm thuốc để điều trị ợ nóng và hoặc ợ trớ ít gặp.

Bảng 3.2: Tổng điểm theo GERD-Q và tỷ lệ GERD theo tổng điểm GERD-Q

Tổng điểm GERD-Q	n	%
Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	2,0 [0,0; 5,0]	

≤ 4 điểm	222	74,0
5 - 7 điểm	57	19,0
≥ 8 điểm	21	7,0
Tổng	300	100

Trung vị của tổng điểm GERD-Q trong nghiên cứu này là 2 điểm. Nhóm BN có tổng điểm GERD-Q ≤ 4 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất với số lượng là 222 BN, chiếm 74,0%. Tỷ lệ BN được chẩn đoán GERD khi lấy ngưỡng cắt GERD-Q ≥ 8 điểm là 7,0% (21/300 BN).

Bảng 3.3: Môi tương quan giữa các đặc điểm lâm sàng với điểm GERD-Q

Đặc điểm		Tổng điểm GERD-Q		p
		<8 điểm	≥ 8 điểm	
Tuổi (năm)	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	61,0 [53,0; 69,5]	67,0 [55,0; 70,0]	0,249*
	< 65	166 (55,3%)	7 (2,3%)	0,019**
	≥ 65	113 (37,7%)	14 (4,7%)	
Giới	Nam	165 (55,0%)	12 (4,0%)	0,858**
	Nữ	114 (38,0%)	9 (3,0%)	
BMI (kg/m ²)	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	22,3 [20,3; 24,2]	21,0 [20,2; 25,2]	0,922*
	≥ 21	184 (61,3%)	10 (3,3%)	0,090**
	< 21	95 (31,7%)	11 (3,7%)	
Hút thuốc	Không	164 (54,7%)	14 (4,7%)	0,478**

	Có	115 (38,3%)	7 (2,3%)	
Uống rượu	Không	209 (69,7%)	17 (5,7%)	0,793***
	Có	70 (23,3%)	4 (1,3%)	
Tăng huyết áp	Không	125 (41,7%)	9 (3,0%)	0,863**
	Có	154 (51,3%)	12 (4,0%)	
Suy tim	Không	278 (92,7%)	19 (6,3%)	0,013***
	Có	1 (0,3%)	2 (0,7%)	
Rối loạn lipid máu	Không	138 (46,0%)	7 (2,3%)	0,154**
	Có	141 (47,0%)	14 (4,7%)	

*Mann-Whitney U test, **Test khi bình phương (X^2 test), ***Fisher's Exact Test

Nhóm tuổi (≥ 65 và < 65) và bệnh lý suy tim kèm theo là những yếu tố có liên quan tới điểm GERD-Q ($p < 0,05$). Chỉ số khối cơ thể BMI với ngưỡng cắt 21kg/m^2 và bệnh lý rối loạn lipid máu là những yếu tố có xu hướng liên quan với tổng điểm GERD-Q (giá trị p gần 0,05).

Bảng 3.4: Môi trường quan giữa các đặc điểm của ĐTD tip 2 với điểm GERD-Q

Đặc điểm		Tổng điểm GERD-Q		p
		<8 điểm	≥ 8 điểm	
Thời gian chẩn đoán ĐTD (tháng)	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	48,0 [4,0; 120,0]	60,0 [24,0; 132,0]	0,332*
	≤ 24	115 (38,3%)	6 (2,0%)	0,465**
	24 - 59	43 (14,3%)	4 (1,7%)	
	≥ 60	121 (40,3%)	11 (3,7%)	
HbA1c máu (%)	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	11,0 [9,6; 12,4]	11,1 [9,5; 12,2]	0,906*
	≤ 7	16 (5,3%)	1 (0,3%)	0,921**
	7 - 10	70 (23,3%)	6 (2,0%)	
	≥ 10	193 (64,4%)	14 (4,7%)	
Biến chứng do ĐTD	Không	135 (45,0%)	9 (3,0%)	0,625**
	Có	144 (48,0%)	12 (4,0%)	
Biến chứng mắt	Không	199 (66,3%)	14 (4,7%)	0,650**
	Có	80 (24,7%)	7 (2,3%)	
Biến chứng thận	Không	247 (82,3%)	19 (6,3%)	1,000***
	Có	32 (10,7%)	2 (0,7%)	
Biến chứng tim mạch	Không	221 (73,7%)	16 (5,3%)	0,743**
	Có	58 (19,3%)	5 (1,7%)	
Biến chứng thần kinh	Không	149 (49,7%)	13 (4,3%)	0,451**
	Có	130 (43,3%)	8 (2,7%)	
Nhóm thuốc ĐTD theo đường dùng	Chỉ dùng thuốc viên đường uống	119 (39,7%)	13 (4,3%)	0,087**
	Cần dùng Insulin đường tiêm	160 (53,3%)	8 (2,7%)	
Biguanide (Metformin)	Không	125 (41,6%)	7 (2,3%)	0,307**
	Có	154 (51,3%)	14 (4,7%)	
Sulfonylurea (SU)	Không	203 (67,7%)	14 (4,7%)	0,547**
	Có	76 (25,3%)	7 (2,3%)	
Thiazolidinedione (TZD)	Không	278 (92,7%)	21 (7,0%)	1,000***
	Có	1 (0,3%)	0 (0,0%)	
Ức chế DPP-4	Không	259 (86,3%)	19 (6,3%)	0,659***
	Có	20 (6,7%)	2 (0,7%)	
Ức chế SGLT-2	Không	267 (89,0%)	20 (6,7%)	1,000***
	Có	12 (4,0%)	1 (0,3%)	

*Mann-Whitney U test, **Test khi bình phương (X^2 test), ***Fisher's Exact Test

Tất cả các đặc điểm của bệnh lý ĐTD tip 2 trong nghiên cứu này đều không có tương quan với điểm GERD-Q ($p > 0,05$). Điều trị ĐTD tip 2 bằng cần sử dụng Insulin đường tiêm là yếu tố có xu hướng liên quan tới điểm GERD-Q (p gần 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, triệu chứng thường

gặp của GERD là ợ nóng (46,7%), ợ trớ (42,3%) và khó ngủ vào ban đêm (59,7%), xuất hiện trong khoảng 1-3 ngày/tuần. Kết quả này khá tương đồng so với nghiên cứu của Medhi và cộng sự (ợ trớ và ợ nóng là hai triệu chứng phổ biến nhất với 28,6 và 25,3%.⁶ Nghiên cứu của Notazira trên BN ĐTD tip 2 cao tuổi ở Indonesia cũng cho thấy ợ trớ là triệu chứng phổ biến nhất

ở nhóm GERD (76,5%), ợ nóng là triệu chứng phổ biến thứ hai với 52,9%.⁴

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ chẩn đoán GERD ở BN ĐTĐ tip 2 theo bộ câu hỏi GERD-Q với ngưỡng cắt ngang 8 điểm là 7,0% (21/300 BN). Tỷ lệ này thấp hơn khá nhiều so các nghiên cứu của Notariza và cộng sự (28,3%), AlTassan và cộng sự (44,9%), Mehdi và cộng sự (48,7%), Horikawa và cộng sự (29,0%).⁴⁻⁷ Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi vì chúng tôi đánh giá triệu chứng của GERD trên quần thể BN ĐTĐ tip 2 nhập viện điều trị nội trú, mức độ kiểm soát bệnh lý ĐTĐ tip 2 không tốt, biểu hiện qua nồng độ HbA1c trong máu rất cao, tỷ lệ BN phải điều trị bằng thuốc viên kết hợp và/hoặc Insulin cao, BN có nhiều biến chứng của bệnh ĐTĐ, đặc biệt là biến chứng thần kinh. Tình trạng tổn thương thần kinh do ĐTĐ có thể làm lu mờ các triệu chứng GERD điển hình, người bệnh có thể mắc GERD nhưng không cảm thấy ợ nóng, ợ trớ rõ ràng, từ đó làm giảm tỷ lệ chẩn đoán GERD các triệu chứng lâm sàng bằng bộ câu hỏi (GERD-Q). Ngoài ra, một điểm khác cần lưu ý khi so sánh các kết quả là cách thức chẩn đoán GERD giữa các nghiên cứu là khác nhau, do vậy, tỷ lệ GERD không giống nhau. Các nghiên cứu thường sử dụng các bộ câu hỏi chuẩn hóa để chẩn đoán GERD dựa trên triệu chứng (ví dụ như GERD-Q và QUEST) sẽ có những hạn chế nhất định.

Khi phân tích các yếu tố nguy cơ độc lập cho GERD ở BN ĐTĐ, chúng tôi ghi nhận kết quả tuổi từ 65 trở lên và bệnh lý suy tim kèm theo là các yếu tố có liên quan với tỷ lệ mắc GERD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kết quả này tương tự như kết quả của AlTassan và cộng sự và nghiên cứu của Natalini và cộng sự.^{1,5} Sự không nhất quán về đặc điểm tuổi và với GERD ở BN ĐTĐ có thể do nhiều yếu tố, bao gồm đặc điểm dân số (ví dụ tuổi trung bình của mẫu, thời gian mắc ĐTĐ), phương pháp nghiên cứu và các yếu tố gây nhiễu khác. Sự liên hệ giữa tuổi cao và GERD được giải thích bởi nhiều cơ chế bệnh sinh tiềm ẩn. Tuổi tác có thể làm giảm nhu động thực quản, suy yếu trương lực cơ thắt thực quản dưới, giảm tiết nước bọt và bicarbonate, suy yếu cơ hoành và tăng tỷ lệ thoát vị hoành. Mối liên quan giữa các bệnh lý kèm theo như bệnh tim mạch (tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, nhồi máu cơ tim, đột quỵ...), bệnh lý hô hấp (bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính...), bệnh lý chuyển hóa (rối loạn lipid máu...) với GERD cũng không có sự đồng nhất giữa các nghiên cứu với nhau.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng GERD thường gặp của các BN trong nghiên cứu là ợ nóng, ợ trớ và khó ngủ vào ban đêm, xuất hiện trong khoảng 1-3 ngày/tuần. Tỷ lệ BN được chẩn đoán GERD khi lấy ngưỡng cắt GERD-Q ≥ 8 điểm là 7,0%. Nhóm tuổi (≥ 65 và < 65) và bệnh lý suy tim kèm theo là những yếu tố có liên quan tới điểm GERD-Q.

Tỷ lệ chẩn đoán GERD bằng bộ câu hỏi GERD-Q trong nghiên cứu của này khá thấp có thể do các triệu chứng bị lu mờ trong bệnh cảnh của bệnh đái tháo đường tip 2. Do vậy cần khai thác kỹ các triệu chứng GERD trên nhóm bệnh nhân này để có thái độ điều trị quản lý và phù hợp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Natalini J, Palit A, Sankineni A, Friedenber FK.** Diabetes mellitus is an independent risk for gastroesophageal reflux disease among urban African Americans. *Dis Esophagus*. 2015;28(5): 405-411. doi:10.1111/dote.12213
2. **Sun XM, Tan JC, Zhu Y, Lin L.** Association between diabetes mellitus and gastroesophageal reflux disease: A meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2015;21(10): 3085-3092. doi:10.3748/wjg.v21.i10.3085
3. **Suwita C, Benny B, Mulyono D, et al.** Gastroesophageal reflux disease among type-2 diabetes mellitus patients in a rural area. *Medical Journal of Indonesia*. 2015;24. doi:10.13181/mji.v24i1.1164
4. **Notariza KR, Yusaryahya H, Karimah NS, Mansur AY, Adhiguna G, Tarigan TJ.** Gastroesophageal Reflux Disease among Elderly Type 2 Diabetes Mellitus in a Rural Area of Central Sulawesi: A Cross-sectional Study. *Diabetes Mellitus*. 2021;53(1).
5. **AlTassan FM, Al-Khowaiter SS, Alsubki HE, Alhamoud WA, Niazi AK, AlJarallah BM.** Prevalence of gastro-esophageal reflux in diabetic patients at a tertiary hospital in Central Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2020;41(2):151-156. doi:10.15537/smj.2020.2.24844
6. **Mehdi SM, Baig U, Iqbal MS.** Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease among Diabetic Patients at Sharif Medical City Hospital, Lahore, Pakistan. *AMJ*. 2023;10(2). doi:10.15850/amj.v10n2.2881
7. **Horikawa A, Ishii-Nozawa R, Ohguro M, et al.** Prevalence of GORD (gastro-oesophageal reflux disease) in Type 2 diabetes and a comparison of clinical profiles between diabetic patients with and without GORD. *Diabetic Medicine*. 2009;26(3): 228-233. doi:10.1111/j.1464-5491.2009.02671.x
8. **Kase H, Hattori Y, Sato N, Banba N, Kasai K.** Symptoms of gastroesophageal reflux in diabetes patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2008;79(2): e6-e7. doi:10.1016/j.diabres.2007.08.019

SO SÁNH GIÁ TRỊ COPENHAGEN VÀ CHỈ SỐ ROMA TRONG U BƯỒNG TRỨNG Ở PHỤ NỮ MÃN KINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quốc Tuấn¹, Nguyễn Hải Phương¹, Lê Quỳnh Thư²,
Nguyễn Phương Tú², Chu Quang Chiến², Lã Quế Lâm², Đặng Văn Tốt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của phụ nữ mãn kinh có u buồng trứng và so sánh giá trị chỉ số ROMA và Copenhagen (CPH-I) trong dự báo nguy cơ ác tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 211 bệnh nhân mãn kinh có u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (01/2023–01/2025). Các bệnh nhân được xét nghiệm CA-125, HE4 để tính chỉ số ROMA và CPH-I trước mổ. Kết quả mô bệnh học sau mổ được dùng làm tiêu chuẩn vàng đánh giá giá trị dự báo. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $64,2 \pm 8,7$; 55,4% không có triệu chứng. Có 10 ca (4,7%) là ung thư buồng trứng. Độ nhạy và đặc hiệu của ROMA lần lượt là 70,0% và 84,5%; của CPH-I là 70,0% và 79,6%. AUC của ROMA và CPH-I tương ứng là 0,749 và 0,733. **Kết luận:** Cả hai chỉ số đều hỗ trợ hiệu quả trong đánh giá nguy cơ ác tính u buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh. ROMA có độ đặc hiệu cao hơn, phù hợp triển khai tại tuyến chuyên khoa; CPH-I đơn giản, phù hợp với cơ sở tuyến đầu.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng, ROMA, Copenhagen Index, phụ nữ mãn kinh.

SUMMARY

COMPARATIVE DIAGNOSTIC VALUE OF ROMA AND COPENHAGEN INDEX IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH OVARIAN TUMORS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of postmenopausal women with ovarian tumors and to compare the diagnostic performance of the Risk of Ovarian Malignancy Algorithm (ROMA) and the Copenhagen Index (CPH-I) in predicting malignancy. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 211 postmenopausal women with ovarian tumors who underwent surgery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2023 to January 2025. Serum CA-125 and HE4 levels were measured preoperatively to calculate ROMA and CPH-I. Final histopathological results were used as the gold standard to assess diagnostic performance. **Results:** The mean age was 64.2 ± 8.7 years; 55.4% of patients were asymptomatic. There were 10 cases (4.7%) of ovarian cancer. ROMA showed a sensitivity

and specificity of 70.0% and 84.5%, respectively, while CPH-I showed 70.0% and 79.6%. The areas under the ROC curve (AUC) for ROMA and CPH-I were 0.749 and 0.733, respectively. **Conclusion:** Both ROMA and CPH-I demonstrated reasonable accuracy in predicting malignancy in postmenopausal women with ovarian tumors. ROMA, with higher specificity, is more suitable for use in specialized centers, whereas the simpler CPH-I may be appropriate for primary healthcare settings. **Keywords:** Ovarian cancer, ROMA, Copenhagen Index, postmenopausal women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những bệnh ung thư phụ khoa nghiêm trọng, với tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn cầu. Theo thống kê của GLOBOCAN (Global Cancer Observatory) năm 2022, ung thư buồng trứng đứng thứ 8 trong tổng 15 loại ung thư thường gặp ở phụ nữ với số ca mới mắc là 324.603 ca bệnh với 206.956 ca bệnh tử vong. Ước tính tới năm 2045, số lượng bệnh nhân mắc ung thư buồng trứng có thể tăng 46,9% với tỷ lệ tử vong tăng 58,9% [1]. Tại Việt Nam, số ca mới mắc được ghi nhận là 1534 với 1003 ca bệnh tử vong và ung thư buồng trứng là một trong số 10 loại ung thư gây tử vong nhiều nhất ở phụ nữ [1].

U buồng trứng lành tính thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, trong khi ung thư buồng trứng lại chủ yếu xuất hiện ở giai đoạn mãn kinh, với độ tuổi chẩn đoán trung bình khoảng 63 tuổi. Đáng lưu ý, tiên lượng bệnh có xu hướng xấu hơn khi được phát hiện ở độ tuổi cao. Mặc dù giai đoạn mãn kinh đi kèm với sự suy giảm mạnh của hormone sinh dục, nguy cơ ung thư ở phụ nữ sau mãn kinh vẫn tăng lên, chủ yếu do sự tích lũy tổn thương DNA theo thời gian và tác động của liệu pháp hormone thay thế [2]. Khác với một số ung thư phụ khoa khác như ung thư cổ tử cung hay ung thư vú, vốn đã có chiến lược sàng lọc hiệu quả, ung thư buồng trứng đến nay vẫn chưa có công cụ tầm soát hữu hiệu. Nguyên nhân một phần đến từ đặc điểm giải phẫu, do buồng trứng nằm sâu trong chậu hông, khó tiếp cận hơn các cơ quan khác như tuyến vú, cổ tử cung hay niêm mạc tử cung, khiến việc phát hiện tổn thương sớm gặp nhiều thách thức. Bên cạnh đó, các triệu chứng lâm sàng của ung thư buồng trứng thường mơ hồ, không đặc hiệu và dễ bị bỏ qua. Hệ quả là phần lớn các trường hợp ung thư buồng trứng được

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: BSNT Đặng Văn Tốt

Email: dangvantothmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, làm giảm đáng kể cơ hội sống sót: tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ còn khoảng 20 - 25% nếu chẩn đoán ở giai đoạn muộn, so với khoảng 90% khi phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm [3]. Do đó, việc phát triển các công cụ tầm soát hiệu quả nhằm phát hiện sớm ung thư buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh là nhu cầu cấp thiết, góp phần cải thiện tiên lượng và kết quả điều trị cho nhóm đối tượng này.

Năm 2009, Moore và cộng sự đã đề xuất thuật toán tính nguy cơ ác tính của u buồng trứng, hay ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm) dựa trên ba yếu tố: nồng độ CA125, HE4 và tình trạng hành kinh của bệnh nhân. Trong đó, công thức dành riêng cho phụ nữ mãn kinh được thiết kế để áp dụng hiệu quả cho nhóm đối tượng này [4]. Đến năm 2015, Karlsen và cộng sự giới thiệu chỉ số Copenhagen (CPH-I), được tính dựa trên nồng độ CA125, HE4 và tuổi bệnh nhân, thay vì tình trạng kinh nguyệt, với mục tiêu tăng độ chính xác trong dự đoán nguy cơ ung thư buồng trứng [5]. Sự ra đời của hai công cụ này đã mở ra nhiều triển vọng trong việc sàng lọc ung thư buồng trứng nhờ đặc điểm dễ thực hiện, không xâm lấn và mang tính khách quan. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu đã được thực hiện nhằm đánh giá và so sánh giá trị chẩn đoán của chỉ số ROMA và CPH-I trong phân biệt u buồng trứng lành tính và ác tính.

Nhằm góp phần vào nâng cao chất lượng sàng lọc và chẩn đoán ung thư buồng trứng trước phẫu thuật, đặc biệt là đối với nhóm phụ nữ mãn kinh dựa trên giá trị của ROMA và chỉ số Copenhagen, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở phụ nữ mãn kinh được chẩn đoán u buồng trứng tại Bệnh viện phụ sản Trung ương, đồng thời so sánh giá trị Copenhagen và ROMA trong dự báo nguy cơ ác tính ở nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân mãn kinh được chẩn đoán và điều trị u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 1 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân mãn kinh theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) được chẩn đoán u buồng trứng đã được phẫu thuật và đã có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u buồng trứng. Bệnh nhân được xét nghiệm CA125, HE4 trước phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân mãn kinh do cắt tử cung, cắt buồng trứng, hoặc do suy buồng trứng nguyên nhân sử dụng thuốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Thu thập các biến số cần có từ hồ sơ bệnh án phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Bước 2: Tính chỉ số ROMA theo công thức: $ROMA (\%) = \exp(PI) / [1 + \exp(PI)] * 100$

Trong đó PI là giá trị dự đoán, với PI cho phụ nữ mãn kinh được tính như sau:

$$PI = -8,09 + 1,04 * \ln(HE4) + 0,732 * \ln(CA125)$$

Bước 3: Tính chỉ số Copenhagen theo công thức: $PP = \exp(CPH-I) / [1 + \exp(CPH-I)] * 100$

Trong đó: $CPH-I = -14,0647 + 1,0649 * \log_2(HE4) + 0,6050 * \log_2(CA125) + 0,2672 * \text{Tuổi}/10$

Bước 4: Đối chiếu các chỉ số với kết quả mô bệnh học để tính toán và so sánh giá trị của chỉ số ROMA và Copenhagen

Bước 5: Phân tích mô tả các biến định lượng và định tính về đặc điểm bệnh nhân để đánh giá các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân

2.3. Xử lý số liệu. Phân tích và xử lý số liệu thu được bằng các thuật toán thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ %. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($X \pm SD$), giá trị lớn nhất (GTLN), giá trị nhỏ nhất (GTNN).

Tính p-value theo Fisher's Exact Test hoặc Chi-squared Test. Vẽ đường cong ROC của biến chỉ số ROMA, giá trị Copenhagen, HE4, CA125 sau khi phân loại kết quả mô bệnh học và tính diện tích dưới đường cong (AUC) cùng khoảng tin cậy 95%. Từ đó tìm ra điểm cut-off và độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp) của từng chỉ số.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 211 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu và thu được được kết quả như sau:

Bảng 1. Phân bố tuổi của nhóm nghiên cứu

Tuổi	Tổng	
	n	%
<55 tuổi	21	10%
55 – 60 tuổi	63	29,9%
>60 tuổi	127	60,2%
$X \pm SD$	64,2 $\pm$ 8,716	
GTNN-GTLN	50 - 90	

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,2 $\pm$ 8,716. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 50 tuổi, nhiều tuổi nhất là 90 tuổi.

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện		n	%
Có triệu chứng	Đau bụng	58	27,5%
	Sờ thấy khối	19	9%
	Bụng to nhanh	17	8,1%
	Rối loạn đại tiểu tiện	0	0%
Không triệu chứng	Tình cờ phát hiện	117	55,4%

Bệnh nhân đến khám do tình cờ phát hiện chiếm 117 bệnh nhân với tỷ lệ là 55,4%. Triệu chứng đau bụng được ghi nhận ở 58 bệnh nhân, chiếm 27,5%. Bệnh nhân vào viện vì sờ thấy khối gồm 19 bệnh nhân, chiếm 9%. Bệnh nhân vào viện vì thấy bụng to nhanh gồm 17 bệnh nhân, chiếm 8,1%. Không gặp bệnh nhân vào viện do rối loạn đại tiểu tiện.

Bảng 3. Đặc điểm kích thước khối u trên siêu âm

Kích thước (mm)	n	%
≤ 50 mm	52	24,6%
51 - 100 mm	132	62,6%
101 - 150 mm	15	7,1%
> 150 mm	12	5,7%
X ± SD	72,77 ± 38,19	
GTNN - GTLN	15 - 296	

Khối u có kích thước từ 51-100 được quan

Bảng 5. Diện tích dưới đường cong (AUC) và độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp) của các điểm cut-off của ROMA%

	Cut-off	Se (95%CI)	Sp (95%CI)	AUC	Std	95%CI
ROMA%	25,3	0,3 (0,016-0,584)	0,935 (0,901-0,969)	0,749	0,086	0,581-0,918
	15,66	0,7 (0,416-0,984)	0,845 (0,795-0,895)			

Diện tích dưới đường cong của ROMA% là 0,749 với khoảng tin cậy 95% là 0,581-0,918. Tại điểm cut-off 25,3, ROMA% có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0,3 và 0,935. Tại điểm cut-off 15,66, ROMA% có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0,7 và 0,845.

Bảng 6. Diện tích dưới đường cong và độ nhạy, độ đặc hiệu của các điểm cut-off của CPH-I

	Cut-off	Se (95%CI)	Sp (95%CI)	AUC	Std	95%CI
CPH-I	1	0,8 (0,552-1,048)	0,383 (0,315-0,450)	0,733	0,095	0,547-0,919
	2,56	0,7 (0,416-0,984)	0,796 (0,740-0,852)			
	3	0,6 (0,296-0,903)	0,836 (0,784-0,887)			

Diện tích dưới đường cong của CPH-I là 0,733 với khoảng tin cậy 95% là 0,547-0,919. Tại điểm cut-off là 1, CPH-I có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0,8 và 0,383. Tại điểm cut-off là 2,56, CPH-I có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0,7 và 0,796. Tại điểm cut-off là 3, CPH-I có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 0,6 và 0,836.

IV. BÀN LUẬN

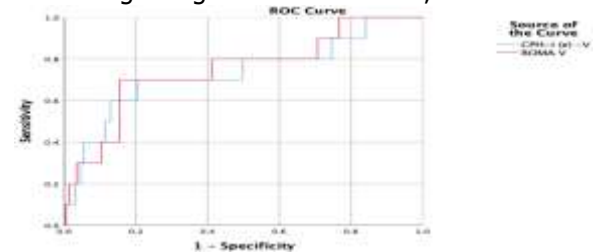
Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các bệnh nhân mãn kinh được chẩn đoán u buồng trứng, với độ tuổi trung bình là $64,2 \pm 8,716$, dao động từ 50 đến 90 tuổi. Cụ thể, trong các nghiên cứu

sát thấy ở 132 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 62,6%. Khối u có kích thước dưới 50 chiếm 24,6%. Kích thước trung bình của các khối u quan sát được trên siêu âm là 72,77 mm. Khối u lớn nhất quan sát được là 296mm, khối u nhỏ nhất là 15mm.

Bảng 4. Đặc điểm mô bệnh học

Kết quả giải phẫu bệnh	n	%
U lành tính	192	91%
U giáp biên	9	4,3%
Ung thư buồng trứng chưa di căn	8	3,8%
Ung thư buồng trứng đã di căn	2	0,9%
Tổng	211	100%

Khối u lành tính được ghi nhận ở 192 bệnh nhân, chiếm 91%. U giáp biên chiếm 4,3%. Ung thư buồng trứng chưa di căn chiếm 3,8% và ung thư buồng trứng đã di căn chiếm 0,9%.

**Biểu đồ 1. So sánh đường cong ROC của ROMA%, CPH-I**

của Trần Doãn Tú (2020), Nguyễn Hải Phương (2023) và Lê Trung Tín (2023), tuổi trung bình của bệnh nhân u ác tính đều cao hơn đáng kể so với nhóm u lành tính [6],[7],[8]. Điều này gợi ý rằng cần có những nghiên cứu và chiến lược riêng cho nhóm phụ nữ lớn tuổi, đặc biệt là mãn kinh.

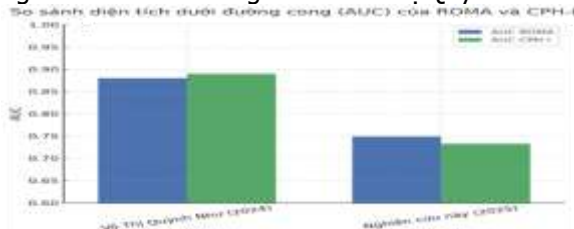
Bảng 7. So sánh phân bố tuổi bệnh nhân u buồng trứng trong một vài nghiên cứu

STT	Tác giả	Năm nghiên cứu	Tuổi trung bình u lành tính	Tuổi trung bình u ác tính
1	Trần Doãn Tú, Nguyễn	2020	35.2 ±15,2	50.5 ±15,7

	Vũ Quốc Huy ⁶			
2	Nguyễn Hải Phương và cộng sự ⁷	2023	35,86 ±11,65	53,55 ±15,16
3	Lê Trung Tín và cộng sự ⁸	2023	35,9 ±12,1	45,1 ±12,8

Về mặt lâm sàng, hơn một nửa bệnh nhân trong nghiên cứu (55,4%) không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe hoặc siêu âm. Điều này phản ánh tính chất âm thầm, không đặc hiệu của ung thư buồng trứng ở giai đoạn sớm và nhấn mạnh vai trò của các chỉ số sinh học trong sàng lọc. Kết quả siêu âm ghi nhận phần lớn khối u có kích thước trung bình đến lớn (51-100 mm), cho thấy bệnh nhân thường đến khám khi tổn thương đã phát triển đáng kể. Đối chiếu với kết quả mô bệnh học sau mổ, nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ u lành tính chiếm 91%, trong khi ung thư buồng trứng chiếm 4,7%, phù hợp với đặc điểm dịch tễ chung. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hải Phương và cộng sự (2023) là 290 người trong tổng số 337 người bệnh [7]. U giáp biên và các u ác tính có tỷ lệ thấp hơn một phần phụ thuộc vào cách thức lấy mẫu tự chọn của nghiên cứu. Đây là điểm cần cải thiện của nghiên cứu để có kết quả nghiên cứu chính xác hơn.

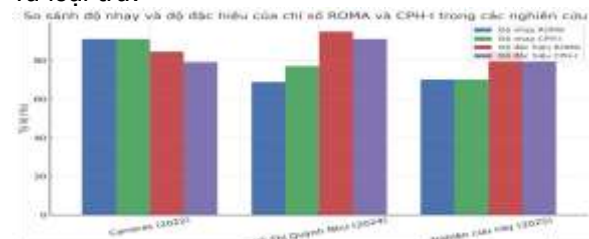
Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm cắt tối ưu của ROMA là 15,66% và điểm cắt tối ưu của CPH-I là 2,56%. Diện tích dưới đường cong (AUC) của ROMA và CPH-I lần lượt là 0,749 và 0,733. Mặc dù ROMA cho AUC nhỉnh hơn, tuy nhiên sự khác biệt không quá lớn. So với nghiên cứu của Võ Thị Quỳnh Như và cộng sự, trong đó AUC của ROMA và CPH-I lần lượt là 0,880 và 0,890 [9], kết quả của chúng tôi thấp hơn đáng kể. Điều này có thể phản ánh sự khác biệt về dân số nghiên cứu, tỷ lệ ác tính và chất lượng dữ liệu. Dưới đây là biểu đồ so sánh AUC giữa nghiên cứu của chúng tôi và Võ Thị Quỳnh Như.



Biểu đồ 2. So sánh AUC của ROMA và CPH-I trong các nghiên cứu gần đây^[9]

Khi đánh giá giá trị chẩn đoán, cả ROMA và CPH-I đều đạt độ nhạy 70% tại điểm cắt tối ưu. Tuy nhiên, ROMA cho độ đặc hiệu cao hơn (84,5% so với 79,6%) và AUC lớn hơn (0,749 so

với 0,733), cho thấy khả năng phân biệt bệnh nhỉnh hơn. Dù vậy, độ nhạy của cả hai chỉ số vẫn thấp hơn so với một số nghiên cứu đã công bố trước đây. Chẳng hạn, nghiên cứu của Carreras và cộng sự (2022) ghi nhận ROMA có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 91,1% và 84,6%, trong khi CPH-I cho thấy độ nhạy 91,1% với độ đặc hiệu 79,2% [10]. Tương tự, Võ Thị Quỳnh Như và cộng sự (2024) báo cáo độ nhạy/độ đặc hiệu của ROMA đạt 68,85%/95,01% và CPH-I đạt 77,05%/91,08% [9]. Lý giải cho sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu ung thư còn hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng như sự khác nhau giữa tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.



Biểu đồ 3. So sánh độ nhạy và độ đặc hiệu của ROMA và CPH-I trong các nghiên cứu khảo sát giá trị của hai chỉ số này^{[9],[10]}

Đáng chú ý, điểm cắt 25,3 của ROMA đạt độ đặc hiệu rất cao (93,5%) nhưng độ nhạy chỉ còn 30%, do đó không phù hợp cho mục tiêu sàng lọc. Ngược lại, điểm cắt thấp của CPH-I như 1% mang lại độ nhạy cao (80%) dù độ đặc hiệu thấp (38,3%). Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lựa chọn điểm cắt phù hợp tùy theo mục tiêu lâm sàng - sàng lọc hay chẩn đoán xác định.

Tổng thể, kết quả nghiên cứu cho thấy ROMA và CPH-I đều có thể áp dụng trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam với mức độ chính xác chấp nhận được, đặc biệt khi lựa chọn điểm cắt phù hợp theo mục tiêu chẩn đoán hay sàng lọc. Tuy nhiên, cần những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để có những kết luận rõ ràng hơn khi so sánh ROMA và CPH-I.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng của ung thư buồng trứng thường mơ hồ và không đặc hiệu. ROMA và CPH-I thể hiện độ nhạy và độ đặc hiệu tốt tại điểm cut-off 15,66 và 2,56. ROMA và chỉ số Copenhagen có cùng độ nhạy nhưng độ đặc hiệu của ROMA cao hơn. Diện tích dưới đường cong của ROMA cao hơn không đáng kể so với CPH-I. Vì vậy, chỉ số Copenhagen và ROMA có thể giúp phân tầng nguy cơ ung thư buồng trứng một cách đơn giản, khách quan, rẻ tiền, có thể áp dụng trên lâm sàng. CPH-I phù hợp sàng lọc tại

tuyến cơ sở nhờ công thức đơn giản (dùng tuổi), trong khi ROMA phù hợp tại các cơ sở có điều kiện xét nghiệm HE4 và CA125, hoặc để hỗ trợ chẩn đoán xác định trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed July 12, 2025.
2. Ovejero-Sánchez M, González-Sarmiento R, Herrero AB. DNA Damage Response Alterations in Ovarian Cancer: From Molecular Mechanisms to Therapeutic Opportunities. *Cancers*. 2023;15(2):448. doi:10.3390/cancers15020448
3. Bonifácio VDB. Ovarian Cancer Biomarkers: Moving Forward in Early Detection. In: Serpa J, ed. Tumor Microenvironment: The Main Driver of Metabolic Adaptation. Springer International Publishing; 2020:355-363. doi:10.1007/978-3-030-34025-4_18
4. Moore RG, McMeekin DS, Brown AK, et al. A novel multiple marker bioassay utilizing HE4 and CA125 for the prediction of ovarian cancer in patients with a pelvic mass. *Gynecol Oncol*. 2009; 112(1): 40-46. doi:10.1016/j.ygyno.2008. 08.031
5. Karlsen MA, Høgdall EVS, Christensen IJ, et al. A novel diagnostic index combining HE4, CA125 and age may improve triage of women with suspected ovarian cancer — An international multicenter study in women with an ovarian mass. *Gynecol Oncol*. 2015;138(3):640-646. doi:10.1016/j.ygyno.2015.06.021
6. Trần Doãn Tú, Nguyễn Vũ Quốc Huy. So sánh chỉ số Copenhagen với chỉ số ROMA trong dự báo tiên phẫu ung thư buồng trứng. *Tạp Chí Phụ Sản*. 2020;18(3): 41-48. doi:10.46755/vjog.2020. 3.1145
7. Nguyễn Hải Phương và cộng sự. Khảo sát chỉ số Copenhagen trên bệnh nhân u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;524(2). doi:10.51298/vmj. v524i2.4874
8. Lê Trung Tín và cộng sự. Giá trị xét nghiệm CA125, HE4 và roma test trong chẩn đoán ung thư buồng trứng tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu. *Tạp chí Dược học Cần Thơ*. 2023;(69):7-14. doi:10.58490/ctump.2023i69.2110
9. Vo TQN, Tran DT, Nguyen TTN, Vo VD, Le MT, Nguyen VQH. Diagnostic performances of the Ovarian Adnexal Reporting and Data System, the Risk of Ovarian Malignancy Algorithm, and the Copenhagen Index in the preoperative prediction of ovarian cancer: a prospective cohort study. *J Gynecol Oncol*. 2024;36(2):e30. doi:10.3802/jgo. 2025.36.e30
10. Carreras-Dieguez N, Glickman A, Munmany M, et al. Comparison of HE4, CA125, ROMA and CPH-I for Preoperative Assessment of Adnexal Tumors. *Diagn Basel Switz*. 2022;12(1):226. doi:10.3390/diagnostics12010226

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VÀ TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA PSEUDOMONAS AERUGINOSA PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Châu Minh Đăng¹, Trương Thiên Phú²,
Huỳnh Minh Tuấn^{1,3}, Châu Minh Quỳnh¹

TÓM TẮT

Pseudomonas aeruginosa là vi khuẩn Gram âm thường gặp trong môi trường bệnh viện, đặc biệt ở những người bệnh nặng. Tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn này đang là vấn đề đáng báo động toàn cầu, được WHO (2024) xếp vào tác nhân gây bệnh quan trọng, ưu tiên cao. Tại Việt Nam, tỷ lệ kháng các nhóm kháng sinh chủ lực như carbapenem, fluoroquinolone và aminoglycoside đang ở mức cao, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến cuối như bệnh viện Chợ Rẫy. **Mục tiêu:** khảo sát đặc điểm dịch tễ học,

phân bố lâm sàng và tình hình kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* phân lập tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2023 đến tháng 7/2024. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện với 90 chủng *P. aeruginosa* phân lập từ bệnh phẩm lâm sàng. Vi khuẩn được định danh và kiểm tra kháng sinh bằng hệ thống Vitek2 Compact và phương pháp vi pha loãng với colistin, phiên giải theo tiêu chuẩn CLSI M100-2024. **Kết quả:** tỷ lệ phân lập *P. aeruginosa* cao ở nam giới (81,1%) và nhóm tuổi ≥60 (41,1%). Loại nhiễm khuẩn phổ biến nhất là đường hô hấp (34,4%) và thường gặp ở Khối Ngoại 45,6%. Tỷ lệ kháng kháng sinh rất cao: levofloxacin và ticarcillin-clavulanic acid (75,6%), imipenem (72,2%), meropenem và ciprofloxacin (71,1%), ceftazidime và cefepime (68,9%). Colistin có tỷ lệ kháng thấp nhất (1,1%). Không có sự khác biệt thống kê về tỷ lệ kháng kháng sinh theo giới tính và nhóm tuổi. **Kết luận:** tình trạng kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* tại Bệnh viện Chợ Rẫy có tỷ lệ kháng kháng sinh cao, đòi hỏi tăng cường quản lý sử dụng kháng sinh, kiểm soát nhiễm khuẩn và giám sát kháng thuốc để hạn

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

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Châu Minh Quỳnh

Email: quynh.cm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

chế sự lan rộng của các chủng đa kháng.

Từ khóa: P. aeruginosa, kháng kháng sinh, bệnh viện Chợ Rẫy.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF PSEUDOMONAS AERUGINOSA ISOLATES AT CHO RAY HOSPITAL

Pseudomonas aeruginosa is a Gram-negative bacterium commonly found in hospital environments, especially among critically ill patients undergoing invasive procedures. Its increasing antibiotic resistance poses a global health threat, with the World Health Organization (2024) classified as an important, high priority pathogen. In Vietnam, resistance rates to key antibiotic groups such as carbapenems, fluoroquinolones, and aminoglycosides are notably high, particularly in tertiary hospitals like Cho Ray hospital. **Objectives:** This study aimed to investigate the epidemiological characteristics, clinical distribution, and antibiotic resistance patterns of *P. aeruginosa* isolates collected at Cho Ray Hospital from November 2023 to July 2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 90 *P. aeruginosa* isolates obtained from clinical specimens. Bacterial identification and antibiotic susceptibility testing were performed using the Vitek2 Compact system and broth microdilution for colistin, interpreted according to CLSI M100–2024 guidelines. **Results:** The majority of isolates were from male patients (81.1%), those aged ≥ 60 years (41.1%) and in surgical wards (45.6%). Respiratory tract infections were the most common (34.4%), followed by skin and soft tissue infections (30%). High resistance rates were observed for levofloxacin and ticarcillin–clavulanic acid (75.6%), imipenem (72.2%), meropenem and ciprofloxacin (71.1%), and third- and fourth-generation cephalosporins (68.9%). Colistin showed the lowest resistance rate (1.1%). No statistically significant differences in resistance rates were found between genders or age groups ($p > 0.05$). **Conclusion:** The prevalence of antibiotic-resistant *P. aeruginosa* at Cho Ray Hospital is notably high, underscoring the urgency of antimicrobial stewardship. These findings underscore the urgent need for strengthened antimicrobial stewardship, infection control measures, and resistance surveillance to curb the spread of multidrug-resistant strains. **Keywords:** *P. aeruginosa*, antibiotic resistance, Cho Ray hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* (P. aeruginosa) là trực khuẩn Gram âm, không lên men đường, di động, có khả năng phát triển trong môi trường ẩm và có sẵn trong môi trường bệnh viện. P. aeruginosa là nguyên nhân chính gây các bệnh nhiễm khuẩn cơ hội, đặc biệt ở người bệnh suy giảm miễn dịch, thở máy, hoặc có can thiệp xâm lấn^{1,2}. P. aeruginosa thường gặp trong các trường hợp nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn vết mổ, viêm

phổi liên quan thở máy và nhiễm khuẩn tiết niệu¹. Tình trạng kháng kháng sinh của P. aeruginosa là vấn đề báo động trên toàn thế giới, được WHO (2024) xếp vào nhóm tác nhân gây bệnh quan trọng, ưu tiên cao trong nghiên cứu và phát triển kháng sinh mới³. Ở Việt Nam, nhiều nghiên cứu có tỷ lệ kháng carbapenem dao động từ 60–74%, fluoroquinolone và aminoglycoside trên 50% tại các bệnh viện lớn^{1,2}. Bệnh viện Chợ Rẫy là bệnh viện điều trị tuyến cuối khu vực phía Nam, đặc biệt là những trường hợp bệnh nặng, có nhiều can thiệp xâm lấn cũng như tần suất sử dụng kháng sinh cao, tạo điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện và phát triển của các chủng P. aeruginosa kháng thuốc. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này không chỉ giúp cập nhật các dữ liệu dịch tễ học, mà còn cung cấp cơ sở khoa học quan trọng nhằm định hướng chiến lược kiểm soát nhiễm khuẩn và quản lý sử dụng kháng sinh hiệu quả, góp phần hạn chế sự gia tăng của các chủng vi khuẩn đa kháng trong bệnh viện. Với mục tiêu nghiên cứu: (1) Khảo sát đặc điểm dịch tễ học và phân bố lâm sàng. (2) Xác định tỷ lệ kháng kháng sinh của P. aeruginosa phân lập được tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các chủng vi khuẩn P. aeruginosa phân lập được tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ tháng 11/2023 – 7/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chí chọn mẫu: Chủng P. aeruginosa được phân lập từ người bệnh điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Tiêu chí loại trừ: Chủng P. aeruginosa được bác sĩ vi sinh, bác sĩ lâm sàng đánh giá ngoại nhiễm.

Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu

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

sai số cho phép ước tính là $d = 0,1$; tỷ lệ ước tính $p = 0,654^4$ (tỷ lệ P. aeruginosa kháng carbapenem tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Bắc Giang năm 2023 tác giả Nguyễn Thị Thu Thủy). Cỡ mẫu nghiên cứu sau khi làm tròn: 90 mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: Định danh và xác định tính nhạy cảm kháng sinh của P. aeruginosa trên hệ thống máy Vitek2 compact bằng thẻ định danh GN và thẻ kháng sinh N240.

Tính nhạy cảm với colistin được xác định bằng kỹ thuật vi pha loãng trong môi trường lỏng, sử dụng khay FRCOL Sensititre® (Thermo Fisher Scientific™, Hoa Kỳ) theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Phiên giải kết quả kháng sinh theo tiêu chuẩn CLSI M100-2024.

Thu thập, xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Stata 14.0/Excel.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh số 1810/GCN-HĐĐĐ ngày 05 tháng 06 năm 2024 của Bệnh viện Chợ Rẫy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng thu thập mẫu bệnh phẩm

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng thu thập mẫu bệnh phẩm

Đặc điểm		Tần số (n=90)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	72	81,1
	Nữ	18	18,9
Nhóm tuổi	Dưới 20 tuổi	2	2,2
	Từ 20 tuổi đến dưới 40 tuổi	21	22,3
	Từ 40 tuổi đến dưới 60 tuổi	30	33,3
	Từ 60 tuổi trở lên	37	41,1
	Tuổi trung bình ± độ lệch chuẩn	52,8±16,1	-
Loại nhiễm khuẩn	Nhiễm khuẩn đường hô hấp	31	34,4
	Nhiễm khuẩn da, mô mềm	27	30,0
	Nhiễm khuẩn tiết niệu	13	14,4
	Nhiễm khuẩn khác	13	14,4
	Nhiễm khuẩn huyết	6	6,7
Khoa Điều trị	Khối Ngoại	41	45,6
	Khối Nội	36	40
	Khoa Hồi sức	13	14,4

Nhận xét: Nam giới có tỷ lệ phân lập được *P. aeruginosa* chiếm ưu thế rõ rệt so với nữ (81,1% so với 18,9%). Tuổi trung bình của người bệnh là 52,8 ± 16,1. Nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (41,1%) và chiếm thấp nhất là nhóm dưới 20 tuổi là 2,2%. Loại nhiễm khuẩn phổ biến nhất là nhiễm khuẩn đường hô hấp (34,4%), tiếp đến là nhiễm khuẩn da và mô mềm (40%). Nhiễm khuẩn tiết niệu (14,4%), nhiễm khuẩn khác (14,4%) và nhiễm khuẩn huyết chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,7%. Về phân bố Khoa điều trị thì tỷ lệ phân lập được tại khối

Ngoại cao nhất là 45,6%, tiếp đến khối Nội chiếm 40%, và Khoa Hồi sức là 14,4%.

3.2. Tình hình kháng kháng sinh của *P. aeruginosa*

Bảng 2: Tình hình kháng kháng của *P. aeruginosa* (n=90)

Kháng sinh	N (%)		
	Đề kháng (R)	Nhạy cảm (S)	Trung gian (I)
Levofloxacin	68 (75,6)	20 (20,2)	2 (2,2)
Ticarcillin-clavulanic acid	68 (75,6)	7 (7,8)	15 (16,7)
Imipenem	65 (72,2)	25 (27,8)	0
Meropenem	64 (71,1)	26 (28,9)	0
Ciprofloxacin	64 (71,1)	20 (22,2)	6 (2,7)
Ceftazidime	62 (68,9)	27 (30)	1 (1,1)
Cefepime	62 (68,9)	26 (28,9)	2 (2,2)
Tobramycin	61 (67,8)	29 (32,2)	0
Piperacillin-tazobactam	59 (65,5)	26 (29)	5 (5,5)
Colistin	1 (1,1)	-	89 (98,9)

Nhận xét: Tỷ lệ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* với các kháng sinh levofloxacin, ticarcillin-clavulanic acid là 75,6%; imipenem 72,2%; meropenem 71,1%; ciprofloxacin 71,1%; ceftazidime và cefepime là 68,9%; tobramycin (67,8%) và piperacillin-tazobactam (65,5%). Colistin có tỷ lệ kháng thấp chỉ 1,1% và kháng trung gian 98,9%.

3.3. Mối liên quan giữa tính kháng kháng sinh với giới tính và nhóm tuổi

Bảng 3: Tỷ lệ *P. aeruginosa* kháng kháng sinh theo giới tính (N=90)

Kháng sinh	n (%)			p
	Nam (n=72)	Nữ (n=18)	Tổng (N=90)	
Levofloxacin	55 (76,4)	13 (72,2)	68 (75,6)	0,713
Ticarcillin/clavulanic acid	54 (75,0)	15 (83,3)	69 (76,7)	0,499
Imipenem	52 (72,2)	13 (72,2)	65 (72,2)	1,000
Meropenem	51 (70,8)	13 (72,2)	64 (71,1)	0,818
Ciprofloxacin	51 (70,8)	13 (72,2)	64 (71,1)	0,907
Ceftazidime	48 (66,7)	14 (77,8)	62 (68,9)	0,362
Cefepime	48 (66,7)	14 (77,8)	62 (68,9)	0,362
Tobramycin	47 (65,3)	14 (77,8)	61 (67,8)	0,576
Piperacillin-tazobactam	47 (65,3)	12 (66,7)	59 (65,5)	0,912

Nhận xét: Đa số tỷ lệ kháng kháng sinh ở nữ giới cao hơn nam giới, nhưng sự khác biệt không đáng kể. Giá trị p > 0,05, cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính nam và nữ.

Bảng 4: Tỷ lệ *P. aeruginosa* kháng kháng sinh theo nhóm tuổi (N=90)

Kháng sinh	n (%)					p
	1-20 tuổi	21-40 tuổi	41-60 tuổi	>60 tuổi	Tổng	

	(n= 2)	(n=21)	(n=30)	(n=37)	(N=90)	
Levofloxacin	1 (50)	19 (90,5)	22 (73,3)	26 (70,3)	68 (75,6)	0,275
Ticarcillin–clavulanic acid	1 (50)	18 (85,7)	23 (76,7)	28 (75,7)	68 (75,6)	0,565
Imipenem	1(50)	17 (81,0)	21 (70,0)	26 (70,3)	65 (72,2)	0,698
Meropenem	1 (50)	17 (81,0)	20 (66,7)	26 (70,3)	64 (71,1)	0,606
Ciprofloxacin	1 (50)	19 (90,5)	19 (63,3)	25 (67,6)	64 (71,1)	0,146
Ceftazidime	1 (50)	16 (76,2)	22 (73,3)	23 (62,2)	62 (68,9)	0,591
Cefepime	1 (50)	17 (81,0)	21 (70,0)	23 (62,2)	62 (68,9)	0,465
Tobramycin	1 (50)	16 (76,2)	19 (63,3)	25 (67,6)	61 (67,8)	0,726
Piperacillin–tazobactam	1 (50)	16 (76,2)	20 (66,7)	22 (59,5)	59 (65,5)	0,595

Nhận xét: Tỷ lệ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* theo nhóm tuổi cho thấy mức độ kháng cao nhất tập trung ở nhóm tuổi từ 21–40 tuổi, đặc biệt với levofloxacin, ciprofloxacin (90,5%). Nhóm 1–20 tuổi có tỷ lệ kháng thấp nhất, tuy nhiên số lượng mẫu rất nhỏ (n=2), không đủ để đưa ra kết luận chính xác. Giá trị $p > 0,05$, cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng thu thập mẫu bệnh phẩm. Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tỷ lệ phân lập *P. aeruginosa* ở nam giới chiếm ưu thế rõ rệt (81,1%) so với nữ giới (18,9%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,8 \pm 16,1$, trong đó nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (41,1%). Những đặc điểm này phù hợp với bản chất của *P. aeruginosa* là một tác nhân gây nhiễm khuẩn cơ hội, thường gặp ở các đối tượng có hệ miễn dịch suy giảm, bệnh nền mạn tính hoặc có can thiệp y tế như đặt catheter, thở máy, hoặc điều trị kháng sinh kéo dài^{2,5,6}. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Nghi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận (2023), tỷ lệ phân lập *P. aeruginosa* ở nam giới là 72,7%⁶. Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Thị Đoàn Trinh tại Bệnh viện C Đà Nẵng (2023) cũng ghi nhận tỷ lệ nhiễm *P. aeruginosa* cao nhất ở nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi (83,7%)⁵, và nghiên cứu của Nguyễn Văn An tại Bệnh viện Quân Y 103 (2024) cho tỷ lệ này là 51,4%⁷. Điều này cho thấy sự nhất quán về đặc điểm dịch tễ học của vi khuẩn này tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh và trung ương⁵. Do đó, người bệnh càng lớn tuổi sức đề kháng càng yếu, vì thế sẽ là đối tượng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao hơn những người bệnh có độ tuổi trẻ⁴. Việc nhận diện đặc điểm dịch tễ học này có ý nghĩa quan trọng trong công tác kiểm soát nhiễm khuẩn, giúp định hướng các biện pháp phòng ngừa chủ động, tối ưu hóa sử dụng kháng sinh và giảm thiểu nguy cơ lan truyền các chủng vi khuẩn kháng thuốc.

Phân bố theo loại nhiễm khuẩn cho thấy *P.*

aeruginosa thường gây nhiễm khuẩn đường hô hấp (34,4%). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Ngọc và cộng sự (2017), viêm phổi bệnh viện là một trong những biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất của vi khuẩn này². Nghiên cứu của Phan Thị Hoài Trân tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ (2021) cho thấy tỷ lệ *P. aeruginosa* gây nhiễm khuẩn hô hấp là chủ yếu (44,2%)⁸. Nghiên cứu của Nguyễn Văn An tại Bệnh viện Quân Y 103 (2024) với tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp là 29,3%⁹. Thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Nghi (2023) cho thấy tỷ lệ *P. aeruginosa* gây nhiễm khuẩn hô hấp là chủ yếu với 63,4%⁶. Điều này cho thấy sự tương đồng giữa các bệnh viện lớn với nhau và *P. aeruginosa* là tác nhân chính gây nên nhiễm khuẩn hô hấp ở người bệnh.

Những dữ liệu này cho thấy *P. aeruginosa* là một tác nhân gây bệnh quan trọng trong bệnh viện, đặc biệt ở khối Ngoại (45,6%), nơi có nhiều người bệnh nặng và can thiệp y tế. Việc nhận diện sớm các yếu tố dịch tễ học và phân bố lâm sàng của vi khuẩn này có ý nghĩa quan trọng trong việc định hướng chẩn đoán, lựa chọn mẫu bệnh phẩm phù hợp và xây dựng chiến lược kiểm soát nhiễm khuẩn hiệu quả.

4.2. Tình hình kháng kháng sinh của *P. aeruginosa*. Về tình hình đề kháng kháng sinh của *P. aeruginosa*, được xem là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện. *P. aeruginosa* gây ra nhiều loại bệnh nhiễm trùng mắc phải tại các khoa ICU và Ngoại Khoa bao gồm các đợt bùng phát nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm trùng đường tiết niệu và nhiễm trùng máu¹⁰. Trong nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Chợ Rẫy, tỷ lệ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* ghi nhận ở mức rất cao đối với hầu hết các nhóm kháng sinh chính đang được sử dụng trên lâm sàng, phản ánh mức độ nghiêm trọng của vấn đề kháng thuốc tại một bệnh viện tuyến cuối nơi mà tiếp nhận nhiều người bệnh nặng. Với tỷ lệ kháng kháng sinh vượt trên 65% đối với hầu hết các kháng sinh thường dùng như levofloxacin, ciprofloxacin, imipenem,

meropenem và nhóm cephalosporin thế hệ 3–4 (ceftazidime, cefepim). Đặc biệt, nhóm fluoroquinolone-vốn từng là lựa chọn ưu tiên trong điều trị nhiễm khuẩn liên quan P. aeruginosa- thì nay tỷ lệ kháng rất cao: ciprofloxacin và levofloxacin đều trên 70%. Tương tự, nhóm β -lactam như ticarcillin-clavulanic acid và nhóm carbapenem cũng ghi nhận tỷ lệ kháng trên 70%, gây khó khăn cho lựa chọn điều trị.

Tỷ lệ đề kháng với ciprofloxacin và levofloxacin lần lượt là 71,1% và 75,6%, cao hơn phần lớn các nghiên cứu của Nguyễn Văn An (2024) với tỷ lệ kháng 66,1% và 66,4%⁷, Nguyễn Vinh Nghi (2023) báo cáo thấp hơn với ciprofloxacin 22,2%, levofloxacin 37,5%⁶. Sự thay đổi của tỷ lệ kháng kháng sinh của P. aeruginosa được quan sát thấy trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác có thể là do các yếu tố dịch tễ học địa phương đa dạng, sự khác biệt trong thực hành sử dụng kháng sinh, sự khác biệt trong môi trường chăm sóc và các chương trình quản lý kháng sinh.

Tỷ lệ kháng đối với ceftazidime và cefepime đều ở mức cao 68,9%. So với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy (2023) với tỷ lệ kháng lần lượt là 59,3% và 60,5%⁴; Nguyễn Thị Đoan Trinh (2023) báo cáo mức kháng thấp hơn khoảng 46,5%⁵. Tình trạng kháng cephalosporin có thể lý giải bởi việc sử dụng phổ biến nhóm thuốc này trong điều trị ban đầu, dẫn đến áp lực chọn lọc lớn. Đồng thời, các chủng P. aeruginosa tại ICU, Ngoại Khoa có thể đã tích lũy nhiều cơ chế kháng β -lactam (bao gồm cả AmpC β -lactamase nội tại và các loại ESBL mắc phải), làm giảm hiệu lực điều trị của ceftazidime và cefepime.

Còn kháng sinh piperacillin-tazobactam và ticarcillin-clavulanic acid có tỷ lệ kháng lần lượt là 65,5% và 75,6%. Trong khi đó, nghiên cứu của Dương Thùy Ngân (2024) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM ghi nhận tỷ lệ kháng với piperacillin-tazobactam chỉ 8,3%¹. Như vậy, tình trạng sử dụng kháng sinh β -lactam kết hợp không còn hiệu quả như trước, đặc biệt ở người bệnh nặng. Tiếp theo, tobramycin vẫn được xem là lựa chọn phối hợp hiệu quả trong điều trị vi khuẩn Gram âm và chúng tôi ghi nhận tỷ lệ kháng là 67,8%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Văn An (2024) là 49,5%⁷, Nguyễn Thị Đoan Trinh (2023) là 44,2%⁵. Có thể do các yếu tố bao gồm lạm dụng kháng sinh, thực hành kiểm soát nhiễm trùng không đầy đủ, nhập viện kéo dài và giám sát hạn chế ở từng đơn vị có thể là những lý do có thể dẫn đến sự gia tăng mức độ kháng kháng sinh.

Kháng sinh nhóm carbapenem được xem là kháng sinh "lựa chọn cuối" cho điều trị P. aeruginosa đa kháng, tuy nhiên hiệu lực đang bị suy giảm nhanh chóng. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ kháng với imipenem là 72,2%, meropenem là 71,1%. Mức kháng này cao hơn so với kết quả của Nguyễn Văn An (2024) với tỷ lệ kháng imipenem 58,9% và meropenem 57,8%⁷, Dương Thùy Ngân (2024) tỷ lệ này lần lượt là 65% và 56,7%¹, Nguyễn Thị Đoan Trinh (2023) tỷ lệ meropenem (44,2%), imipenem (41,9)%⁵. Mức đề kháng cao trong nghiên cứu chúng tôi có thể liên quan đến việc sử dụng carbapenem trong điều trị ban đầu, cũng như khả năng lưu hành của các chủng mang gen carbapenemase như VIM, IMP hoặc các cơ chế phối hợp (giảm porin, tăng bơm efflux).

Cuối cùng là colistin với tỷ lệ kháng rất thấp 1,1%. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận kết quả tỷ lệ kháng colistin thấp như Nguyễn Văn An (2024) là 5,3%⁷, Nguyễn Thị Thu Thủy (2023) là 6,1%⁴ và cao nhất là Nghiên cứu của Dương Thùy Ngân (2024) với tỷ lệ này là 13,3%¹. Như vậy, dù tỷ lệ kháng colistin còn thấp, nhưng đang có xu hướng tăng mức độ kháng thuốc theo thời gian. Tỷ lệ kháng trung gian 98,9% đã làm giảm đáng kể khả năng điều trị của kháng sinh này. Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giám sát và quản lý sử dụng kháng sinh tại đơn vị và cần nhận định đúng việc kê đơn thuốc kháng sinh hợp lý trong nhiễm P. aeruginosa.

4.3. Môi liên quan giữa tính kháng kháng sinh với giới tính và nhóm tuổi.

Phân tích dữ liệu cho thấy tỷ lệ kháng kháng sinh của P. aeruginosa có xu hướng cao ở nhóm tuổi từ 21–40 tuổi, đặc biệt đối với levofloxacin, ciprofloxacin đều là 90,5%. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), cho thấy yếu tố về độ tuổi là yếu tố nguy cơ độc lập đối với tình trạng kháng thuốc ở P. aeruginosa. Về yếu tố giới tính, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ kháng kháng sinh giữa nam và nữ ($p > 0,05$), dù là tỷ lệ kháng sinh nữ cao hơn nam giới và sự chênh lệch không đáng kể. Như vậy, giới tính cũng không phải là yếu tố ảnh hưởng đến sự kháng thuốc ở P. aeruginosa. Tuy nhiên, để đánh giá chính xác hơn mối liên hệ tiềm ẩn giữa giới tính hay độ tuổi và cơ chế kháng thuốc, cần thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, kết hợp phân tích đa biến và kiểm soát các yếu tố gây nhiễu như bệnh nền, loại mẫu bệnh phẩm và tiền sử sử dụng kháng sinh.

V. KẾT LUẬN

Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, *P. aeruginosa* ghi nhận tỷ lệ đề kháng cao đối với hầu hết các nhóm kháng sinh chủ lực như levofloxacin và ticarcillin-clavulanic acid là 75,6%, imipenem 72,2%, meropenem và ciprofloxacin cùng ở mức 71,1%. Các chủng phân lập được ghi nhận chủ yếu ở người bệnh nam giới (81,1%) và nhóm tuổi ≥ 60 (41,1%). Nhiễm khuẩn đường hô hấp là loại phổ biến nhất (34,4%), với phân bố chủ yếu tại Khối Ngoại. Trước tình hình này, việc kiểm soát chặt chẽ sử dụng các nhóm carbapenem, fluoroquinolone và aminoglycoside là cần thiết nhằm duy trì hiệu quả điều trị và hạn chế hiện tượng đa kháng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Duong NT, Huynh TM, Le AT.** Prevalence of overexpressed resistance nodulation division (RND) efflux pumps of *Pseudomonas aeruginosa* causing nosocomial infections in several hospitals in Ho Chi Minh City. *MedPharmRes.* 2025;9(1):17-28.
2. **Ngọc TV, Thảo PTN, Nga TTT.** Khảo sát đặc điểm kháng thuốc của *Pseudomonas aeruginosa* và *Acinetobacter baumannii* gây viêm phổi bệnh viện. *Thời sự y học.* 2017;3
3. **Organization WH.** WHO bacterial priority pathogens list, 2024. World Health Organization: Geneva, Switzerland. 2024;
4. **Thủy NTT, Lương VH, Vinh NTH, et al.** Tình

- hình kháng kháng sinh của *pseudomonas aeruginosa* tại bệnh viện đa khoa tỉnh bắc giang năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;541(3)
5. **Trình NTĐ, Phương PTL, Hòa HTM, Hoàng NH.** Đặc điểm gây bệnh và tính kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* tại Bệnh viện C Đà Nẵng. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ.* 2023; (58):159-166.
 6. **Nghi NV, Trung NQ, Hội TV.** Khảo sát tình hình kháng kháng sinh của *acinetobacter spp.* và *pseudomonas spp.* Tại bệnh viện đa khoa tỉnh ninh thuận năm 2023. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam.* 2024;1(45):7-11.
 7. **An NV, Ngọc NTH.** Đặc điểm kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* phân lập tại các khoa nội, Bệnh viện Quân Y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;542(2)
 8. **Trần PTH, Yên NTH, Hiền NTD.** Nghiên cứu sự đề kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2021;(40):75-81.
 9. **An NV, Ngọc NTH.** Đặc điểm phân bố và kháng kháng sinh của các loài vi khuẩn *pseudomonas spp.* Phân lập tại bệnh viện quân y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;542(2)
 10. **Qin S, Xiao W, Zhou C, et al.** *Pseudomonas aeruginosa*: pathogenesis, virulence factors, antibiotic resistance, interaction with host, technology advances and emerging therapeutics. *Signal transduction and targeted therapy.* 2022;7(1):199.

ĐẶC ĐIỂM HÀNH VI TÌNH DỤC Ở BỆNH NHÂN NHIỄM MYCOPLASMA GENITALIUM SINH DỤC TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Huệ^{1,2}, Trịnh Ngọc Phát³, Vũ Thị Dung²,
Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,4}, Phạm Thị Minh Phương⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hành vi tình dục của bệnh nhân nhiễm *Mycoplasma genitalium* sinh dục tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. **Đối tượng nghiên cứu:** 116 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm *Mycoplasma genitalium* sinh dục tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm tuổi 20-34 chiếm 64,7%, với tuổi thấp nhất mắc bệnh là 16 và tuổi cao nhất là 56. Bệnh nhân chủ yếu là nam giới chiếm 79,3%. Bệnh nhân phần lớn sống ở thành thị

chiếm 64,7%. Bệnh nhân chủ yếu có trình độ học vấn cao đẳng đại học chiếm 52,6%, theo sau là trung học phổ thông 33,6%. 61,2% bệnh nhân tình dục sử dụng bao cao su, 36,2% không sử dụng bao cao su và chỉ có 2,6% luôn luôn sử dụng bao cao su. 95,7% bệnh nhân có khuynh hướng tình dục dị tính, 2,6% đồng tính và 1,7% lưỡng tính. 65,5% bệnh nhân có quan hệ với bạn tình, 50% bệnh nhân có quan hệ vợ chồng, 40,5% quan hệ với trai/gái mại dâm. Phần lớn nam giới có 2 bạn tình chiếm 68,5% trong khi đó nữ giới phần lớn có 1 bạn tình chiếm 83,3%, có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 giới về số lượng bạn tình, trong đó nam giới có nhiều bạn tình hơn nữ giới. Quan hệ sinh dục sinh dục chiếm 98,3%, quan hệ miệng sinh dục 78,4%, quan hệ sinh dục hậu môn chiếm 4,35. 75,9% bệnh nhân có 2 kiểu quan hệ, 21,6% chỉ có 1 kiểu quan hệ và 2,6% bệnh nhân có cả 3 kiểu quan hệ. **Kết luận:** Nhiễm MG chủ yếu gặp ở nam giới trẻ tuổi, sống ở thành thị. Nhiễm MG có liên quan đến thói quen sử dụng bao cao su, số lượng bạn tình. Số lượng bạn tình của nam giới cao hơn nữ giới.

Từ khóa: hành vi tình dục, sinh dục, mycoplasma genitalium.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

⁴Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huệ

Email: nguyenthihuahmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

SUMMARY**SEXUAL BEHAVIOR CHARACTERISTICS
AMONG PATIENTS WITH GENITAL
MYCOPLASMA GENITALIUM INFECTION AT
THE NATIONAL HOSPITAL OF
DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY**

Objective: To investigate the sexual behavior of patients diagnosed with genital Mycoplasma genitalium infection at the National Hospital of Dermatology and Venereology. **Subjects:** A total of 116 patients diagnosed with genital Mycoplasma genitalium infection. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** The majority of patients were aged 20–34 years (64.7%), with the youngest being 16 and the oldest 56 years old. Male patients accounted for 79.3% of the patient. Most patients resided in urban areas (64.7%). Regarding educational attainment, 52.6% had college or university degrees, followed by 33.6% with high school education. Condom use was inconsistent: 61.2% reported occasional use, 36.2% reported no use, and only 2.6% reported consistent use. Heterosexual orientation was predominant (95.7%), with homosexual and bisexual orientations accounting for 2.6% and 1.7%, respectively. Sexual partners included regular partners (65.5%), spouses (50%), and commercial sex workers (40.5%). Among male patients, 68.5% reported having two sexual partners, whereas 83.3% of female patients reported having only one partner—a statistically significant difference indicating that males had more sexual partners than females. Vaginal intercourse was reported by 98.3% of patients, oral-genital contact by 78.4%, and anal-genital intercourse by 4.35%. Dual sexual practices were reported by 75.9% of patients, single-type practices by 21.6%, and all three types by 2.6%. **Conclusion:** Genital Mycoplasma genitalium infection predominantly affects young males residing in urban areas. The infection is associated with condom use habits and number of sexual partners, with males reporting a higher number of partners than females.

Keywords: sexual behavior, genital, Mycoplasma genitalium.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục (STD) đang là vấn đề y tế nổi cộm tại nhiều quốc gia với tỉ lệ mắc mới cao và chi phí điều trị lớn. Theo ước tính của tổ chức y tế thế giới, có hơn 1 triệu ca STD có thể chữa khỏi được chẩn đoán mỗi ngày.¹

Trong những căn nguyên STD, Mycoplasma genitalium (MG) là một tác có liên quan đến nhiễm trùng tiết niệu sinh dục ở cả nam và nữ giới. Tỷ lệ nhiễm MG toàn cầu ước tính từ 1-4% ở nam giới và 1-6,4% ở nữ giới.² Đây là tác nhân gây viêm niệu đạo có hoặc không triệu chứng ở nam giới và 15-20% viêm niệu đạo không do lậu, 40% viêm niệu đạo dai dẳng hoặc tái phát.³⁻⁴ Ở giới nữ, MG thường không biểu hiện triệu

chứng, có liên quan đến viêm cổ tử cung, viêm vùng chậu, sinh non, sẩy thai tự nhiên và vô sinh, với nguy cơ mắc tăng khoảng gấp đôi ở những phụ nữ bị nhiễm.³ Hành vi tình dục có ảnh hưởng rất lớn đến nguy cơ nhiễm MG, bao gồm quan hệ không sử dụng bao cao su, có nhiều bạn tình, giao hợp lần đầu ở tuổi trẻ, thiếu tiếp cận dịch vụ y tế.³⁻⁵ Chính vì vậy, việc nắm được hành vi tình dục của bệnh nhân từ đó đưa ra các khuyến cáo và truyền thông giáo dục sức khỏe đóng vai trò rất quan trọng, có thể giúp hạ thấp tỷ lệ nhiễm bệnh.

Hiện nay tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hành vi tình dục ở bệnh nhân nhiễm MG. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát hành vi tình dục của bệnh nhân nhiễm Mycoplasma genitalium sinh dục tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 116 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm MD sinh dục tại Bệnh viện Da liễu Trung ương thỏa mãn các tiêu chuẩn:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Dương tính với MG trong xét nghiệm xác định 13 tác nhân thông qua xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (NAAT)

- Bệnh nhân đã quan hệ tình dục

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đang mang thai hoặc cho con bú.

- Không có khả năng hiểu và/hoặc trả lời câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 116 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2024 đến tháng 8/2025.

Vật liệu nghiên cứu: Bệnh án nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Các bệnh nhân đến khám và tư vấn STD được chỉ định xét nghiệm xác định 13 tác nhân lây truyền qua đường tình dục có kết quả M.genitalium dương tính phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán và loại trừ được tư vấn tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ ký vào phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Khai thác thông tin cá nhân: tuổi, giới, nơi sống, trình độ học vấn

Khai thác các thông tin về hành vi tình dục:

- Thói quen sử dụng bao cao su
- Khuynh hướng tình dục
- Tiền sử quan hệ
- Số lượng bạn tình
- Hình thức quan hệ

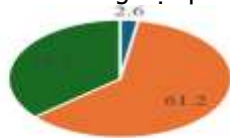
Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh, Bệnh viện Đa khoa Trung ương theo quyết định số 61/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 20 tháng 11 năm 2024.

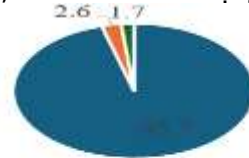
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

Đặc điểm	n	%
Đặc điểm tuổi		
Nhóm tuổi		
<20	8	6,9
20-34	75	64,7
35-49	29	25,0
≥50	4	3,4
Tuổi thấp nhất	16	
Tuổi cao nhất	56	
Tuổi trung bình	31,2	
Đặc điểm giới		
Nữ giới	24	20,7
Nam giới	92	79,3
Đặc điểm nơi sống		
Thành thị	75	64,7
Nông thôn	41	35,3
Trình độ học vấn		
Tiểu học	3	2,6
Trung học cơ sở	11	9,5
Trung học phổ thông	39	33,6
Cao đẳng đại học	61	52,6
Sau đại học	2	1,7

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi trẻ từ 20-34 chiếm 64,7%, theo sau là 35-49 tuổi chiếm 25,0%. Tuổi thấp nhất mắc bệnh là 16 và tuổi cao nhất là 56. Bệnh nhân chủ yếu là nam giới chiếm 79,3%. Bệnh nhân phần lớn sống ở thành thị chiếm 64,7%. Bệnh nhân chủ yếu có trình độ học vấn cao đẳng đại học chiếm 52,6%, theo sau là trung học phổ thông 33,6%

**Biểu đồ 1. Thói quen sử dụng bao cao su****của bệnh nhân trong nghiên cứu**

Nhận xét: 61,2% bệnh nhân thỉnh thoảng sử dụng bao cao su, 36,2% không sử dụng bao cao su và chỉ có 2,6% luôn luôn sử dụng bao cao su.

**Biểu đồ 2. Khuynh hướng tình dục của bệnh nhân trong nghiên cứu**

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân chiếm 95,7% có khuynh hướng tình dục thông thường đó là dị tính, 2,6% đồng tính và 1,7% lưỡng tính

Bảng 2. Đặc điểm đối tượng quan hệ của bệnh nhân

Đặc điểm	n	%
Quan hệ với bạn tình	76	65,5
Quan hệ vợ chồng	58	50,0
Quan hệ với trai/gái mại dâm	47	40,5

Nhận xét: 65,5% bệnh nhân có quan hệ với bạn tình, 50% bệnh nhân có quan hệ vợ chồng, 40,5% quan hệ với trai/gái mại dâm

Bảng 3. Số lượng bạn tình của bệnh nhân trong nghiên cứu

Số lượng bạn tình	Nam	Nữ	p
1 bạn tình	16 (17,4)	20 (83,3)	0,000
2 bạn tình	63 (68,5)	3 (12,5)	
3 bạn tình	13 (14,1)	1 (4,2)	
4 bạn tình trở lên	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tổng	92	24	

Nhận xét: Phần lớn nam giới có 2 bạn tình chiếm 68,5% trong khi đó nữ giới phần lớn có 1 bạn tình chiếm 83,3%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về số lượng bạn tình, trong đó nam giới có nhiều bạn tình hơn nữ giới.

Bảng 4. Hình thức quan hệ của bệnh nhân trong nghiên cứu

Hình thức quan hệ	n	%
Quan hệ sinh dục sinh dục	114	98,3
Quan hệ sinh dục miệng	91	78,4
Quan hệ sinh dục hậu môn	5	4,3
Số lượng kiểu quan hệ		
1 kiểu	25	21,6
2 kiểu	88	75,9
3 kiểu	3	2,6

Nhận xét: Quan hệ sinh dục sinh dục chiếm 98,3%, quan hệ miệng sinh dục 78,4%, quan hệ sinh dục hậu môn chiếm 4,35. 75,9% bệnh nhân có 2 kiểu quan hệ, 21,6% chỉ có 1 kiểu quan hệ và 2,6% bệnh nhân có cả 3 kiểu quan hệ

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi trẻ từ 20-34, với tuổi trung bình mắc bệnh là 31,2 tuổi. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Trương Việt Hoàng năm 2022 có tỷ lệ bệnh nhân dưới 40 tuổi là 86%⁶. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng về độ tuổi nhiễm với nghiên cứu tại Anh khi đánh giá về dịch tễ học của *Mycoplasma genitalium* ở nam và nữ người Anh từ 14 đến 44 tuổi thì cho thấy tỉ lệ dương tính cao nhất ở nhóm tuổi từ 25-34 tuổi⁸. Đồng thời cũng phù hợp với y văn, trong đó bệnh nhân trẻ tuổi có nguy cơ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục cao hơn, do nhu cầu và hoạt động tình dục nhiều hơn.³⁻⁵

Bệnh nhân trong nghiên cứu này chủ yếu là nam giới chiếm 79,3%. Kết quả này tương tự với kết quả trong nghiên cứu trên các bệnh nhân Việt Nam của Trương Việt Hoàng năm 2022 trong đó tỷ lệ nam giới chiếm 86,0%⁶, và nghiên cứu của Lê Huyền My năm 2023 có tỷ lệ nam giới là 90,1%.⁷ Theo một phân tích gộp năm 2018, tỷ lệ nhiễm MG ở tương tự ở 2 giới trên nhiều nhóm dân số.⁸ Sự khác biệt này có thể đến từ thói quen tình dục khác nhau ở 2 giới ở các vùng địa lý khác nhau, cũng như do sự chênh lệch cỡ mẫu.

Bệnh nhân phần lớn sống ở thành thị chiếm 64,7%. Kết quả này tương tự kết quả trong nghiên cứu của Trương Việt Hoàng năm 2022 trong đó tỷ lệ thành thị là 55,8%.⁶ Kết quả này cũng phù hợp với địa điểm thực hiện nghiên cứu là tại thành phố lớn của Việt Nam, bên cạnh đó đời sống kinh tế xã hội tốt hơn của thành thị cũng có thể là nguyên nhân.

Bệnh nhân chủ yếu có trình độ học vấn cao đẳng đại học chiếm 52,6%, theo sau là trung học phổ thông 33,6%, Kết quả này tương tự kết quả trong nghiên cứu của Trương Việt Hoàng năm 2022 trong đó tỷ lệ này lần lượt là 58,1% và 32,5%.⁶

Trong nghiên cứu này, có đến 36,2% bệnh nhân không sử dụng bao cao su. Kết quả này cao hơn nhiều so với kết quả trong nghiên cứu của Trương Việt Hoàng năm 2022 trong đó không có bệnh nhân nào không dùng bao cao su và 97,7% bệnh nhân thỉnh thoảng sử dụng.⁶ Đây là kết quả đáng báo động vì tỷ lệ mắc các bệnh STD đều liên quan đến thói quen sử dụng bao cao su.¹⁻⁵ Cần có các biện pháp tuyên truyền giáo dục sâu rộng hơn để cải thiện tình trạng này.

Hầu hết bệnh nhân chiếm 95,7% có khuynh hướng tình dục thông thường đó là dị tính, 2,6% đồng tính và 1,7% lưỡng tính. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của

Trương Việt Hoàng năm 2022 có tỷ lệ quan hệ dị tính là 97,7%, đồng tính 2,3%.⁶ Quan hệ sinh dục sinh dục chiếm 98,3%, quan hệ miệng sinh dục 78,4%, quan hệ sinh dục hậu môn chiếm 4,35. Bảng 4 cho thấy 75,9% bệnh nhân có hai kiểu quan hệ, 21,6% chỉ có một kiểu quan hệ và 2,6% bệnh nhân có cả ba kiểu quan hệ. Trong dữ liệu của trung tâm sức khỏe giới tính tại Úc ở những bệnh nhân quan hệ đồng giới thì tỉ lệ lây nhiễm ở hậu môn cao hơn nhưng vị trí khác như niệu đạo và hầu họng. Tuy nhiên dữ liệu này chỉ trên những bệnh nhân quan hệ đồng giới, không phải trên tất cả các đối tượng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn (75,9%) bệnh nhân có hai kiểu hình thức quan hệ và bệnh phẩm mới chỉ đánh giá tại sinh dục chưa đánh giá tại các vị trí khác như hầu họng hay hậu môn.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra 65,5% bệnh nhân có quan hệ với bạn tình, 50% bệnh nhân có quan hệ vợ chồng, 40,5% quan hệ với trai/gái mại dâm. Từ đây cho thấy tỉ lệ quan hệ với bạn tình và quan hệ với trai/gái mại dâm chiếm tỉ lệ cao trong các bệnh nhân nhiễm *Mycoplasma genitalium*. Quan hệ tình dục với các đối tượng không an toàn có thể làm tăng nguy cơ nhiễm *mycoplasma genitalium*. Bảng 3 cho thấy phần lớn nam giới có 2 bạn tình trong khi đó nữ giới phần lớn chỉ có 1 bạn tình, tỷ lệ bệnh nhân nam giới có 3 bạn tình cũng cao hơn đáng kể nữ giới. Có thể kết luận rằng, nam giới có nhiều bạn tình hơn nữ giới. Đây có thể là một lý do khiến tỷ lệ mắc bệnh của nam giới cao hơn đáng kể so với nữ giới. Nghiên cứu của Trương Việt Hoàng năm 2022 có tỷ lệ bệnh nhân có 2-3 bạn tình chiếm 46,5%, 1 bạn tình là 41,9% và từ 4 bạn tình trở lên là 11,6% tuy nhiên không phân biệt giới tính.⁶

Tại Trung Quốc năm 2014 của tác giả Bing-jie Zheng và cộng sự nghiên cứu dịch tễ học về nhiễm *Mycoplasma genitalium* ở nam giới đến khám tại phòng khám bệnh lý lây truyền qua đường tình dục ở Quảng Tây: được tiến hành trên 423 bệnh nhân. Kết quả cho thấy yếu tố hành vi tình dục liên quan đến nhiễm *Mycoplasma genitalium* bao gồm: không dùng bao cao su với bạn tình thường xuyên, quan hệ với gái mại dâm trong 3 tháng qua, trẻ tuổi và tình trạng độc thân cũng tăng nguy cơ. Ngoài ra, với phân tích đơn biến thì cho thấy tỉ lệ nhiễm *Mycoplasma genitalium* còn liên quan với trình độ học vấn và trong nghiên cứu này là cấp ba¹⁰. Nghiên cứu này cho thấy khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi số lượng bệnh nhân quan hệ với bạn tình hay gái mại dâm chiếm tỉ lệ khá cao, tỉ lệ bệnh nhân không dùng bao cao su hay thỉnh thoảng dùng bao cao su

chiếm đa số (97.4%)

V. KẾT LUẬN

Nhiễm MG chủ yếu gặp ở nam giới trẻ tuổi, sống ở thành thị. Nhiễm MG có liên quan đến thói quen sử dụng bao cao su, số lượng bạn tình. Số lượng bạn tình của nam giới cao hơn nữ giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (WHO).** Sexually transmitted infections (STIs). [online] Available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)) [Accessed 10 August 2025]
2. **Cazanave C, Manhart LE, Bébéar C.** Mycoplasma genitalium, an emerging sexually transmitted pathogen. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2012;42(9):381-392. doi:10.1016/j.medmal.2012.05.006
3. **Centers for Disease Control and Prevention.** Mycoplasma genitalium - STI Treatment Guidelines. [online] Available at: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/mycoplasmagenitalium> [Accessed 10 August 2025]
4. **Mitjà O, Suñer C, Giacani L, et al.** Treatment of bacterial sexually transmitted infections in Europe: gonorrhoea, Mycoplasma genitalium, and syphilis. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2023;34:100737. doi:10.1016/j.lanepe.2023.100737
5. **Cheng, C., Chen, X., Song, Y. et al.** Genital mycoplasma infection: a systematic review and

meta-analysis. *Reprod Health* 20, 136 (2023). doi: 10.1186/s12978-023-01684-y

6. **Trương Việt, H., & Lê Huyền, M.** (2022). Nhiễm Mycoplasma genitalium trên bệnh nhân đến khám và tư vấn về các bệnh lây truyền qua đường tình dục tại bệnh viện da liễu trung ương. *Tạp Chí Da liễu học Việt Nam*, (37). doi: 10.56320/tcdlhn.37.24.
7. **Nguyễn Thị Huyền, T., Nguyễn Thị Phương, H., Lê Hữu, D., Hoàng Thị, P., Nguyễn Khắc, Q., & Lê Huyền, M.** (2023). Xác định tác nhân nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục bằng xét nghiệm lai phân tử. *Tạp Chí Da liễu học Việt Nam*, (40). doi: 10.56320/tcdlhn.40.104
8. **Baumann L, Cina M, Egli-Gany D, et al.** Prevalence of Mycoplasma genitalium in different population groups: systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2018;94(4):255-262. doi: 10.1136/sextrans-2017-053384
9. **Sonnenberg P, Ison CA, Clifton S, et al.** Epidemiology of Mycoplasma genitalium in British men and women aged 16-44 years: evidence from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Int J Epidemiol*. 2015;44(6):1982-1994. doi:10.1093/ije/dyv194
10. **Zheng B jie, Yin Y ping, Xiang Z, et al.** An epidemiological study of Mycoplasma genitalium infections among males attending a sexually transmitted disease clinic in Guangxi, China. *Jpn J Infect Dis*. 2014;67(1): 17-21. doi:10.7883/yoken.67.17

U THẦN KINH NỘI TIẾT NGUYÊN PHÁT TẠI TUYẾN ỨC: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Hồ Thị Hồng Phát¹, Trần Hương Giang^{1,2},
Lê Phi Long², Nguyễn Đức Duy²

TÓM TẮT

U thần kinh nội tiết tuyến ức (tNETs) là một bệnh lý ác tính hiếm gặp. Việc chẩn đoán thường gặp nhiều thách thức do chồng lấp về đặc điểm hình thái học với các u trung thất khác, đặc biệt là u tuyến ức. Bài báo này trình bày một trường hợp bệnh nhân nữ, 48 tuổi, nhập viện vì đau ngực và khó thở, với chẩn đoán ban đầu dựa trên sinh thiết lõi là u tuyến ức tuýp A không điển hình. Hình ảnh học ghi nhận một khối u lớn ở trung thất trước với đặc điểm bắt thuốc không đồng nhất và có hoại tử trung tâm. Tuy nhiên, chẩn đoán xác định sau phẫu thuật là u thần kinh nội tiết tuyến ức, độ 3. Chẩn đoán này được khẳng định dựa trên khảo sát vi thể và kết quả hóa mô miễn dịch bổ sung

ghi nhận u biểu hiện các dấu ấn thần kinh nội tiết (CD56, Synaptophysin, Chromogranin A), vốn không được thực hiện trong chẩn đoán ban đầu. Qua đó nhấn mạnh những chạm bẫy tiềm tàng trong chẩn đoán tNETs trên mẫu sinh thiết nhỏ và tầm quan trọng của việc đưa các dấu ấn thần kinh nội tiết vào bộ xét nghiệm ban đầu đối với các khối u trung thất có hình thái không điển hình, nhằm đảm bảo chẩn đoán chính xác, định hướng điều trị phù hợp và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

Từ khóa: u thần kinh nội tiết, tuyến ức

SUMMARY

THYMIC NEUROENDOCRINE TUMOR: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Thymic neuroendocrine tumors (tNETs) are rare malignancies whose diagnosis is often challenging due to morphological overlaps with other mediastinal neoplasms, particularly thymoma. This report presents the case of a 48-year-old female patient presenting with chest pain and dyspnea, who was initially diagnosed with atypical type A thymoma based on a core needle biopsy. Imaging studies revealed a large

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Duy

Email: duy.nd1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

anterior mediastinal mass with heterogeneous enhancement and central necrosis. However, the definitive diagnosis following complete surgical resection of the tumor was a grade 3 thymic neuroendocrine tumor. This was confirmed by a more comprehensive microscopic examination and supplementary immunohistochemical analysis, which demonstrated strong positivity for neuroendocrine markers (CD56, Synaptophysin, Chromogranin A) that were not included in the initial workup. This case highlights the potential pitfalls in diagnosing tNETs from small biopsy samples and underscores the importance of including neuroendocrine markers in the initial diagnostic panel for mediastinal tumors with atypical features. This practice is crucial for ensuring an accurate diagnosis, guiding appropriate therapeutic strategies, and improving patient prognosis.

Keywords: neuroendocrine tumor, thymus

I. TỔNG QUAN

U thần kinh nội tiết ở tuyến ức (neuroendocrine tumors of thymic - tNETs) là một nhóm bệnh lý ác tính hiếm gặp, chỉ chiếm từ 2 đến 5% trong tổng số các khối u có nguồn gốc từ tuyến ức và chỉ 0,4% trong tất cả tân sinh thần kinh nội tiết (1). Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm ước tính chỉ khoảng 0,02 trên 100 000 người, phổ biến ở nam giới hơn so với nữ giới (2). Bên cạnh tần suất bệnh hiếm gặp, tNETs là khối u với diễn tiến sinh học xâm lấn tại chỗ và di căn xa, đưa đến tiên lượng xấu hơn đáng kể so với các loại u tuyến ức khác như u tuyến ức (thymoma) (3).

Trên lâm sàng, thực hành chẩn đoán tNETs đặt ra nhiều thách thức, đặc biệt là trên mẫu sinh thiết trước phẫu thuật. Những thách thức này bắt nguồn từ sự chồng lấp về đặc điểm hình thái học giữa tNETs và các khối u trung thất khác, nổi bật nhất là thymoma, đặc biệt là u tuyến ức có thành phần tế bào hình thoi. Sự thiếu hụt thông tin lâm sàng, các đặc điểm không đặc hiệu trên hình ảnh học và việc không thực hiện đầy đủ bộ xét nghiệm hóa mô miễn dịch trên mẫu sinh thiết ban đầu có thể dẫn đến chẩn đoán sai, ảnh hưởng trực tiếp đến chiến lược điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

Trong bối cảnh đó, chúng tôi báo cáo một trường hợp u thần kinh nội tiết không điển hình ở tuyến ức trên một bệnh nhân nữ. Ca bệnh này ban đầu được chẩn đoán là u tuyến ức tuýp A không điển hình dựa trên mẫu sinh thiết lõi. Mục tiêu của báo cáo này là làm nổi bật những cạm bẫy tiềm ẩn trong chẩn đoán trên mẫu mô sinh thiết nhỏ, nhấn mạnh vai trò của bộ hóa mô miễn dịch ban đầu, từ đó rút ra bài học kinh nghiệm trong tiếp cận và chẩn đoán khối u trung thất trước.

II. BÁO CÁO CA

2.1. Bệnh sử và tiền căn. Bệnh nhân nữ, 48 tuổi, nhập viện vì đau ngực từng cơn trong khoảng 1 năm. Ba tuần trước khi nhập viện, các triệu chứng đau ngực trở nên trầm trọng hơn, kèm theo khó thở nhẹ và giảm khả năng gắng sức. Bệnh nhân đã được khám tại một cơ sở y tế tuyến trước và chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) ngực, ghi nhận một khối u ở trung thất.

Về tiền căn, bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu trên thất cách đây 4 năm và đã được điều trị bằng phương pháp đốt điện. Bệnh nhân cũng đang được điều trị nội khoa viêm loét dạ dày – tá tràng.

2.2. Khám lâm sàng. Bệnh nhân có sinh hiệu ổn, chỉ số khối cơ thể (BMI) trong giới hạn bình thường, không ghi nhận triệu chứng thực thể nào có liên quan trực tiếp đến khối u.

2.3. Chẩn đoán hình ảnh. CT-scan ngực có cản quang ghi nhận ở trung thất trước có khối choán chỗ kích thước 13x9x8cm. Tổn thương chủ yếu thành phần đặc, bắt thuốc mạnh không đồng nhất, giới hạn rõ (Hình 1). Kết luận trên CT – Scan là u trung thất trước nghi ác tính.

Trên hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) ghi nhận trung tâm tổn thương có vùng hoại tử, hóa dịch, hiện diện các nhánh mạch máu tân sinh. Khi khảo sát tương quan với các cấu trúc lân cận trên MRI, tổn thương này dính màng tim, màng phổi trái, tiếp xúc động mạch chủ lớn, chèn ép gây xẹp thân động mạch phổi, động mạch phổi trái, tiếp xúc tiểu nhĩ trái, chèn ép nặng nhu mô phổi và gây xẹp phổi cạnh tổn thương. Không hiện diện hạch lớn vùng trung thất cũng như bất thường thành ngực. Kết luận trên MRI là nghi ngờ u tuyến ức nguy cơ cao, chẩn đoán phân biệt với carcinôm tuyến ức hoặc lymphôm.

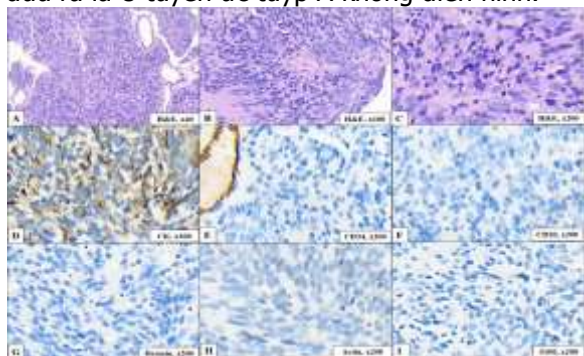
Xét nghiệm máu ghi nhận giảm calci và magie máu.



Hình 1: CT-scan ngực có cản quang ghi nhận tổn thương bất thường không đồng nhất, chèn ép động mạch phổi trái, thân động mạch phổi

2.4. Chẩn đoán trên mẫu sinh thiết. Bệnh nhân được tiến hành sinh thiết u trung thất. Mẫu sinh thiết hiện diện các tế bào hình

thoi với tỷ lệ nhân trên bào tương cao, tập hợp thành các ổ với bờ viền không đều, có vùng tạo cấu trúc dạng hoa hồng (rosette). Mô đệm u thấm nhập rải rác lympho bào nhỏ. Tế bào u dương tính rải rác với CK, âm tính với p63, CD34, CD20, Desmin, Actin, S100 (Hình 2). Dựa trên các đặc điểm hình thái và kết quả hóa mô miễn dịch ban đầu, chẩn đoán giải phẫu bệnh được đưa ra là U tuyến ức tuýp A không điển hình.



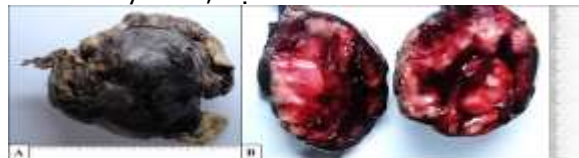
Hình 2: Đặc điểm vi thể mẫu sinh thiết

Mẫu thứ hiện diện các tế bào hình thoi sắp xếp thành các ổ, các đám (Hình A), có vùng tạo cấu trúc hoa hồng (Hình B). Tế bào u dạng hình thoi với nhân tăng sắc, tỷ lệ nhân trên bào tương cao, có vùng nhân bong, hạt nhân không rõ, mô đệm u thấm nhập rải rác lympho bào (Hình C). Tế bào u dương tính với CK (Hình D), âm tính với CD34, CD20, Desmin, Actin, S100 (Hình E-I), âm tính với p63 (không thể hiện).

2.5. Diễn tiến phẫu thuật và chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ. Bệnh nhân được phẫu thuật chế xương ức để cắt bỏ khối u. Trong quá trình phẫu thuật, ghi nhận khối u nằm ở trung thất trước lệch trái, mặt độ chắc, di động kém và dính vào thùy trên phổi trái. Tuy nhiên, khối u không dính vào các cấu trúc quan trọng như màng tim, tĩnh mạch vô danh hay động mạch phổi.

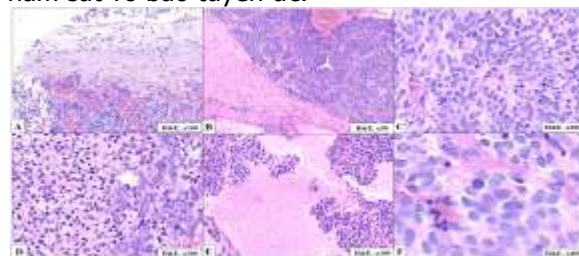
Trên đại thể, khối u có kích thước 95x74x67mm, mặt cắt không đồng nhất, màu trắng, mềm và rải rác nhiều vùng xuất huyết (Hình 3). Trên vi thể, khi khảo sát rộng toàn bộ khối u ghi nhận hình thái tế bào phức tạp hơn. Mô u gồm hai dân số tế bào, dân số thứ nhất là các tế bào dạng biểu mô với nhân tròn, khá đồng nhất, chất nhiễm sắc thô, và dân số thứ hai chiếm ưu thế gồm các tế bào hình thoi có tỷ lệ nhân trên bào tương cao và chất nhiễm sắc thô dạng "muối tiêu". Các tế bào u sắp xếp thành các ổ với bờ viền không đều, có vùng tạo cấu trúc hoa hồng rõ rệt. Hiện diện 7 phân bào trên 10 quang trường lớn và hoại tử u chiếm khoảng 5% khối u. Các tế bào u cách vỏ bao dưới 1mm (Hình 4).

Mô u trên bệnh phẩm phẫu thuật được khảo sát thêm bằng hóa mô miễn dịch. Kết quả ghi nhận cả hai thành phần tế bào đều dương tính mạnh và lan tỏa với các dấu ấn thần kinh nội tiết bao gồm CD56, Synaptophysin, và Chromogranin A. Chỉ số tăng sinh Ki-67 là 30% (Hình 5). Chẩn đoán cuối cùng được xác định là U thần kinh nội tiết của tuyến ức, độ 3.



Hình 3: Đặc điểm đại thể khối u

Mô u có mặt cắt không đồng nhất, màu trắng, mềm, rải rác nhiều vùng xuất huyết. U có giới hạn không rõ với mô tuyến ức xung quanh, nằm sát vỏ bao tuyến ức.



Hình 4: Đặc điểm vi thể

Tế bào u cách vỏ bao dưới 1mm (Hình A), gồm các ổ tế bào với bờ viền không đều, ngăn cách nhau bởi các vách mô sợi (Hình B), có vùng tạo thành cấu trúc rosette (Hình C). Hiện diện hai dân số tế bào u, dân số (1) là tế bào dạng biểu mô với nhân tròn, khá đồng nhất (Hình D, bên trái), dân số (2) chiếm ưu thế hơn là tế bào hình thoi với tỷ lệ nhân trên bào tương cao, nhân bong, hạt nhân không rõ (Hình D, bên phải). Hiện diện hoại tử u (Hình E), phân bào bất thường (Hình F).



Hình 5: Đặc điểm biểu hiện hóa mô miễn dịch của hai thành phần tế bào u, thành phần dạng biểu mô bên trái và thành phần tế bào hình thoi bên phải, hai thành phần tế bào đều dương tính với CD56 (hình A), Synaptophysin (hình B), Chromogranin A (hình C), Ki-67 30%

2.6. Điều trị và diễn tiến điều trị. Sau phẫu thuật cắt bỏ u tuyến ức, bệnh nhân được chụp CT-scan ngực đánh giá lại, ghi nhận không còn mô u.

III. BÀN LUẬN

U thần kinh nội tiết tuyến ức (tNETs) là một tân sinh biểu mô thần kinh nội tiết có nguồn gốc tuyến ức với đặc điểm nhân độ thấp, được phân loại theo hệ thống của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thành hai nhóm chính bao gồm u thần kinh nội tiết điển hình (typical carcinoid, TC) và u thần kinh nội tiết không điển hình (atypical carcinoid, AC, bao gồm u thần kinh nội tiết độ 2 và độ 3). Việc phân nhóm dựa vào số lượng phân bào và sự hiện diện của hoại tử, có ý nghĩa tiên lượng quan trọng (4).

Về mặt lâm sàng, tNET thường gặp hơn ở nam giới, khoảng một phần ba bệnh nhân không có triệu chứng tại thời điểm chẩn đoán và chỉ được phát hiện trên chụp X-quang ngực qua các đợt khám sức khỏe định kỳ (3). Các triệu chứng lâm sàng thường liên quan đến hiệu ứng khối choán chỗ như ho, đau ngực, khó thở, hoặc hội chứng tĩnh mạch chủ trên (2, 3). Khoảng 30-50% các trường hợp có thể liên quan đến các hội chứng cận ung thư do hormone, phổ biến nhất là hội chứng Cushing do tiết ACTH lạc chỗ, thứ hai là tăng calci máu (do tiết PTHrP tại chỗ) (3). Trường hợp ca bệnh của chúng tôi là bệnh nhân nữ, biểu hiện triệu chứng cơ năng do khối u lớn, nhưng không có hội chứng nội tiết rõ ràng, kèm tình trạng hạ calci và magie máu không đặc hiệu.

Trên hình ảnh học, AC thường xuất hiện dưới dạng khối kích thước lớn, giảm tỷ trọng trung tâm do hiện diện hoại tử hoặc xuất huyết, nằm ở trung thất trước. U có bờ không đều, xu hướng xâm lấn cấu trúc xung quanh như màng tim, các mạch máu lớn (2, 3). Ca bệnh của chúng tôi ghi nhận khối u kích thước 13cm ở trung thất trước, tuy nhiên có sự không tương xứng giữa đánh giá xâm lấn trên MRI (đỉnh màng tim) và phát hiện thực tế trong phẫu thuật (không dính), từ đó nhấn mạnh những khó khăn trong việc đánh giá chính xác giai đoạn bệnh trước mổ và tầm quan trọng của đánh giá trên Giải phẫu bệnh để có kết luận chính xác về giai đoạn bệnh.

Các đặc điểm giải phẫu bệnh của tNET bao gồm các tế bào u đồng dạng, nhân tròn nhỏ, chất nhiễm sắc dạng muối tiêu, tạo các cấu trúc dạng hoa hồng, ổ đặc, dạng tuyến hoặc dạng hàng rào (5). Trong AC, u thường hiện diện hoại tử, nhân dị dạng hơn và nhiều phân bào hơn nhưng không đủ để chẩn đoán carcinôm (từ 10 phân bào trở xuống trên diện tích 2mm²) (4). Ca bệnh của chúng tôi là một minh họa điển hình cho các thách thức và cạm bẫy trong việc chẩn

đoán phân biệt tNET với u tuyến ức, đặc biệt là trên một mẫu sinh thiết có sự hạn chế về số lượng mô u. Thứ nhất, tồn tại sự chồng lấp đáng kể về đặc điểm hình thái học giữa hai thực thể. U tuyến ức tuýp A được đặc trưng bởi các tế bào biểu mô hình thoi với nhân đều, không dị dạng và chỉ số phân bào thấp. Tuy nhiên, u thần kinh nội tiết tuyến ức (tNET) cũng có thể biểu hiện biến thể tế bào hình thoi. Ngoài ra, các cấu trúc dạng hoa hồng (rosette) và hiện tượng thâm nhập lympho bào đều có thể được quan sát ở cả hai loại u, làm tăng thêm thách thức cho chẩn đoán dựa trên hình thái học thuần túy. Thứ hai, bộ hóa mô miễn dịch ban đầu còn hạn chế trong khả năng phân biệt hai thực thể này. Các dấu ấn như CK+, p63-, CD34-, CD20-, Desmin-, Actin-, và S100- chủ yếu có giá trị loại trừ các u khác của trung thất, bao gồm u tế bào mầm, lymphôm và u trung mô, nhưng không đủ độ đặc hiệu để phân biệt u tuyến ức tuýp A với tNET. Một thiếu sót quan trọng trong tiếp cận chẩn đoán ban đầu là việc không thực hiện các dấu ấn thần kinh nội tiết đặc hiệu. Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, chẩn đoán xác định tNET chỉ đạt được trên mẫu phẫu thuật cắt trọn, khi phân tích mô bệnh học đầy đủ và bổ sung hóa mô miễn dịch đặc hiệu được tiến hành.

Về mặt lâm sàng và hình ảnh học, cần nghĩ đến u thần kinh nội tiết ở tuyến ức khi gặp một khối u lớn ở trung thất trước, đặc biệt khi có các đặc điểm như bắt thuốc không đồng nhất, hoại tử trung tâm hoặc xuất huyết. Các triệu chứng do hiệu ứng khối choán chỗ như đau ngực và khó thở cũng là những dấu hiệu gợi ý. Trên giải phẫu bệnh, khi khối u có hình thái không điển hình của u tuyến ức như hiện diện tế bào hình thoi kèm dạng hoa hồng, hiện diện phân bào, hoại tử u, và có biểu hiện bất thường trên hóa mô miễn dịch, như dương tính yếu / âm tính với CK và P63, việc đưa các dấu ấn thần kinh nội tiết vào bộ khảo sát hóa mô miễn dịch ban đầu là nên làm, giúp tránh bỏ sót tNETs – một chẩn đoán có tiên lượng khác với u tuyến ức.

Điều trị tNETs độ 3 ở nữ là một thách thức lớn. Phẫu thuật cắt bỏ u là điều trị nền tảng trong bối cảnh bệnh còn khu trú và có thể phẫu thuật được (6). Vai trò của hóa trị và xạ trị cần được cân nhắc kỹ lưỡng, đặc biệt là ở bệnh nhân nữ, do một số nghiên cứu chỉ ra hiệu quả kém hơn và thậm chí là tiên lượng xấu hơn đối với nữ giới khi điều trị hóa trị truyền thống (6). Bệnh nhân của chúng tôi sau phẫu thuật cắt khối u ghi nhận đã giảm các triệu chứng lâm sàng, khảo sát lại trên CT-scan ngực sau phẫu thuật 1

tháng, bệnh nhân không còn u trong trung thất, kèm quá trình phẫu thuật ghi nhận không vỡ u, trên giải phẫu bệnh ghi nhận u chưa xâm lấn qua vỏ bao tuyến ức, bệnh nhân được tư vấn theo dõi và chụp CT-scan ngực đánh giá lại sau 3 tháng tiếp theo và không cần xạ trị bổ sung.

IV. KẾT LUẬN

U thần kinh nội tiết không điển hình là nhóm u có hành vi sinh học diễn tiến ác tính với xâm lấn tại chỗ và di căn xa, tuy nhiên tổn thương này dễ bị bỏ sót chẩn đoán trên mẫu sinh thiết nhỏ. Việc đưa các dấu ấn thần kinh nội tiết vào quy trình chẩn đoán thường quy cho các khối u này là quan trọng để đảm bảo chẩn đoán chính xác, từ đó định hướng chiến lược điều trị phù hợp và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Strobel P, Marchevsky A, Marom E, Pelosi G.** Thymic neuroendocrine neoplasms. Introduction. In: Board WCoTE, editor. Thoracic tumours. 5.

5th ed. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2021. p. 389.

2. **Piórek A, Plużański A, Kowalski DM, Krzakowski MJC.** Recent Clinical and Molecular Advances in the Management of Thymic Carcinoids: A Comprehensive Review. 2025; 17(12):1975.
3. **Gaude GS, Hattiholi V, Malur PR, Hattiholi JJNMJ.** Primary neuroendocrine carcinoma of the thymus. 2013;54(1).
4. **Strobel P MA, Nicholson AG, Osamura RY.** Thymic neuroendocrine neoplasms. Neuroendocrine tumours. In: Board WHOCOTe, editor. Thoracic tumours. 5th ed. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2021. p. 391.
5. **Fletcher CDM.** Diagnostic histopathology of tumors. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021. Available from: <https://www.clinicalkey.com.au/dura/browse/bookChapter/3-s2.0-C20141049691>.
6. **Cheng Z, Yu F, Chen R, Cui L, Chen Y, Deng C, et al.** Treatment, Prognostic Markers, and Survival in Thymic Neuroendocrine Tumors, with Special Reference to Temozolomide-Based Chemotherapy. 2024;16(14):2502.

MỨC ĐỘ CĂNG THẲNG TÂM LÝ VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH XEP ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG TRƯỚC VÀ SAU BƠM CEMENT SINH HỌC

Doãn Ngọc Linh^{1,2}, Phạm Thị Thu Hường², Hoàng Gia Du³

TÓM TẮT

Căng thẳng tâm lý thường gặp ở người bệnh đau, hạn chế vận động cột sống, dẫn đến lo lắng và căng thẳng. Mức độ căng thẳng tâm lý ảnh hưởng đến quá trình hồi phục của người bệnh xẹp đốt sống sau bơm cement. Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định mức độ căng thẳng tâm lý và các yếu tố liên quan đến mức độ căng thẳng tâm lý trước và sau bơm cement sinh học. Kết quả cho thấy mức độ căng thẳng tâm lý ở 95 người sau bơm cement giảm rõ rệt ở thời điểm 1 và 3 tháng và tương quan với mức độ đau. Các yếu tố giới tính, T-score có liên quan chặt chẽ tới mức độ căng thẳng tâm lý của người bệnh. **Từ khóa:** căng thẳng tâm lý, xẹp đốt sống do loãng xương, tạo hình đốt sống, BSRS-5, yếu tố liên quan.

SUMMARY

PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND RELATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC VERTEBRAL COPRESSION

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Vinmec Smart City

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hường

Email: phamhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

FRACTURES BEFORE AND AFTER PERCUTANEOUS VERTEBROPLASTY

Psychological stress is common in patients with pain and limited spinal mobility, leading to anxiety and stress. The level of psychological stress affects the recovery process of patients with vertebral collapse after cement injection. The study was conducted to determine the level of psychological stress and factors related to the level of psychological stress before and after biological cement injection. The results showed that the level of psychological stress in 95 people after cement injection decreased significantly at 1 and 3 months and correlated with the level of pain. Gender and T-score factors were closely related to the level of psychological stress of the patients. **Keywords:** psychological distress, osteoporotic vertebral compression fractures, percutaneous vertebroplasty, 5-item Brief Symptom Rating Scale, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng già hóa dân số và sự chuyển dịch mô hình bệnh tật đang đặt ra thách thức lớn đối với hệ thống y tế toàn cầu và Việt Nam. Trong đó, xẹp đốt sống (XDS) là một biến chứng của bệnh loãng xương (LX) ngày càng phổ biến, đặc biệt ở người cao tuổi. Tại Mỹ, tỷ lệ mới mắc XDS do LX ở nam và nữ lần lượt là 5,7 và 10,7/1000 dân.¹ Các nghiên cứu chỉ ra rằng XDS do LX gây suy giảm chức năng vận động, rối loạn hoạt

động các hệ cơ quan, kéo dài thời gian nằm viện,...^{2,3} Có nhiều phương pháp điều trị XĐS do LX, trong đó bơm cement sinh học là phương pháp ít xâm lấn, giúp giảm đau, cải thiện vận động sớm, giảm căng thẳng, lo lắng, giảm thời gian nằm viện.

Theo Viện nghiên cứu căng thẳng Hoa Kỳ, căng thẳng tâm lý là trạng thái khó chịu về mặt tâm thần khi cá nhân phản ứng với các tác nhân gây căng thẳng.⁴ Đánh giá dựa vào các triệu chứng tâm bệnh học như mất ngủ, lo âu, kích thích (dễ cáu giận), trầm cảm, tự ti.^{5,6} Căng thẳng tâm lý có thể gây tăng tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng do liên quan đến yếu tố miễn dịch. Mức độ căng thẳng tâm lý của người bệnh giảm sau phẫu thuật từ 1 đến 3 tháng.⁷ Nghiên cứu cho thấy NB có rối loạn cảm xúc và lo âu sẽ làm tăng nguy cơ loãng xương và giảm chất lượng cuộc sống.⁸ Tại Việt Nam, có một số nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị xẹp đốt sống do loãng xương bằng bơm cement sinh học, tuy nhiên, chưa có nghiên cứu mức độ căng thẳng tâm lý nhóm người bệnh này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá mức độ căng thẳng tâm lý và một số yếu tố liên quan ở người bệnh XĐS do LX trước và sau bơm cement sinh học, để nâng cao hiệu quả điều trị người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh trên 18 tuổi được chẩn đoán xác định xẹp đốt sống do loãng xương và được bơm cement đơn tầng

Tiêu chuẩn loại trừ: Bơm cement đa tầng, chẩn đoán lo âu/trầm cảm theo ICD-10 điều trị trong thời gian 6 tháng trước thời điểm nghiên cứu, có suy giảm nhận thức, sa sút trí tuệ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo dõi dọc
Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025.

Quy trình triển khai nghiên cứu: Thu thập số liệu theo bộ câu hỏi tại các thời điểm trước và 1 tháng, 3 tháng sau bơm cement bằng thang điểm The five-item Brief Symptom Rating Scale (BSRS-5).

Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 26.0. Kiểm định ONEWAY-ANOVA. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Đạo đức nghiên cứu: Chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai với mã số 53-

BM – HDDĐ-.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=95)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<60 tuổi	9,4
	60 – 69 tuổi	33,7
	70 – 79 tuổi	27,4
	≥80 tuổi	29,5
Tuổi trung bình	72,52 ± 10,31	
Giới	Nữ	75,78,9
	Nam	20,21,1
Nghề nghiệp	Đang đi làm (Cán bộ/Công nhân/Làm ruộng)	24,25,3
	Hưu trí	34,35,8
	Không có	37,38,9
Trình độ học vấn	Dưới THPT	66,69,5
	Trên THPT	29,30,5
Nơi ở	Nông thôn	61,64,2
	Thành thị	34,35,8
Thu nhập trung bình	Dưới 10 triệu	51,53,7
	10 – 20 triệu	34,35,8
	Trên 20 triệu	10,10,5
Bệnh lý mắc kèm	Không có	19,20,0
	1 - 2 bệnh	66,69,5
	≥3 bệnh	10,10,5
BMI	<18,5	19,20,0
	18,5 – 24,9	65,68,4
	≥25	11,11,6
BMI trung bình	21,08 ± 3,09	
Phương pháp điều trị trước đó	Chưa điều trị	42,44,2
	Điều trị nội khoa	42,44,2
	Điều trị ngoại khoa	11,11,6
Phương pháp can thiệp	Bơm cement có bóng	54,56,8
	Bơm cement không bóng	41,43,2
Điểm T-score trung bình	-3,67 ± 0,87	

Nhóm người cao tuổi (≥60 tuổi) chiếm 90,53%, độ tuổi trung bình là 72,52 ± 10,31. Phần lớn NB là nữ (chiếm 78,95%), nam giới chiếm 21,05%. Có 35,8% NB thuộc nhóm hưu trí; 23,16% là nông dân hoặc hưu trí. Trình độ học vấn chủ yếu là dưới THPT (69,47%), trình độ học vấn cao chiếm 1,05%. tỉ lệ nông thôn (64,21%), thu nhập trung bình khoảng từ 5 - 10 triệu đồng chiếm 47,37% . Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc bệnh phổi hợp chiếm (69,47%), có tới

10,53% mắc tới 3 bệnh phổi hợp, tỉ lệ 20% xẹp đơn thuần. BMI tiêu chuẩn chiếm 72,63%, BMI trung bình của cả nhóm là $21,07 \pm 3,09$. Tỷ lệ

can thiệp bằng phương pháp bơm cement có bóng, không bóng lần lượt 56,84% và 43,16%). Mật độ xương trung bình Tscore: $-3,67 \pm 0,87$.

Bảng 2. Mức độ đau của người bệnh theo thang điểm VAS

Mức độ đau	Không đau (%) 0 điểm	Đau ít (%) 1 – 2 điểm	Đau trung bình (%) 3 – 6 điểm	Trung bình
Trước phẫu thuật	0 (0)	33 (34,7)	63 (65,3)	$4,85 \pm 0,82$
Sau phẫu thuật 1 tháng	14 (14,7)	77 (81,1)	4 (4,2)	$1,60 \pm 1,33^{***}$
Sau phẫu thuật 3 tháng	31 (32,6)	60 (63,2)	4 (4,2)	$0,94 \pm 0,83^{***###}$

***: $p < 0,001$ so với trước bơm cement; ###: $p < 0,001$ so với sau bơm cement 1 tháng

Trước bơm cement có 65,3% mức độ đau trung bình $4,85 \pm 0,82$. Thang điểm VAS giảm rõ rệt sau 1 tháng và 3 tháng sau bơm cement có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

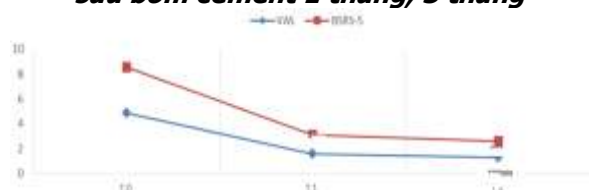
Bảng 3. Mức độ căng thẳng tâm lý theo thang điểm BSRS-5 trước và sau bơm cement 1 tháng, 3 tháng

Căng thẳng tâm lý	T0 (N=95)	T1 (N=95)	T2 (N=95)	Within-subject Effects F(df)	p	Bonferroni
Mất ngủ	$2,12 \pm 0,68$	$1,25 \pm 0,60$	$1,28 \pm 0,58$			
Lo âu	$2,52 \pm 0,81$	$0,67 \pm 0,63$	$0,47 \pm 0,54$			
Đề kích thích	$0,67 \pm 0,63$	$0,14 \pm 0,38$	$0,02 \pm 0,15$			
Trầm cảm	$2,13 \pm 0,85$	$0,33 \pm 0,55$	$0,19 \pm 0,40$			
Tự ti	$1,13 \pm 0,61$	$0,72 \pm 0,54$	$0,63 \pm 0,49$			
Tổng điểm BSRS-5	$8,56 \pm 2,73$	$3,11 \pm 2,07$	$2,59 \pm 1,56$	F (95) = 0,93	0.00	T0>T1*, T2***

*: $p < 0,05$; ***: $p < 0,001$ so với trước bơm cement sinh học sau bơm cement 1 tháng, 3 tháng

Trước bơm cement người bệnh căng thẳng tâm lý ở mức độ trung bình với thang điểm $8,56 \pm 2,73$. Sau bơm cement 1 tháng, mức độ căng thẳng tâm lý còn $3,11 \pm 2,07$ điểm, sau 3 tháng còn $2,59 \pm 1,56$ với ($p < 0,05$; $p < 0,001$). Mức độ căng thẳng tâm lý giảm tỷ lệ thuận với sự giảm của mức độ đau theo thang đo VAS (VAS giảm thì mức độ căng thẳng tâm lý giảm) (Biểu đồ 1).

Biểu đồ 1. Mối liên hệ giữa mức độ đau và căng thẳng tâm lý của người bệnh trước và



***: $p < 0,001$ so với trước bơm cement sinh học
###: $p < 0,001$ so với sau bơm cement sinh học 1 tháng

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số đặc điểm nhân khẩu học với mức độ căng thẳng tâm lý đánh giá bằng mô hình ước lượng tổng quan (GEE)

Đặc điểm	β (95%CI)	OR	p-value
Tuổi ≥ 70 so với <70	0.54 (-0.06 – 1.14)	1,72	0.078
Giới (nữ so với nam)	1.43 (0.79 – 2.06)	4,18	<0.001
Nghề nghiệp (so với cán bộ/công nhân)			
Làm ruộng	-0.26 (-1.83 – 1.30)	0,77	0.742
Hưu trí	-0.05 (-1.35 – 1.25)	0,95	0.936
Không có	0.06 (-1.34 – 1.46)	1,06	0.936
Học vấn (trên THPT so với dưới THPT)	0.46 (-0.17 – 1.08)	1,58	0.153
Nơi ở (thành thị so với nông thôn)	0.19 (-0.50 – 0.88)	1,21	0.584
Thu nhập (so với dưới 10 triệu)			
Từ 10 triệu trở lên	-0.24 (-1.08 – 0.60)	0,79	0.576
Trên 20 triệu	-0.65 (-1.60 – 0.29)	0,52	0.177
T-score	-0.32 (-0.59 – -0.04)	0,73	0.024
Bệnh mắc kèm (có so với không)	0.68 (-0.08 – 1.44)	1,97	0.079
Phương pháp điều trị (so với chưa điều trị)			
Điều trị nội khoa	0.44 (-0.16 – 1.04)	1,55	0.154
Điều trị ngoại khoa	0.07 (-0.72 – 0.87)	1,07	0.858
Phương pháp can thiệp (bơm không bóng so với có bóng)	0.08 (-0.55 – 0.71)	1,08	0.806

Kết quả từ mô hình ước lượng tổng quan (GEE) cho các yếu tố nhân khẩu học có mối liên quan đến mức độ căng thẳng tâm lý bao gồm: nữ có điểm BSRS cao hơn nam ($\beta = 1,43$; $p < 0,001$); điểm T-score càng cao thì điểm BSRS càng giảm ($\beta = -0,32$; $p = 0,024$). Các yếu tố khác (tuổi, nghề nghiệp, học vấn, nơi ở, thu nhập, bệnh mắc kèm, phương pháp điều trị và phương pháp can thiệp) không cho thấy ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới điểm BSRS-5 ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là người trên 60 tuổi, độ tuổi trung bình là 72,5. Điều này phản ánh xu hướng dân số già hóa hiện nay, nhóm người hạn chế các vận động thể lực đó cũng là một trong những yếu tố liên quan đến loãng xương, tim mạch, tiểu đường.^{1,9,10} Nữ giới chiếm 78,95% cho thấy phụ nữ có tuổi thọ trung bình dài hơn nam giới, vì vậy tỷ lệ nữ cao trong nghiên cứu là điều dễ hiểu.¹⁰ Khu vực nông thôn chiếm 64,21% cho thấy nông thôn thường phải đối mặt với những khó khăn như thiếu tiếp cận với cơ sở y tế hiện đại, ít cơ hội thăm khám và điều trị kịp thời, điều này cũng có thể dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh phối hợp cao hơn. Về trình độ học vấn có 69,47% học vấn thấp có thể ảnh hưởng đến nhận thức và cách thức chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi. Việc thiếu hiểu biết về phòng ngừa bệnh tật, chế độ dinh dưỡng, và phương pháp điều trị có thể dẫn đến việc chẩn đoán muộn và điều trị không hiệu quả. Thu nhập cũng là một vấn đề của xã hội, nhóm thu nhập thấp 5 - 10 triệu đồng có thể dẫn đến không đủ để đảm bảo chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi, đặc biệt đặc biệt vấn đề dinh dưỡng, thuốc men trong điều trị loãng xương.³ Ngoài ra tỷ lệ mắc bệnh phối hợp chiếm tới 69,47% tuổi chẳng hạn như bệnh tim mạch, đái tháo đường kèm theo loãng xương là một vấn đề nghiêm trọng. Mật độ xương T-score trung bình là -3,67 cho thấy tình trạng loãng xương ở nhóm nghiên cứu khá nghiêm trọng, cần có chiến lược quản lý nhóm bệnh này trong xã hội, để phòng các gãy xương tiến triển. Việc sử dụng các phương pháp bơm cement có bóng và không bóng, thậm chí điều trị phẫu thuật, giải phóng các chèn ép thần kinh do biến chứng xẹp đốt sống đến muộn, trong nghiên cứu này kỹ thuật tạo hình thân đốt sống bằng phương pháp bơm cement không và có bóng chiếm tỉ lệ 56,84% và 43,16% cho thấy Việt Nam có đủ trình độ thực hiện các kỹ thuật điều trị, giải quyết được biến chứng xẹp đốt sống do loãng xương gây ra.

Trước khi bơm cement mức độ đau của

nhóm nghiên cứu trung bình là $4,85 \pm 0,82$ trên thang điểm VAS. Điều này cho thấy tình trạng đau của người bệnh khá nghiêm trọng, đặc biệt khi loãng xương gây ra các cơn đau do gãy xương hoặc biến dạng cột sống. Sau bơm cement 1 tháng và 3 tháng mức độ đau giảm rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này cho thấy rằng phương pháp bơm cement không chỉ giúp giảm đau trong thời gian ngắn mà còn có tác dụng lâu dài. Việc giảm đau nhanh chóng và hiệu quả có thể cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Kết quả từ thang điểm BSRS-5 trước và sau bơm cement có thể cho thấy sự thay đổi trong trạng thái tâm lý của bệnh nhân. Trước bơm cement mức độ căng thẳng tâm lý ở người bệnh là $8,56 \pm 2,73$ điểm, thuộc mức độ trung bình. Điều này cho thấy những bệnh nhân bị loãng xương, đặc biệt là khi có các biến chứng như gãy xương hay đau kéo dài, có thể trải qua mức độ căng thẳng tâm lý khá cao.⁵

Đau đớn lâu dài không chỉ ảnh hưởng đến thể chất mà còn làm tăng mức độ lo âu, căng thẳng, có thể dẫn đến các vấn đề như trầm cảm.⁶ Sau 1 tháng và 3 tháng mức độ căng thẳng tâm lý giảm rõ rệt với $3,11 \pm 2,07$ điểm sau 1 tháng và $2,59 \pm 1,56$ điểm sau 3 tháng. Điều này cho thấy tác dụng tích cực của bơm cement không chỉ trong việc giảm đau mà còn trong việc cải thiện sức khỏe tâm lý. Sự giảm căng thẳng đáng kể ($p < 0,05$; $p < 0,001$) cho thấy rằng bơm cement có một ảnh hưởng lâu dài và có ý nghĩa thống kê đối với giảm lo âu, căng thẳng ở bệnh nhân. Một trong những điểm đáng chú ý trong nghiên cứu này là mối quan hệ tỷ lệ thuận giữa mức độ đau và mức độ căng thẳng tâm lý. Khi mức độ đau giảm (theo thang đo VAS), mức độ căng thẳng tâm lý cũng giảm theo. Điều này hoàn toàn hợp lý vì cơn đau kéo dài thường xuyên sẽ gây ra những tác động tiêu cực đến tâm lý, khiến bệnh nhân cảm thấy lo âu, mệt mỏi và bất lực. Mối liên hệ này có thể được lý giải từ góc độ sinh lý học và tâm lý học. Cơn đau có thể kích hoạt các phản ứng stress trong cơ thể, bao gồm việc gia tăng sản xuất cortisol (hormone stress) và các yếu tố sinh hóa khác có thể làm tăng lo âu, trầm cảm.⁷ Khi đau giảm, cơ thể không còn phải đối mặt với những yếu tố gây stress này, từ đó giúp tâm lý người bệnh ổn định hơn. Giảm đau nhờ bơm cement không chỉ làm cho bệnh nhân cảm thấy thoải mái hơn mà còn giúp họ lấy lại được cảm giác kiểm soát cuộc sống của mình. Việc giảm đau có thể mang lại cảm giác tự chủ và độc lập, từ đó cải thiện chất lượng sống và giảm thiểu cảm giác lo âu, căng

thăng.⁸

Ngoài ra, kết quả thu được cho thấy giới tính và T-score là yếu tố ảnh hưởng rõ ràng nhất đến mức độ căng thẳng tâm lý và ảnh hưởng rõ ràng nhất ở thời điểm 3 tháng sau bơm cement. Kết quả này có sự khác biệt với một số nghiên cứu của Xiao và cộng sự, Lee và cộng sự nhưng có sự tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu khác. Điều này có thể được giải thích do nữ giới dễ bị tổn thương hơn, T-score thấp thì nguy cơ xẹp đốt sống nặng hơn.

V. KẾT LUẬN

Mức độ căng thẳng tâm lý của NB xẹp đốt sống do loãng xương giảm sau bơm cement sinh học và bị ảnh hưởng rõ rệt bởi điểm đau VAS, một số yếu tố nhân khẩu học như giới nữ, điểm T-score,... Kết quả của nghiên cứu này đã cung cấp những bằng chứng ban đầu về khía cạnh tâm lý ở nhóm NB xẹp đốt sống do loãng xương, phục vụ cho những nghiên cứu can thiệp sâu hơn để cải thiện mức độ căng thẳng tâm lý ở nhóm NB này, hướng tới tăng cường hiệu quả điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Donnelly III CJ, DiPompeo CM, Varacallo M.** Vertebral Compression Fractures. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed November 26, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448171/>
2. **Đỗ Mạnh H.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Tạo Hình Đốt Sống Bằng Bơm Cement Có Bóng Cho Bệnh Nhân Xẹp Đốt Sống Do Loãng Xương. PhD Thesis. 2018. Accessed November 26, 2023. <http://103.254.16.35/handle/hmu/1795>
3. **Huang CH, Wang WH, Kor CT, Hsiao CH,**

Chang CC. Risk of venous thromboembolism in elderly patients with vertebral compression fracture. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(18):e20072. doi:10.1097/MD.00000000000020072

4. **Heckman W.** What Is Psychological Stress? The American Institute of Stress. November 29, 2021. Accessed March 24, 2024. <https://www.stress.org/what-is-psychological-stress>
5. **Crosswell AD, Lockwood KG.** Best practices for stress measurement: How to measure psychological stress in health research. *Health Psychol Open*. 2020;7(2):2055102920933072. doi:10.1177/2055102920933072
6. **Schneiderman N, Antoni MH, Saab PG, Ironson G.** Health psychology: psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:555-580. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.555
7. **Schwarz F, Klee E, Schenk P, et al.** Impact of Anxiety During Hospitalization on the Clinical Outcome of Patients With Osteoporotic Thoracolumbar Vertebral Fracture. *Glob Spine J*. Published online August 7, 2023;21925682231192847. doi:10.1177/21925682231192847
8. **Heikkinen J, Honkanen R, Williams L, et al.** Depressive disorders, anxiety disorders and subjective mental health in common musculoskeletal diseases: A review. *Maturitas*. 2019;127: 18-25. doi:10.1016/j.maturitas.2019.05.011
9. **Marchenkova LA, Fesyun AD, Gerasimenko MY.** [Study of the psycho-emotional disorders' severity in patients with osteoporotic vertebral fractures and factors affecting them]. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult*. 2021;98(3):18-28. doi:10.17116/kurort20219803118
10. **Moradzadeh R, Zamanian M, Taheri M.** Modelling the factors associated with quality of life in women with osteoporosis: A cross-sectional study. *Glob Epidemiol*. 2024;8:100169. doi:10.1016/j.gloepi.2024.100169

XƠ HÓA GAN ĐÁNG KỂ LIÊN QUAN VỚI XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH CẢNH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Vũ Quốc Bảo^{1,2}, Trần Thị Khánh Tường¹, Nguyễn Tuấn Vũ¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Xơ hóa gan được một số nghiên cứu cho thấy có thể có liên quan tới xơ vữa động mạch cảnh (XVĐMC) ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2. Tuy nhiên, mối liên hệ này chưa được khảo sát rõ ở bệnh nhân Việt Nam. **Mục tiêu:** Đánh giá mối liên

quan giữa xơ hóa gan đáng kể với bề dày nội trung mạc và xơ vữa động mạch cảnh ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 người Việt Nam. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang tiến cứu trên 291 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 khám và điều trị tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 7/2023 đến tháng 7/2024. Tình trạng gan nhiễm mỡ và xơ hóa gan được đánh giá bằng siêu âm bụng (GE Logiq V7) và đo đàn hồi gan bằng máy FibroScan. Gan nhiễm mỡ được xác định khi có bằng chứng nhiễm mỡ trên siêu âm bụng hoặc khi thông số giảm âm được kiểm soát (CAP) ≥ 234 dB/m. Xơ hóa gan đáng kể ($F \geq 2$) được xác định khi độ cứng của gan (LSM) $\geq 7,0$ kPa. Màng xơ vữa và bề dày nội trung mạc của động mạch cảnh (cIMT) được đo bởi các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh sử dụng siêu âm độ phân giải

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quốc Bảo

Email: bsquocbao@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

cao với đầu dò tần số 12 MHz. Phân tích hồi quy logistic đa biến để xác định mối liên quan giữa xơ hóa gan đáng kể và sự tăng bề dày nội trung mạc động mạch cảnh (cIMT) và xơ vữa động mạch cảnh (XVĐMC). **Kết quả:** Trong tổng số 291 bệnh nhân ĐTĐ típ 2, tỷ lệ có XVĐMC là 37,8%, tỷ lệ có tăng cIMT là 26,0%. Tỷ lệ các mức độ xơ hóa gan lần lượt là 23,7% $F \geq 2$, 14,4% $F \geq 3$ và 8,1% F4. Xơ hóa gan đáng kể liên quan độc lập với XVĐMC (OR 2,1; $p = 0,04$) và với tăng cIMT (OR 2,3; $p = 0,01$). Phân tích dưới nhóm ĐTĐ típ 2 có bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa, xơ hóa gan đáng kể liên quan có ý nghĩa thống kê với XVĐMC (OR 2,5; $p = 0,02$) và với tăng cIMT (OR: 3,5; $p < 0,01$). **Kết luận:** Xơ hóa gan đáng kể liên quan đến sự tăng cIMT và XVĐMC ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Mối liên quan này cũng được ghi nhận rõ trong dưới nhóm bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa, xơ hóa gan đáng kể, xơ vữa động mạch cảnh, bề dày nội trung mạc động mạch cảnh.

SUMMARY

SIGNIFICANT LIVER FIBROSIS ASSOCIATED WITH CAROTID ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS WITH TYPE-2 DIABETES MELLITUS

Introduction: Liver fibrosis has been suggested to be associated with carotid atherosclerosis (CA) in patients with type-2 diabetes mellitus (T2DM). However, this relationship has not been fully investigated in Vietnamese population. **Objective:** To evaluate the association between significant liver fibrosis and both carotid intima-media thickness (cIMT) and carotid atherosclerosis in Vietnamese patients with T2DM. **Methods:** A prospective, cross-sectional study involving 291 patients with T2DM at Gia Dinh People's Hospital from July 2023 to July 2024. Hepatic steatosis and fibrosis were assessed using abdominal ultrasonography (GE Logiq V7) and transient elastography by FibroScan. Fatty liver was defined as either sonographic evidence of steatosis or a controlled attenuation parameter (CAP) ≥ 234 dB/m. Significant liver fibrosis ($F \geq 2$) was defined as a liver stiffness measurement (LSM) ≥ 7.0 kPa. Carotid plaques and carotid intima-media thickness (cIMT) were evaluated by radiologists using high-resolution ultrasonography equipped with a 12-MHz probe. Multivariate logistic regression analysis was performed to assess the association between significant liver fibrosis and both increased cIMT and the presence of carotid atherosclerosis. **Results:** Among 291 T2DM patients, the prevalence of CA was 37.8%, and that of elevated cIMT was 26.0%. The proportions of patients with liver fibrosis stages $F \geq 2$, $F \geq 3$, and F4 were 23.7%, 14.4%, and 8.1%, respectively. Significant liver fibrosis was independently associated with CA (OR: 2.1; $p = 0.04$) and increased cIMT (OR: 2.3; $p = 0.01$). In the subgroup analysis of patients with metabolic dysfunction-associated fatty liver disease (MAFLD), significant liver fibrosis remained significantly associated with CA (OR: 2.5; $p = 0.02$)

and increased cIMT (OR: 3.5; $p < 0.01$). **Conclusion:** Significant liver fibrosis was associated with increased cIMT and CA in patients with T2DM. This association was also evident in the subgroup of T2DM patients with MAFLD. **Keywords:** Type-2 diabetes mellitus, metabolic dysfunction-associated fatty liver disease, significant liver fibrosis, carotid atherosclerosis, carotid intima-media thickness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến nhất toàn cầu. Ước tính cho thấy tỷ lệ hiện mắc ĐTĐ típ 2 ở người 20–79 tuổi khoảng 10,5% (tương đương 536,6 triệu người) vào năm 2021 và được dự báo sẽ tăng lên 12,2% (783,2 triệu người) vào năm 2045.[1] Việc kiểm soát kém ĐTĐ típ 2 có thể dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng, bao gồm các biến cố tim mạch, bệnh thận mạn, bệnh võng mạc gây giảm/mất thị lực và bệnh lý bàn chân ĐTĐ. Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị Đái tháo đường năm 2023 của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) khuyến nghị sàng lọc xơ hóa gan tiến triển ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2.[2] Nhiều nghiên cứu đã chứng minh xơ hóa gan có liên quan đến xơ vữa động mạch, trong đó có động mạch cảnh, thể hiện qua tăng cIMT và mảng xơ vữa động mạch cảnh (XVĐMC) ở bệnh nhân ĐTĐ.[3, 4] Việc phát hiện sớm xơ hóa gan có thể giúp cải thiện công tác quản lý ĐTĐ típ 2 và ngăn ngừa các biến cố tim mạch. Tuy nhiên, mối liên hệ này chưa được khảo sát đầy đủ ở bệnh nhân Việt Nam. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá mối liên quan giữa xơ hóa gan đáng kể và XVĐMC thông qua cIMT và mảng xơ vữa ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 ≥ 18 tuổi đến khám tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 7/2023 đến tháng 7/2024.

Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu liên tiếp **Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Bệnh nhân ≥ 18 tuổi có chẩn đoán ĐTĐ típ 2 theo 1 trong các tiêu chí sau: đang sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ, đường huyết lúc đói $\geq 7,0$ mmol/L hoặc HbA1c $\geq 6,5\%$. Hai tiêu chuẩn sau cần thỏa ở 2 lần xét nghiệm trên 2 mẫu máu hoặc ở 2 kỹ thuật xét nghiệm khác nhau trên cùng 1 mẫu máu.[2] Tất cả bệnh nhân đều tự nguyện ký văn bản đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Nghi ngờ viêm gan cấp, tắc mật, u gan nguyên phát hoặc thứ phát, đang mang thai, suy tim NYHA III trở lên, suy

thận nặng eGFR < 15 ml/phút/1,73 m².

Phương pháp thu thập số liệu

Biến số lâm sàng: Các chỉ số nhân trắc học bao gồm: tuổi (năm), thời gian chẩn đoán ĐTD tip 2 (năm), giới tính (nam/nữ), chiều cao (mét), cân nặng (kg) và vòng eo (cm). Chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính bằng cách lấy cân nặng (kg) chia cho bình phương chiều cao (m²); thừa cân được định nghĩa khi BMI ≥ 23 kg/m². Béo bụng được định nghĩa là vòng eo ≥ 90 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ. Tiền căn gia đình có bệnh tim mạch khi có người thân cận huyết đời thứ nhất từng mắc nhồi máu cơ tim, nhồi máu não, tắc động mạch ngoại biên do huyết khối hoặc từng can thiệp động mạch (mổ bắc cầu, đặt stent).

Tăng huyết áp được xác định khi huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 85 mmHg, hoặc đang điều trị bằng thuốc hạ huyết áp chuyên biệt.[5]

Uống rượu đáng kể được định nghĩa là tiêu thụ ≥ 210 gam/tuần ở nam và ≥ 140 gam/tuần ở nữ, trong ít nhất 2 năm liên tục. Lối sống ít vận động được xác định là hoạt động thể lực mức độ vừa dưới 150 phút/tuần hoặc hoạt động thể lực mức độ nặng dưới 75 phút/tuần.[5]

Biến số cận lâm sàng: Xét nghiệm máu bao gồm: số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu trong máu, các chỉ số sinh hóa huyết thanh như: aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), creatinin, HbA1c, triglyceride (TG), cholesterol toàn phần, cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C) và cholesterol lipoprotein tỷ trọng cao (HDL-C). Rối loạn lipid máu được xác định khi có 1 trong các tiêu chí sau: TG ≥ 1,7 mmol/L, HDL-C ≤ 1,0 mmol/L (nam), ≤ 1,3 mmol/L (nữ), hoặc đang sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu. Nhiễm vi rút viêm gan B được xác định qua HbsAg(+), nhiễm vi rút viêm gan C được chẩn đoán khi phát hiện HCV RNA dương tính sau khi có kết quả anti HCV (+).

Gan nhiễm mỡ được xác định bằng siêu âm bụng có gan dày sáng giảm âm vùng sâu hoặc có giá trị thông số giảm âm được kiểm soát đo bằng máy FibroScan ≥ 234 dB/m. Độ đàn hồi gan được đo bằng máy FibroScan (Compact 530, Echosens, Pháp), đầu dò M, sau khi bệnh nhân nhịn ăn tối thiểu 4 giờ. Giá trị độ cứng gan (LSM, kPa) được xác định là trung vị của ít nhất 10 phép đo hợp lệ. Xơ hóa gan, đánh giá bằng LSM, được phân độ như sau:

- Xơ hóa gan đáng kể (F≥2): LSM ≥ 7,0 kPa
- Xơ hóa gan tiến triển (F≥3): LSM ≥ 8,7 kPa
- Xơ gan (F4): LSM ≥ 11,5 kPa

Biên kết cục: Siêu âm Doppler động mạch

cánh 2 bên đo cIMT và tìm mảng XVĐMC.

– Mảng XVĐMC được xác định khi có sự dày lên khu trú của thành động mạch ≥ 50% so với bề dày nội trung mạc xung quanh, hoặc bề dày nội trung mạc khu trú ≥ 1,5 mm, hoặc có vùng tăng hồi âm tách biệt lùi vào phía lòng mạch.[6]

– Đo bề dày nội trung mạc động mạch cảnh chung ở thành xa đầu dò, cách chỗ chia đôi động mạch cảnh ≥ 5 mm, đo trên 1 đoạn động mạch dài ≥ 10 mm không mà có tổn thương xơ vữa. CIMT dày khi ≥ 0,9 mm.[6]

Phân tích số liệu. Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 27. Tính tần số và tỉ lệ phần trăm đối với các biến số định tính. Tính trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân bố chuẩn) hoặc trung vị, khoảng tứ phân vị (nếu phân bố không chuẩn) với biến số định lượng. So sánh trung bình các yếu tố định lượng bằng kiểm định t giữa nhóm có và không có XVĐMC, giữa có và không có cIMT ≥ 0,9mm. Tính liên quan giữa xơ hóa gan đáng kể với XVĐMC và cIMT ≥ 0,9mm bằng kiểm định χ^2 hoặc Fisher's exact. Khảo sát mối liên quan đa biến bằng hồi quy logistic, gồm các yếu tố đạt p < 0,10 sau phân tích liên quan đơn biến. Đối với tất cả các phép kiểm định thống kê, mức p < 0,05 được sử dụng để xác định khác biệt có ý nghĩa thống kê. Xác định mức độ liên quan bằng OR.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Quy trình nghiên cứu thiết kế minh bạch, khoa học, khách quan, đảm bảo tính chính xác và có thể kiểm chứng. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật hoàn toàn và chỉ được sử dụng để phục vụ nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được công bố trung thực, đầy đủ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

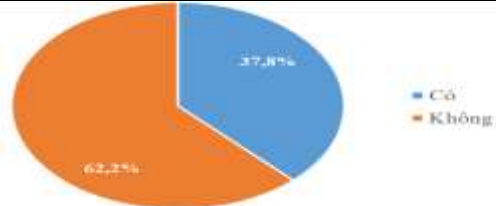
Đặc điểm dân số nghiên cứu. Có 291 bệnh nhân ĐTD tip 2 được chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình 59,01 ± 10,77, trong đó có 168 nam (chiếm 42,3%). 217 trường hợp có bệnh GNMLQRLCH (74,6%). Các mức độ xơ hóa gan F≥2, F≥3 và F4 lần lượt là 23,7%, 14,4% và 8,2%. Một trăm mười bệnh nhân có XVĐMC (37,8%) (Hình 1). Trong 285 bệnh nhân đo được cIMT, 74 bệnh nhân có cIMT ≥ 0,9mm (26,0%) (Hình 2). Các đặc điểm khác được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

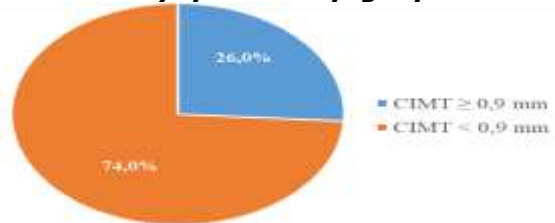
Tên biến	n (%)	Trung bình ± độ lệch chuẩn Trung vị (Tứ phân vị 25 th ; 75 th)
Tuổi		59,01 ± 10,77

Tuổi ≥ 60	156 (53,6)	
Giới: Nam	123 (42,3)	
Nữ	168 (57,7)	
BMI (kg/m ²)		24,71 $\pm$ 3,68
Thừa cân – béo phì	200 (68,7)	
Béo bụng	240 (82,5)	
Tiền căn gia đình có bệnh tim mạch	16 (5,5)	
Chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm	98 (33,7)	
Tăng huyết áp	210 (72,2)	
Rối loạn lipid máu	273 (93,8)	
Hút thuốc lá	42 (14,4)	
Sử dụng rượu bia đáng kể	34 (11,7)	
Lối sống ít vận động	186 (63,9)	
Viêm gan vi rút B	28 (9,6)	
Viêm gan vi rút C	9 (3,1)	
HbA1c (%)		7,00 (6,50; 8,40)
AST (U/L)		26,20 (20,40; 33,00)
ALT (U/L)		27,80 (19,20; 43,00)
Creatinin (μ mol/L)		81,40 (68,50; 93,70)
Hồng cầu (M/mm ³)		7,23 (6,27; 8,74)
Bạch cầu (K/mm ³)		4,64 (4,23; 5,02)
Tiểu cầu (K/mm ³)		245,00 (208,50; 292,50)
Cholesterol toàn phần (mmol/L)		4,80 (3,81; 5,86)
LDL-C (mmol/L)		2,82 (2,07; 3,66)
HDL-C (mmol/L)		1,24 (1,10; 1,45)
Triglyceride		1,89 (1,33; 2,75)

(mmol/L)		
CAP (dB/m)		265,82 $\pm$ 57,61
Bệnh GNMLQRLCH	217 (74,6)	
Độ cứng gan (kPa)		5,50 (4,40; 6,80)
Mức độ xơ hóa gan		
F ≥ 2	69 (23,7)	
F ≥ 3	42 (14,4)	
F4	24 (8,2)	



Hình 1: Tỷ lệ xơ vữa động mạch cảnh

Hình 2: Tỷ lệ cIMT $\geq 0,9$ mm

Liên quan giữa xơ hóa gan đáng kể và xơ vữa động mạch cảnh

Qua phân tích đơn biến, tỷ lệ xơ hóa gan đáng kể, nhóm tuổi ≥ 60 , béo bụng, tăng huyết áp, chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm, số lượng tiểu cầu máu và nồng độ creatinin khác biệt có nghĩa thống kê giữa nhóm có và không có XVĐMC (Bảng 2).

Bảng 2: So sánh đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có và không có xơ vữa động mạch cảnh

Tên biến	Không XVĐMC (n=181)	XVĐMC (n=110)	p
Nam (%)	76 (42,0)	47 (42,7)	0,90
Tuổi ≥ 60 (%)	67 (37,0)	89 (80,9)	<0,01
Thừa cân – béo phì (%)	127 (70,2)	73 (66,4)	0,50
Béo bụng (%)	143 (79,0)	97 (88,2)	0,04
Tiền căn gia đình có bệnh tim mạch	12 (6,6)	4 (3,6)	0,28
Tăng huyết áp (%)	119 (65,9)	91 (82,7)	<0,01
Rối loạn lipid máu (%)	170 (93,9)	103 (93,6)	0,92
Sử dụng rượu bia đáng kể (%)	22 (12,2)	12 (10,9)	0,75
Hút thuốc lá (%)	26 (14,4)	16 (14,5)	0,97
Lối sống ít vận động (%)	113 (62,4)	73 (66,4)	0,50
Chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm (%)	45 (24,9)	53 (48,2)	<0,01
Bệnh GNMLQRLCH (%)	137 (75,7)	80 (72,7)	0,57
Xơ hóa gan đáng kể (%)	32 (17,7)	37 (33,6)	<0,01
Hồng cầu (M/mm ³)	4,7	4,9	0,66
Bạch cầu (K/mm ³)	7,6	8,1	0,16

Tiểu cầu (K/mm ³)	261,9	241,7	0,01
AST (U/L)	30,5	30,3	0,93
ALT (U/L)	36,3	33,3	0,29
HbA1c (%)	7,6	7,7	0,41
Creatinin (μmol/L)	79,8	89,3	<0,01

Qua phân tích hồi quy logistic đa biến, xơ hóa gan đáng kể có liên quan độc lập với XVĐMC ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, OR hiệu chỉnh 2,1; KTC 95% 1,1 – 4,0; p = 0,04 (Hiệu chỉnh với tuổi, béo bụng, tăng huyết áp, chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm, số lượng tiểu cầu máu và creatinin).

*** Phân tích dưới nhóm ĐTĐ típ 2 có**

bệnh GNMLQRLCH

Qua phân tích đơn biến, tỷ lệ xơ hóa gan đáng kể, nhóm tuổi ≥ 60, tăng huyết áp, chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm, số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu máu và nồng độ creatinin khác biệt có nghĩa thống kê giữa nhóm có và không có XVĐMC (Bảng 3).

Bảng 3: So sánh đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa có và không có xơ vữa động mạch cảnh

Tên biến	Không xơ vữa ĐMC (n=137)	Xơ vữa ĐMC (n=80)	p
Nam (%)	53 (38,7)	33 (41,3)	0,71
Tuổi ≥ 60 (%)	47 (34,3)	64 (80,0)	<0,01
Thừa cân – béo phì (%)	104 (75,9)	58 (72,5)	0,58
Béo bụng (%)	118 (86,1)	74 (92,5)	0,16
Tiền căn gia đình có bệnh tim mạch	9 (6,6)	2 (2,5)	0,34*
Tăng huyết áp (%)	90 (65,7)	68 (85,0)	<0,01
Rối loạn lipid máu (%)	132 (96,4)	76 (95,0)	0,73
Sử dụng rượu bia đáng kể (%)	16 (11,7)	10 (12,5)	0,85
Hút thuốc lá (%)	16 (11,7)	12 (15,0)	0,48
Lối sống ít vận động (%)	88 (64,2)	57 (71,3)	0,29
Chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm (%)	30 (21,9)	40 (50,0)	<0,01
Xơ hóa gan đáng kể (%)	25 (18,2)	34 (42,5)	<0,01
Hồng cầu (M/mm ³)	4,8	4,6	0,02
Bạch cầu (K/mm ³)	7,6	8,4	0,04
Tiểu cầu (K/mm ³)	264,0	234,0	<0,01
AST (U/L)	30,7	32,0	0,61
ALT (U/L)	37,7	36,0	0,63
HbA1c (%)	7,5	7,9	0,15
Creatinin (μmol/L)	78,8	88,2	<0,01

(*): Test Fisher's exact

Qua phân tích hồi quy logistic đa biến, xơ hóa gan đáng kể liên quan độc lập với XVĐMC ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, OR hiệu chỉnh 2,5; KTC 95% 1,2 – 5,3; p = 0,02 (Hiệu chỉnh với tuổi, tăng huyết áp, chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm, số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu máu và creatinin).

Liên quan giữa xơ hóa gan đáng kể và cIMT ≥ 0,9mm. Qua phân tích đơn biến, xơ hóa gan đáng kể, nam giới, nhóm tuổi ≥ 60, tăng huyết áp, sử dụng rượu bia đáng kể, hút thuốc lá, chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm và nồng độ creatinin khác biệt có nghĩa thống kê giữa nhóm có và không có cIMT ≥ 0,9mm (Bảng 4).

Bảng 4: So sánh đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có và không có cIMT ≥ 0,9mm

Tên biến	cIMT <0,9mm (n=211)	cIMT ≥0,9mm (n=74)	p
Nam (%)	75 (35,5)	45 (60,8)	<0,01
Tuổi ≥ 60 (%)	99 (46,9)	53 (71,6)	<0,01
Thừa cân – béo phì (%)	144 (68,2)	52 (70,3)	0,75
Béo bụng (%)	172 (81,5)	64 (86,5)	0,33
Tiền căn gia đình có bệnh tim mạch	9 (4,3)	6 (8,1)	0,38*
Tăng huyết áp (%)	143 (67,8)	62 (83,8)	<0,01
Rối loạn lipid máu (%)	195 (92,4)	72 (97,3)	0,17*
Sử dụng rượu bia đáng kể (%)	19 (9,0)	22 (29,7)	<0,01

Hút thuốc lá (%)	15 (7,4)	20 (28,2)	<0,01
Lối sống ít vận động (%)	133 (63,0)	49 (66,2)	0,62
Chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm (%)	62 (29,4)	34 (45,9)	0,01
Bệnh GNMLQRLCH (%)	163 (77,3)	49 (66,2)	0,06
Xơ hóa gan đáng kể (%)	42 (19,9)	25 (33,8)	0,02
Hồng cầu (M/mm ³)	4,7	5,1	0,40
Bạch cầu ((K/mm ³)	7,7	8,1	0,20
Tiểu cầu (K/mm ³)	257,6	246,5	0,22
AST (U/L)	31,2	28,8	0,29
ALT (U/L)	35,6	34,5	0,73
HbA1c (%)	7,6	7,8	0,39
Creatinin (μ mol/L)	80,5	91,6	<0,01

Qua phân tích hồi quy logistic đa biến, xơ hóa gan đáng kể liên quan độc lập với cIMT $\geq 0,9$ mm ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, OR hiệu chỉnh 2,3; KTC 95% 1,2 – 4,6; p = 0,01 (Hiệu chỉnh với giới nam, tuổi, tăng huyết áp, sử dụng rượu bia đáng kể, hút thuốc lá, chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm và creatinin).

*** Phân tích dưới nhóm ĐTĐ típ 2 có bệnh GNMLQRLCH.** Qua phân tích đơn biến, xơ hóa gan đáng kể, nam giới, nhóm tuổi ≥ 60 , sử dụng rượu bia đáng kể, hút thuốc lá, chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm, số lượng tiểu cầu máu và creatinin khác biệt có nghĩa thống kê giữa nhóm có và không có cIMT $\geq 0,9$ mm (Bảng 5).

Bảng 5: So sánh đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh gan nhiễm mỡ liên quan rối loạn chuyển hóa có và không có cIMT $\geq 0,9$ mm

Tên biến	cIMT <0,9mm (n=163)	cIMT $\geq 0,9$ mm (n=49)	p
Nam (%)	53 (32,5)	31 (63,3)	<0,01
Tuổi ≥ 60 (%)	76 (46,6)	32 (65,3)	0,02
Thừa cân – béo phì (%)	118 (72,4)	40 (82,6)	0,19
Béo bụng (%)	143 (87,7)	45 (91,8)	0,43
Tiền căn gia đình có bệnh tim mạch	8 (4,9)	2 (4,1)	1,00*
Tăng huyết áp (%)	114 (69,9)	40 (81,6)	0,11
Rối loạn lipid máu (%)	155 (95,1)	48 (98,0)	0,69*
Sử dụng rượu bia đáng kể (%)	15 (9,2)	10 (20,4)	0,03
Hút thuốc lá (%)	12 (7,4)	15 (30,6)	<0,01
Lối sống ít vận động (%)	102 (62,6)	39 (79,6)	0,03
Chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm (%)	48 (29,4)	21 (42,9)	0,08
Xơ hóa gan đáng kể (%)	35 (21,5)	22 (44,9)	<0,01
Hồng cầu (M/mm ³)	4,7	4,8	0,32
Bạch cầu ((K/mm ³)	7,8	8,3	0,23
Tiểu cầu (K/mm ³)	258,8	238,9	0,03
AST (U/L)	31,9	29,7	0,46
ALT (U/L)	37,3	37,4	0,97
HbA1c (%)	7,6	8,0	0,09
Creatinin (μ mol/L)	79,5	91,4	<0,01

(*): Test Fisher's exact

Qua phân tích hồi quy logistic đa biến, xơ hóa gan đáng kể liên quan độc lập với cIMT $\geq 0,9$ mm ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, OR hiệu chỉnh 3,5; KTC 95% 1,6 – 7,8; p < 0,01 (Hiệu chỉnh với giới nam, nhóm tuổi ≥ 60 , sử dụng rượu bia đáng kể, hút thuốc lá, chẩn đoán ĐTĐ típ 2 ≥ 10 năm, số lượng tiểu cầu máu và creatinin).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 291 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 của chúng tôi ghi nhận xơ hóa gan đáng kể xác

định bằng FibroScan liên quan có ý nghĩa thống kê với hai chỉ dấu xơ vữa động mạch quan trọng là: XVĐMC với OR 2,1; KTC 95% 1,1 – 4,0; p = 0,04 và cIMT $\geq 0,9$ mm với OR 2,3; KTC 95% 1,2 – 4,6; p = 0,01. Đáng chú ý, mối liên quan càng rõ hơn ở nhóm có bệnh GNMLQRLCH, với OR lần lượt là 2,5 và 3,5.

Kết quả này gợi ý rằng xơ hóa gan không chỉ là biểu hiện tổn thương gan đơn thuần, mà còn có thể phản ánh khả năng xơ vữa động mạch, đặc biệt ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có kèm bệnh

GNMLQRLCH. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Lee tại Hàn Quốc, khi cho thấy xơ hóa gan tiến triển đánh giá bằng FIB-4 có thể dự đoán XVĐMC tiến triển trên 1120 bệnh nhân ĐTĐ típ 2.[3]

Nghiên cứu khác của Arai tại Nhật Bản, ở bệnh nhân bệnh GNMLQRLCH chẩn đoán xơ hóa gan bằng mô bệnh học, cũng ghi nhận mối liên quan giữa xơ hóa gan tiến triển và tăng cIMT ($OR = 2,2$). [4] Ngoài ra, nghiên cứu của Bessho cũng cho thấy nhóm ĐTĐ típ 2 kèm bệnh GNMLQRLCH liên quan mạnh nhất với cIMT $\geq 1,1$ mm ($OR = 2,2$). [7]

Các cơ chế sinh bệnh học lý giải mối liên quan giữa xơ hóa gan và XVĐMC bao gồm: sự tăng sản tạo lipid tại gan, viêm mạn tính mức độ thấp, stress oxy hóa thông qua sản sinh gốc oxy phản ứng, tăng cytokine tiền viêm như interleukin-6 và TNF- α . Những yếu tố này làm tăng biến đổi đại thực bào thành tế bào bọt, thúc đẩy hình thành mảng xơ vữa mạch. Ngoài ra, đa hình gen PNPLA3, TM6SF2 và loạn khuẩn ruột góp phần gây tích mỡ gan, viêm hệ thống và xơ vữa động mạch sớm. Các yếu tố này kết hợp lại thúc đẩy quá trình viêm thành mạch, tăng sinh tế bào cơ trơn và làm dày lớp áo trong mạch máu. Giải thích cho xơ hóa gan đáng kể liên quan đến tăng cIMT – một chỉ dấu của xơ vữa giai đoạn sớm và nguy cơ tim mạch. [8]

Mặc dù rối loạn lipid máu và BMI cao là yếu tố nguy cơ tim mạch đã được xác lập trước đây, nhưng trong mô hình phân tích đa biến của chúng tôi, các yếu tố này không có mối liên quan có ý nghĩa với XVĐMC và cIMT tăng. Các nguyên nhân có thể bao gồm: Tỷ lệ hiện mắc trong nghiên cứu rất cao (rối loạn lipid > 93%; béo bụng > 82%), gây giảm độ phân biệt thống kê; tác dụng điều trị (statin) làm suy giảm nguy cơ thực tế; tác dụng gián tiếp thông qua xơ hóa gan, khiến khi đưa LSM vào mô hình thì vai trò của lipid và BMI không còn độc lập.

Các kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng, đo độ đàn hồi gan bằng FibroScan có thể là công cụ tầm soát kép, không chỉ để đánh giá bệnh GNMLQRLCH mà còn gián tiếp nhận diện nguy cơ xơ vữa mạch máu tiềm ẩn. Khi phát hiện xơ hóa gan ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 – đặc biệt khi có kèm bệnh GNMLQRLCH – nên chỉ định tầm soát XVĐMC bằng siêu âm doppler động mạch cảnh nhằm quản lý và phòng ngừa từ sớm các biến cố tim mạch.

Nghiên cứu có một số hạn chế: Thứ nhất, không sử dụng sinh thiết gan – tiêu chuẩn vàng để đánh giá xơ hóa – mà thay bằng LSM. Tuy

nhien, FibroScan đã được chứng minh có độ chính xác cao, phù hợp thay thế sinh thiết trong nghiên cứu cộng đồng. [5] Thứ hai, thiết kế cắt ngang không cho phép xác định mối quan hệ nhân – quả giữa xơ hóa gan và XVĐMC. Chúng tôi đề xuất cần có nghiên cứu đoàn hệ để xác định rõ liệu xơ hóa gan đáng kể có là yếu tố thúc đẩy tiến trình xơ vữa động mạch ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 hay không.

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, xơ hóa gan đáng kể liên quan độc lập với tăng cIMT và XVĐMC, vốn là những chỉ dấu cho bệnh động mạch xơ vữa giai đoạn sớm. Mối liên hệ này càng mạnh hơn ở nhóm bệnh nhân có đồng mắc bệnh GNMLQRLCH. Việc tầm soát xơ hóa gan đáng kể, đặc biệt ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có bệnh GNMLQRLCH, có thể đóng vai trò là một dấu hiệu không xâm lấn quan trọng giúp phân tầng nguy cơ tim mạch và định hướng tầm soát sớm xơ vữa động mạch dưới lâm sàng. Những phát hiện này nhấn mạnh vai trò tiềm năng của đánh giá xơ hóa gan trong chiến lược quản lý toàn diện sức khỏe tim mạch cho bệnh nhân đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sun, H., et al., IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes research and clinical practice, 2022. 183: p. 109119.
2. ElSayed, N.A., et al., Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care, 2023. 46: p. Suppl.1.
3. Lee, H.-H., et al., Non-alcoholic steatohepatitis and progression of carotid atherosclerosis in patients with type 2 diabetes: a Korean cohort study. Cardiovascular diabetology, 2020. 19: p. 1-11.
4. Arai, T., et al., Liver fibrosis is associated with carotid atherosclerosis in patients with liver biopsy-proven nonalcoholic fatty liver disease. Scientific Reports, 2021. 11(1): p. 15938.
5. Eslam, M., et al., The Asian Pacific association for the study of the liver clinical practice guidelines for the diagnosis and management of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease. Hepatology International, 2025: p. 1-41.
6. Lee, H.-H., et al., Non-alcoholic steatohepatitis and progression of carotid atherosclerosis in patients with type 2 diabetes: a Korean cohort study. Cardiovascular diabetology, 2020. 19(1): p. 1-11.
7. Bessho, R., et al., A significant risk of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease plus diabetes on subclinical atherosclerosis. PloS one, 2022. 17(5): p. e0269265.
8. Finney, A.C., et al., The interplay between nonalcoholic fatty liver disease and atherosclerotic cardiovascular disease. Frontiers in Cardiovascular Medicine, 2023. 10: p. 1116861.

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM SHA2PE TRONG DỰ ĐOÁN KẾT CỤC LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI

Trần Xuân Khuyển¹, Nguyễn Công Long^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của thang điểm SHA2PE trong việc dự đoán kết cục lâm sàng ở người bệnh xuất huyết tiêu hóa dưới tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 người bệnh nội trú chẩn đoán xác định XHTH dưới tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ 08/2024 đến 09/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $59,0 \pm 16,8$; tỷ lệ nam giới 57,3%. Với điểm cắt ≥ 3 , SHA2PE cho AUC = 0,67 (95%CI: 0,55–0,76) trong dự đoán truyền máu (độ nhạy 53,8%, độ đặc hiệu 71,8%), AUC = 0,79 (95%CI: 0,68–0,89) trong dự đoán phẫu thuật (độ nhạy 87,5%, độ đặc hiệu 66,7%) và AUC = 0,52 ($p=0,63$) cho can thiệp nội soi. SHA2PE dự đoán tốt khả năng phải phẫu thuật, nhu cầu truyền máu ở mức chấp nhận, không có giá trị dự đoán can thiệp nội soi. **Kết luận:** Thang điểm SHA2PE hữu ích trong sàng lọc xác định nguy cơ cao của XHTH dưới, đặc biệt nhằm nhận diện sớm các ca nặng cần phẫu thuật, góp phần tối ưu hóa quản lý lâm sàng. **Từ khóa:** Xuất huyết tiêu hóa dưới; Thang điểm SHA2PE

SUMMARY

VALIDATION OF SHA2PE SCORE FOR PREDICTING ADVERSE OUTCOMES OF LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Objective: To assess the predictive value of the SHA2PE score for clinical outcomes in patients with lower gastrointestinal bleeding (LGIB) treated at the Digestive & Hepatobiliary Center, Bach Mai Hospital. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was performed on 110 inpatients with confirmed LGIB managed at the Digestive & Hepatobiliary Center, Bach Mai Hospital, from August 2024 to September 2025. **Results:** The mean age was 59.0 ± 16.8 years; 57.3% were male. With a cut-off score ≥ 3 , SHA2PE yielded an AUC of 0.67 (95%CI=0.55–0.76) for predicting transfusion requirement (sensitivity 53.8%, specificity 71.8%), an AUC of 0.79 (95%CI=0.68–0.89) for predicting surgical intervention (sensitivity 87.5%, specificity 66.7%), and an AUC of 0.52 ($p=0.63$) for predicting endoscopic therapy. SHA2PE showed good discriminatory power for surgical need, acceptable accuracy for transfusion requirement, and no predictive value for endoscopic intervention.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược - ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvm@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

Conclusion: The SHA2PE score is a useful screening tool for identifying high-risk LGIB patients, particularly for early detection of severe cases requiring surgery, thereby helping to optimize clinical management.

Keywords: Lower gastrointestinal bleeding; SHA2PE score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thang điểm SHA2PE được phát triển bởi Hreinsson và cộng sự năm 2018, là công cụ mới, giúp nhận diện sớm người bệnh xuất huyết tiêu hóa nguy cơ cao hoặc thấp. Thang điểm SHA2PE đánh giá trên các yếu tố: chỉ số sốc (tỷ số nhịp/tụt huyết áp), nồng độ hemoglobin, độ tuổi, nồng độ albumin, tiền sử xuất huyết tiêu hóa dưới và các dấu hiệu chảy máu gần đây [2]. Hướng dẫn mới của Hiệp hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG 2023) khuyến nghị sử dụng thang điểm SHA2PE và Oakland để sàng lọc người bệnh XHTH dưới nguy cơ thấp, phù hợp cho xuất viện sớm và theo dõi ngoại trú. Tuy nhiên, giá trị tiền lâm sàng của SHA2PE tại Việt Nam, đặc biệt ở Bệnh viện Bạch Mai, vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá giá trị của thang điểm SHA2PE trong dự đoán kết cục lâm sàng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Toàn bộ người bệnh XHTH dưới điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 09/2025.

Thang điểm SHAPE gồm 6 yếu tố: Huyết áp tâm thu, Hemoglobin, tiền căn dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, thuốc kháng đông, mạch, chảy máu tiêu hóa trong phòng cấp cứu [2]. Với điểm số ≤ 1 , người bệnh không cần can thiệp y khoa [2]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng các ngưỡng điểm khác nhau để phân tích khả năng dự báo kết cục.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện.

Phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng Kobotoolbox và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 16.0.

Thông kê mô tả: biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ ĐLC), biến định tính được trình bày dưới dạng số người bệnh và tỷ lệ phần trăm

Diễn giải giá trị của thang điểm theo diện tích dưới đường cong của ROC (AUROC). Ngưỡngng cắt được tính theo Youden index và khoảng cách d từ điểm cắt tối đỉnh cao nhất trực tung trong đường cong ROC. Với điểm cắt tìm được, sử dụng bảng 2 x 2 để xác định lại độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên đoán dương (PPV) và giá trị tiên đoán âm (NPV). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học bệnh viện Bạch Mai thông qua. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 08/2024 đến 09/2025 có tất cả 110 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được chọn vào nghiên cứu, trong đó nam giới chiếm 57,3%. Tuổi trung bình là $59,0 \pm 16,8$ tuổi. Có 32,7% người bệnh đã từng nhập viện vì XHTH dưới và 47,3% có kèm ít nhất một bệnh lý phối hợp.

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố chỉ số SHA2PE

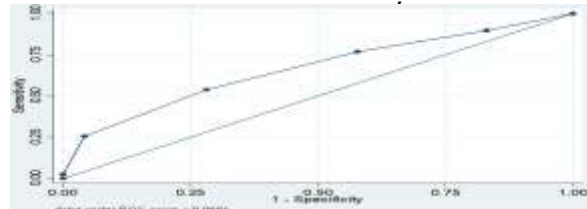
Chỉ số	Mean (Q1-Q3)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Chỉ số SHA2PE (điểm)	Mean = 2 Q1 = 1; Q3 = 3	0	5

Nhận xét: Người bệnh XHTH có chỉ số SHA2PE trung bình là 2 điểm (IQR, 1 - 3). Thấp nhất 0 điểm và cao nhất là 5 điểm.

Bảng 3.2. Giá trị điểm cắt của chỉ số SHA2PE cùng với độ nhạy, độ đặc hiệu và chỉ số Youden tương ứng

Chỉ số SHA2PE	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Chỉ số Youden
≥ 0	1,00	0,00	0,00
≥ 1	0,90	0,17	0,07
≥ 2	0,77	0,42	0,19
$\geq 3^*$	0,54	0,72	0,26
≥ 4	0,26	0,96	0,21

* Giá trị điểm cắt tối ưu



Biểu đồ 3.1. Đường cong ROC của thang điểm SH2PE trong đánh giá kết cục lâm sàng truyền máu

Bảng 3.3. Đánh giá hiệu quả về chỉ số

SHA2PE với điểm cắt tối ưu 3 trong việc đánh giá kết cục lâm sàng truyền máu

	Truyền máu	Không truyền máu	Tổng
SHA2PE ≥ 3	21 (a)	20 (c)	41
SHA2PE < 3	18 (b)	51 (d)	69
Tổng	39	71	110

Độ nhạy (Se) = $a/(a+b) = 53,8\%$

Độ đặc hiệu (Sp) = $d/(c+d) = 71,8\%$

Giá trị tiên đoán dương (PPV) = $a/(a+c) = 51,2\%$

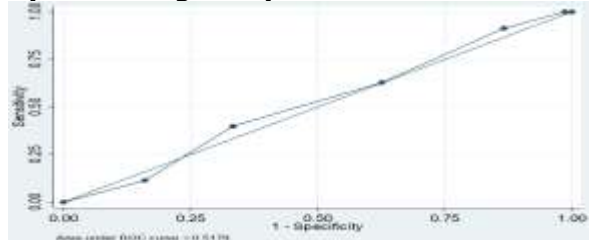
Giá trị tiên đoán âm (NPV) = $d/(b+d) = 73,9\%$

Tỉ lệ dương tính giả $\alpha = 1 - Sp = 28,2\%$

Tỉ lệ âm tính giả $\beta = 1 - Se = 46,2\%$

Nhận xét: Thang điểm SHA2PE có khả năng tiên đoán kết cục lâm sàng truyền máu của người bệnh XHTH dưới với điểm cắt tối ưu là 3 (tương ứng giá trị cao nhất của chỉ số Youden là 0,26), diện tích dưới đường cong ROC xác định độ chính xác tốt với giá trị thống kê là 0,67 (95%CI=0,55-0,76) với độ nhạy là 53,8% và độ đặc hiệu là 71,8%, $p < 0,001$.

Giá trị của thang điểm SHA2PE trong việc dự đoán kết cục lâm sàng can thiệp nội soi của người bệnh XHTH dưới



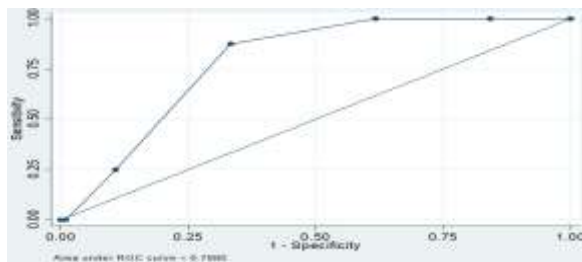
Biểu đồ 3.2. Đường cong ROC của thang điểm SH2PE trong đánh giá kết cục lâm sàng can thiệp nội soi

Nhận xét: Thang điểm SHA2PE không có giá trị trong việc tiên đoán kết cục lâm sàng can thiệp nội soi trên những người bệnh XHTH dưới với diện tích dưới đường cong ROC là 0,52 (95%CI=0,76-0,90), $p = 0,63$.

Bảng 3.4. Giá trị điểm cắt của chỉ số SHA2PE cùng với độ nhạy, độ đặc hiệu và chỉ số Youden tương ứng

Chỉ số SHA2PE	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị J
≥ 0	1,00	0,00	0,00
≥ 1	1,00	0,16	0,16
≥ 2	1,00	0,38	0,38
$\geq 3^*$	0,88	0,67	0,54
≥ 4	0,25	0,89	0,14
≥ 5	0,00	0,99	-0,01

* Giá trị điểm cắt tối ưu



Biểu đồ 3.3. Đường cong ROC của thang điểm SHA2PE trong đánh giá kết cục lâm sàng phẫu thuật

Bảng 3.5. Đánh giá hiệu quả về chỉ số SHA2PE với điểm cắt tối ưu 3 trong việc đánh giá kết cục lâm sàng phẫu thuật

	Phẫu thuật	Không phẫu thuật	Tổng
SHA2PE ≥ 3	7 (a)	34 (c)	41
SHA2PE < 3	1 (b)	68 (d)	69
Tổng	8	102	110

Độ nhạy (Se) = $a/(a+b) = 87,5\%$

Độ đặc hiệu (Sp) = $d/(c+d) = 66,7\%$

Giá trị tiên đoán dương (PPV) = $a/(a+c) = 17,1\%$; Giá trị tiên đoán âm (NPV) = $d/(b+d) = 98,6\%$

Tỉ lệ dương tính giả $\alpha = 1 - Sp = 33,3\%$

Tỉ lệ âm tính giả $\beta = 1 - Se = 12,5\%$

Nhận xét: Thang điểm SHA2PE có khả năng tiên đoán kết cục lâm sàng truyền máu của người bệnh XHTH dưới với điểm cắt tối ưu là 3 (tương ứng giá trị cao nhất của chỉ số Youden là 0,54), diện tích dưới đường cong ROC xác định độ chính xác là rất tốt với giá trị thống kê là 0,79 (95%CI=0,68-0,89) với độ nhạy là 87,5% và độ đặc hiệu là 66,7%, $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại điểm cắt ≥ 3 , thang điểm SHA2PE có khả năng tiên đoán nhu cầu truyền máu ở mức trung bình (AUC=0,67), độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối thấp. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước: Flores-Alaniz (2020) ghi nhận AUC=0,75 [8] nhưng thấp hơn đáng kể so với kết quả của Rodríguez-Galván (2019) tại Mexico (AUC = 0,820), Cerruti (2021) tại Thụy Sĩ (AUC = 0,860) [5] và Ahmad (2025) ở Mỹ (AUC = 0,850) [9]. Đáng chú ý, phân tích tổng hợp của Almaghrabi và cộng sự (2022) cho thấy một số thang điểm khác có hiệu suất cao hơn rõ (Oakland 2016 đạt AUC gần 0,99, NOBLADS 0,88) [10]. Điều này cho thấy SHA2PE có độ chính xác ở mức trung bình và có thể thấp hơn một số thang điểm tiên lượng khác. Tuy nhiên, ngưỡng 3 điểm vẫn là giá trị sàng lọc để tránh

bỏ sót trường hợp cần truyền máu, phù hợp với khuyến cáo của Hreinsson và cộng sự về việc sử dụng điểm cắt cao nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh [2].

Đối với tiên lượng can thiệp nội soi cầm máu, SHA2PE không có giá trị (AUC=0,52). Kết quả này phản ánh thực tế hầu hết thang điểm hiện tại đều không nhạy trong dự đoán nhu cầu nội soi điều trị XHTH dưới. Phân tích tổng hợp bởi Almaghrabi cho thấy thang điểm Strate cho AUC=0,82 khá cao trong dự đoán can thiệp nội soi ở XHTH dưới, trong khi Oakland chỉ đạt 0,36 và NOBLADS 0,24 [10]. Tương tự, nghiên cứu của Quách Trọng Đức và cộng sự (2021) tại Việt Nam cũng ghi nhận thang điểm Oakland, Glasgow và SALGIB đều có hiệu quả dự đoán kém đối với can thiệp nội soi [3]. Có thể giải thích là can thiệp nội soi thường chỉ áp dụng cho các trường hợp chảy máu đang tiến triển hoặc tổn thương điển hình, trong khi các yếu tố lâm sàng ban đầu không đủ để nhận diện sớm những tổn thương này.

Ngược lại, SHA2PE cho khả năng tiên đoán phẫu thuật tốt (AUC=0,79). Độ nhạy cao (87,5%) và NPV gần 99% của thang điểm ngưỡng 3, hầu hết người bệnh có SHA2PE < 3 không cần phẫu thuật. Điều này cho thấy SHA2PE đặc biệt nhạy trong nhận diện ca XHTH dưới rất nặng phải can thiệp ngoại khoa, những ca này thường có sốc giảm thể tích, thiếu máu nặng, đôi khi suy đa tạng, tương ứng với điểm SHA2PE cao (Hb thấp, HA thấp, rối loạn đông máu...). Kết quả này giúp tiên lượng sớm những ca nghiêm trọng, can thiệp kịp thời.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm SHA2PE dự đoán tốt khả năng phải phẫu thuật, nhu cầu truyền máu ở mức chấp nhận, không có giá trị dự đoán can thiệp nội soi. SHA2PE là công cụ sàng lọc nhằm phát hiện sớm các ca nặng, cần phẫu thuật trong XHTH dưới, góp phần cải thiện chẩn đoán và điều trị kịp thời, giảm thời gian nằm viện và chi phí cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oakland K., Chadwick G., East J.E., et al. (2019). Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. Gut, 68(5), 776–789.
2. Hreinsson J.P., Sigurdardottir R., Lund S.H., et al. (2018). The SHA2PE score: a new score for lower gastrointestinal bleeding that predicts low-risk of hospital-based intervention. Scand J Gastroenterol, 53(12), 1484–1489.
3. Quach D.T., Nguyen N.T.-M., Vo U.P.-P., et

- al. (2021). Development and Validation of a Scoring System to Predict Severe Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in Vietnamese. *Dig Dis Sci*, 66(3), 823–831.
4. **Đỗ Huy Thạch và Bùi Hữu Hoàng** (2023). Giá trị của thang điểm Oakland trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa dưới. *Tạp Chí Y Dược Lâm Sàng* 108, 18(6), 70–77.
 5. **Cerruti T., Maillard M.H., Hugli O.** (2021). Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in an Emergency Department and Performance of the SHA2PE Score: A Retrospective Observational Study. *J Clin Med*, 10(23), 5476.
 6. **Yeon S.H., Moon H.S., Choi S.W., et al.** (2023). A comparative study of scoring systems that accurately predict the prognosis of lower gastrointestinal bleeding. *Int J Colorectal Dis*, 38(1), 51.
 7. **Jeong K.B., Moon H.S., In K.R., et al.** (2025). Which scoring systems are useful for predicting the prognosis of lower gastrointestinal bleeding? Old and new. *BMC Gastroenterol*, 25(1), 49.
 8. **Flores-Alaniz J., Torices-Escalante E., Dominguez-Camacho L., et al.** (2020). Usefulness of the SHA2PE scale in the identification of low risk patients with low gastrointestinal bleeding in a 3rd level hospital. *Endoscopia*, 32, 54–61.
 9. **Ahmad A.I., El Sabagh A., Zhang J., et al.** (2025). External Validation of SHA2PE Score: A Score to Predict Low-Risk Lower Gastrointestinal Bleeding in the Emergency Department. *Gastroenterol Res Pract*, 2025, 5657404.
 10. **Almaghrabi M., Gandhi M., Guizzetti L., et al.** (2022). Comparison of Risk Scores for Lower Gastrointestinal Bleeding. *JAMA Netw Open*, 5(5), e2214253.

KẾT QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA SINH THIẾT PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CẮT LỚP VI TÍNH LIỀU THẤP TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢI DƯƠNG

Lê Huy Hoàng^{1,2}, Nguyễn Quang Anh^{1,3}, Vũ Đăng Lưu^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính liều thấp trong chẩn đoán ung thư phổi tại Bệnh viện đa khoa Hải Dương. Xác định được tai biến và các yếu tố nguy cơ khi thực hiện kỹ thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 63 bệnh nhân nghi ngờ ung thư phổi tại Bệnh viện đa khoa Hải Dương, được chụp CT ngực có tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch. Số liệu được thu thập và thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** 63 bệnh nhân nghiên cứu, có 52 trường hợp ác tính (82,6%), 11 trường hợp lành tính (17,4%). Trong nhóm ác tính, ung thư biểu mô chiếm tỷ lệ cao nhất với 98%. Có 29 bệnh nhân tai biến trong đó tràn khí màng phổi 8 bệnh nhân (12,7%) và chảy máu nhu mô 20 bệnh nhân (31,7%). **Kết luận:** Sinh thiết U phổi dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính liều thấp là phương pháp an toàn với các biến chứng nhẹ, có hiệu quả cao trong chẩn đoán ung thư phổi. **Từ khóa:** Ung thư phổi, sinh thiết phổi, cắt lớp vi tính

SUMMARY

RESULTS AND SAFETY OF LOW DOSE CT GUIDE TRANSTHORACIC NEEDLE BIOSY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa Khoa Hải Dương

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đăng Lưu

Email: vudangluu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

FOR LUNG CANCER DIAGNOSIS AT HAI DUONG HOSPITAL

Objectives: To evaluate the effectiveness of thoracotomy biopsy method under low dose CT guide for diagnosis lung cancer. Identify hazards and risk factors when implementing the method. **Methods:** Retrospective study was conducted on 63 patients with suspected cancer at Hai Duong hospital, chest CT with contrast injection intravenous line. Data were collected and statistics using SPSS 20.0 software. **Results:** 63 patients studied, 52 were malignant (82,6%), carcinoma accounted for the highest rate at 98%. There were 29 patients with complications, including pneumothorax in 8 patients (12,7%), and parenchyma hemorrhage in 20 patients (31,7%). **Conclusion:** Low dose CT guide lung biosy is a safe method with mild complications and highly effective in diagnosing lung cancer. **Keywords:** Lung cancer, lung biosy, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U phổi là tổn thương dạng nốt hoặc khối trong nhu mô phổi, biểu hiện bằng hình mờ trên phim Xquang phổi hay trên phim cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực. Ngày nay với sự nhận thức tiến bộ về sức khỏe của cộng đồng kèm theo sự phát triển của phương tiện chẩn đoán hình ảnh, tổn thương U phổi ngày càng được phát hiện nhiều và sớm hơn qua phim chụp CLVT.

Tại Việt Nam, năm 2018 tỉ lệ mắc và tử vong do ung thư phổi ở đối tượng trên 60 tuổi xếp hàng thứ nhất với khoảng 13.680 ca mới mắc và 12.818 ca tử vong[1]. Số liệu Globocan 2020 cho thấy, ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong

do ung thư hàng đầu với tỷ lệ 18%, trong đó 75% bệnh nhân ung thư phổi phát hiện ở giai đoạn muộn[2]. Tiên lượng bệnh tùy theo kích thước tổn thương khi phát hiện với tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ 15-18%, tỷ lệ này tăng lên 70-80% khi tổn thương được phát hiện và phẫu thuật sớm[3].

Tại Việt Nam, ung thư phổi khá thường gặp nhưng đa số trường hợp thường được phát hiện khá muộn với tiên lượng tử vong cao[4],[5]. Hiện nay có nhiều phương pháp chẩn đoán tổn thương dạng u: tìm tế bào đờm, sinh thiết qua nội soi phế quản, nội soi thực quản, sinh thiết xuyên thành ngực hoặc tiếp cận ngoại khoa qua nội soi trung thất, nội soi lồng ngực, nội soi màng phổi, mổ ngực chẩn đoán[6]. Lấy mẫu xuyên thành ngực bao gồm chọc hút hoặc sinh thiết cắt từ lâu được coi là một kỹ thuật tương đối an toàn và có khả năng chẩn đoán cao đặc biệt với bệnh lý ác tính (độ nhạy 64 - 97%, độ đặc hiệu 86 - 100%) cho những tổn thương ngoại vi lồng ngực mà nội soi không với tới được[7]. Sinh thiết cắt cho mẫu mô lớn thích hợp cho chẩn đoán giải phẫu bệnh, mẫu mô lớn giúp đạt tới chẩn đoán được một u lành đặc hiệu với độ chính xác cao (52 - 91%)[8]. Tuy nhiên kỹ thuật này vẫn có các biến chứng thường gặp như: tràn khí màng phổi (9%) và chảy máu (10%)[8].

Hiện nay, kỹ thuật sinh thiết phổi dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính đóng vai trò chủ đạo trong việc chẩn đoán sớm, chẩn đoán chính xác ung thư phổi nguyên phát. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy liều nhiễm xạ do chụp cắt lớp vi tính ngày càng gia tăng. Vì vậy, giảm liều trong cắt lớp vi tính là vấn đề đang được quan tâm và thực hiện. Nguyên tắc chung của giảm liều là sử dụng mức độ bức xạ tối ưu nhất cho bệnh nhân nhưng vẫn đạt được chất lượng hình ảnh đảm bảo chẩn đoán (ALARA). Phổi là một vùng giải phẫu mà việc giảm đáng kể liều bức xạ trên cắt lớp vi tính có thể áp dụng được, khi trong phổi hấp thụ tia X rất ít, ngay cả ở trung thất vẫn có thể thấy được tỷ trọng tự nhiên khi dùng liều thấp, để giúp các bác sĩ lâm sàng đưa ra chiến lược điều trị thích hợp cho bệnh nhân. Xuất phát từ tình hình đó, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Kết quả và tính an toàn của sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính liều thấp trong chẩn đoán ung thư phổi tại Bệnh viện đa khoa Hải Dương"* với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương u phổi trên cắt lớp vi tính.
2. Đánh giá kết quả sinh thiết phổi xuyên thành

ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính liều thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 63 bệnh nhân, đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn bệnh nhân; - Người bệnh được xác định có khối tổn thương nghi ngờ U phổi trên cắt lớp vi tính ngực.

- Người bệnh có chỉ định thực hiện sinh thiết xuyên thành ngực.

- Người bệnh đồng ý tiến hành thủ thuật.

- Có kết quả mô bệnh học.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có rối loạn đông, cầm máu nặng không điều chỉnh được: số lượng tiểu cầu < 50 giga/lít; tỷ lệ prothrombin < 50%.

- Nghi tổn thương u mạch.

- Có kén khí ở vùng định chọc kim qua.

- Đã cắt phổi bên đối diện.

- Ho quá nhiều không cầm được.

- Suy tim, rối loạn nhịp tim, suy hô hấp nặng, tình trạng huyết động không ổn định.

- Người bệnh không hợp tác (chống chỉ định tương đối) hoặc không đồng ý.

- Có bệnh phổi tắc nghẽn vừa hoặc nặng (FEV1 < 1L). Người bệnh thở máy.

- Người bệnh không nằm được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang.

- Tiến hành từ tháng 07/2024 đến hết tháng 07/2025.

2.2.3. Phương tiện, địa điểm nghiên cứu. Hệ thống máy chụp cắt lớp vi tính 128 dãy Siemens Somatom Perspective tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

Thông số kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính phổi liều thấp: Độ dày lớp cắt 0.75mm - col 0,6 mm - pitch 1 - 80kV - 50mA. Tắt chế độ Tự động hô hấp vào nín thở.

2.2.4. Các bước tiến hành

- Chụp hình Topogram phim ngực toàn thể và quét liều thấp khu trú lại vùng tổn thương đã xác định.

- Bật đèn hướng dẫn, dựa vào vị trí quét của vùng tổn thương mà dán lá kim đánh dấu lên vùng thành ngực định sinh thiết, vị trí vùng sinh thiết bằng giao điểm vị trí dán lá kim và vết sáng của máy phát tia.

- Đo và ước lượng khoảng cách từ bề mặt da đến vị trí của tổn thương.

- Xác định góc tạo bởi đường vuông góc với

mặt bàn chụp và đường dự định vào sinh thiết.

- Lựa chọn vị trí người bệnh dựa trên vị trí của tổn thương, kích thước của tổn thương sinh thiết phải được nhằm mục tiêu đối với thành phần rắn của nốt hoặc khối u. Tương tự, nếu có hoại tử trung tâm, sinh thiết phải được hướng trực tiếp vào thành của tổn thương.

- Rút kim gây tê, chọc kim sinh thiết vào ngay vị trí vừa rút. Di chuyển đưa kim sinh thiết vào sâu hướng đầu kim vào khối u, hết thành ngực đến màng phổi thành thì dừng lại. Quét cắt lớp vi tính liều thấp kiểm tra trên màn hình góc, hướng đi và khoảng cách của đầu kim sinh thiết so với khối u.

- Tiếp tục xuyên kim đến độ dài đã được định vị sẵn, quét cắt lớp vi tính liều thấp kiểm tra lại sự tiếp cận giữa đầu kim và khối u.

- Tiến hành bấm sinh thiết 3 - 5 mẫu, các mẫu mô được lưu giữ trong dung dịch formalin 10%.

- Kim dẫn đường và kim sinh thiết được rút cùng lúc sau khi đạt được mẫu mô cuối.

- Quét lại cắt lớp vi tính liều thấp toàn bộ phổi kiểm tra tràn khí màng phổi, tụ máu nhu mô phổi ngay sau khi kết thúc thủ thuật.

- Người bệnh sau sinh thiết phải theo dõi sát tiếp trong vòng 24 giờ về huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở, các biểu hiện ho ra máu, tràn khí màng phổi, truyền tắc khí... bằng lâm sàng.

- Nếu sau sinh thiết có biểu hiện của tràn khí màng phổi nhiều, có triệu chứng:

+ Hút khí bằng kim 18 gauge và bơm tiêm 50ml có khoá ba chạc sau đó chuyển về giường bệnh thở oxy theo dõi tiếp 24 giờ.

+ Nếu chọc hút khí tại chỗ không hiệu quả, bệnh nhân vẫn khó thở, tràn khí màng phổi nhiều sẽ chuyển sang phòng hồi sức cấp cứu: thở oxy, tiến hành mở màng phổi, hút liên tục.

- Nếu sau thủ thuật bệnh nhân có ho máu sẽ được xử trí tùy theo mức độ.

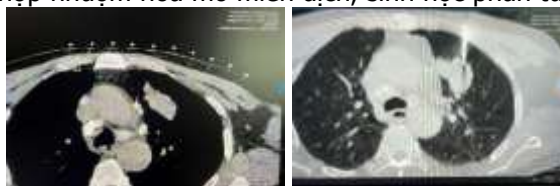
+ Nếu ho máu ít (<20ml) bệnh nhân được chuyển về giường bệnh nằm nghỉ ngơi, thở oxy, theo dõi toàn trạng, huyết áp, tình trạng khó thở, SpO₂, số lượng màu sắc đờm.

+ Nếu ho máu từ 20ml trở lên: Bệnh nhân được nằm đầu thấp, mặt quay về một bên. Tiêm Morphin 10mg x 1 ống (tiêm dưới da). Đặt đường truyền tĩnh mạch. Nếu bệnh nhân ổn chuyển giường bệnh theo dõi.

+ Nếu bệnh nhân ho máu nhiều, suy hô hấp, bệnh nhân sẽ được chuyển ngay sang phòng hồi sức cấp cứu đặt nội khí quản, bóp bóng và truyền máu nếu cần.

- Chụp lại X-Quang ngực trong vòng 6 giờ sau sinh thiết để đánh giá tràn khí màng phổi muộn.

- Các mẫu mô sẽ chuyển đến phòng giải phẫu bệnh cố định, đọc mô bệnh học, có thể kết hợp nhuộm hóa mô miễn dịch, sinh học phân tử.



2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Các thông tin thu được của bệnh nhân chỉ dùng với mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm vào việc bảo vệ, nâng cao sức khoẻ cho nhân dân chứ không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 7/2024 đến 7/2025 63 bệnh nhân có tổn thương phổi thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn đã được sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính tại Bệnh viện đa khoa Hải Dương.

- Độ tuổi trung bình $66,8 \pm 9,6$ trẻ nhất là 42 tuổi và lớn nhất là 83 tuổi, độ tuổi gặp tổn thương ác tính nhiều nhất là từ 60-69 tuổi, chiếm 63,5%.

- Số bệnh nhân nam là 44 trường hợp, chiếm tỷ lệ 69,8%, có 19 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 30,2%.

- Kích thước nốt trung bình $15,1 \pm 4,8$ mm, nốt nhỏ nhất là 8mm, có 12/43 (27,9%) nốt có khoảng cách với màng tim và mạch máu lớn <1cm.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau sinh thiết có 52 trường hợp ác tính (82,6%) và 11 trường hợp lành tính (17,4%). Trong nhóm ác tính, ung thư biểu mô chiếm tỷ lệ cao nhất 98% các trường hợp ác tính (1 trường hợp u lympho ác tính).

- Về hiệu quả của kĩ thuật: hiệu quả lấy bệnh phẩm đạt 98,4%. Có 1 trường hợp sinh thiết vào vùng hoại tử. Trường hợp này sau đó đã được sinh thiết lại.

Bảng 1: Phân bố kích thước khối u theo mô bệnh học

Mô bệnh học Kích thước	Tổng n (%)	Ác tính n (%)	Lành tính n (%)
10-20 mm	15(100%)	9(60,0%)	6(40,0%)
21-30 mm	11(100%)	10(90,9%)	1(9,1%)
31-40 mm	21(100%)	20(95,2%)	(4,8%)
41-50mm	10(100%)	7(70,0%)	3(30,0%)
>50mm	6(100%)	6(100%)	0(0%)
Tổng	63	52	11
Kích thước trung bình (mm)	$33,0 \pm 10,1$	$35,9 \pm 9,3$	$23,2 \pm 8,2$

Bảng 2: Đặc điểm đường bờ của tổn thương và tính chất lành – ác tính

Mô bệnh học Đường bờ	Ac tính n (%)	Lành tính n (%)	n	P
Bờ không đều, tua gai	48	3	51	0,02
Bờ đều nhẵn	4	8	12	
Tổng	52	11	63	

Bảng 3: Các biến chứng sau sinh thiết

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu nhu mô	20	31,7
Tràn khí màng phổi	8	12,7
Tràn khí màng phổi + Chảy máu nhu mô	1	1,6
Không có biến chứng	35	55,6

Nhận xét: Biến chứng chảy máu nhu mô đơn thuần thường gặp nhất, với 20/28 trường hợp tai biến sau sinh thiết và đều ở mức độ nhẹ (71,4%). Biến chứng tràn khí màng phổi đơn thuần chiếm 8/28 trường hợp tai biến (28,5%).

Bảng 4: Liên quan giữa độ sâu khối u và biến chứng sinh thiết (n=63)

	Độ sâu tổn thương (mm)	n	p
Có biến chứng	25,45 ± 11,15	28	0,126
Không biến chứng	22,25 ± 12,75	35	

Quãng đường đi trong nhu mô phổi trung bình của nhóm có biến chứng cao hơn nhóm không biến chứng, tương ứng là 25,45 ± 11,15mm và 22,25 ± 12,75mm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5: Liên quan giữa góc màng phổi và kim sinh thiết với biến chứng tràn khí màng phổi

Biến chứng tràn khí màng phổi Góc màng phổi - kim	Có n (%)	Không n (%)	Tổng (n)	P
≤60°	6(27,3%)	16(72,7%)	22	0,042
>60°	2(4,8%)	39(95,2%)	41	
Tổng	8	55	63	

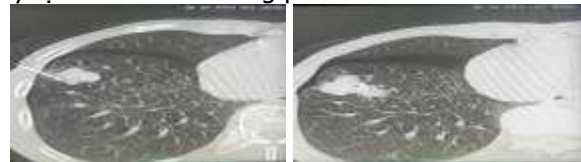
Tỷ lệ biến chứng tràn khí màng phổi ở nhóm sinh thiết có góc màng phổi - kim sinh thiết ≤ 60° là 27,3%, cao hơn so với nhóm sinh thiết có góc màng phổi kim sinh thiết > 60° là 4,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuyết trên 56 bệnh nhân được sinh thiết xuyên thành dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính tại BVĐK Trung ương Cần Thơ ghi nhận các kết quả: tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số 82,1%, bệnh nhân nữ chỉ chiếm 17,9%[10].

Trong 8 bệnh nhân tràn khí màng phổi có 1 ca được xử trí hút khí dưới cắt lớp vi tính. Không có ca nào phải đặt ống dẫn lưu màng phổi. Có 20 trường hợp chảy máu nhu mô, tất cả bệnh nhân đều không có triệu chứng lâm sàng, không cần xử trí. Tỷ lệ tai biến tràn khí màng phổi của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Yoshiharu Ohno (2003) với tỷ lệ tràn khí màng phổi và tỷ lệ đặt ống dẫn lưu màng phổi lần lượt là 28,4% và 2,5%. Biến chứng tràn khí màng phổi được ghi nhận gặp khá phổ biến trong nghiên cứu của Renda S. là 16%, trong khi biến chứng chảy máu nhu mô lại hiếm gặp, chỉ chiếm tỷ lệ 1,0%.

Một nghiên cứu của Katrine Bitsch Johansen (2025) ghi nhận, trong số 559 bệnh nhân, 275 (49,2%) bị tràn khí màng phổi liên quan đến thủ thuật. Trong số này, 85 bệnh nhân cần dẫn lưu cấp tính tương đương với 30,9% trong số 275 bệnh nhân bị tràn khí màng phổi. 48/559 bệnh nhân (26,5%) bị xuất huyết nhu mô và 31/559 bệnh nhân (5,5%) bị ho ra máu, tất cả đều được điều trị bảo tồn. 78/559 bệnh nhân (14,0%) bị cả xuất huyết nhu mô và tràn khí màng phổi. Tác giả cũng nhận thấy kích thước tổn thương nhỏ và khoảng cách từ màng phổi đến tổn thương tăng lên cho thấy tỷ lệ tràn khí màng phổi tăng lên đáng kể. Kích thước tổn thương nhỏ, vị trí ở vùng giữa và khoảng cách từ màng phổi đến tổn thương tăng lên cũng liên quan đến tỷ lệ cần dẫn lưu màng phổi cao hơn.



V. KẾT LUẬN

- Trong 63 bệnh nhân nghiên cứu, độ tuổi trung bình 66,8 ± 9,6 trẻ nhất là 42 tuổi và lớn nhất là 83 tuổi, độ tuổi gặp tổn thương ác tính nhiều nhất là từ 60-69 tuổi, chiếm 63,5%. Số bệnh nhân nam là 44 trường hợp, chiếm tỷ lệ 69,8%, có 19 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 30,2%.

- Có 29 bệnh nhân biến chứng với tràn khí màng phổi 8 bệnh nhân (12,7%), chảy máu nhu mô 20 bệnh nhân (31,7%).

- Kích thước nốt trung bình 15,1±4,8mm, nốt nhỏ nhất là 8mm, có 12/43(27,9%) nốt có khoảng cách với màng tim và mạch máu lớn < 1cm.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau sinh thiết có 52 trường hợp ác tính (82,6%) và 11 trường hợp lành tính (17,4%). Trong nhóm ác tính, ung thư biểu mô chiếm tỷ lệ cao nhất 98% các trường hợp ác tính (1 trường hợp u lympho ác tính).

- Về hiệu quả của kỹ thuật: hiệu quả lấy bệnh phẩm đạt 98,4%. Có 1 trường hợp sinh thiết vào vùng hoại tử. Trường hợp này sau đó đã được sinh thiết lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Van Thuan T, Tuan Anh P, Van Tu D et al** (2016). Cancer control in Vietnam: where are we?. *Cancer Control* 2016: 99-104.
2. **World Health Organisation** (2021), GLOBOCAN 2020.
3. **Jonathan M. Samet and et al** (2015), Providing Guidance on Lung Cancer Screening to Patients and Physicians. *Am Lung Assoc Lung Cancer Screen Comm*, (April 2015), pp.1-38.
4. **Phan Lê Thăng**. "Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn II, IIIa bằng phẫu thuật triệt căn và hóa - xạ trị bổ trợ". Luận án tiến sĩ, Trường ĐHY Hà Nội, 2017.
5. **Nguyễn Khánh Toàn, Tạ Văn Tờ**. "Hiệu quả điều trị bước một ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn iv bằng pembrolizumab phổi hợp bộ đôi

platinum"; *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 162, (1), 2023, tr.121-128.

6. **Nooreldeen R, Bach H**, "Current and Future Development in Lung Cancer Diagnosis". *Int J Mol Sci*, 22, (16), 2021.
7. **Winokur RS, Pua BB, Sullivan BW et al.**, "Percutaneous lung biopsy: technique, efficacy, and complications". *Semin Intervent Radiol*, 30, (2), 2013, 121-7.
8. **Beslic S, Zukic F, Milisic S**, "Percutaneous transthoracic CT guided biopsies of lung lesions; fine needle aspiration biopsy versus core biopsy". *Radiol Oncol*. 46. (1). 2012. 19-22.
9. **Moore EH**. "Technical aspects of needle aspiration lung biopsy: a personal perspective". *Radiology*. 1998 Aug;208(2):303-18.
10. **Tuyết, N.V.**, Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân u phổi được sinh thiết phổi qua thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính ngực tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, 2022.

ĐÁNH GIÁ SỰ AN TOÀN CỦA CHẾ ĐỘ THÔNG KHÍ HỖ TRỢ LÊN NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC GÂY MÊ TOÀN THÂN QUA MẶT NẠ THANH QUẢN

Phan Tôn Ngọc Vũ¹, Nguyễn Đức Nam¹,
Lê Hồng Chính¹, Dương Trung Hiếu¹, Đặng Thế Bảo¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Ngày nay, các máy gây mê hiện đại đều được tích hợp chế độ thông khí hỗ trợ như SIMV hay PSV. Các chế độ hỗ trợ này không những giúp duy trì khả năng tự thở của người bệnh, khắc phục được tình trạng thiếu hụt thể tích thông khí, mà còn phù hợp sinh lý hơn khi so với chế độ kiểm soát hoàn toàn. Tuy vậy, chưa có nghiên cứu nào được thiết kế để đánh giá an toàn khi kết hợp 2 chế độ thông khí hỗ trợ SIMV và PSV, chuyển tiếp phù hợp với từng giai đoạn gây mê, so với phương pháp truyền thống - chế độ thông khí kiểm soát hoàn toàn. **Mục tiêu:** Đánh giá sự an toàn của nhóm thông khí hỗ trợ lên người bệnh được gây mê toàn thân qua mặt nạ thanh quản khi so sánh với nhóm thông khí kiểm soát hoàn toàn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có nhóm chứng, thực hiện trên 60 bệnh nhân gây mê toàn thân với mặt nạ thanh quản từ tháng 08/2024 đến 05/2025 được chia làm 2 nhóm: nhóm PSV và nhóm VCV. Kết cục chính là tỷ lệ xuất hiện biến cố hô hấp chu phẫu. Ghi nhận các tham số về chỉ số thông khí (tỷ lệ khí rò rỉ, áp lực đỉnh đường thở, tần số thở, độ giãn nở hô hấp, EtCO₂) và chỉ số huyết động (huyết áp trung bình, nhịp tim) tại

những thời điểm chu phẫu nhằm so sánh tính an toàn của người bệnh. **Kết quả:** Tỷ lệ biến cố hô hấp chu phẫu của nhóm PSV thấp hơn nhóm VCV, nhưng không có ý nghĩa về mặt thống kê (0% so với 3.33%; p > 0.05). Ngoài ra, tỷ lệ khí rò rỉ là tương đương ở cả 2 nhóm và không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê (1.91% và p = 0.65). Chỉ số EtCO₂ của nhóm PSV cao hơn đáng kể khi so với nhóm VCV tại thời điểm kết thúc phẫu thuật và thời điểm trước khi rút LMA (lần lượt là 37.9 mmHg so với 35.4 mmHg; p = 0.001, và 37.2 mmHg so với 35.6 mmHg; p=0.015). Các chỉ số về huyết động như huyết áp trung bình hay nhịp tim tương tự nhau tại các thời điểm chu phẫu. **Kết luận:** Người bệnh gây mê toàn thân được thông khí với chế độ hỗ trợ có tính an toàn tương tự như phương pháp truyền thống - chế độ kiểm soát hoàn toàn. Các thông số hô hấp có thay đổi phù hợp với sinh lý khi duy trì nhịp thở tự nhiên trong gây mê, dù vậy sự thay đổi này trong giới hạn cho phép và không cần can thiệp trong suốt quá trình.

Từ khóa: Thông khí hỗ trợ, thông khí kiểm soát, mặt nạ thanh quản, PSV, VCV, SIMV

SUMMARY

EVALUATION OF THE SAFETY OF SUPPORTED VENTILATION IN PATIENTS UNDERGOING GENERAL ANESTHESIA WITH A LARYNGEAL MASK AIRWAY

Introduction: Modern anesthesia machines are now equipped with supported ventilation modes such as SIMV and PSV. These modes not only help maintain spontaneous breathing and compensate for

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phan Tôn Ngọc Vũ

Email: vu.ptn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

inadequate tidal volumes, but also provide more physiologically favorable ventilation compared to controlled ventilation. However, no study has been specifically designed to evaluate the safety of combining SIMV and PSV - applied sequentially according to different stages of anesthesia - compared to the traditional approach of controlled ventilation. **Objective:** To evaluate the safety of supported ventilation in patients undergoing general anesthesia with a laryngeal mask airway (LMA), compared to controlled ventilation. **Methods:** A randomized controlled clinical trial was conducted on 60 adult patients undergoing general anesthesia with LMA between August 2024 and May 2025. Participants were randomly assigned into two groups: the PSV group (pressure supported ventilation) and the VCV group (volume controlled ventilation). The primary outcome was the incidence of perioperative respiratory complications. Ventilatory parameters—including leak fraction, peak airway pressure, respiratory rate, dynamic compliance, and end-tidal CO_2 (EtCO_2) - as well as hemodynamic variables (mean arterial pressure and heart rate), were recorded at multiple perioperative time points to compare the safety characteristics between groups. **Results:** The incidence of perioperative respiratory complications was lower in the PSV group than in the VCV group (0% vs. 3.33%), although the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). Leak fractions were comparable between groups (1.91% vs. 2.11%; $p = 0.65$). EtCO_2 levels were significantly higher in the PSV group at the end of surgery and prior to LMA removal (37.9 mmHg vs. 35.4 mmHg; $p = 0.001$, and 37.2 mmHg vs. 35.6 mmHg; $p = 0.015$, respectively). Hemodynamic variables including mean arterial pressure and heart rate were similar between groups at all perioperative time points. **Conclusion:** Supported ventilation during general anesthesia with LMA demonstrated safety comparable to that of controlled ventilation. Respiratory parameters shifted toward more physiologic values when spontaneous breathing was preserved, though these changes remained within acceptable limits and required no intervention throughout the perioperative course.

Keywords: Supported ventilation, controlled ventilation, laryngeal mask airway, PSV, VCV, SIMV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặt nạ thanh quản (Laryngeal Mask Airway - LMA) được bác sĩ Archie Brain phát minh năm 1981, đưa vào sử dụng lâm sàng từ năm 1988 và rất được ưa chuộng vào ngày nay nhờ sự đơn giản và tính hiệu quả. Trước đây, có hai chiến lược thông khí qua LMA trong phẫu thuật: thông khí kiểm soát hoàn toàn và thông khí tự nhiên. Thông khí tự nhiên thường được ưu tiên đối với các phẫu thuật ngắn vì hạn chế sử dụng thuốc giãn cơ, rút ngắn thời gian hồi tỉnh. Tuy nhiên, phương pháp thở tự nhiên truyền thống gặp hạn chế vì gây giảm thể tích thông khí, tăng nguy cơ xẹp phổi nếu không được kiểm soát tốt.

Hiện nay, các chế độ thông khí hỗ trợ như

SIMV hay PSV - vốn được sử dụng phổ biến tại ICU - đã được tích hợp vào máy gây mê hiện đại, không những duy trì được thông khí tự nhiên mà còn khắc phục được những nhược điểm này. PSV giúp đồng bộ với nhịp thở tự nhiên, đảm bảo thể tích khí lưu thông. Trong khi đó, SIMV kiểm soát thông khí một phần khi người bệnh chưa tự thở hiệu quả, tạo sự suôn sẻ khi chuyển tiếp sang PSV. Trên thế giới, một số nghiên cứu đã đánh giá hiệu quả của chế độ PSV, nhưng hầu hết đều sử dụng bóp bóng bằng tay qua LMA trước khi chuyển sang PSV - quá trình chuyển tiếp này thiếu ổn định và phụ thuộc vào kinh nghiệm. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào so sánh các chế độ thông khí qua LMA. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá tính an toàn của người bệnh, với câu hỏi nghiên cứu: Liệu chế độ thông khí hỗ trợ có làm gia tăng biến cố hô hấp so với chế độ thông khí kiểm soát hoàn toàn trên người bệnh gây mê toàn thân với LMA hay không?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân phẫu thuật được gây mê toàn thân với LMA tại khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Đại học Y Dược từ tháng 8/2024 đến tháng 04/2025.

Tiêu chuẩn chọn vào gồm các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật có thời gian < 120 phút, độ tuổi từ 18 -65 tuổi, phân loại ASA I - III. Tiêu chuẩn loại trừ gồm những người bệnh có BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, bệnh lý phổi (hen suyễn, COPD), $\text{SpO}_2 < 95\%$ với khí trời trước phẫu thuật, tiền lượng đường thở khó, tư thế phẫu thuật nằm nghiêng, và nguy cơ hít sặc cao.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có nhóm chứng.

Cỡ mẫu được tính dựa trên công thức so sánh tỷ lệ an toàn với nghiên cứu không thấp hơn:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2 \cdot P(1 - P)}{(\Delta)^2}$$

Theo tác giả Chunhua Xi [1], tỷ lệ biến cố suy hô hấp chu phẫu của nhóm VCV là 0,85%, tương đương tỷ lệ an toàn là 99,15%. Chúng tôi mong muốn tỷ lệ an toàn của nhóm PSV không thấp hơn nhóm VCV và ngưỡng không thấp hơn là 4,5%. Chúng tôi chọn 30 người bệnh cho mỗi nhóm.

Người tham gia được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm theo tỷ lệ 1:1 bằng phương pháp ngẫu nhiên đơn giản. Trình tự phân nhóm được tạo ra bằng phần mềm R với lệnh random, danh sách phân nhóm được đặt vào bao thư kín, che giấu

hoàn toàn thông tin. Mỗi bao thư được mở theo đúng thứ tự sau khi người bệnh đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu. Người bệnh được bác sĩ gây mê khám và giải thích quá trình cũng như biến cố có thể xảy ra.

Người bệnh được gây mê toàn thân theo phác đồ của khoa: khởi mê với liều fentanyl 2mcg.kg^{-1} , propofol $2\text{-}3\text{mg.kg}^{-1}$. Hỗ trợ thông khí qua mặt nạ cho đến khi đủ độ mê để đặt LMA. Lựa chọn LMA ProSeal phù hợp, sau khi đặt LMA thành công, kết nối với máy gây mê. Cài đặt thông số máy thở phụ thuộc phân nhóm:

Nhóm PSV: người bệnh được thông khí ban đầu bằng chế độ SIMV với thể tích lưu thông $6\text{-}8\text{ml.kg}^{-1}$, trigger $1\text{-}2\text{L.phút}^{-1}$, áp lực hỗ trợ $6\text{-}12\text{cmH}_2\text{O}$, PEEP $5\text{cmH}_2\text{O}$, $\text{FiO}_2 = 50\%$. Duy trì độ mê với sevoflurane ổn định MAC $0,8 - 1,2$. Chuyển sang PSV khi bệnh nhân có hô hấp tự nhiên hiệu quả, xuất hiện đều đặn ≥ 3 nhịp tự trigger trong 1 phút, và không có dấu hiệu bất thường hô hấp ($\text{EtCO}_2 > 45\text{mmHg}$, $\text{SpO}_2 < 95\%$ hay co kéo cơ hô hấp). Người bệnh được chuyển sang chế độ PSV với mức áp lực hỗ trợ $6\text{-}12\text{cmH}_2\text{O}$, duy trì EtCO_2 $35\text{-}45\text{mmHg}$.

Nhóm VCV: thông số cài đặt với thể tích lưu thông $6\text{-}8\text{ml.kg}^{-1}$, PEEP $5\text{cmH}_2\text{O}$, $\text{FiO}_2 = 50\%$. Điều chỉnh Vt và tần số duy trì EtCO_2 từ 35 đến 45mmHg . Nếu xuất hiện tình trạng mất đồng bộ máy thở, có thể gia tăng độ sâu gây mê với liều bolus propofol $0,25\text{mcg.kg}^{-1}$ hay $25\mu\text{g}$ fentanyl, thậm chí sử dụng thuốc giãn cơ nếu vẫn không đáp ứng.

Kết thúc phẫu thuật, người bệnh được rút LMA khi gọi mở mắt và thực hiện được y lệnh đơn giản như mở miệng. Sau khi rút LMA, người bệnh được chuyển ra phòng hồi tỉnh, hỗ trợ thở oxy qua cannula 3L/ph trong 3 giờ và tiếp tục theo dõi huyết động, hô hấp và tri giác.

Biến số. Người bệnh được ghi nhận các biến cố hô hấp (hít sặc, co thắt thanh quản, co thắt khí quản, hay chỉ số $\text{SpO}_2 < 95\%$ kéo dài trên 1 phút). Ngoài ra, các tham số về chỉ số thông khí hay chỉ số huyết động cũng được ghi nhận tại nhiều thời điểm chu phẫu.

Phương pháp phân tích số liệu. Tất cả các số liệu được thu thập sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê R 4.3.1. Biến số có phân phối chuẩn được trình bày bằng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và được so sánh bằng kiểm định student t-test. Biến số không có phân phối chuẩn được trình bày bằng số trung vị, khoảng tứ phân vị và được so sánh bằng phép kiểm định Mann-Whitney. So sánh tỷ lệ bằng kiểm định Chi bình phương (χ^2). Giá trị $p < 0.05$ là có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% .

Y đức. Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh bệnh viện Đại Học Y Dược thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 08/2024 đến tháng 04/2025, chúng tôi đã thực hiện trên 60 bệnh nhân được gây mê toàn thân với LMA tại bệnh viện Đại học Y Dược. Sau đây là kết quả chúng tôi ghi nhận được.

Bảng 1. Đặc điểm của người bệnh và gây mê - phẫu thuật trong nghiên cứu

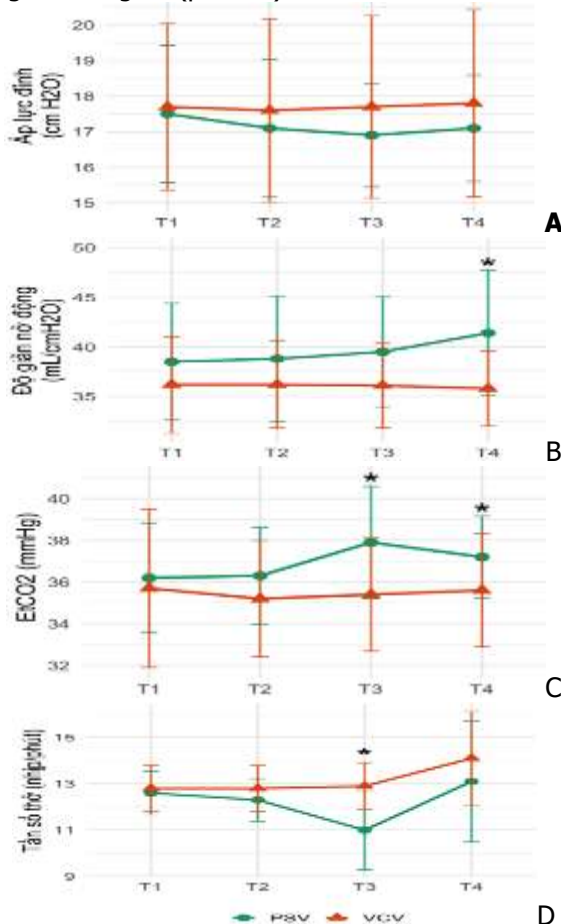
Tên biến	Nhóm PSV N=30	Nhóm VCV N=30	p
Tuổi (năm)	51.8 (14.6)	50.9 (12.2)	0.811
Giới (Nam)	12 (40.0%)	9 (30.0%)	0.588
BMI (kg/m^2)			
<18.5	1 (3.33 %)	0 (0 %)	0.7315
18.5 – 24.9	25 (83.3 %)	24 (80 %)	
≥ 25	4 (13.3 %)	6 (20 %)	
ASA			
I	18 (60%)	18 (60.0%)	1
II	12 (40%)	12 (40%)	
Tăng huyết áp	5 (16.7%)	6 (20%)	0.747
Đái tháo đường	5 (3.33%)	5 (3.33%)	0.706
Loại phẫu thuật			
CTCH	9 (25.9%)	13 (43.3%)	0.418
LNMM	16 (55.6%)	11 (36.7%)	
Tiết niệu	5 (18.5%)	6 (20.0%)	
Thời gian phẫu thuật (phút)	49.8 (22.1)	40.2 (21.0)	0.092
Thời gian gây mê (phút)	61.2 (22.3)	51.7 (22.2)	0.102
Tổng lượng Propofol sử dụng (mg)	136 (28.2)	152 (31.1)	0.041*
Tổng Fentanyl sử dụng (mcg)	135 (37.5)	140 (46.2)	0.647
Tổng Sevofluran sử dụng (mL)	19.9 (7.33)	20.2 (8.61)	0.86
Tỷ lệ khí rò rỉ (%)	2.11 (1.99)	1.91 (1.47)	0.657

Các đặc điểm nền của người bệnh, đặc điểm về gây mê và phẫu thuật gần như tương đương nhau ở cả 2 nhóm $p>0,05$. Biến số tổng lượng propofol sử dụng trong phẫu thuật ở nhóm PSV thấp hơn có ý nghĩa khi so với nhóm VCV ($135 \pm 37,5\text{mg}$ so với $152 \pm 31,1\text{mg}$; $p=0,041$).

Bảng 2. Biến cố hô hấp chu phẫu

Biến cố hô hấp	Nhóm PSV N=30	Nhóm VCV N=30	p
Biến cố hô hấp chu phẫu	0	1(3.33%)	>0.05
Hít sặc	0	0	
Co thắt thanh quản	0	0	
Co thắt phế quản	0	0	
SpO ₂ < 95%	0	1	

Ghi nhận một trường hợp người bệnh có chỉ số SpO₂ < 95% sau mổ dù đã hỗ trợ oxy với thở cannula 3L/ph, tuy vậy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).



Hình 1. Đường biểu diễn các tham số về thông khí theo từng thời điểm chu phẫu

(*) có ý nghĩa thống kê $p<0,05$. Đường biểu diễn theo số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

* Ý nghĩa thống kê với $p<0,05$

T1: Sau gây mê; T2: Trước rạch da; T3: Kết thúc phẫu thuật; T4: Trước khi rút LMA; PSV: Chế độ hỗ trợ áp lực; VCV: Chế độ kiểm soát thể tích; EtCO₂: Nồng độ CO₂ cuối thì thở ra



Hình 2. Biểu đồ biểu diễn nhịp tim và huyết áp trung bình tại các thời điểm chu phẫu

Biểu đồ đường biểu diễn huyết áp trung bình; biểu đồ miền biểu diễn nhịp tim

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận duy nhất 1 trường hợp trong nhóm VCV xảy ra biến cố hô hấp chu phẫu (SpO₂ < 95% sau mổ), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê khi so với nhóm PSV ($p>0,05$). Người bệnh này được xử trí bằng cách tăng lưu lượng oxy qua cannula lên 5L/ph và theo dõi sát tình trạng hô hấp. Sau 3 giờ, người bệnh rời PACU trong tình trạng ổn định, thở tự nhiên SpO₂ > 95% mà không hỗ trợ oxy. Ngoài ra, không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào xảy ra các biến cố nghiêm trọng khác như hít sặc, co thắt thanh quản hay co thắt khí quản. Như vậy, tỷ lệ xảy ra biến cố hô hấp của nhóm kết hợp các chế độ thông khí hỗ trợ SIMV và PSV thậm chí còn thấp hơn mong đợi. Điều này cho thấy sự kết hợp này khi phù hợp với từng giai đoạn gây mê có thể đem lại sự an toàn cao cho người bệnh gây mê toàn thân với LMA.

Để đánh giá hô hấp với LMA, tỷ lệ khí rò rỉ xung quanh LMA là một trong những hạn chế đặc trưng và được xem là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến giảm SpO₂ chu phẫu, đặc biệt khi mức độ rò khí vượt ngưỡng cho phép. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ khí rò rỉ ở cả hai nhóm đều ở mức < 5%, cụ thể là 2.11% và 1.91% lần lượt ở nhóm PSV và VCV; sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Với tỷ lệ này, mức độ thất thoát khí gần như ít ảnh hưởng đến hiệu quả thông khí trong mổ, cũng như không gây tụt SpO₂ hậu phẫu. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Phạm Quang Minh [2] với tỷ lệ rò rỉ qua LMA là 5.32%, tác giả cho rằng tỷ lệ rò rỉ 5% là con số chấp nhận được với LMA và không gây ảnh hưởng đến hiệu quả thông khí. Một nghiên cứu khác của tác giả Kamel [3],

ghi nhận có 2/30 người bệnh tụt SpO_2 trong mổ, và cả hai trường hợp này đều có tỷ lệ khí rò rỉ >10%. Mặt khác, khi so sánh tỷ lệ khí rò rỉ giữa 2 chế độ thở khác nhau là PSV và VCV, Capdevila [4] nhận thấy nhóm PSV hạn chế rò rỉ khí tốt hơn nhóm VCV. Theo tác giả, nguyên nhân là do áp lực đỉnh đường thở trong nhóm VCV thường cao hơn, dẫn đến chênh lệch áp lực giữa bên trong và ngoài bóng chèn lớn, tạo động lực khí tìm đường rò ra ngoài, nhất là vùng khe giữa bóng chèn LMA và thành hầu nếu vị trí không tối ưu [5]. Áp lực đỉnh đường thở trong nhóm VCV của chúng tôi luôn cao hơn nhóm PSV tại các thời điểm khảo sát nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$).

Một nghiên cứu động lực học sử dụng mô hình toán học chỉ ra rằng, khi độ sâu gây mê tăng 10%, shunt phổi tăng 15% do giảm dung tích cặn chức năng. Do đó, việc tối ưu hóa liều thuốc mê và theo dõi độ sâu gây mê có ý nghĩa quan trọng hơn việc lựa chọn chế độ thông khí trong phòng ngừa giảm SpO_2 chu phẫu. Chúng tôi ghi nhận liều lượng thuốc mê propofol sử dụng ở nhóm PSV thấp hơn có ý nghĩa thống kê khi so sánh với nhóm VCV (136mg so với 152mg, $p<0.05$). Nguyên nhân được giải thích là do người bệnh duy trì thở tự nhiên với chế độ hỗ trợ có sự đồng bộ giữa máy thở – bệnh nhân tốt hơn khi thông khí ở chế độ kiểm soát, và sự mất đồng bộ xảy ra cần phải gia tăng độ sâu gây mê [6]. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Moharana [7] và Capdevila [4] với lượng propofol sử dụng trong nhóm PSV thấp hơn lần lượt là 20% và 28% khi so sánh với nhóm thông khí kiểm soát.

Về các tham số về thông khí trong gây mê, chúng tôi ghi nhận chỉ số $EtCO_2$ của nhóm PSV cao hơn có ý nghĩa so với nhóm VCV tại thời điểm kết thúc phẫu thuật và trước khi rút LMA lần lượt là 37.9 so với 35.4mmHg, $p=0.001$ và 37.2 so với 35.6mmHg; $p=0.015$. Nghiên cứu của Templeton [8] cho kết quả khác với chúng tôi, $EtCO_2$ nhóm PSV 47mmHg và nhóm PCV 43.1mmHg; $p = 0.241$, và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Tác giả Moharana [7] thực hiện khí máu động mạch cho người bệnh cuối mổ, chỉ số $PaCO_2$ của 2 nhóm PSV và PCV không có sự khác biệt (39.01 và 40.6mmHg; $p = 0.89$). Sự khác biệt giữa các kết quả này đến từ cách thiết kế nghiên cứu, người bệnh trong nhóm PSV của các tác giả trên được bác sĩ gây mê hỗ trợ bóp bóng bằng tay sau khởi mê và chỉ được kết nối với máy thở khi có lại nhịp thở tự nhiên, việc hỗ trợ bóp bóng bằng tay thường không mang tính ổn định. Chúng tôi sử dụng chế độ hỗ trợ SIMV để

kiểm soát một phần thể tích và tần số thở trong giai đoạn sau khởi mê, duy trì ổn định thông khí trước khi chuyển hẳn sang PSV. Nhìn chung, mặc dù có sự khác biệt giữa 2 nhóm nhưng chúng tôi không có trường hợp nào chỉ số $EtCO_2$ vượt quá ngưỡng 45mmHg, và chỉ số trung bình $EtCO_2$ thấp hơn so với 2 tác giả trên, có lẽ vì chúng tôi sử dụng PEEP xuyên suốt cuộc mổ, kể từ lúc đặt LMA, điều này giúp cải thiện trao đổi CO_2 nhờ giảm hiện tượng shunt trong phổi.

Nguyên nhân dẫn đến tăng $EtCO_2$ có thể do tần số hô hấp giảm sau khi chuyển sang chế độ PSV. Khi đó, mặc dù chế độ PSV vẫn đảm bảo đủ thể tích thông khí nhưng tần số hô hấp không còn được duy trì, do chính người bệnh tự kiểm soát. Tác động của thuốc mê và opioid đã sử dụng khi khởi mê giờ đây mới tác động rõ ràng, người bệnh thường có nhịp thở chậm. Thật vậy, tần số thở tại thời điểm kết thúc phẫu thuật của nhóm can thiệp giảm hơn đáng kể so với nhóm chứng (11.0 so với 12.9 lần/phút; $p=0.001$). Tác giả Templeton [8] cũng ghi nhận nhóm PSV có tần số thở trung bình thấp hơn so với nhóm PCV khoảng 7 nhịp/phút, tuy vậy sự khác biệt này lại không có ý nghĩa thống kê (14.2 và 21.2 lần/phút; $p=0.254$).

Tại thời điểm kết thúc phẫu thuật, người bệnh nhóm can thiệp có xu hướng phục hồi lại nhịp thở, và sức cơ hô hấp nhanh hơn so với nhóm chứng. Độ giãn nở phổi động của nhóm PSV cao hơn đáng kể (41.4 ± 6.33 và $35.8 \pm 3.79\text{mL/cmH}_2\text{O}$; $p<0.001$), và tần số thở tăng hơn 10% so với nhóm VCV. Ngoài ra, các thông số về huyết động như nhịp tim hay huyết áp trung bình tại các thời điểm chu phẫu đều trong giới hạn bình thường, và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm PSV và VCV.

Nhìn chung, thông khí chế độ hỗ trợ qua LMA cho thấy an toàn. Tuy nhiên, nghiên cứu có một số hạn chế như: Cỡ mẫu còn nhỏ, không đánh giá độ sâu mê qua công cụ đo trực tiếp như BIS hay entropy. Dù có thể chấp nhận được với phẫu thuật nhỏ, nhưng điều này vẫn ảnh hưởng đến liều lượng thuốc mê sử dụng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chứng minh được tính an toàn của sự phối hợp các chế độ thông khí hỗ trợ cho đối tượng người bệnh gây mê toàn thân với LMA. Đây là bước đầu và cũng là tiền đề để thực hiện thêm các nghiên cứu khác đánh giá độ hiệu quả, tính ứng dụng kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xi C, Shi D, Cui X, et al. Safety, efficacy and airway complications of the flexible laryngeal

- mask airway in functional endoscopic sinus surgery: A retrospective study of 6661 patients. PLOS ONE. 2021;16(2):e0245521.
2. **Phạm Quang Minh, Trần Văn Quang.** Đánh giá hiệu quả thông khí của mask thanh quản Proseal trong gây mê cho phẫu thuật tán sỏi thận qua da. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 513(2):294–298.
 3. **Kamel WY, Haggag AM.** Safety and Limitation of the I-gel Laryngeal mask airway in the Lithotomy Position. An Observational study. Ain-Shams Journal of Anesthesiology. 2024;16(1):1–7.
 4. **Capdevila X, Jung B, Bernard N, et al.** Effects of pressure support ventilation mode on emergence time and intra-operative ventilatory function: a randomized controlled trial. PLoS One. 2014;9(12):e115139.
 5. **Hell J, Schelker G, Schumann S, et al.** Gastric insufflation with and without an inserted gastric tube in second-generation laryngeal mask airways: A randomized controlled cross-over trial. Journal of Clinical Anesthesia. 2024;99:111653.
 6. **Brochard L.** When ventilator and patient's end of inspiration don't coincide: what's the matter? Am J Respir Crit Care Med. 2002;166(1):2–3.
 7. **Moharana S, Jain D, Bhardwaj N, et al.** Pressure support ventilation-pro decreases propofol consumption and improves postoperative oxygenation index compared with pressure-controlled ventilation in children undergoing ambulatory surgery: a randomized controlled trial. Can J Anaesth. 2020;67(4):445–451.
 8. **Templeton TW, Hoke LK, Yaung J, et al.** Comparing 3 ventilation modalities by measuring several respiratory parameters using the ProSeal laryngeal mask airway in children. J Clin Anesth. 2016;34:272–278.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TRỰC TRÀNG DO XẠ TRỊ

Phạm Công Tiến^{1,2}, Nguyễn Thị Vân Hồng², Vũ Hải Hậu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi bệnh viêm trực tràng do xạ trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 68 bệnh nhân viêm trực tràng do xạ trị điều trị nội trú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Đại tiện phân máu là triệu chứng chính thường gặp (100%). Hemoglobin trung bình: $106,23 \pm 22,77$ g/l, thiếu máu thường ở mức độ nhẹ (62,26%). Vị trí tổn thương thường chủ yếu ở trực tràng, đại tràng sigma. Hình thái tổn thương hay gặp nhất là dị sản mạch (100%). Có mối tương quan giữa mức độ nặng của bệnh với mức độ tổn thương trên nội soi theo phân loại VRS với $p=0,046$. **Kết luận:** bệnh nhân viêm trực tràng do xạ trị thường nhập viện với biểu hiện đại tiện phân máu, thiếu máu chủ yếu ở mức độ nhẹ. Tổn thương thường trên nội soi thường ở cả trực tràng và đại tràng sigma, trong đó hình thái dị sản mạch hay gặp nhất. Có mối liên quan giữa phân loại trên nội soi theo VRS với mức độ nặng của bệnh theo SOMA-LENT. **Từ khóa:** Viêm trực tràng do xạ trị, nội soi đại tràng.

SUMMARY

SOME CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH RADIATION PROCTITIS

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Công Tiến

Email: phamtienbvbn@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

Objective: To investigate the clinical, paraclinical, and endoscopic characteristics of radiation-induced proctitis. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 68 patients with radiation-induced proctitis who were hospitalized and treated at Hanoi Medical University Hospital and Bach Mai Hospital from July 2022 to July 2025. **Results:** Hematochezia was the most common presenting symptom (100%). The average hemoglobin level was 106.23 ± 22.77 g/L, with anemia mostly at a mild level (62.26%). Lesions were primarily located in the rectum and sigmoid colon. The most common lesion morphology was angiodysplasia (100%). There was a correlation between disease severity and endoscopic lesion grading using the VRS classification, with $p = 0.046$. **Conclusion:** Patients with radiation-induced proctitis are typically hospitalized with symptoms of hematochezia, and anemia is generally mild. Endoscopic lesions commonly involve both the rectum and sigmoid colon, with angiodysplasia being the predominant morphology. A correlation was found between endoscopic VRS classification and disease severity according to the SOMA-LENT scale.

Keywords: Radiation proctitis, colonoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm trực tràng là một trong những biến chứng phổ biến nhất khi thực hiện xạ trị điều trị các bệnh lý khối u ác tính vùng chậu¹. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng viêm niêm mạc xảy ra sau những tổn thương cấp tính tại trực tràng². Tổn thương mạn tính do bức xạ có thể xuất hiện sau viêm trực tràng cấp tính hoặc khởi phát muộn (từ 9 đến 14 tháng sau xạ trị, thậm chí có thể xuất hiện sau 30 năm)³⁻⁵, được đặc trưng bởi tổn thương biểu mô ở trực tràng có liên quan

đến tình trạng viêm tối thiểu hoặc không viêm. Bệnh ngày càng có xu hướng gia tăng do sự phát triển của khoa học kỹ thuật, nhiều thể hệ máy gia tốc ra đời, việc điều trị bệnh lý ung thư ngày càng trở nên hiệu quả hơn, chỉ định cho xạ trị ngày càng mở rộng và nâng cao. Các nghiên cứu về xạ trị chiếu ngoài đã cho thấy tỷ lệ mắc bệnh viêm trực tràng do xạ trị dao động từ 2% đến 39%¹. Trong một nghiên cứu tỷ lệ mắc bệnh viêm trực tràng ở bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp xạ trị áp sát đơn thuần là 8% đến 13% và lên tới 21% khi sử dụng kết hợp với các phương pháp khác². Biểu hiện lâm sàng của bệnh rất đa dạng, các triệu chứng tiêu chảy, đau bụng thường gặp ở nhóm bệnh nhân viêm trực tràng cấp tính. Trong khi đại tiện ra máu, kích thích hậu môn, són phân thường xảy ra ở nhóm có tổn thương mạn tính do tia xạ gây ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa trên việc khai thác kỹ tiền sử, thăm khám lâm sàng kết hợp với nội soi ống mềm quan sát hình ảnh niêm mạc trực tràng, trong đó nội soi ống mềm được coi là công cụ quan trọng.

Hiện nay vấn đề điều trị bệnh viêm trực tràng do xạ trị vẫn còn nhiều tranh cãi do thiếu các nghiên cứu đa trung tâm có đối chứng ngẫu nhiên đánh giá hiệu quả các biện pháp điều trị. Hầu hết các dữ liệu về điều trị được lấy từ các báo cáo ca bệnh, các thử nghiệm lâm sàng nhỏ². Các biện pháp chính trong điều trị hiện nay bao gồm điều trị nội khoa sử dụng thuốc (dẫn xuất 5-aminosalicylic acid, Sucralfate, formalin, các acid béo chuỗi ngắn...), can thiệp qua nội soi (APC, điện đông lưỡng cực, heater probe) và điều trị ngoại khoa. Ở nước ta hiện vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về bệnh viêm trực tràng do xạ trị nên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu nhằm: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi bệnh viêm trực tràng do xạ trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân điều trị nội trú được chẩn đoán viêm trực tràng do xạ trị dựa trên khai thác có tiền sử xạ trị vùng chậu, có triệu chứng lâm sàng, triệu chứng nội soi và ≥ 16 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có hình

ảnh nội soi gợi ý đến một số bệnh khác như: Crohn, lao hay ung thư đại trực tràng hoặc viêm loét đại trực tràng chảy máu có nguyên nhân không do xạ trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 68 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và đáp ứng tiêu chuẩn loại trừ

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, kết quả chọn được 68 bệnh nhân.

Thời gian và địa điểm:

- Thời gian: tháng 7/2022 đến tháng 7/2025

- Địa điểm: Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Các biến và chỉ số nghiên cứu:

* Các tiêu chí đánh giá:

- Mức độ nặng trên nội soi được đánh giá theo hệ thống phân loại Vienna Rectoscopy Score (VRS)⁶, được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu trên thế giới, chia làm 5 độ dựa vào các 5 tiêu chí: Giãn mao mạch: mức 0, không có; mức 1, một mao mạch dẫn; mức 2, nhiều mao mạch dẫn không hợp nhất; mức 3, nhiều mao mạch dẫn hợp nhất. Niêm mạc sung huyết: mức 0, không có; mức 1, đỏ điểm niêm mạc kết hợp với niêm mạc phù nề; mức 2, đỏ lan tỏa không hợp nhất kết hợp với niêm mạc phù nề; mức 3, đỏ lan tỏa hợp nhất kết hợp với niêm mạc phù nề. Loét: mức 0, không có; mức 1, vi loét – nông, nhỏ hơn 1 cm²; mức 2, nông lớn hơn 1 cm²; mức 3, loét sâu; mức 4, rò, thủng. Hẹp: mức 0, không có; mức 1, hẹp trên 2/3 đường kính bình thường; mức 2, hẹp từ 1/3 đến 2/3 đường kính bình thường; mức 3, hẹp dưới 1/3 đường kính bình thường; mức 4, tắc hoàn toàn. Hoại tử: mức 0, không có; mức 1, có hoại tử. Mức độ nặng trên nội soi được đánh giá theo bảng sau

VRS	Xung huyết	Giãn mạch	Loét	Hẹp	Hoại tử
Độ 0	1	0	0	0	0
Độ 1	2	1	0	0	0
Độ 2	3	2	0	0	0
Độ 3	-	3	1	0	0
Độ 4	-	-	2	1	0
Độ 5	-	-	3	2	1

- Mức độ nặng của bệnh theo hệ thống phân loại SOMA LENT, bệnh nhân được phân loại mức độ nặng của bệnh khi có ít nhất 1 triệu chứng⁷

Triệu chứng	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Mót rặn	Thi thoảng	Từng đợt	Liên tục	Dai dẳng, khó điều trị
Đại tiện phân lỏng	Thi thoảng	Từng đợt	Liên tục	Dai dẳng, khó điều trị
Són phân	Thi thoảng	Từng đợt	Liên tục	Dai dẳng, khó điều trị
Tần suất đại tiện	2-3 lần/ngày	4-8 lần/ngày	>8 lần/ngày	Ỉa chảy không kiểm soát được

Đau bụng	Thi thoảng, đau ít	Đau từng cơn, dung nạp được	Đau liên tục, dữ dội	Đau dữ dội, khó kiểm soát
Đại tiện phân máu	Thi thoảng, dây máu	>2 lần/tuần, dây máu	Hằng ngày, dây máu	Xuất huyết nhiều
Loét trực tràng	≤ 1 cm ²	> 1 cm ²	Loét sâu	Thủng, rò
Hẹp trực tràng	< 2/3 chu vi	1/3 – 2/3	> 1/3 chu vi	Hẹp toàn bộ gây tắc nghẽn

* **Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0 với giá trị $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
<40	1	1.5
40–60	22	32.4
>60	45	66.2
Tổng	68	100
X±SD	62.97 ± 8.948	

Nhận xét: Hay gặp ở nhóm tuổi > 60 tuổi, chiếm tỉ lệ 66,2%

Bảng 3.2. Phân bố theo giới tính

Giới tính	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Nam	2	2.9
Nữ	66	97.1

Nhận xét: Nữ giới chiếm đa số.

Bảng 3.3. Phân bố theo chỉ số khối cơ thể BMI (kg/m²)

BMI	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
<18,5	3	4.4
18,5–22,9	48	70.6
23–24,9	10	14.7
≥25	7	10.3
X±SD	22,08 ± 2,68	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể bình thường.

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.4. Phân bố các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Đau bụng	43	63.2
Mót rặn	5	7.4
Rối loạn phân	68	100
Sút cần	12	17.6
Thiếu máu	31	45.6

Nhận xét: - Triệu chứng rối loạn phân phổ biến nhất với tỉ lệ 100%

- Hơn nửa số bệnh nhân nghiên cứu có triệu chứng đau bụng chiếm tỉ lệ 63,2%

Bảng 3.5. Đặc điểm rối loạn phân

Đặc điểm	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Máu đỏ tươi	68	100
Lân máu cục	19	27,94

Phân nát	47	69,11
Phân lỏng	21	30,88
Táo bón	1	1,47

Nhận xét: Đại tiện phân máu đỏ tươi gặp ở tất cả các bệnh nhân với tỉ lệ 100%. Đại tiện phân nát, đại tiện phân lỏng cũng thường gặp với tỉ lệ lần lượt là 69,11%, 30,88% táo bón ít gặp

Bảng 3.6. Bảng phân bố vị trí đau bụng

Vị trí	Số lượng (n=43)	Tỷ lệ %
Quanh rốn	3	6,97
Hạ vị	23	53,48
Hố chậu trái	17	39,53

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đau bụng hạ vị (53,48%) hố chậu trái (39,53%)

Bảng 3.7. Bảng phân bố tính chất đau bụng

Tính chất	Số lượng (n=43)	Tỷ lệ %
Đau bụng dữ dội	0	0
Đau quặn từng cơn	14	32,56
Đau âm ỉ	29	67,44

Nhận xét: Đau bụng âm ỉ chiếm tỉ lệ cao nhất (67,44%)

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.8. Đặc điểm nồng độ kali máu

Kali máu (mmol/l)	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
<3	5	7.4
3 – 3,5	18	26.5
>3,5	45	66.2
X ± SD	2.58 ± 0.62	

Nhận xét: Nồng độ Kali máu trung bình là 2.58 ± 0.62, có 5 bệnh nhân có kali < 3 mmol/l

Bảng 3.9. Đặc điểm nồng độ Hemoglobin

Hemoglobin (g/dl)	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
>120	17	25
90 - 119	33	48,5
70 - 89	13	19,1
<70	5	7,4
X ± SD	106.23 ± 22.77	

Nhận xét: Nồng độ hemoglobin trung bình: 106.23 ± 22.77, tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu chiếm 75%

Bảng 3.10. Vị trí tổn thương trên nội soi

Vị trí	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Trực tràng	21	30,89
Trực tràng + đại tràng sigma	47	69,11

Nhận xét: Có 21 bệnh nhân chỉ tổn thương tại trực tràng, 47 bệnh nhân tổn thương tổn thương ở cả đại tràng sigma và trực tràng.

Bảng 3.11. Mức độ nặng trên nội soi

VRS	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Độ 1	4	5,9
Độ 2	17	25,0
Độ 3	33	48,5
Độ 4	9	13,2
Độ 5	5	7,4

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có tổn thương trên nội soi ở mức độ độ 3 (48,5%), mức độ 2 (25%)

3.3. Một số yếu tố liên quan

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương trên nội soi theo phân loại VRS với mức độ nặng của bệnh theo phân loại SOMA LENT

		SOMALENT			Tổng	p
		Độ 1	Độ 2	Độ 3		
VRS	Độ 1	n 3	1	0	4	0,046
	%	6.7%	5.6%	0.0%	5.9%	
	Độ 2	n 11	6	0	17	
	%	24.4%	33.3%	0.0%	25.0%	
	Độ 3	n 24	8	1	33	
	%	53.3%	44.4%	20.0%	48.5%	
	Độ 4	n 6	2	1	9	
	%	13.3%	11.1%	20.0%	13.2%	
	Độ 5	n 1	1	3	5	
	%	2.2%	5.6%	60.0%	7.4%	
Tổng		n 45	18	5	68	
		% 100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ nặng trên nội soi theo phân loại VRS ở các mức độ trên lâm sàng theo phân loại SOMALENT với $p=,046$

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 62.97 ± 8.95 tuổi, nữ giới chiếm đa số (97,1), hay gặp ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi (66,2%) và phần lớn có chỉ số BMI bình thường (70,6%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm rối loạn phân, đau bụng, thiếu máu, sút cân, mót rặn với tỉ lệ lần lượt là 100%; 63,2%; 45,6%; 17,6%; 7,4%. Hình thái rối loạn phân chính khiến người bệnh phải vào viện là đại tiện phân máu đỏ tươi, chiếm tỉ lệ 100%. Đại tiện phân nát, phân lẫn máu cục và phân lỏng cũng thường gặp với tỉ lệ lần lượt là 69,11%; 30,88%; 27,94%. Nghiên cứu cũng ghi nhận có 1 trường hợp táo bón, đánh giá trên nội soi ghi nhận bệnh nhân này có nhiều sẹo loét gây co kéo làm hẹp lòng đại trực tràng. Trong bệnh viêm trực tràng do xạ trị, thiếu máu lớp niêm mạc trực tràng và sự co thắt

tạng rỗng gây cảm giác kích thích, mót rặn và đau quặn thành cơn khi có sự tăng co thắt của trực tràng tại vùng niêm mạc thiếu máu nuôi dưỡng. Ngoài ra, một số bệnh nhân có thể đau liên tục do có những ổ loét sâu và rộng trong lòng trực tràng đại tràng sigma. Bệnh nhân trong nghiên cứu có tính chất đau đa phần là đau bụng âm ỉ (67,44%), đau quặn từng cơn cũng gặp ở một số bệnh nhân (32,56%) và không ghi nhận trường hợp nào đau bụng dữ dội. Vị trí đau đa phần ở bụng hạ vị (53,48%), hố chậu trái (39,53%), đau quanh rốn ghi nhận ít gặp hơn (chiếm 6,97%).

Các bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số huyết sắc tố trung bình là $106,23 \pm 22,77$ g/l. Có 53/68 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 77,94% có tình trạng thiếu máu (huyết sắc tố < 120 g/l). Trong đó có 33/53 trường hợp thiếu máu nhẹ, 13/53 trường hợp thiếu máu vừa và có 5/53 trường hợp có thiếu máu nặng (huyết sắc tố < 70 g/l). Kết quả chỉ số huyết sắc tố trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Nguyễn Công Long: $97,31 \pm 28,05$ g/l. Thiếu máu là một biến chứng của bệnh nếu như tình trạng mất máu nhiều kéo dài không cải thiện sau điều trị. Ngoài ra, thiếu máu phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tình trạng dinh dưỡng, thời gian diễn biến bệnh, số lượng máu mỗi lần đi ngoài, số lần đại tiện trong ngày, mức độ tổn thương đại trực tràng trên nội soi. Chỉ số kali máu trung bình là $3,71 \pm 0,51$ mmol/l, hầu hết các bệnh nhân có chỉ số kali máu trong giới hạn bình thường, không có trường hợp nào có kali máu giảm nặng $\leq 2,5$ mmol/l. Có 1 trường hợp vào viện có tình trạng tăng kali máu (5,7 mmol/l) xảy ra ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 4, sau đó bệnh nhân được chỉ định thận nhân tạo cấp cứu.

Về đặc điểm nội soi, 69,11% bệnh nhân có tổn thương ở cả trực tràng và đại tràng sigma, 30,89% có tổn thương ở trực tràng, không ghi nhận trường hợp nào có tổn thương chỉ ở đại tràng Sigma. Điều này được cho là do trực tràng có vị trí nằm cố định trong tiểu khung nên gần vị trí xạ trị. Các hình thái tổn thương chiếm tỷ lệ cao lần lượt là dị sản mạch, niêm mạc phù nề xung huyết, loét, hoại tử, hẹp lòng đại tràng với 100%; 69,11%; 29,41%; 0% và 4,41%. Nghiên cứu của Hà Lương Duy Khánh (2014) cũng ghi nhận tỉ lệ dị sản mạch gặp ở 100% bệnh nhân trong nghiên cứu⁸, trong nghiên cứu của Nguyễn Công Long tỉ lệ này là 74,4%⁹. Như vậy có thể thấy hình thái tổn thương hay gặp nhất là dị sản mạch, điều này phù hợp với triệu chứng đại tiện phân máu khiến người bệnh phải vào viện. Trong một nghiên cứu cũng đã chỉ ra những bệnh nhân

có nhiều tĩnh mạch giãn sẽ có nguy cơ chảy máu đại trực tràng cao hơn so với nhóm không có giãn mạch ($p=0.05$)¹⁰.

Đánh giá mức độ nặng trên nội soi chúng tôi dựa vào hệ thống phân loại Vienna Rectoscopy Score (VRS) kết quả có 4 bệnh nhân ở mức độ 1, 17 bệnh nhân ở mức độ 2, 33 bệnh nhân ở mức độ 3, 9 bệnh nhân ở mức độ 4 và 5 bệnh nhân ở mức độ 5. Như vậy có thể thấy trên hình ảnh nội soi bệnh nhân thường mắc viêm trực tràng do xạ trị mức độ 2 và mức độ 3. Để đánh giá mức độ nặng của bệnh chúng tôi áp dụng bảng phân loại SOMA LENT kết quả ghi nhận có 45 bệnh nhân mắc bệnh mức độ 1, 18 bệnh nhân mắc bệnh mức độ 2 và 5 bệnh nhân mắc bệnh mức độ 3, không có bệnh nhân nào mắc bệnh mức độ 4. Như vậy có thể thấy các trường hợp viêm trực tràng sau xạ trị thường mắc bệnh ở mức độ 1, mức độ 2. Khi đánh giá mối tương quan giữa mức độ nặng của bệnh với mức độ tổn thương trên nội soi chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,046$.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm trực tràng do xạ trị thường nhập viện với biểu hiện đại tiện phân máu, thiếu máu chủ yếu ở mức độ nhẹ. Tổn thương thường trên nội soi thường ở cả trực tràng và đại tràng sigma, trong đó hình thái dị sản mạch hay gặp nhất. Có mối liên quan giữa phân loại trên nội soi theo VRS với mức độ nặng của bệnh theo SOME-LENT

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kennedy GD, Heise CP. Radiation colitis and proctitis. Clin Colon Rectal Surg. 2007;20(1):64-72. doi:10.1055/s-2007-970202

2. Dahiya DS, Kichloo A, Tuma F, Albosta M, Wani F. Radiation Proctitis and Management Strategies. Clin Endosc. 2022;55(1):22-32. doi:10.5946/ce.2020.288
3. Gilinsky NH, Burns DG, Barbezat GO, Levin W, Myers HS, Marks IN. The natural history of radiation-induced proctosigmoiditis: an analysis of 88 patients. Q J Med. 1983;52(205):40-53.
4. Schultheiss TE, Lee WR, Hunt MA, Hanlon AL, Peter RS, Hanks GE. Late GI and GU complications in the treatment of prostate cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1997;37(1):3-11. doi:10.1016/s0360-3016(96)00468-3
5. Lucarotti ME, Mountford RA, Bartolo DC. Surgical management of intestinal radiation injury. Dis Colon Rectum. 1991;34(10):865-869. doi:10.1007/BF02049698
6. Wachter S, Gerstner N, Goldner G, Pötzi R, Wambersie A, Pötter R. Endoscopic scoring of late rectal mucosal damage after conformal radiotherapy for prostatic carcinoma. Radiother Oncol. 2000;54(1): 11-19. doi:10.1016/s0167-8140(99)00173-5
7. Mendenhall WM, McKibben BT, Hoppe BS, Nichols RC, Henderson RH, Mendenhall NP. Management of radiation proctitis. Am J Clin Oncol. 2014;37(5): 517-523. doi:10.1097/COC.0b013e318271b1aa
8. Hà Lương Duy Khánh, Đào Văn Long. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng Bệnh VTT và Đại Tr tràng Sigma Do Xạ Trị. Thạc sĩ, Nội khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.; 2014.
9. Nguyễn Công Long, Hoàng Mạnh Hùng, Lê Văn Anh. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm trực tràng chảy máu sau tia xạ được điều trị bằng argon plasma coagulation. Published online 2022.
10. O'Brien PC, Hamilton CS, Denham JW, Gourlay R, Franklin CIV. Spontaneous improvement in late rectal mucosal changes after radiotherapy for prostate cancer. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics. 2004;58(1): 75-80. doi:10.1016/S0360-3016(03)01445-7

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI DÂN TỘC KHMER TẠI HUYỆN CHÂU THÀNH, TỈNH TRÀ VINH

Trần Quốc Cường¹, Bùi Bảo Duy², Đoàn Văn Hậu³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành, tỉnh

Trà Vinh đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào được công bố. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích trên 400 người cao tuổi dân tộc Khmer. Sử dụng bộ câu hỏi thiết kế bám sát theo mục tiêu nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành năm 2024 là 58,5%, trong đó đã được chẩn đoán là 85%, mới phát hiện là 15%. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nam là 49,57%, ở nữ là 50,43%. **Kết luận:** Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi dân tộc Khmer huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh cao, cần quan tâm điều trị, cải thiện các yếu tố nguy cơ và

¹Trường Đại học Cửu Long, Vĩnh Long

²Trung tâm Y tế khu vực Châu Thành A, Vĩnh Long

³Trường Đại học Trà Vinh, Vĩnh Long

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Cường

Email: tranquoccuong@mku.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

sàng lọc tăng huyết áp. **Từ khóa:** Tăng huyết áp, Người cao tuổi, Khmer, Châu Thành, Trà Vinh.

SUMMARY

PREVALENCE OF HYPERTENSION AMONG ELDERLY KHMER PEOPLE IN CHAU THANH DISTRICT, TRA VINH PROVINCE, IN 2024

Introduction: There have been no published studies on hypertension among elderly Khmer people in Chau Thanh District, Tra Vinh Province, to date. **Objective:** To describe the current status of hypertension among elderly Khmer ethnic people in Chau Thanh District, Tra Vinh Province in 2024. **Methodology:** A cross-sectional analytical study was conducted on 400 elderly individuals of Khmer ethnicity. A structured questionnaire was developed in alignment with the study objectives. **Results:** The prevalence of hypertension among elderly Khmer ethnic people in Chau Thanh District in 2024 was 58.5%, of which 85% had been previously diagnosed and 15% were newly detected cases. The prevalence of hypertension was 49.57% in males and 50.43% in females. **Conclusion:** The prevalence of hypertension among elderly Khmer ethnic people in Chau Thanh District, Tra Vinh Province is high. There is a need to focus on treatment, address risk factors, and enhance hypertension screening efforts. **Keywords:** Hypertension, Elderly, Khmer, Chau Thanh, Tra Vinh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh lý tim mạch phổ biến với tiến triển âm thầm nhưng có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng, ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Tỷ lệ tăng huyết áp đang gia tăng nhanh trên toàn cầu, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh là địa phương có tỷ lệ người cao tuổi dân tộc Khmer cao, đời sống kinh tế còn nhiều khó khăn, người dân ít quan tâm đến chăm sóc sức khỏe, trong đó có bệnh tăng huyết áp, ngoài ra trong đời sống xã hội, văn hóa ẩm thực có một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp. Tuy nhiên, hiện tại còn thiếu các nghiên cứu đánh giá cụ thể về thực trạng tăng huyết áp trong nhóm đối tượng này tại địa phương. Vì vậy, nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá Thực trạng tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân tộc Khmer từ 60 tuổi trở lên, có khả năng đáp ứng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ước lượng một tỷ lệ

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu; Z: trị số tính từ phân phối chuẩn, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$ độ tin cậy 95%); d: khoảng sai lệch mong muốn 5% ($d = 0,05$); $p = 0,62$, dựa vào kết quả nghiên cứu: Tình hình tăng huyết áp ở người cao tuổi đồng bào dân tộc Khmer, tỉnh Trà Vinh của tác giả Nguyễn Thanh Bình (Nguyễn Thanh Bình, 2015) [3]. Tính được cỡ mẫu $n = 362$, dự trừ 10% mất mẫu nên trong nghiên cứu này chúng tôi lấy cỡ mẫu 400 người.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống

Bước 1: Xác định khoảng mẫu k

$$k = N/n = 4000/400 = 10$$

Chọn một số i giữa 1 và k (10) bằng phần mềm Excel được $i = 6$

Bước 2: Từ danh sách 14 xã, thị trấn tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên chọn ra được 4 xã Đa Lộc, Mỹ Chánh và Hòa Lợi và Song Lộc.

Bước 3: Tổng số người cao tuổi dân tộc Khmer tại 4 xã được chọn theo quy mô dân số của từng xã theo công thức:

(Số NCT từng xã x n (400)) / (Tổng số NCT tại 4 xã (3.035))

Bảng 2.1. Phân bố số lượng người cao tuổi dân tộc Khmer và số mẫu cần chọn theo từng xã

STT	Xã	Số NCT dân tộc Khmer	Số lượng cần chọn
1	Đa Lộc	1.400	185
2	Mỹ Chánh	420	55
3	Hòa Lợi	465	61
4	Song Lộc	750	99
	Tổng	3.035	400
	Toàn huyện	4.000	

Bước 4: Đến Ủy ban nhân dân xã đã được chọn, hộ gia đình đầu tiên là hộ thứ 6 nằm bên trái của Ủy ban nhân dân xã. Các hộ gia đình tiếp theo sẽ được chọn bằng cách người nghiên cứu tiếp tục đi về bên trái và cứ cách 10 ($k=10$) gia đình thì điều tra một gia đình, nếu trong một gia đình có nhiều đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu thì khảo sát tất cả. Nếu gặp lỗi rẽ thì người nghiên cứu rẽ trái và cứ tiếp tục khảo sát cho đến khi đủ số lượng tại xã đó. Nếu chưa đủ số lượng thì quay lại Ủy ban nhân dân xã và bắt đầu hộ thứ 6 nằm bên phải và tiếp tục thu mẫu như bên trái.

- **Thời gian:** Từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn và các công cụ để

cân, đo trực tiếp các chỉ số chiều cao, cân nặng, huyết áp, vòng eo, vòng mông.

- **Xử lý, phân tích số liệu:** Nhập số liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1, Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 17.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** nghiên cứu đã

được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Trà Vinh theo Giấy chấp thuận số 222/GCT-HĐĐĐ ngày 10 tháng 5 năm 2024. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được thu thập, xử lý, mã hóa bảo mật và phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu phân bố theo giới tính (n=400)

Đặc điểm chung		Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Giới tính		194	48,5	206	51,5	400	100
Nhóm tuổi	60 - 69 tuổi	118	47,2	132	52,8	250	62,5
	70 - 79 tuổi	57	51,35	54	48,65	111	27,75
	≥ 80 tuổi	19	48,72	20	51,28	39	9,75
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	4	36,36	7	63,64	11	2,75
	Đã kết hôn	161	51,77	150	48,23	311	77,75
	Góa/ly thân/ly hôn	29	37,18	49	62,82	78	19,5
Trình độ học vấn	Không đi học	12	25,53	35	74,47	47	11,75
	Tiểu học	65	40,37	96	59,63	161	40,25
	THCS	70	58,82	49	41,18	119	29,75
	THPT	16	69,57	7	30,43	23	5,75
	Trung cấp, cao đẳng	24	66,67	12	33,33	36	9
	Từ đại học trở lên	7	50	7	50	14	3,5
Tình trạng nghề nghiệp hiện nay	Không còn làm việc	60	45,11	73	54,89	133	33,25
	Nông/ chăn nuôi	105	80,15	26	19,85	131	32,75
	Buôn bán	25	41,67	35	58,33	60	15,00
	Làm thuê	4	40,00	6	60,00	10	2,5
	Nội trợ	0	0	66	100	66	16,5
Nghề trước tuổi nghỉ hưu	Nội trợ	1	2,13	46	97,87	47	11,75
	Nông/ chăn nuôi	124	68,13	58	31,87	182	45,5
	Buôn bán	20	29,47	48	70,59	68	17
	CB - CCVC	35	61,40	22	38,60	57	14,25
	Làm thuê	14	30,43	32	69,57	46	11,5
Hộ nghèo/cận nghèo		17	29,82	40	70,18	57	14,25
Số người đang sống trong hộ	1 người	9	11,6	15	12,4	24	6
	2 người	57	49,14	59	50,86	116	29
	3 người	57	57,7	62	61,3	119	29,75
	4 người	39	52,7	35	47,3	74	18,5
	Từ 5 người trở lên	32	47,76	35	52,24	67	16,75
Thu nhập trung bình/ tháng	Hộ có mức sống thấp	18	29,03	44	70,97	62	15,5
	Hộ có mức sống trung bình	38	54,29	32	45,71	70	17,5
	Hộ có mức sống trên trung bình	138	51,49	130	48,51	268	67,00
Có bảo hiểm y tế		184	48,17	198	51,83	382	95,5

Nhận xét: Trong 400 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ giới tính nam và nữ khá cân bằng. Nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó nữ chiếm ưu thế; nhóm ≥80 tuổi có tỷ lệ thấp nhất. Về hôn nhân, phần lớn đã kết hôn, nhóm góa/ly thân/ly hôn có tỷ lệ nữ cao hơn. Về học vấn, nhóm học tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất; tỷ lệ nam có trình độ học vấn cao hơn nữ, trong khi tỷ lệ nữ không đi học cao hơn. Đa số người cao tuổi không còn làm việc, một số vẫn làm

nông/chăn nuôi; nữ làm nội trợ nhiều hơn, phản ánh vai trò truyền thống. Hộ có 2–3 người chiếm tỷ lệ cao nhất, khoảng 35% hộ có từ 4 người trở lên, phù hợp văn hóa người Khmer. Về thu nhập, hộ có mức sống trên trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất, song vẫn còn nhiều người cao tuổi thuộc hộ nghèo hoặc cận nghèo. Tỷ lệ có bảo hiểm y tế đạt 95,5%, cao hơn nhiều so với tỷ lệ nghèo, cho thấy chính sách bảo hiểm y tế đã bao phủ hầu hết, kể cả người có hoàn cảnh khó khăn.

Bảng 3.2. Đặc điểm thể chất của đối tượng nghiên cứu phân bố theo giới tính (n=400)

Đặc điểm thể chất		Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
BMI	Nhẹ cân (< 18,5)	22	51,16	21	48,84	43	10,75
	Bình thường (18,5 ≤ BMI < 23)	101	48,33	108	51,67	209	52,25
	Thừa cân (23 ≤ BMI < 25)	43	59,72	29	40,28	72	18
	Béo phì độ 1 (25 ≤ BMI < 30)	27	39,13	42	60,87	69	17,25
	Béo phì độ 2 (BMI ≥ 30)	1	14,29	6	85,71	7	1,75
Tỷ số vòng bụng/vòng hông (WHR)	Có béo phì trung tâm (Nam ≥ 0,95; Nữ ≥ 0,85)	95	35,58	172	64,42	267	66,75
	Không béo phì trung tâm (Nam < 0,95; Nữ < 0,85)	99	74,44	34	25,56	133	33,25

Nhận xét: Nhóm có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (52,25%), thừa cân (18%) và béo phì độ I (17,25%). Nhẹ cân chiếm 10,75%, trong khi béo phì độ II chiếm 1,75%. Nữ giới có tỷ lệ béo phì (đặc biệt là độ II) cao hơn nam giới, ngược lại nam có tỷ lệ thừa cân cao hơn. Về chỉ số WHR, 66,75% người tham gia có béo phì trung tâm, trong đó nữ chiếm tỷ lệ vượt trội (64,42%) so với nam (35,58%).

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

Bảng 3.3. Huyết áp tâm thu, tâm trương của đối tượng nghiên cứu

Huyết áp (mmHg)	Thấp nhất	Cao nhất	TB±SD
Huyết áp tâm thu (HATT)	94	184	134±17
Huyết áp tâm trương (HATTr)	60	115	78±9

TB: Trung bình; SD: độ lệch chuẩn

Nhận xét: Huyết áp tâm thu bình trong phạm vi tiền tăng huyết áp, khoảng cách giữa thấp nhất và cao nhất lớn, cho thấy sự biến động lớn về huyết áp tâm thu của đối tượng nghiên cứu. Huyết áp tâm trương trung bình trong phạm vi huyết áp tối ưu.

Bảng 3.4. Phân bố tỷ lệ tăng huyết áp theo giới tính (n=400)

Tăng huyết áp	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Đã chẩn đoán	96	48,24	103	51,76	199	85
Mới phát hiện	20	57,14	15	42,86	35	15
Chung	116	49,57	118	50,43	234	58,5

Nhận xét: Tỷ lệ tăng huyết áp chung là 58,5%, trong đó tỷ lệ tăng huyết áp đã được chẩn đoán chiếm 85% trong đó nam là 48,24% và nữ là 51,76%. Tỷ lệ tăng huyết áp mới phát hiện là 15% trong đó ở nam là 57,14% và ở nữ là 42,86%.

Bảng 3.5. Phân bố tỷ lệ tăng huyết áp theo nhóm tuổi (n=400)

Tăng huyết áp	Nhóm tuổi						Tổng	
	60-69		70-79		≥80			
	n	%	n	%	n	%	n	%

Có	121	51,71	77	32,91	36	15,38	234	58,5
Không	129	77,71	34	30,63	3	7,69	166	41,5
Tổng	250	62,5	111	27,75	39	9,75	400	100

Nhận xét: Có 234 người bị tăng huyết áp, chiếm 58,5%. Nhóm tuổi 60–69 có số người bị tăng huyết áp cao nhất với 121 người, chiếm 51,71% tổng số ca tăng huyết áp; nhóm 70–79 tuổi với 77 người (32,91%) và thấp nhất là nhóm ≥80 tuổi với 36 người (15,38%). Ngược lại, nhóm không bị tăng huyết áp chiếm 41,5%, trong đó nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất (77,71%), nhóm 70–79 chiếm 30,63%, và nhóm ≥80 tuổi chiếm 7,69%. Kết quả này cho thấy sự phân bố tăng huyết áp khác nhau theo từng nhóm tuổi trong dân số nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Về giới tính: Tỷ lệ nam chiếm 48,5%, nữ chiếm 51,5%, tương đồng với thống kê dân số Trà Vinh năm 2024 và các nghiên cứu trước đó như tại tỉnh Trà Vinh có tỷ lệ giới tính tương đương (nam: 47,7% và nữ: 52,3%) [3], nghiên cứu tại tỉnh Quảng Bình có tỷ lệ nam 50,9%, nữ 49,1% [8], tại huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình có tỷ lệ nam 48,7%, nữ 51,3% [2], tại Thành phố Huế có tỷ lệ nam 47,7%, nữ 52,3% [5].

Về tuổi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với những nghiên cứu khác, có thể do thời điểm nghiên cứu, có thể có sự thay đổi về nhân khẩu học theo thời gian, xu hướng già hóa dân số và khác nhau về địa điểm nghiên cứu, mỗi địa phương có đặc điểm riêng về văn hóa, xã hội, kinh tế và môi trường, điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu và nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên người dân tộc Khmer, khác biệt hoàn toàn so với các nghiên cứu khác.

Tình trạng hôn nhân: Tương đồng với nghiên cứu của Đậu Đức Bảo tại Ninh Bình có tỷ lệ kết hôn, sống chung là 72,4%, góa bụa là 23,6% và chưa kết hôn, ly thân, ly dị là 4,0% và Phan

Thanh Thủy tại Quảng Bình có tỷ lệ đã kết hôn, sống chung là 69,4%, ly dị hoặc góa bụa 29,5%, chưa từng kết hôn 47,6% [2], [8].

Trình độ học vấn: So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ học vấn thấp hơn, phản ánh điều kiện tiếp cận giáo dục hạn chế ở người dân tộc Khmer ở vùng nông thôn.

Về nghề trước tuổi nghỉ hưu: chiếm tỷ lệ cao nhất là làm nông, chăn nuôi 45,5%, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Đậu Đức Bảo tại huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình ghi nhận người cao tuổi còn làm nông nghiệp là 51,7%, nghỉ ngơi, nội trợ là 42,8% và làm công việc khác là 5,5% [2], nghiên cứu tại của Đoàn Văn Thành tại huyện Cát Hải, Hải Phòng ghi nhận nông dân chiếm 52,5%, buôn bán là 20,7% và cuối cùng là hưu trí 26,8% [6]. Người Khmer là dân cư bản địa, sinh sống từ rất lâu đời, sở hữu nhiều đất đai nên chủ yếu sinh sống bằng nghề nông (đặc biệt là trồng lúa và chăn nuôi) do đặc điểm của đất canh tác, nơi ở, không được đi học nhiều và làm theo nghề của đời trước.

Tình trạng kinh tế: Do điều kiện phát triển kinh tế còn nhiều khó khăn do chưa khai thác hết tiềm năng và lợi thế của địa phương, một số người trong độ tuổi lao động không có trình độ chuyên môn, chưa qua đào tạo nghề còn cao, tuy nhiên qua nhiều năm thực hiện các chính sách, chương trình phát triển kinh tế xã hội các xã đặc biệt khó khăn vùng dân tộc thiểu số và miền núi, xây dựng nông thôn mới nên một đời sống kinh tế của người dân tộc Khmer trên địa bàn huyện Châu Thành dần được cải thiện.

Số người sống trong hộ gia đình: Trong đời sống văn hóa của người dân tộc Khmer có xu hướng gắn kết, chung sống cùng nhau nên tỷ lệ số người sống chung trong hộ từ 2 người trở lên cao và hộ chỉ có 1 người thấp.

Bảo hiểm y tế: Trong thời gian qua, Chính phủ quyết tâm thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân, phát triển bền vững tỷ lệ người dân tham gia BHYT, kết quả năm 2023 cả nước có khoảng 93,6 triệu người tham gia với tỷ lệ bao phủ BHYT đạt gần 93,35%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có bảo hiểm y tế 95%, còn lại không có bảo hiểm y tế là 4,5%.

BMI: Do người dân tộc Khmer chủ yếu sinh sống bằng nghề nông, chăn nuôi hoặc các nghề có vận động thể lực nên kết quả người có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu tại huyện Cát Hải, Hải Phòng ghi nhận nhóm BMI bình thường 23,9%, tại thành phố Biên Hòa, Đồng Nai có tỷ lệ thừa cân, béo phì là 54,4% và bình thường là 45,6%, kết quả của chúng tôi khác với

các nghiên cứu của Đoàn Văn Thành tại Đồng Nai có thể do nghiên cứu của chúng tôi khảo sát người dân tộc Khmer, chủ yếu làm nghề nông, chăn nuôi và các công việc có vận động thể lực, điều này giúp họ duy trì mức BMI bình thường cao hơn so, các thành phố lớn, khu đô thị thường gắn với các ngành nghề có độ công nghiệp hóa, ít vận động thể lực cao [6], [7].

Tình trạng béo phì trung tâm: Do đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi, tỷ lệ còn làm việc thấp. Nghiên cứu tại thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai có tỷ lệ béo phì trung tâm là 45,1%, kết quả khác với nghiên cứu trên có thể do đặc điểm của dân tộc, thói quen sinh hoạt của các vùng khác nhau hoặc có sự khác biệt về cấu trúc cơ thể, di truyền và sinh lý giữa các dân tộc ảnh hưởng đến mô hình tích lũy mỡ bụng, điều này cần có thêm các nghiên cứu để làm rõ hơn [7].

4.2. Thực trạng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu.

Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình năm 2015 (62,0%), tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn có thể do khác nhau về quy mô nghiên cứu, của tác giả Nguyễn Thanh Bình thực hiện cả tỉnh còn chúng tôi thực hiện tại một huyện hoặc đó là hiệu quả của các chương trình y tế cộng đồng trong việc tuyên truyền, tầm soát và quản lý bệnh tăng huyết áp tại địa phương [3]. Kết quả của chúng tôi nhưng cao hơn các nghiên cứu tại địa phương khác như Cát Hải, Hải Phòng (42,9%) hay Quảng Bình (52%) [6], [8]. Sự khác biệt tỷ lệ tăng huyết áp trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác có thể do đối tượng nghiên cứu, địa điểm và thời gian nghiên cứu khác nhau, nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Nguyễn Thanh Bình cùng nghiên cứu trên dân tộc Khmer, còn các nghiên cứu khác nghiên cứu chủ yếu trên người dân tộc Kinh, người dân tộc Khmer sống ở vùng sâu, vùng xa các trung tâm xã, có thói quen sống thành một cụm, xung quanh các chùa. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện năm 2024 có tỷ lệ cao hơn các nghiên cứu trước như Dương Tấn Thọ (2019, 54,4%) hay Hà Thị Vân Anh (2018, 55,4%) [1]. [7]. Điều này có thể lý giải do xu hướng già hóa dân số ngày càng tăng, kèm theo các yếu tố nguy cơ như chế độ dinh dưỡng chưa hợp lý, ít vận động, và các bệnh lý nền gia tăng theo thời gian. Tại các thành phố lớn như Huế (68,0%) hay huyện Yên Khánh, Ninh Bình (70,4%), tỷ lệ tăng huyết áp có xu hướng cao hơn do nhịp sống nhanh, áp lực công việc cao, cùng chế độ ăn uống công nghiệp, ít vận động, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại các xã thuộc huyện Châu Thành tỉnh Trà Vinh là

khu vực nông thôn, nơi thường có lễ hội, đám tiệc diễn ra quanh năm nên có sự khác nhau về văn hóa ẩm thực, thói quen sinh hoạt, nghề nghiệp với các địa phương khác, điều đó ảnh hưởng đến tỷ lệ tăng huyết áp. Mặc dù có sự khác nhau về thời gian và địa điểm, song nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy tỷ lệ mắc THA tăng theo độ tuổi [2], [5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành năm 2024 là 58,5%, trong đó đã được chẩn đoán là 85%, mới phát hiện là 15%. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nam là 49,57%, ở nữ là 50,43%.

Tỷ lệ tăng huyết áp theo nhóm tuổi: 60 - 69 tuổi là 51,71%, 70 - 79 tuổi là 32,91% và ≥ 80 tuổi là 15,38%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Thị Vân Anh** (2018). Thực trạng tăng huyết áp và nguy cơ ngã ở người cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2018. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 143, trang 142-151.
2. **Đậu Đức Bảo và cộng sự** (2021). Tăng huyết

áp và mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở người cao tuổi tại huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 522, trang 271-275.

3. **Nguyễn Thanh Bình và cộng sự** (2015). Tình hình bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi đồng bào dân tộc Khmer, tỉnh Trà Vinh. Tạp chí Y học cộng đồng, 37, trang 9-13.
4. **Nguyễn Thanh Bình** (2017). Thực trạng bệnh Tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp. Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
5. **Mai Thị Mỹ Duyên** (2022). Tỷ lệ tăng huyết áp và mối liên quan với thói quen ăn uống ở người cao tuổi tại thành phố Huế. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 5, trang 140-146.
6. **Đoàn Văn Thành** (2020). Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện Cát Hải năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 503, trang 125-131.
7. **Dương Tân Thọ và cộng sự** (2019). Tình hình và đánh giá kết quả can thiệp tăng huyết áp ở người cao tuổi thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai năm 2018 - 2019. Tạp chí Y dược học Cần Thơ.
8. **Phan Thanh Thủy** (2018). Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại tỉnh Quảng Bình. Tạp chí Y học Việt Nam, 519, trang 208-212.

ĐẶC ĐIỂM HÓA MÔ MIỄN DỊCH TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ VÚ NỘI ỨNG

Lê Thị Duyên^{1,2}, Tạ Văn Tò^{1,2}, Lê Thị Uyên²

Từ khóa: Ung thư biểu mô vú nội ứng, ER, PR, HER2, Ki67

SUMMARY

IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF DUCTAL CARCINOMA IN SITU OF THE BREAST

Objective: Determine the expression rates of ER, PR, HER2, and Ki67 and correlate them with histopathological features in ductal carcinoma in situ (DCIS) at the Department of Pathology -Molecular Biology, K Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 210 cases of DCIS diagnosed on surgical specimens from 2022 to 2024. Data were analyzed using SPSS version 20.0 with Chi-square and Fisher's Exact tests; p-values less than 0.05 were considered statistically significant. **Results:** The positive expression rates of ER and PR were 61.4% and 49%, respectively, predominantly observed in DCIS lesions with low to intermediate nuclear grade, cribriform or mixed architectural patterns, and absence of comedo necrosis ($p < 0.001$). Conversely, HER2 positivity (55.2%) and high Ki-67 index (59%) were significantly associated with high-grade lesions, solid or micropapillary types, and presence of comedo necrosis ($p < 0.001$). **Conclusion:** ER, PR, HER2 and Ki-67 are statistically significantly associated with histological grade, histological type, and comedo necrosis ($p < 0.001$).

Keywords: DCIS, ER, PR, HER2, Ki-67.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bộc lộ ER, PR, HER2, Ki67 và đối chiếu với đặc điểm mô bệnh học trong ung thư biểu mô vú nội ứng (DCIS) tại Trung tâm Giải phẫu bệnh - Sinh học phân tử, Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 210 trường hợp DCIS được chẩn đoán trên bệnh phẩm phẫu thuật từ năm 2022 đến 2024. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các kiểm định Chi-square và Fisher's Exact Test, giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Tỷ lệ dương tính với ER và PR lần lượt là 61,4% và 49%, chủ yếu gặp ở các tổn thương DCIS có độ mô học thấp/trung gian, tip mặt sàng, hỗn hợp và không có hoại tử trung cá ($p < 0,001$). Ngược lại, HER2 dương tính (55,2%) và Ki-67 cao (59%) có liên quan có ý nghĩa thống kê với tổn thương độ cao, tip đặc hoặc vi nhú, và có hoại tử trung cá ($p < 0,001$). **Kết luận:** ER, PR, HER2 và Ki-67 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc điểm độ mô học, tip mô học và hoại tử trung cá ($p < 0,001$).

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Duyên

Email: duyenle17041998@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư hàng đầu ở nữ giới. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư vú ở nữ giới đã trở thành loại ung thư được chẩn đoán phổ biến nhất với ước tính khoảng 2,3 triệu ca chẩn đoán mới, chiếm 11,6% tổng số ung thư nói chung và 24,5% tổng số ca mắc ung thư ở nữ giới. Tại Việt Nam, hằng năm có 24563 ca chẩn đoán mới chiếm đến 28,9% số trường hợp mới được chẩn đoán ở phụ nữ.¹

Tuy nhiên, việc phân loại và quản lý DCIS vẫn còn nhiều tranh cãi, đặc biệt trong thực hành giải phẫu bệnh. Trước đây, DCIS được phân nhóm theo hình thái cấu trúc thành 5 nhóm chính gồm: tít hoại tử trứng cá, tít sàng, nhú, vi nhú và tít đặc. Trong bản phân loại mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2019 (WHO 2019), DCIS không còn phân theo cấu trúc, mà được chia theo độ nhân thành ba mức: thấp, trung bình và cao. Ngoài ra, hoại tử trứng cá cũng không còn được xem là một dưới tít riêng mà chỉ ghi nhận như một kiểu hoại tử.² Việc đánh giá chính xác độ mô học, đặc biệt là độ nhân và hoại tử, có ý nghĩa tiên lượng và quyết định điều trị. Các dấu ấn hóa mô miễn dịch như thụ thể estrogen (ER), progesterone (PR), HER2 và Ki-67 cũng đóng vai trò quan trọng trong phân tầng nguy cơ và lựa chọn điều trị. Việc xét nghiệm ER hiện nay được xem là tiêu chuẩn chăm sóc bắt buộc trong DCIS theo hướng dẫn NCCN. Những bệnh nhân có ER/PR dương tính đều được khuyến cáo điều trị nội tiết bổ trợ nhằm giảm nguy cơ tái phát, dù đã phẫu thuật bảo tồn hay cắt tuyến vú. HER2 cũng đã được chứng minh là yếu tố dự báo độc lập cho nguy cơ tổn thương xâm lấn kèm theo.

Tại Việt Nam, dù DCIS được phát hiện ngày càng phổ biến, vẫn còn thiếu các nghiên cứu chuyên sâu về sự bộc lộ hóa mô miễn dịch của tổn thương này. Đặc biệt, mối liên quan giữa các dấu ấn miễn dịch với đặc điểm mô bệnh học chưa được khai thác đầy đủ. Do đó tôi tiến hành nghiên cứu này với với hai mục đích: *Xác định tỷ lệ bộc lộ ER, PR, Her2, Ki67 và đối chiếu với đặc điểm mô bệnh học nhóm nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm 210 bệnh nhân nữ được chẩn đoán ung thư biểu mô vú nội ống (DCIS) trên bệnh phẩm phẫu thuật tại Trung tâm Giải phẫu bệnh - Sinh học phân tử, Bệnh viện K từ tháng 1/2022 đến 12/2024, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, bệnh phẩm vú sau phẫu thuật, tất cả được

nhuộm hóa mô miễn dịch với ER, PR, Her2, Ki67.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang; khai thác hồ sơ, bệnh án; đọc và phân loại các bệnh phẩm theo phân loại về DCIS của WHO năm 2019.² Độ mô học được chia thành 3 độ: độ thấp, độ cao, độ trung gian. Hình thái cấu trúc thành 5 nhóm chính gồm tít đặc, tít mặt sàng, tít vi nhú, tít nhú và tít hỗn hợp. Hoại tử trứng cá được xét như một đặc điểm hoại tử thay vì một dưới tít riêng biệt. DCIS được xếp vào tít hỗn hợp khi kiểu tăng sinh chủ đạo chiếm dưới 90% của tổn thương tại chỗ.³

- Đánh giá kết quả HMMD:

+ ER, PR: Theo hướng dẫn của ASCO/CAP, ER, PR dương tính khi $\geq 1\%$ nhân tế bào u bắt màu.

+ HER2: Theo hướng dẫn của ASCO/CAP 2018, HER2 0 khi hoàn toàn không bắt màu hoặc bắt màu mờ nhạt không hoàn toàn $<10\%$ tế bào u, HER2 1+ khi màng bào tương bắt màu mờ nhạt không hoàn toàn $>10\%$ tế bào u; HER2 2+ khi toàn bộ màng bào tương bắt màu yếu - trung bình $>10\%$ tế bào u, HER2 3+ khi bào tương bắt màu toàn bộ với cường độ mạnh được quan sát thấy trên 10% các tế bào u (IHC 0 và 1+ được coi là âm tính, 2+ là không xác định, 3+ được coi là dương tính).

+ Ki-67: Ki-67 dương tính khi có bất kỳ nhân tế bào u bắt màu. Theo hội nghị đồng thuận tại Saint Gallen năm 2015, chỉ số Ki67 được chia thành 2 mức độ: thấp $<20\%$, cao: $\geq 20\%$

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các test Chi-square, Fisher's Exact Test được sử dụng. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mô bệnh học ung thư biểu mô vú nội ống theo phân loại Tổ chức Y tế thế giới 2019. 210 bệnh nhân trong nghiên cứu có đặc điểm mô bệnh học sau:

Bảng 3.1: Đặc điểm mô bệnh học ung thư biểu mô vú nội ống của các đối tượng nghiên cứu

Giá trị	Đặc điểm	Số trường hợp	%
Độ mô học	Thấp	35	16,7
	Trung gian	55	26,2
	Cao	120	57,1
Tít mô học	Tít đặc	60	28,6
	Tít mặt sàng	32	15,2
	Tít vi nhú	17	8,1
	Tít nhú	10	4,8
	Tít hỗn hợp	91	43,3
Hoại tử trứng cá	Có	117	55,7
	Không	93	44,3

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi ở 210 trường hợp DCIS thấy nhóm có độ mô học cao chiếm tỷ lệ lớn nhất (57,1%), tiếp theo là độ trung gian (26,2%) và thấp (16,7%). Về hình thái mô học, típ hỗn hợp chiếm 43,3%, típ đặc 28,6%, mặt sàng 15,2%, vi nhú 8,1% và nhú 4,8%. Hoại tử trứng cá gặp ở 55,7% trường hợp.

3.2 Xác định mối liên quan giữa tỷ lệ bộc lộ ER, PR, Her2, Ki67 và đặc điểm mô bệnh học nhóm nghiên cứu.

Bảng 3.2: Tỷ lệ bộc lộ các dấu ấn HMMD ER, PR, Her2, Ki67

Sự bộc lộ các dấu ấn HMMD	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
ER	Dương tính	129
	Âm tính	81
PR	Dương tính	103
	Âm tính	107
HER2	Dương tính	117
	Âm tính	70
	Không xác định	24
Ki-67	Cao	124
	Thấp	86

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dấu ấn ER và PR dương tính lần lượt ở 61,4% và 49%, trong khi HER2 dương tính chiếm 55,2% và Ki-67 cao gặp ở 59% trường hợp.

Bảng 3.3: Đối chiếu sự bộc lộ giữa ER và các đặc điểm mô bệnh học

Giá trị		ER (n,%)		p-value
		Dương tính	Âm tính	
Độ mô học	Thấp	32 (91,4)	3 (8,6)	< 0,001*
	Trung bình	43 (78,2)	12 (21,8)	
	Cao	54 (45)	66 (55)	
Típ mô học	Đặc	19 (31,7)	41 (68,3)	< 0,001*
	Mặt sàng	25 (78,1)	7 (21,9)	
	Vi nhú	12 (70,6)	5 (29,4)	
	Nhú	9 (90)	1 (10)	
Hoại tử trứng cá	Hỗn hợp	64 (70,3)	27 (29,7)	<
	Có	59 (50,4)	58 (49,6)	

Bảng 3.5: Đối chiếu sự bộc lộ giữa HER2 và các đặc điểm mô bệnh học

Giá trị		HER2 (n,%)			p-value
		Dương tính	Âm tính	Không xác định	
Độ mô học	Thấp	4 (11,4)	26 (74,3)	5 (14,3)	<0,001*
	Trung gian	19 (34,5)	29 (52,7)	7 (12,7)	
	Cao	93 (77,5)	15 (12,5)	12 (10)	
Típ mô học	Đặc	47 (78,3)	6 (10)	7 (11,7)	<0,001**
	Mặt sàng	9 (28,1)	20 (62,5)	3 (9,4)	
	Vi nhú	13 (76,5)	4 (23,5)	0 (0)	
	Nhú	2 (20)	6 (60)	2 (20)	
Hoại tử trứng cá	Hỗn hợp	45 (49,5)	34 (37,4)	12 (13,2)	<0,001*
	Có	90 (77,6)	16 (22,9)	11 (45,8)	
	Không	26 (22,4)	54 (77,1)	13 (54,2)	

*: Kiểm định Chi-square; **: Kiểm định Fisher's Exact test

trứng cá	Không	70 (75,3)	23 (24,7)	0,001*

*: Kiểm định Chi-square

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu ấn ER dương tính chiếm đa số ở DCIS độ thấp (91,4%) và trung bình (78,2%), trong khi ER âm tính gặp nhiều ở độ cao (55%). Về típ mô học, ER âm tính phổ biến ở típ đặc (68,3%), còn ER dương tính chủ yếu ở típ hỗn hợp (70,3%) và mặt sàng (78,1%). Hoại tử trứng cá ghi nhận nhiều hơn ở nhóm ER âm tính (49,6%) so với dương tính (50,4%), với khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.4: Đối chiếu sự bộc lộ giữa PR và các đặc điểm mô bệnh học

Giá trị		PR (n,%)		p-value
		Dương tính	Âm tính	
Độ mô học	Thấp	30 (85,7)	5 (14,3)	< 0,001*
	Trung gian	39 (70,9)	16 (29,1)	
	Cao	34 (28,3)	86 (71,7)	
Típ mô học	Đặc	13 (21,7)	47 (78,3)	< 0,001*
	Mặt sàng	25 (78,1)	7 (21,9)	
	Vi nhú	7 (41,2)	10 (58,8)	
	Nhú	8 (80)	2 (20)	
Hoại tử trứng cá	Hỗn hợp	50 (54,9)	41 (45,1)	<
	Có	42 (35,9)	75 (64,1)	
	Không	61 (64,1)	32 (34,4)	0,001*

*: Kiểm định Chi-square

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dấu ấn PR dương tính gặp nhiều ở DCIS độ thấp (85,7%) và trung gian (70,9%), trong khi PR âm tính chiếm ưu thế ở độ cao (71,7%). Về típ mô học, PR âm tính tập trung ở típ đặc (76,7%), còn PR dương tính phổ biến ở típ hỗn hợp (54,9%) và mặt sàng (78,1%). Hoại tử trứng cá ghi nhận nhiều hơn ở nhóm PR âm tính (65%) so với nhóm dương tính (35%). Các khác biệt đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), cho thấy PR liên quan chặt chẽ với đặc điểm mô bệnh học DCIS.

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dấu ấn HER2 dương tính chủ yếu gặp ở các tổn thương DCIS độ cao (77,5%), trong khi HER2 âm tính phân bố nhiều hơn ở độ mô học thấp (74,3%) và trung gian (52,7%). Về típ mô học, HER2 dương tính có xu hướng liên quan đến các típ đặc (78,3%), vi nhú (76,5%) và hỗn hợp (49,5%), trong khi HER2 âm tính tập trung ở típ mặt sàng (62,5%) và nhú (60%). Ngoài ra, hoại tử trứng cá ghi nhận tỷ lệ HER2 dương tính cao hơn đáng kể (77,6%) so với nhóm âm tính (22,4%). Tất cả các mối liên quan đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.6: Đối chiếu sự bộc lộ giữa Ki-67 và các đặc điểm mô bệnh học

Giá trị		Ki-67 (n,%)		p-value
		Cao ($\geq 20\%$)	Thấp ($< 20\%$)	
Độ mô học	Thấp	8 (22,9)	27 (77,1)	$< 0,001^*$
	Trung gian	21 (38,2)	34 (61,8)	
	Cao	95 (79,2)	25 (20,8)	
Típ mô học	Đặc	45 (75)	15 (25)	$< 0,001^*$
	Mặt sàng	13 (40,6)	19 (59,4)	
	Vi nhú	12 (70,6)	5 (29,4)	
	Nhú	4 (40)	6 (60)	
	Hỗn hợp	50 (54,9)	41 (45,1)	
Hoại tử trứng cá	Có	91 (77,8)	26 (22,2)	$< 0,001^*$
	Không	33 (35,5)	60 (64,5)	

*: Kiểm định Chi-square

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ Ki-67 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc điểm mô bệnh học ($p < 0,001$). Tỷ lệ Ki-67 cao chiếm ưu thế ở nhóm DCIS độ mô học cao (79,2%) và típ đặc (75%), vi nhú (70,6%) và hỗn hợp (54,9%). Ngoài ra, hoại tử trứng cá cũng ghi nhận tỷ lệ Ki-67 cao cao hơn rõ rệt (77,8%) so với nhóm không có hoại tử (35,5%).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô vú nội ống (DCIS) là tổn thương tân sinh tại chỗ của biểu mô ống tuyến vú, được xem là giai đoạn tiền xâm nhập với nguy cơ tái phát và tiến triển khác nhau tùy theo đặc điểm mô học và sinh học phân tử. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành ở 210 trường hợp DCIS tại trung tâm Giải phẫu bệnh- Sinh học phân tử, bệnh viện K với các dấu ấn hóa mô miễn dịch (ER, PR, HER2, Ki-67) cho thấy sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ bộc lộ với các đặc điểm mô bệnh học, phản ánh mối liên quan chặt chẽ giữa đặc điểm hình thái mô học và sinh học phân tử của tổn thương. Dấu ấn ER dương tính được ghi nhận ở 61,4% tổng số trường hợp, với xu hướng giảm dần theo độ mô học: từ 91,4% ở nhóm độ thấp xuống 78,2% và 45% ở nhóm độ

trung gian và độ thấp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tương tự, dấu ấn PR dương tính ở 49% trường hợp và cũng giảm từ 85,7% xuống 70,9% và 28,3% tương ứng với ba nhóm độ mô học ($p < 0,001$). Tỷ lệ bộc lộ ER, PR ở nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Borgquist và cộng sự (2015) với tỷ lệ ER, PR lần lượt là 77,3% và 52,1%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Kim et al. (2016) tại Hàn Quốc với tỷ lệ ER dương tính chiếm 90% ở DCIS độ thấp, 80% ở độ trung gian và, 55% ở độ cao.⁴ Điều này nhấn mạnh rằng sự bộc lộ của các dấu ấn ER và PR có xu hướng giảm theo độ mô học, phản ánh tính ác tính gia tăng và khả năng đáp ứng hormon giảm dần ở nhóm độ cao. Xét về típ mô học, biểu hiện ER/PR cao hơn thấy rõ ở các típ mặt sàng và hỗn hợp (ER: 78,1% và 70,3%; PR: 78,1% và 54,9%), trong khi típ đặc - thường liên quan đến tổn thương mô học độ cao lại có tỷ lệ ER và PR thấp hơn rõ rệt (ER: 31,7%; PR: 21,7%). Ngoài ra, mối liên quan giữa hoại tử trứng cá và biểu hiện ER/PR cũng rất đáng lưu ý. Tỷ lệ ER và PR dương tính đều thấp hơn đáng kể ở nhóm có hoại tử trứng cá (ER: 50,4%; PR: 35,9%) so với nhóm không hoại tử (ER: 75,3%; PR: 64,1%), với $p < 0,001$. Kết quả này củng cố thêm giả thuyết rằng hoại tử trứng cá là một yếu tố liên quan đến đặc tính sinh học ác tính hơn, thường gặp ở nhóm DCIS có biểu hiện hormone âm tính.⁴

Tỷ lệ HER2 dương tính chiếm 55,7%, nổi bật ở nhóm độ mô học cao với 77,5%, so với ở độ thấp và độ trung gian với sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Yang và cộng sự cũng như Akrida và cộng sự, hầu hết các khối u dương tính với HER2 là độ cao.^{5,6} Ngoài ra, tỷ lệ HER2 dương tính cao nhất ghi nhận ở nhóm vi nhú (76,5%), đặc (78,3%), trong khi thấp hơn đáng kể ở nhóm nhú (20%) và mặt sàng (28,1%). Điều này tương đồng với nghiên cứu Sathvik và cộng sự (2024) trong đó các kiểu mô học đặc và vi nhú có xu hướng liên quan đến nguy cơ tái phát cao và thường đồng xuất hiện với các đặc điểm sinh học nguy cơ cao như HER2 dương tính.⁷ Về đặc điểm hoại tử, tỷ lệ HER2 dương tính cao hơn rõ rệt ở nhóm có hoại tử trứng cá (77,6%) so với nhóm không có hoại tử (22,4%) ($p < 0,001$), củng cố vai trò của HER2 như một dấu ấn sinh học liên quan đến các tổn thương DCIS có đặc tính ác tính hơn. Tỷ lệ HER2 dương tính ở nhóm có hoại tử trứng cá là 77,6%, cao hơn đáng kể so với nhóm không có hoại tử trứng cá. Điều này củng cố giả thiết rằng, các tổn thương DCIS có hoại tử trứng cá

thường là các tổn thương có đặc điểm mô học tiến triển, liên quan đến tăng sinh tế bào, bộc lộ HER2 cao hơn và nguy cơ xâm nhập lớn hơn. Riêng nhóm HER2 IHC2+, chiếm 11,4%, phân bố rải rác giữa các nhóm độ mô học. Dù không được khẳng định bằng FISH trong nghiên cứu này, nhóm không xác định có thể ảnh hưởng đến đánh giá phân tầng nguy cơ nếu không được làm rõ bằng kỹ thuật bổ sung. HER2 dương tính trong DCIS không chỉ phản ánh đặc điểm sinh học ác tính hơn mà còn gợi ý nguy cơ tái phát cao, đặc biệt là tái phát tại chỗ sau phẫu thuật bảo tồn. Mặc dù hiện tại chưa có hướng dẫn chuẩn hóa việc sử dụng liệu pháp kháng HER2 trong DCIS, song các nghiên cứu lâm sàng gần đây đang xem xét vai trò của Trastuzumab như một liệu pháp bổ trợ tiềm năng ở nhóm nguy cơ cao.

Chỉ số tăng sinh Ki-67, khi chia theo ngưỡng 20% (phân nhóm cao/thấp), cho thấy sự khác biệt rõ rệt: nhóm DCIS độ cao có tỷ lệ Ki-67 cao lên tới 79,2%, so với 38,2% ở độ trung gian và chỉ 22,9% ở độ thấp ($p < 0,001$). Mỗi liên quan giữa Ki-67 cao với nhóm độ cao đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu gần đây, được xem là một yếu tố nguy cơ độc lập trong DCIS. Việc sử dụng Ki-67 giúp hỗ trợ thêm trong phân tầng DCIS nguy cơ cao, đặc biệt ở nhóm tổn thương hormone âm tính.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 210 trường hợp DCIS cho thấy ER dương tính chiếm 61,4% và PR dương tính 49%, giảm rõ theo độ mô học,

đặc biệt thấp ở nhóm độ cao (ER 45%, PR 28,3%). HER2 dương tính ghi nhận ở 55,7% trường hợp, nổi bật ở nhóm độ cao (77,5%) và liên quan chặt chẽ với hoại tử trứng cá (77,6%). Ki-67 cao ($\geq 20\%$) gặp ở 79,2% DCIS độ cao so với 22,9% ở độ thấp. ER, PR, HER2 và Ki-67 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc điểm mô bệnh học ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2022;2.
2. Tan PH, Ellis I, Allison K, et al. The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast. *Histopathology*. 2020
3. Scripcaru G, Zardawi IM. Mammary ductal carcinoma in situ: a fresh look at architectural patterns. *Int J Surg Oncol*. 2012;2012:979521.
4. Kim JY, Park K, Kang G, Kim HJ, Gwak G, Shin YJ. Predictors of recurrent ductal carcinoma in situ after breast-conserving surgery. *J Breast Cancer*. 2016;19(2):185–190.
5. Yang L, Shen M, Qiu Y, Tang T, Bu H. Molecular subtyping reveals uniqueness of prognosis in breast ductal carcinoma in situ patients with lumpectomy. *The Breast*. 2022;64:1–6.
6. Barnes NLP, Boland GP, Davenport A, Knox WF, Bundred NJ. Relationship between hormone receptor status and tumour size, grade and comedo necrosis in ductal carcinoma in situ. *Br J Surg*. 2005
7. Sathvik G, V P, Joseph LD, Challa CB. Spectrum of ductal carcinoma in situ (DCIS) lesions of the breast: From morphology to molecular characteristics. *Cureus*. 2024;16(9): e69929.

ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU Ở TRẺ SINH NON DƯỚI 32 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trương Thị Ngọc Phú², Nguyễn Phan Minh Nhật¹,
Phạm Bảo Châu², Nguyễn Thị Kim Nhi², Nguyễn Thu Tịnh¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Trẻ sinh non < 32 tuần có nguy cơ thiếu máu do dự trữ sắt kém vì giảm nguồn cung trong 3 tháng cuối thai kỳ từ mẹ, nồng độ erythropoietin thấp, nhiễm khuẩn, bệnh lý đi kèm cần lấy máu xét nghiệm, Đánh giá được yếu tố liên quan

và biểu hiện sớm của thiếu máu trên lâm sàng ở trẻ sinh non giúp điều trị kịp thời và hiệu quả, tránh những biến chứng do thiếu máu nặng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ sơ sinh non tháng < 32 tuần được chẩn đoán thiếu máu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, các trẻ sinh non dưới 32 tuần được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Có 32 trẻ sinh non < 32 tuần nhập bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2022 đến 31/07/2024 thỏa chẩn đoán thiếu máu với Hct < 35%. Tuổi thai trung bình $28,2 \pm 1,5$ tuần, với 34,4% trẻ có tuổi thai < 28 tuần. Cân nặng lúc sinh trung bình là $1203,4 \pm 286,8$ gram. Thể tích máu lấy làm xét nghiệm trước khi ghi nhận thiếu máu là $9,67 \pm 4,12$

¹Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh

Email: tinhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

ml/kg ở nhóm sinh cực non và $7,17 \pm 5,03$ ml/kg ở nhóm sinh rất non ($p=0,17$). Về biểu hiện lâm sàng, có 1/3 trẻ có cơn ngưng thở bệnh lý, < 10% trẻ có triệu chứng da niêm nhạt và không ghi nhận trẻ nào có nhịp tim > 180 lần/phút. 12/32 (37,5%) trẻ cần truyền hồng cầu lắng, tỷ lệ truyền máu ở nhóm sinh cực non và rất non lần lượt là 63,64% và 23,81% ($p=0,027$). Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm truyền máu là $71,3 \pm 14,6$ ngày, cao hơn $37,1 \pm 16,7$ ngày ở nhóm không truyền máu ($p<0,01$). **Kết luận:** Thiếu máu ở trẻ sinh non < 32 tuần có thể biểu hiện lâm sàng với ngưng thở bệnh lý trong 1/3 các trường hợp, hầu hết xuất hiện trong 1-2 tuần sau sinh; tỷ lệ truyền máu ở trẻ sinh cực non cao gấp 2,7 lần trẻ sinh rất non; những trẻ truyền máu có xu hướng nằm viện kéo dài hơn. **Từ khóa:** thiếu máu, sinh non, nhẹ cân, hematocrit, hemoglobin

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ANEMIA IN PRETERM INFANTS UNDER 32 WEEKS AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Background: Preterm infants born before 32 weeks' gestation are at increased risk of anemia due to limited iron stores resulting from reduced maternal supply during the third trimester, low endogenous erythropoietin levels, infections, and comorbidities requiring frequent phlebotomy. Early identification of risk factors and clinical manifestations enables timely and effective intervention to prevent severe anemia-related complications. **Objective:** To describe the clinical characteristics of preterm infants < 32 weeks' gestation diagnosed with anemia at Children's Hospital 2. **Methods:** This case series study included preterm infants born under 32 weeks of gestation. **Results:** Thirty-two preterm infants < 32 weeks admitted to Children's Hospital 2 between January 1, 2022, and July 31, 2024, were diagnosed with anemia. The mean gestational age was 28.2 ± 1.5 weeks; 11/32 (34.4%) were born at < 28 weeks. The mean birth weight was 1203.4 ± 286.8 grams. The mean phlebotomy blood loss before the diagnosis of anemia ($Hct < 35\%$) was 9.67 ± 4.12 ml/kg in infants < 28 weeks and 7.17 ± 5.03 ml/kg in those born between 28–32 weeks ($p = 0.17$). Clinically, one-third of the cases presented pathologic apnea; less than 10% showed pallor, and none of them had a heart rate > 180 beats per minute. 12/32 infants (37.5%) required packed red blood cell transfusions, with transfusion rates of 63.64% in the extremely preterm group versus 23.81% in the very preterm group ($p = 0.027$). The mean length of hospital stay was 71.3 ± 14.6 days in the transfusion group versus 37.1 ± 16.7 days in the non-transfusion group ($p < 0.01$). **Conclusion:** In preterm infants < 32 weeks, anemia clinically presents as pathologic apnea in one-third of cases, and most commonly occurs within the first 1–2 weeks of life. The blood transfusion rate in extremely preterm infants is 2.67 times higher than in very preterm infants, and transfusion is associated with prolonged hospital stays.

Keywords: Anemia, preterm, low birth weight, hematocrit, hemoglobin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ sinh non < 32 tuần có nguy cơ thiếu máu do dự trữ sắt kém vì giảm nguồn cung trong 3 tháng cuối thai kỳ từ mẹ, nồng độ erythropoietin thấp, nhiễm khuẩn, bệnh lý đi kèm cần lấy máu xét nghiệm. Lượng máu xét nghiệm của một trẻ sinh cực non có thể dao động 11-22ml/kg (khoảng 15-30% thể tích tuần hoàn) mỗi tuần trong 6 tuần đầu sau sinh (1). Truyền máu là một biện pháp điều trị hiệu quả và nhanh chóng, đặc biệt trong các tình huống khẩn cấp như xuất huyết ồ ạt, thiếu máu nặng ảnh hưởng huyết động, ngưng thở, giảm tưới máu ruột. Tối ưu hóa nồng độ oxy mô của các cơ quan quan trọng bằng cách truyền hồng cầu trong giai đoạn tăng trưởng và phát triển có khả năng cải thiện kết quả nhận thức thần kinh cho trẻ sinh non. Tuy nhiên, việc truyền chế phẩm máu có thể gây ra biến chứng cũng như tăng tỷ lệ mắc các bệnh truyền nhiễm qua chế phẩm máu, trong đó quan trọng nhất là lây nhiễm Cytomegalovirus (2). Bên cạnh đó, nhiều thay đổi thực hành đã được áp dụng nhằm giảm nhu cầu truyền máu cho trẻ như kẹp dây rốn muộn, giảm thể tích máu cần lấy để xét nghiệm như sử dụng mẫu máu khô (tuy nhiên chỉ có sẵn cho 1 số xét nghiệm). Tuy vậy tỷ lệ trẻ sinh non tháng thiếu máu cần truyền hồng cầu lắng là 29,3-35,7% ở các nước phát triển (2). Nhận diện sớm thiếu máu ở trẻ sinh non giúp điều trị kịp thời và hiệu quả, tránh những biến chứng do thiếu máu, nguy cơ làm nặng thêm tình trạng bệnh chính của trẻ. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ban đầu của các trẻ sơ sinh non tháng < 32 tuần được chẩn đoán thiếu máu tại khoa sơ sinh và Hồi sức Sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ sinh non < 32 tuần được chẩn đoán thiếu máu Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ ngày 01/01/2022 đến 31/07/2024.

Phương pháp nghiên cứu. Chọn các đối tượng thỏa tất cả các tiêu chí chọn vào: tuổi thai < 32 tuần; hematocrit < 35%. Loại ra khi có ≥ 1 trong các tiêu chí: dị tật bẩm sinh phức tạp (bất sản thận hai bên, tim bẩm sinh ngoại trừ còn ống động mạch, tồn tại lỗ bầu dục); có chỉ định phẫu thuật (teo tắc đường tiêu hóa, thoát vị hoành), có bệnh lý huyết học gây thiếu máu (tán huyết miễn dịch, bệnh hemoglobin, rối loạn chuyển hóa bẩm sinh); nhiễm trùng huyết (cấy

máu dương tính; bạch cầu > 20 K/ μ L hoặc < 5 K/ μ L; bạch cầu đa nhân trung tính < 1K/ μ L; tiểu cầu < 100 K/ μ L; C-reactive protein > 10 mg/L).

Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, lượng máu lấy xét nghiệm và phương pháp điều trị theo bệnh án mẫu.

Ngưỡng truyền máu được sử dụng cho nghiên cứu (3)

Bảng 1. Hướng dẫn truyền hồng cầu lắng ở trẻ sinh non

Tuổi sau sanh	Thở máy	Thở CPAP/ oxy	Khí trời
24 giờ đầu	<12 g/dl	<12 g/dl	<10 g/dl
Tuần 1 (2-7 ngày)	<12 g/dl	<10 g/dl	<10 g/dl
Tuần 2 (8-14 ngày)	<10 g/dl	<9,5 g/dl	<7,5 g/dl
Tuần 3 ($\geq$ 15 ngày)	<10 g/dl	<8,5 g/dl	<7,5 g/dl

Truyền hồng cầu lắng được chỉ định ở ngưỡng cao hơn khi trẻ có giảm thể tích không đáp ứng với bù dịch, sốc nhiễm trùng, viêm ruột hoại tử, trước hoặc sau phẫu thuật lớn.

Phân tích và xử lý số liệu: Bằng phần mềm thống kê STATA 14. Biến định tính: trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm, tần số. Biến định lượng: trình bày theo trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hay trung vị (khoảng tứ phân vị 25th – 75th) nếu không phải phân phối chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 32 trẻ thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm nền của dân số nghiên cứu (N=32)

Đặc điểm	Kết quả
Giới tính: Nam	22 (68,8)
Nữ	10 (31,3)
Tuổi thai (tuần)	28,2 $\pm$ 1,5 (26; 31,5)
Sinh cực non <28 tuần	11 (34,4)
Cân nặng lúc sinh (gram)	1203,4 $\pm$ 286,8 (800; 2000)
Sanh mổ	7 (21,9)
Đa thai	3 (9,4)
Bệnh lý mẹ trong thai kỳ	
Tăng huyết áp	1 (3,1)
Đái tháo đường	2 (6,3)
Corticoid trước sinh	7 (21,9)
Hỗ trợ hô hấp khi nhập viện	
Oxy cannula	0
NCPAP	12 (37,5)
NIV/nHFOV	6 (18,8)
CMV/HFOV	14 (43,8)
Dùng surfactant	12 (37,5)

Dữ liệu được trình bày dưới dạng Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, (nhỏ nhất; lớn nhất) hoặc n (%).

CMV (Conventional mechanical ventilation): thở máy xâm lấn; nHFO (nasal- High-Frequency Oscillatory Ventilator): thở máy rung tần số cao

qua mũi; HFOV (High-Frequency Oscillatory Ventilator): thở máy rung tần số cao qua nội khí quản; NIV (Non-invasive ventilation): thở máy không xâm lấn; NCPAP (Nasal Continuous Positive Airway Pressure): thở áp lực dương liên tục qua mũi

Các trẻ sơ sinh trong mẫu nghiên cứu được chẩn đoán các bệnh lý nhiễm trùng thường gặp (viêm phổi, viêm ruột, viêm màng não) có tình trạng ổn định.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, điều trị tại thời điểm Hct < 35% của dân số nghiên cứu (N=32)

Đặc điểm	Kết quả		p
	<28 tuần (n=1)	28-32 tuần (n=21)	
Tuổi sau sinh (ngày)	15 [8-24]	8 [5-12]	0,056
Tuổi sau kinh chót (tuần)	28,9 $\pm$ 0,35 (27; 30,5)	30,33 $\pm$ 1,23 (28,5; 32,7)	
Thể tích máu làm xét nghiệm trước khi Hct <35% (ml/kg)	9,67 $\pm$ 4,12	7,17 $\pm$ 5,03	0,17
Da niêm nhạt	1 (9,09)	2 (9,52)	0,968
Cơ ngừng thở bệnh lý	3 (27,27)	6 (28,57)	0,938
Truyền máu	7 (63,64)	5 (23,81)	0,027
Mức độ hỗ trợ hô hấp			
Khí trời	1 (9,09)	3 (14,29)	0,317
Oxy cannula	0	2 (9,52)	
NCPAP	5 (45,45)	12 (57,14)	
NIV/nHFO	5 (45,45)	3 (14,29)	
CMV/HFOV	0	1 (4,76)	

Dữ liệu được trình bày dưới dạng: Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (nhỏ nhất; lớn nhất), Trung vị (khoảng tứ phân vị) hoặc n (%)

Tất cả các trẻ khi chẩn đoán thiếu máu được điều trị theo phác đồ của bệnh viện. 12/32 (37,5%) trẻ cần truyền hồng cầu lắng, trong đó 1 trẻ sinh non 27 tuần tuổi, cân nặng lúc sinh 1000 g có thể tích máu lấy xét nghiệm cao nhất là 24,1 ml/kg.

Bảng 4. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa nhóm trẻ sơ sinh có truyền máu và không truyền máu

Đặc điểm	Truyền máu		p
	Có	Không	
Tuổi thai (tuần)	27,5 $\pm$ 1,1	28,58 $\pm$ 1,49	0,04
Cân nặng lúc sinh (gram)	1054,2 $\pm$ 210,5	1293 $\pm$ 293,3	0,02
Thể tích máu xét nghiệm trước truyền máu (ml/kg)	8,7 $\pm$ 5,97	7,62 $\pm$ 4,11	0,54

Thời gian nằm viện (ngày)	71,3 ±14,6	37,1 ±16,7	<0,01

Dữ liệu được trình bày dưới dạng: Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (nhỏ nhất; lớn nhất), Trung vị (khoảng tứ phân vị) hoặc n (%)

Trẻ truyền máu ở thời điểm tuổi sau kinh chót là $31,6 \pm 1,9$ tuần, số lần truyền máu trung vị là 1 [1-2], số lần truyền máu nhiều nhất của 1 trẻ là 7 lần.

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến truyền máu qua phân tích hồi quy logistic

Đặc điểm	Hệ số	Sai số chuẩn	P value
Tuổi thai (tuần)	-0,015	0,11	0,89
Cân nặng lúc sinh (gram)	-0,0006	0,0005	0,24
Thể tích máu xét nghiệm trước truyền máu (ml/kg)	0,002	0,019	0,91

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 32 trẻ thiếu máu. Đặc điểm về tiền căn sản khoa ghi nhận với tỉ lệ tăng huyết áp thai kỳ của mẹ là 3,1%, thấp hơn tỉ lệ 9,8% của tác giả Nguyễn Thị Minh Tâm (4). Ngoài ra, tỉ lệ đái tháo đường là 6,3%, tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Minh Tâm.

Chúng tôi ghi nhận ngày tuổi trung vị trẻ cực non xuất hiện thiếu máu là 15 (8-24) ngày, còn trẻ rất non là 8 (5-12) ngày tuổi. Kết quả này khá tương đồng với báo cáo của Kalteren và cộng sự trong nghiên cứu ở 36 trẻ sinh non có tuổi thai 27.6 (26.6–28.6) tuần, các trẻ này có dấu hiệu thiếu máu được chỉ định truyền máu khoảng 11 (8-18) ngày tuổi(5). Các kết quả nghiên cứu gợi ý rằng dấu hiệu thiếu máu trên lâm sàng ở trẻ < 32 tuần có thể xuất hiện khoảng 1-2 tuần sau sinh, thiếu máu ở trẻ rất non xảy ra đồng đều và sớm hơn trẻ cực non, có thể liên quan đến bệnh lý, nhu cầu tăng trưởng và can thiệp y tế khác nhau ở 2 nhóm trẻ này, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,056$).

Về dấu hiệu lâm sàng, chúng tôi nhận thấy dấu hiệu da niêm nhạt chiếm 9,09% ở trẻ cực non và 9,52% ở trẻ rất non ($p= 0,968$), tỷ lệ cơn ngưng thở bệnh lý là 27,27% ở nhóm cực non và 28,57% ở nhóm rất non ($p= 0,938$), không ghi nhận có trẻ nào có nhịp tim > 180 lần/phút. Như vậy dấu hiệu da niêm nhạt và nhịp tim > 180 lần/phút như trong y văn không nhạy để phát hiện sớm thiếu máu ở trẻ sinh non < 32 tuần. Khoảng 1/3 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng cơn ngưng thở bệnh lý (được định nghĩa cơn ngưng thở kéo dài > 20 giây hoặc cơn ngưng thở kèm giảm nhịp

tim < 100 lần/phút hoặc giảm SpO₂ < 85%) khi được chẩn đoán thiếu máu, do đó cần cân nhắc tìm nguyên nhân thiếu máu bên cạnh việc khảo sát các bệnh lý như nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi nặng, viêm ruột hoại tử,... khi trẻ sinh non < 32 tuần xuất hiện những cơn ngưng thở bệnh lý.

Thể tích máu làm xét nghiệm ở nhóm sinh cực non trong nghiên cứu của chúng tôi là $9,67 \pm 4,12$ ml/kg, cao hơn nhóm rất non là $7,17 \pm 5,03$ ml/kg ($p = 0,17$), có thể do nhóm sinh cực non cần theo dõi diễn tiến bệnh nhiều hơn. Trong nghiên cứu của Puia-Dumitrescu năm 2019, thể tích lấy máu xét nghiệm ở trẻ cực non là 10 (5-17) ml/kg, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, tác giả cũng ghi nhận thể tích máu mất qua xét nghiệm cao hơn ở nhóm trẻ có tuổi thai thấp hơn, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi (6). Thể tích máu xét nghiệm trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn báo cáo của Ga và cộng sự năm 2013 ở 50 trẻ <1500gr, trong đó lượng máu mất qua xét nghiệm ở nhóm trẻ cần truyền máu và không cần truyền máu lần lượt là 37 ml/kg và 16 ml/kg(7), sự khác biệt này có thể là kết quả của áp dụng những tiến bộ trong chăm sóc trẻ sinh non nhẹ cân giúp hạn chế lượng máu mất qua xét nghiệm, điều này giúp giải thích cho lý do lượng máu mất chưa ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ truyền máu. Bên cạnh nguyên nhân mất máu do xét nghiệm, một số nghiên cứu cho thấy yếu tố nguy cơ của truyền máu ở trẻ sinh non < 1500gr là cân nặng lúc sinh thấp (8), tuy nhiên chúng tôi phân tích hồi quy logistic đa biến chưa phát hiện thấy yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ truyền máu ở nhóm trẻ này.

Tỷ lệ trẻ cần truyền máu trong nghiên cứu của chúng tôi là 37,5%, không khác biệt nhiều với tỷ lệ 32% trong kết quả nghiên cứu về thiếu máu ở trẻ sinh non < 32 tuần của Kalezi và cộng sự thực hiện tại nước đang phát triển Tanzania(8), tuy nhiên nghiên cứu tại nước phát triển Hà Lan của Kalteren báo cáo tỷ lệ truyền máu 28,6% (5) thấp hơn kết quả của chúng tôi và Kalezi. Trẻ sinh non ở các nước đang phát triển có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn nước phát triển, thêm vào đó, tình trạng kinh tế xã hội khác biệt có thể ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của thai phụ và trẻ sơ sinh, góp phần lý giải sự khác biệt trong tỷ lệ truyền máu. Bên cạnh đó, tỷ lệ truyền máu ở nhóm trẻ sinh cực non là 63,64%, cao hơn gấp 2,67 lần khi so sánh với tỷ lệ 23,81% ở nhóm rất non ($p= 0,027$), thời gian nằm viện ở nhóm truyền máu dài hơn nhóm không truyền máu, có thể do nhóm truyền máu có 7/12 (58,5%) là trẻ cực non, thường có bệnh

lý nền nặng hơn.

V. KẾT LUẬN

Thiếu máu ở trẻ sơ sinh non tháng < 32 tuần có thể biểu hiện lâm sàng với ngưng thở bệnh lý trong 1/3 các trường hợp, hầu hết xuất hiện trong 1-2 tuần sau sinh. Tỷ lệ truyền máu ở nhóm cực non cao hơn nhóm rất non khoảng 2,7 lần. Cân nặng lúc sinh thấp có thể là yếu tố liên quan nguy cơ truyền máu. Trẻ truyền máu có xu hướng nằm viện kéo dài hơn so với nhóm không truyền máu. Hiểu biết về nguy cơ và diễn tiến lâm sàng của thiếu máu có thể giúp phát hiện sớm để có kế hoạch can thiệp phù hợp cho nhóm trẻ sinh non < 32 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saito-Benz M, Flanagan P, Berry MJ. Management of anaemia in pre-term infants. Br J Haematol. 2020 Feb 6;188(3):354–66.
2. Kim YJ, Yoon SA. Risk factors associated with anemia of prematurity requiring red blood cell transfusion in very low birth weight infants: a

retrospective study. BMC Pediatr. 2024 Sep 30;24(1):623.

3. Bệnh viện Nhi đồng 2. Hướng Dẫn Điều Trị Bệnh Lý ở Trẻ Sơ Sinh. 2019.
4. Nguyễn Thị Minh Tâm, Nguyễn Thanh Hùng, Lâm Thị Mỹ. Các yếu tố liên quan đến truyền máu ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện Nhi đồng 1. Y học TP Hồ Chí Minh. 2017;21(3).
5. Kalteren WS, Bos AF, van Oeveren W, Hulscher JBF, Kooi EMW. Neonatal anemia relates to intestinal injury in preterm infants. Pediatr Res. 2022 May 14;91(6):1452–8.
6. Puia-Dumitrescu M, Tanaka DT, Spears TG, Daniel CJ, Kumar KR, Athavale K, et al. Patterns of phlebotomy blood loss and transfusions in extremely low birth weight infants. Journal of Perinatology. 2019 Dec 3;39(12):1670–5.
7. Jeon GW, Sin JB. Risk Factors of Transfusion in Anemia of Very Low Birth Weight Infants. Yonsei Med J. 2013;54(2):366.
8. Kalezi ZE, Kisenge R, Naburi H, Simbila AN, Mkony M, Leyna G. Prevalence of anaemia and associated factors among preterm infants at six weeks chronological age at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania: a cross-sectional study. Pan African Medical Journal. 2023;44.

TRẦM CẢM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ SAU PHÁ THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024

Huỳnh Nguyễn Phương Thảo¹, Huỳnh Nguyễn Phương Quang²,
Trần Thị Thu Trang¹, Phùng Ngọc Hải³, Nguyễn Tấn Đạt⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ trầm cảm và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở phụ nữ sau phá thai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 348 phụ nữ sau phá thai tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau phá thai là 30,7%. Nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ trầm cảm cao hơn ở nhóm có mâu thuẫn trong gia đình (OR=2,83; p=0,019), không kể hoặc không nhận được hỗ trợ từ người thân/bạn bè (OR=2,12; p=0,036), thường xuyên/thỉnh thoảng căng thẳng trong công việc (OR=3,69; p=0,027) và ngủ không đủ giấc (OR=3,67; p=0,013). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phụ nữ sau phá thai có trầm cảm chiếm 30,7%. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm bao gồm: có mâu thuẫn trong gia đình, thiếu sự hỗ

trợ từ người thân/bạn bè, tần suất căng thẳng trong công việc cao và ngủ không đủ giấc. Từ những kết quả này cho thấy sự cần thiết phải thực hiện lối sống lành mạnh, đồng thời mở rộng mạng lưới chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần và khuyến khích tìm kiếm sự giúp đỡ từ các tổ chức, nhóm hỗ trợ cộng đồng nhằm giúp giảm thiểu những gánh nặng về tinh thần ở người phụ nữ.

Từ khóa: Trầm cảm, phụ nữ, phá thai, Cần Thơ.

SUMMARY

DEPRESSION AND SOME RELATED FACTORS AMONG WOMEN UNDERGOING ABORTION AT CAN THO GYNECOLOGY OBSTETRICS HOSPITAL IN 2024

Objective: To determine the rate of depression and analyze some related factors among women undergoing abortion. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 348 women undergoing abortion at Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital in 2024. **Results:** The percentage of depression in women after abortion was 30.7%. The study recorded statistically significant differences, with a higher rate of depression in the group with family conflict (OR=2.83; p=0.019), no or no support from relatives/friends (OR=2.12; p=0.036), frequent/occasional stress at work (OR=3.69; p=0.027) and insufficient sleep (OR=3.67;

¹Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

²Sở Y tế thành phố Cần Thơ

³Đại học Griffith

⁴Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Đạt

Email: nttdat@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

$p=0.013$). **Conclusion:** The study showed that 30.7% of women who had post-abortion depression were depressed. Factors associated with depression included family conflict, lack of support from family/friends, high levels of work stress, and insufficient sleep. These results highlight the need to promote a healthy lifestyle, expand the network of mental health professionals, and encourage women to seek help from organizations and community support groups to help reduce the mental burden on women.

Keywords: Depression, women, abortion, Can Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một thách thức y tế công cộng toàn cầu, với gánh nặng bệnh tật ảnh hưởng đặc biệt nghiêm trọng đến sức khỏe của phụ nữ. Trong các sự kiện sức khỏe sinh sản, việc chấm dứt thai kỳ có thể là một trải nghiệm mang đến những hậu quả tâm lý đáng kể. Bằng chứng khoa học, bao gồm cả ghi nhận từ Hiệp hội Tâm lý Hoa Kỳ, cho thấy một bộ phận phụ nữ có nguy cơ đối mặt với các rối loạn tâm thần như trầm cảm và lo âu sau trải nghiệm này [4].

Quy mô của vấn đề được định lượng rõ hơn qua một phân tích tổng hợp gần đây, với tỷ lệ trầm cảm toàn cầu ở phụ nữ sau phá thai được ước tính là 34,5%. Phân tích này cũng chỉ ra sự chênh lệch đáng kể giữa các khu vực, với tỷ lệ tại châu Á (37,48%) và các quốc gia thu nhập trung bình - thấp là cao hơn so với các khu vực khác [5].

Tại Việt Nam, khoảng cách giữa chính sách và thực tiễn là một rào cản lớn. Dù đã có các hướng dẫn quốc gia về sức khỏe tâm thần và sức khỏe sinh sản, việc tích hợp hai lĩnh vực này vào quy trình chăm sóc thường quy vẫn còn hạn chế. Điều này dẫn đến một lỗ hổng trong hệ thống y tế: việc sàng lọc, phát hiện sớm và can thiệp các vấn đề sức khỏe tâm thần cho phụ nữ sau phá thai chưa được triển khai một cách có hệ thống. Đặc biệt, tại thành phố Cần Thơ, một trung tâm kinh tế - xã hội của vùng Đồng bằng sông Cửu Long, bằng chứng khoa học về thực trạng này gần như chưa có. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành để đáp ứng khoảng trống tri thức này, với mục tiêu xác định tỷ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan ở phụ nữ sau phá thai tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Đối tượng nghiên cứu là những phụ nữ đã thực hiện thủ thuật chấm dứt thai kỳ 3 tháng đầu (≤ 12 tuần) tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ trong năm 2024

Tiêu chuẩn chọn vào:

Đáp ứng đủ các tiêu chí sau:

- (1) Tuổi thai tại thời điểm phá thai ≤ 12 tuần;
- (2) Thời điểm khảo sát cách thời điểm phá thai ít nhất 2 tuần và không quá 3 tháng; và
- (3) đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đủ khả năng trả lời phỏng vấn do bệnh lý tâm thần nặng hoặc bệnh lý cấp tính khác;
- Đang mang thai tại thời điểm khảo sát;
- Có tiền sử được chẩn đoán trầm cảm trước đó hoặc đang dùng thuốc điều trị trầm cảm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu: Được tính dựa trên công thức ước lượng một tỷ lệ với $\alpha = 5\%$; $d=0,05$; chọn $p = 0,225$ là ước tính tỷ lệ trầm cảm sau phá thai theo nghiên cứu của Zhang Quixiang và cộng sự (2022). Cỡ mẫu thực tế thu tuyển là 348 mẫu [9].

Phương pháp chọn mẫu và thu thập số liệu: Chọn mẫu thuận tiện. Từ danh sách người bệnh thỏa tiêu chí, điều tra viên liên hệ qua điện thoại để giới thiệu mục tiêu nghiên cứu và mời tham gia. Những người đồng ý sẽ được sắp xếp phỏng vấn trực tiếp tại bệnh viện hoặc tại địa điểm thuận tiện do người tham gia đề xuất. Tuyển mẫu liên tục cho đến khi đạt cỡ mẫu dự kiến.

Tất cả người tham gia đều được bảo đảm quyền tự nguyện, bảo mật thông tin và có thể rút lui bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến việc chăm sóc y tế.

2.3. Nội dung nghiên cứu. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau phá thai dựa vào Bảng câu hỏi sức khỏe bệnh nhân -9 (PHQ-9) được chuẩn hóa và sử dụng tại Việt Nam gồm 9 câu hỏi theo thang điểm từ 0 đến 3 điểm trên cơ sở những triệu chứng ảnh hưởng đến đối tượng trong 2 tuần qua. Câu hỏi thứ 10 được thêm vào để ghi nhận mức độ khó khăn trong quá trình làm việc, cuộc sống hằng ngày và mối quan hệ xã hội. Điểm tổng chung dùng để đánh giá trầm cảm: Có trầm cảm (PHQ-9 ≥ 10 điểm) và Không có trầm cảm (PHQ-9 < 10 điểm).

Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở phụ nữ sau phá thai: Đặc điểm về kinh tế - văn hóa - xã hội; sản khoa; đặc điểm tâm sinh lý cá nhân; mối quan hệ với mọi người xung quanh và các yếu tố về cộng đồng xã hội, hỗ trợ.

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: Bộ câu hỏi soạn sẵn

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Thống kê mô tả ước tính tỷ lệ; sử dụng test thống kê Khi bình phương hai phía và mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ để tìm hiểu một số yếu tố liên

quan đến trầm cảm ở phụ nữ sau phá thai.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Các thông tin của đối tượng nghiên cứu đều sẽ được đảm bảo bí mật tuyệt đối và chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số 24.115.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28 tháng 6 năm 2024).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 348 đối tượng tham gia, cơ cấu tuổi tập trung chủ yếu ở nhóm 30–39 tuổi (42,2%), kể đến 21–29 tuổi (38,5%). Trình độ học vấn cao chiếm ưu thế với nhóm trung cấp/cao đẳng/đại học đạt 52,3%, tiếp theo là tốt nghiệp THPT (29,3%), sau đại học (10,6%), và thấp nhất là dưới THPT (7,8%). Về việc làm, đa số làm toàn thời gian (67,8%), tiếp đến là nhóm không có việc làm (18,4%). Đặc điểm nhân khẩu cho thấy phần lớn là người Kinh (94%), không theo tôn giáo (82,7%), cư trú tại khu vực thành thị (59,5%) cao hơn nông thôn (40,5%). Tình trạng kinh tế chủ yếu ở mức trung bình trở lên (91,4%) và đa số không phụ thuộc kinh tế (77,3%). Về hôn nhân, nhóm đã kết hôn chiếm tỷ lệ lớn (80,5%).

Bảng 1. Nguyên nhân của lần phá thai này (n=348)

Nguyên nhân của lần phá thai	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Liên quan đến sức khỏe	153	44
- Ảnh hưởng sức khỏe mẹ	27	7,8

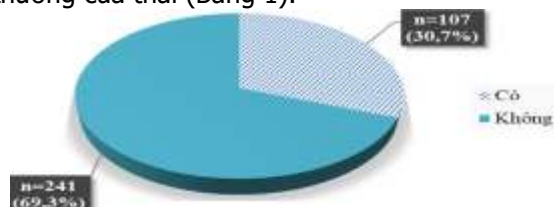
Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm sau phá thai của đối tượng nghiên cứu (n=348)

Đặc điểm	Trầm cảm		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	Có	Không	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Mâu thuẫn trong gia đình						
Có	57 (47,1)	64 (52,9)	3,15 (1,96-5,07)	<0,001	2,83 (1,64-4,86)	0,019
Không	50 (22)	177 (78)				
Quan tâm, hỗ trợ của người thân/bạn bè						
Không kể cho người thân/Không hỗ trợ	67 (41,6)	94 (58,4)	2,62 (1,64-4,19)	<0,001	2,12 (1,24-3,81)	0,036
Có	40 (21,4)	147 (78,6)				
Mức độ căng thẳng công việc						
Thường xuyên/Thỉnh thoảng	88 (40,4)	130 (59,6)	3,95 (2,27-6,9)	<0,001	3,69 (1,85-6,69)	0,027
Không căng thẳng/Thoải mái	19 (14,6)	111 (85,4)				
Giấc ngủ						
Không đủ giấc	97 (46,4)	112 (53,6)	11,17 (5,56-22,46)	<0,001	3,67 (1,32-10,21)	0,013
Đủ giấc	10 (7,2)	129 (92,8)				

Bảng 2 cho thấy bốn yếu tố duy trì liên quan độc lập với trầm cảm sau phá thai. Cụ thể, mâu thuẫn trong gia đình làm tăng nguy cơ trầm cảm gần 3 lần (OR=2,83; KTC 95%: 1,64–4,86; p=0,019), phù hợp với chênh lệch tỷ lệ thô

- Thai dị tật/Thai ngưng tiến triển	126	36,2
Liên quan đến vấn đề xã hội	210	60,3
- Thai ngoài ý muốn	168	48,3
- Giới tính thai nhi	6	1,7
- Không đủ kinh tế để nuôi lớn trẻ	36	10,3

Trong 348 trường hợp khảo sát, nhóm nguyên nhân xã hội chiếm ưu thế (60,3%), trong đó mang thai ngoài ý muốn là lý do nổi trội nhất (48,3%), tiếp đến là khó khăn kinh tế (10,3%) và lựa chọn giới tính thai nhi ở mức rất thấp (1,7%). Nhóm nguyên nhân liên quan sức khỏe chiếm 44,0%, chủ yếu do thai dị tật/thai ngưng tiến triển (36,2%), còn ảnh hưởng sức khỏe mẹ chỉ chiếm 7,8%. Trật tự mức độ đóng góp cho thấy các yếu tố có thể phòng ngừa được (ngừa thai, kế hoạch hóa gia đình, hỗ trợ kinh tế – xã hội) vẫn đóng vai trò quyết định, trong khi các lý do y khoa nghiêm trọng tập trung vào bất thường của thai (Bảng 1).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau phá thai theo thang đo PHQ-9

Trong 348 phụ nữ sau phá thai được sàng lọc bằng PHQ-9, 30,7% có kết quả dương tính với trầm cảm, cho thấy gánh nặng sức khỏe tâm thần đáng kể ở nhóm đối tượng này (Biểu đồ 1).

47,1% so với 22,0%. Thiếu chia sẻ/hỗ trợ từ người thân hoặc bạn bè cũng làm tăng nguy cơ gấp hơn 2 lần (OR=2,12; 1,24–3,81; p=0,036), với tỷ lệ thô 41,6% so với 21,4%. Căng thẳng công việc (thường xuyên/thỉnh thoảng) liên quan

mức tăng nguy cơ khoảng 3,7 lần ($OR=3,69$; $1,85-6,69$; $p=0,027$), phản ánh chênh lệch 40,4% so với 14,6%. Đáng chú ý, ngủ không đủ giấc là yếu tố có cường độ ảnh hưởng mạnh nhất: sau hiệu chỉnh vẫn tăng nguy cơ khoảng 3,7 lần ($OR=3,67$; $1,32-10,21$; $p=0,013$), trong khi tỷ lệ thô chênh lệch rõ rệt 46,4% so với 7,2%. Tựu trung, các kết quả nhấn mạnh vai trò trung tâm của môi trường gia đình, mạng lưới hỗ trợ xã hội, stress nghề nghiệp và vệ sinh giấc ngủ trong gánh nặng trầm cảm sau phá thai—những đích ưu tiên cho sàng lọc, tư vấn và can thiệp sớm.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $30,86 \pm 6,94$ (dao động 17–49 tuổi). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Như Huyền tại Hà Nội năm 2021 ($31,0 \pm 6,3$ tuổi) và cao hơn so với báo cáo của Jenneke van Ditzhuijzen tại Hà Lan năm 2017 ($29,81 \pm 7,66$ tuổi) cũng như của Kamrun Nahar Koly tại Bangladesh năm 2023 ($26,27 \pm 0,457$ tuổi) [1], [8], [6].

Về học vấn, nhóm Trung cấp/Cao đẳng/Đại học chiếm tỷ lệ cao nhất (52,3%), kế đến tốt nghiệp THPT (29,3%), sau đại học (10,6%), và thấp nhất là dưới THPT (7,8%). Tỷ lệ trên THPT trong nghiên cứu của Jenneke van Ditzhuijzen đạt 79%, cao hơn so với kết quả của chúng tôi, gợi ý khác biệt về bối cảnh xã hội – giáo dục giữa các quần thể [8]. Trình độ học vấn, khả năng tiếp cận thông tin và kỹ năng giải quyết vấn đề có thể tác động đến quá trình nhận thức và ứng xử tâm lý của phụ nữ trong cuộc sống hàng ngày.

Phần lớn đối tượng thuộc dân tộc Kinh (94%) và không theo tôn giáo (82,7%). Tỷ lệ cư trú thành thị (59,5%) cao hơn nông thôn (40,5%); bối cảnh đô thị thường đi kèm cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế – tâm lý tốt hơn, song cũng có thể kéo theo áp lực thông tin và nhịp sống nhanh.

Về nghề nghiệp, đa số làm toàn thời gian (67,8%), tiếp đến là không nghề nghiệp (18,4%). So với số liệu của Kamrun Nahar Koly (2023), tỷ lệ có việc làm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (67,8% so với 31,21%) và tỷ lệ không nghề nghiệp thấp hơn (18,4% so với 68,79%) [6].

Kinh tế hộ gia đình chủ yếu ở mức trung bình trở lên (91,4%). Nghiên cứu của Isabel Ridaaura tại Tây Ban Nha (2017) cũng ghi nhận tỷ lệ từ trung bình trở lên chiếm ưu thế (55,7% so với 44,3% dưới trung bình), song vẫn thấp hơn so với bức tranh kinh tế trong mẫu của chúng tôi [7]. Bên cạnh đó, 77,3% phụ nữ cho biết độc lập

về tài chính—một mặt tạo điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế thuận lợi hơn, mặt khác có thể gia tăng áp lực tự chủ và trách nhiệm kinh tế.

Về hôn nhân, đa số đã kết hôn (80,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Như Huyền (2021; 81,2%) và cao hơn so với Zhang Quixiang tại Trung Quốc (2022; 64,4%) [1], [9].

Nguyên nhân của lần phá thai này. Phần lớn quyết định chấm dứt thai kỳ xuất phát từ các lý do xã hội (60,3%), mức này tương đồng với báo cáo của Zhang Quixiang tại Trung Quốc (56,1%) [9]. Trong các tiểu nhóm, thai ngoài ý muốn chiếm tỷ lệ cao nhất (48,3%), kế đến là thai dị tật/thai ngưng tiến triển (36,2%). Tỷ lệ do mang thai ngoài ý muốn trong nghiên cứu này thấp hơn đáng kể so với con số 87% của Zhang Quixiang—khác biệt có thể phản ánh sự sai biệt về bối cảnh xã hội, chính sách và thời điểm thu thập số liệu giữa hai nghiên cứu [9]. Bên cạnh đó, 10,3% phụ nữ nêu khó khăn kinh tế là lý do chính; điều này cho thấy áp lực chi phí y tế, giáo dục và sinh hoạt, cùng lo ngại ảnh hưởng đến việc làm và cơ hội nghề nghiệp, có thể khiến họ khó bảo đảm chất lượng cuộc sống cho đứa trẻ nên đi đến quyết định chấm dứt thai kỳ.

Tỷ lệ trầm cảm sau phá thai. Nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ năm 2024 ghi nhận 30,7% phụ nữ sau phá thai sàng lọc dương tính trầm cảm theo PHQ-9. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Zhang Quixiang tại Trung Quốc (2022; 22,5%) [9], nhưng thấp hơn so với Đỗ Như Huyền tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (2021; 58,9%) [1] và thấp hơn đáng kể so với Koly Kamrun Nahar ở các khu ổ chuột Bangladesh (2023; 77,5%) [6]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu nhiều khả năng phản ánh dị biệt về bối cảnh xã hội – văn hóa, cơ sở y tế, thời điểm thu thập và khung chọn mẫu. Dẫu vậy, kết quả 30,7% vẫn cho thấy gánh nặng đáng kể, nhấn mạnh nhu cầu sàng lọc thường quy và can thiệp sớm nhằm phòng ngừa hệ lụy dài hạn.

Yếu tố liên quan đến trầm cảm sau phá thai. Mô hình phân tích của chúng tôi cho thấy mâu thuẫn trong gia đình làm tăng nguy cơ trầm cảm khoảng 2,83 lần ($p < 0,001$), phù hợp với bằng chứng quốc tế: Kamila A. Alexander ghi nhận tỉ lệ trầm cảm cao ở phụ nữ bị bạo lực/cưỡng bức bởi bạn tình tại Baltimore [2], và van Ditzhuijzen J. (2019) tại Canada cũng cho thấy rối loạn tâm thần sau phá thai liên quan các biến cố bất lợi trong đời sống [8]. Thiếu chia sẻ/hỗ trợ từ người thân, bạn bè làm tăng nguy cơ 2,12 lần ($p=0,036$), tương hợp với kết quả của Akdağ Topal (2019) tại Thổ Nhĩ Kỳ: hỗ trợ gia đình ($p=0,003$) và bạn bè ($p=0,008$) giúp

giảm đáng kể mức trầm cảm sau phá thai [3]. Căng thẳng công việc (thường xuyên/thỉnh thoảng) làm tăng nguy cơ 3,69 lần ($p=0,027$), đồng hướng với nhận định của Zhang Quixiang rằng gánh nặng stress trong đời sống liên quan mạnh với trầm cảm sau phá thai ($p<0,001$) [9]. Đáng chú ý, ngủ không đủ giấc cũng là yếu tố nguy cơ nổi bật, làm tăng khả năng trầm cảm khoảng 3,59 lần; thiếu ngủ có thể khuếch đại thiên lệch cảm xúc tiêu cực và suy giảm năng lực đối phó, đặc biệt khi đi kèm áp lực công việc và trải nghiệm chấm dứt thai kỳ. Tổng hòa các phát hiện này củng cố vai trò trung tâm của môi trường gia đình, mạng lưới hỗ trợ xã hội, quản lý stress nghề nghiệp và vệ sinh giấc ngủ như các đích ưu tiên cho sàng lọc, tư vấn và can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm sau phá thai tại Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ năm 2024 là 30,7%, cho thấy gánh nặng đáng kể. Các yếu tố liên quan độc lập gồm mâu thuẫn gia đình, thiếu hỗ trợ xã hội, căng thẳng công việc và ngủ không đủ giấc—đa số có thể điều chỉnh. Cần tích hợp sàng lọc trầm cảm thường quy (PHQ-9) và triển khai tư vấn—hỗ trợ xã hội, quản lý stress, cải thiện vệ sinh giấc ngủ, cùng phối hợp liên ngành để giảm hệ lụy tâm thần sau phá thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Huyền, Đỗ Minh Sinh (2021)**, Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và các biện pháp ứng phó của phụ nữ đến phá thai ngoài 3 tháng đầu tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, tập 4, số 4, trang 6-15.
2. **Alexander KA, Willie TC, McDonald-Mosley**

R. Campbell JC, Miller E, Decker MR (2021). Associations Between Reproductive Coercion, Partner Violence, and Mental Health Symptoms Among Young Black Women in Baltimore, Maryland. *J Interpers Violence*. 36(17-18): NP9839-NP9863. doi: 10.1177/0886260519860900.

3. **Akdağ Topal C, Terzioğlu F (2019)**. Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspect Psychiatr Care*, 55(4):618-623. doi: 10.1111/ppc.12380.
4. **American Psychological Association (2008)**, Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC.
5. **Gebevehu, N.A., Tegeane, K.D., Abebe, K. et al (2023)**. Global prevalence of post-abortion depression: systematic review and Meta-analysis. *BMC Psychiatry* 23, 786, doi.org/10.1186/s12888-023-05278-7.
6. **Kolav, K.N., Saba, J., Billah, M.A. et al (2023)**. Depressive symptoms and anxiety among women with a history of abortion living in urban slums of Bangladesh. *BMC Psychol* 11, 197, doi.org/10.1186/s40359-023-01224-0.
7. **Ridaura I, Penelo E, Raich RM (2017)**. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*. 29(1): 43-48. doi: 10.7334/psicothema2016.151.
8. **van Ditzhuijzen J, Brauer M, Boeije H, van Nijmegen CHCJ (2019)**. Dimensions of decision difficulty in women's decision-making about abortion: A mixed methods longitudinal study. *PLoS ONE* 14(2): e0212611. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212611.
9. **Zhang, O., Wang, N., Hu, Y. et al (2022)**. Prevalence of stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study. *Reprod Health* 19, 64, doi.org/10.1186/s12978-022-01366-1.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM TUYẾN GIÁP BÁN CẤP

Trần Thuỳ Linh^{1,3}, Nguyễn Khoa Diệu Vân^{1,3}, Lê Quang Toàn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tuyến giáp bán cấp De Quervain là bệnh lý có các triệu chứng lâm sàng không điển hình, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý nhiễm trùng vùng hầu họng, dẫn đến chẩn đoán muộn và

điều trị chưa phù hợp. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh viêm tuyến giáp bán cấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 59 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tuyến giáp bán cấp dựa trên sưng đau vùng tuyến giáp, tăng CRP và máu lắng, hormon TSH huyết tương giảm, FT4 huyết tương tăng và giảm âm tuyến giáp trên siêu âm. **Kết quả:** Trong 50 bệnh nhân viêm tuyến giáp bán cấp, tuổi trung bình $44,6 \pm 9,2$, nữ chiếm đa số (79,7%, tỷ lệ nữ/nam = 3,9/1). 44% bệnh nhân được khám trước viện, trong đó phần lớn bị chẩn đoán nhầm là viêm nhiễm hầu họng. Đau vùng tuyến giáp là triệu chứng thường gặp nhất (100%), chủ yếu một bên (82%), đau tăng khi nuốt (82%) và có thể lan (56%); khoảng 34% có tiền sử nhiễm virus. 78%

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thuỳ Linh

Email: hoahaudau97@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

bệnh nhân có cường giáp (44% rõ, 34% dưới lâm sàng), CRP tăng 86%, tốc độ máu lắng tăng 100%. Siêu âm tuyến giáp cho thấy giảm âm không đều ở tất cả các trường hợp, chủ yếu khu trú một thùy. **Kết luận:** Đau vùng tuyến giáp, tốc độ máu lắng và giảm âm tuyến giáp trên siêu âm gặp ở tất cả bệnh nhân, gần 3/4 bệnh nhân ở giai đoạn nhiễm độc giáp; tăng CRP huyết tương gặp ở hầu hết các bệnh nhân.

Từ khóa: Viêm tuyến giáp bán cấp, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, PARACLINICAL FINDINGS OF PATIENTS WITH SUBACUTE THYROIDITIS

Background: Subacute thyroiditis (De Quervain) is a condition with atypical clinical manifestations that are easily mistaken for pharyngeal infections, often leading to delayed diagnosis and inappropriate treatment. **Objectives:** To describe the clinical and laboratory characteristics of subacute thyroiditis. **Objects and methods:** A cross-sectional study of patients diagnosed with sub-acute thyroiditis based on presence of painful swelling of the thyroid gland, increased plasma CRP and blood sedimentation rate, decreased plasma TSH and increased plasma FT4 levels, decreased thyroid ultrasound echo density. **Results:** Among 50 patients with subacute thyroiditis, the mean age was 44.6 ± 9.2 years, with a predominance of females (79.7%, female-to-male ratio = 3.9:1). Forty-four percent had been examined prior to admission, most of whom were misdiagnosed with pharyngeal infections. Neck pain localized to the thyroid was the most common symptom (100%), mainly unilateral (82%), aggravated by swallowing (82%), and radiating in some cases (56%); approximately 34% reported a history of preceding viral illness. Regarding laboratory findings, 78% of patients presented with thyrotoxicosis (44% overt, 34% subclinical). C-reactive protein was elevated in 86%, and erythrocyte sedimentation rate was increased in 100% of cases. Thyroid ultrasound revealed heterogeneous hypoechogenicity in all patients, predominantly involving a single lobe. **Conclusions:** Thyroid pain, accelerated erythrocyte sedimentation rate and reduced thyroid ultrasound echo density was present in all the patients with subacute thyroiditis. Nearly three quarters of the patients were in thyrotoxicosis phase. Elevated serum CRP was present in almost all the patients.

Keywords: Subacute thyroiditis, Clinical features, paraclinical findings

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tuyến giáp bán cấp (De Quervain) là một bệnh lý viêm tuyến giáp ít gặp, thường có liên quan đến các yếu tố nhiễm virus đường hô hấp trên nhưng chưa có bằng chứng rõ ràng. Các triệu chứng điển hình của bệnh lý này bao gồm đau vùng tuyến giáp, sốt, kèm theo các biểu hiện nhiễm độc giáp mức độ nhẹ. Bệnh thường gặp ở nữ giới độ tuổi trung niên, với tỷ lệ

mắc cao gấp 3–5 lần so với nam giới [3], [5].

Xét nghiệm cận lâm sàng có các đặc điểm gợi ý gồm: tăng tốc độ máu lắng, tăng CRP huyết thanh, tăng FT4 và giảm thấp TSH trong giai đoạn nhiễm độc giáp. Hình ảnh siêu âm thường ghi nhận tuyến giáp giảm âm không đều, mật độ chắc. Xạ hình tuyến giáp và đo độ tập trung i-ốt phóng xạ cũng giúp khẳng định chẩn đoán khi thấy giảm hoặc mất khả năng bắt xạ của tuyến giáp.

Mặc dù là bệnh lý lành tính và thường tự hồi phục sau vài tháng, nhưng viêm tuyến giáp bán cấp gây đau đớn, khó chịu, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống người bệnh. Đồng thời bệnh cảnh lâm sàng và các xét nghiệm thường quy thông thường của viêm tuyến giáp bán cấp không đặc hiệu, không điển hình. Nhiều trường hợp dễ nhầm lẫn với nhiễm trùng hầu họng hoặc viêm tuyến giáp cấp, dẫn đến điều trị không hiệu quả. Việc chẩn đoán chính xác có ý nghĩa quan trọng để tránh sử dụng kháng sinh không cần thiết và lựa chọn phác đồ điều trị thích hợp làm giảm nhanh triệu chứng đau cũng như thoái lui bệnh. [1], [4], [6].

Tại Việt Nam, nghiên cứu về viêm tuyến giáp bán cấp còn hạn chế, chủ yếu là các báo cáo đơn lẻ. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị của bệnh nhằm góp phần nâng cao nhận thức, chẩn đoán sớm và điều trị hợp lý bệnh lý này là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

– Bệnh nhân lần đầu được chẩn đoán viêm tuyến giáp bán cấp theo Hướng dẫn chẩn đoán của Hội tuyến giáp Nhật Bản năm 2010 [10]:

- Lâm sàng: sưng và đau ở tuyến giáp.

- Xét nghiệm:

- Tăng nồng độ CRP và hoặc tăng tốc độ máu lắng

- Tăng FT4 và giảm TSH $< 0,1$ mIU/L (theo giá trị tham chiếu từng máy và phương pháp xét nghiệm)

- Siêu âm tuyến giáp có giảm mật độ âm của vùng tuyến giáp đau.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân viêm tuyến giáp bán cấp tái phát.

- Bệnh nhân có hội chứng nhiễm độc giáp do các nguyên nhân khác: Basedow, bướu nhân độc tuyến giáp, nhiễm độc giáp do sử dụng hormon giáp.

- Bệnh lý viêm tuyến giáp khác: viêm tuyến

giáp mạn tính, viêm tuyến giáp cấp tính.

– Ung thư biểu mô tuyến giáp.
– Bệnh nhân là phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú hoặc có các bệnh cấp tính.

– Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

– Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025

– Địa điểm: Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Nội tiết trung ương

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Chọn mẫu thuận tiện: 50 bệnh nhân

Các giá trị xét nghiệm sinh hóa theo tiêu chuẩn ISO 2012 15189, xét nghiệm miễn dịch, huyết học tiêu chuẩn tại Bệnh viện Bạch Mai hoặc Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Siêu âm tuyến giáp: do bác sĩ chuyên khoa Nội tiết thực hiện và đọc kết quả trên máy siêu âm 2D, 3D-4D tại bệnh viện Bạch Mai hoặc bệnh viện Nội tiết trung ương.

Xét nghiệm tế bào tuyến giáp đánh giá thâm nhiễm lympho bào và sự có mặt của tế bào khổng lồ đa nhân. Sử dụng phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Thiết kế và nhập số liệu, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

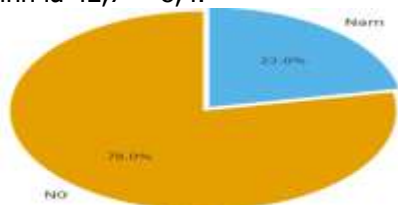
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi	Số lượng	Tỉ lệ %
<30	4	8
30 – 39	14	28
40 – 49	19	38
50 – 59	11	22
≥ 60	2	4
Tổng	50	100,0

Tuổi thấp nhất là 22, cao nhất là 69, tuổi trung bình là $42,7 \pm 8,4$.



Biểu đồ 1. Phân bố về giới

Trong nghiên cứu, có 22% là nam và 78% là nữ, tỷ lệ nữ/nam là 3.54/1.

Nghề nghiệp: 62% là lao động chân tay, 38% là lao động trí óc.

3.2. Đặc điểm bệnh sử và lâm sàng

Bảng 2. Khám chẩn đoán và điều trị

trước đến viện

Chẩn đoán	Kháng sinh	Corticoid	NSAID	Cộng
Nhiễm trùng hầu họng	17	0	0	17
Viêm tuyến giáp	1	4	0	5
Cộng	20	2	0	22

22/50 (44%) bệnh nhân đã được khám và điều trị trước vào viện. Trong số đó 17/22 (77,3%) trường hợp được chẩn đoán và điều trị viêm nhiễm vùng hầu họng. 5/22 (22,7%) trường hợp đã được chẩn đoán viêm tuyến giáp, trong đó có 4 trường hợp được chẩn đoán viêm tuyến giáp bán cấp và điều trị corticoid từ trước.

56% bệnh nhân không đi khám và chưa từng được chẩn đoán trước khi đến viện.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Giá trị
Tiền sử triệu chứng nhiễm virus trước khi đau vùng tuyến giáp	17 (34%)
Thời gian từ khi có triệu chứng nhiễm virus đến khi đau vùng tuyến giáp	24,7 (3 – 67 ngày)
Đau vùng tuyến giáp	50 (100%)
1 bên	41 (82%)
2 bên	3 (6%)
1 bên lan sang bên còn lại	6 (12%)
VAS	$4,1 \pm 1,7$
Sưng vùng tuyến giáp	26 (52%)
Đau tăng khi nuốt	41 (82%)
Đau lan	28 (56%)
Đỏ da vùng cổ	7 (14%)
Hạch cổ kèm theo	12 (24%)
Sốt	19 (38%)
Triệu chứng nhiễm độc giáp	17 (34%)
Run tay	9 (18%)
Hồi hộp trống ngực	11 (22%)
Lo lắng, kích thích	15 (30%)
Gầy sút cân	11 (22%)

17 bệnh nhân phát hiện có tiền sử triệu chứng nhiễm virus xuất hiện trước khi đau vùng tuyến giáp, chiếm tỷ lệ 34%. Thời gian trung bình từ khi xuất hiện nhiễm virus đến khi đau vùng tuyến giáp là 24,7 ngày (ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 67 ngày).

Đau vùng tuyến giáp là triệu chứng hay gặp nhất, xuất hiện ở 100% bệnh nhân và là lý do bệnh nhân đến khám, hầu hết khởi phát ở một bên cổ, đa số đau có lan và tăng khi nuốt.

Triệu chứng nhiễm độc giáp gặp ở 34%, trong đó gặp nhiều nhất là lo lắng, kích thích.

Bảng 4. Đặc điểm tuyến giáp khi thăm khám

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Phân độ bướu cổ		

Độ 0	3	6
Độ 1A	10	20
Độ 1B	26	52
Độ 2	11	22
Vị trí tăng kích thước tuyến giáp		
Tăng 1 thùy	35	70
Tăng 2 thùy	12	24
Không tăng	3	6
Vị trí đau vùng tuyến giáp		
Đau 1 thùy	36	72
Đau 2 thùy	14	28
Mật độ tuyến giáp		
Mềm	18	36
Chắc	32	64

Tỷ lệ bệnh nhân có bướu cổ to độ 1A, 1B và 2 lần lượt là 20%, 52%, 22%, chỉ có 6% bệnh nhân không có bướu giáp trên lâm sàng. 36% bướu giáp có mật độ mềm, 64% có mật độ chắc.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 5. Chức năng tuyến giáp

Chức năng tuyến giáp	Số lượng	Tỷ lệ %
Bình giáp	11	22
Cường giáp	39	78
Cường giáp rõ	22	44
Cường giáp dưới lâm sàng	17	34
Suy giáp	0	0

Tỷ lệ bệnh nhân có cường giáp là 78%, trong đó nhiễm độc giáp rõ và nhiễm độc giáp dưới lâm sàng lần lượt là 44% và 34%.

Bảng 6. CRP huyết tương và tốc độ máu lắng

Chỉ số	n	Trung bình $\pm$ SD	Tỷ lệ tăng (%)
CRP (mg/L)	50	21,5 $\pm$ 10,3	43 (86)
Máu lắng 1h (mm)	45	41,6 $\pm$ 13,9	45 (100)
Máu lắng 2h (mm)	45	53,1 $\pm$ 15,2	45 (100)

Nồng độ CRP huyết tương trung bình là 21,5 $\pm$ 10,3 mg/L, tỷ lệ tăng là 86%. Máu lắng 1h trung bình là 41,6 $\pm$ 13,9mm, tỷ lệ tăng là 100%. Máu lắng 2h trung bình $\pm$ SD là 53,1 $\pm$ 15,2mm, tỷ lệ tăng là 100%.

Bảng 7. Hình ảnh vị trí giảm âm tuyến giáp trên siêu âm

Vị trí giảm âm tuyến giáp	Số lượng	%
Giảm âm thùy phải	21	42
Giảm âm thùy trái	15	30
Giảm âm 2 thùy	14	28
Không giảm âm	0	0
Tổng	50	100

Tất cả các bệnh nhân đều có hình ảnh tuyến giáp giảm âm không đều trên siêu âm, trong đó giảm âm ở cả 2 thùy, chỉ ở thùy phải và chỉ ở thùy trái lần lượt gặp ở 28%, 42% và 30% bệnh nhân. Thể tích tuyến giáp trung bình là 20,4 $\pm$ 8,7 cm³.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình mắc viêm tuyến giáp bán cấp là 42,7 $\pm$ 8,4, chủ yếu gặp ở lứa tuổi trung niên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của C.A. Benbassat và cộng sự với tuổi trung bình 48,6 $\pm$ 12 tuổi [3], cũng như nghiên cứu của Nishihara và cộng sự, đa số bệnh nhân nằm trong nhóm tuổi 40–50.

Về giới, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nữ chiếm 78%, với tỷ lệ nữ/nam = 3,54/1, cho thấy bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới, kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước. Cụ thể, nghiên cứu của Benbassat cho thấy nữ chiếm 70% số ca là nữ [3]; Nishihara và cộng sự báo cáo tỷ lệ nữ chiếm khoảng 75% [14]; trong khi nghiên cứu của Lê Huy Liệu tại Việt Nam ghi nhận tỷ lệ nữ thậm chí còn cao hơn (82,6%) [5]. Nghiên cứu của Thewjitcharoen tại Thái Lan cũng cho kết quả tương tự với nữ chiếm đa số. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh theo giới được giải thích có thể do cơ chế miễn dịch khác biệt giữa nam và nữ, trong đó nữ giới có tỷ lệ mắc các bệnh lý tuyến giáp và bệnh tự miễn cao hơn nam giới. Các yếu tố nội tiết, đặc biệt là hormon sinh dục nữ, được cho là có vai trò trong cơ chế bệnh sinh của viêm tuyến giáp bán cấp.

4.2. Đặc điểm bệnh sử và lâm sàng.

Trong nhóm nghiên cứu, 22/50 (44%) bệnh nhân đã được khám và điều trị trước khi vào viện; đa số được chẩn đoán là nhiễm trùng hầu họng và điều trị kháng sinh 77,3%, chỉ 22,7% được chẩn đoán viêm tuyến giáp, trong đó 4 ca nghĩ đến viêm tuyến giáp bán cấp và dùng corticoid (liều không rõ). Điều này phù hợp với bệnh cảnh dễ nhầm lẫn với các bệnh lý hầu họng/amidan, vốn thường được xử trí bằng kháng sinh, và phù hợp với nhận định trong y văn rằng viêm tuyến giáp bán cấp thường chẩn đoán muộn do biểu hiện không đặc hiệu trong thời kỳ đầu. Điểm đáng chú ý là không có ca nào dùng NSAID trước đó mặc dù đây là lựa chọn đầu tay trong điều trị viêm tuyến giáp bán cấp nhẹ-vừa.

Có 17/50 (34%) bệnh nhân có tiền sử triệu chứng nhiễm virus trước đau tuyến giáp, thời gian trung bình 24,7 ngày (ngắn nhất 3 ngày – dài nhất 67 ngày). Tỷ lệ này gần với các báo cáo ~30–40% theo Thewjitcharoen [13]. Điều này ủng hộ giả thuyết căn nguyên virus đường hô hấp trên trong khởi phát viêm tuyến giáp bán cấp.

Đau vùng tuyến giáp xuất hiện ở 100% bệnh nhân và là lý do đến khám chính. Tỷ lệ này

tương đồng với nghiên cứu của Fatourech, khẳng định đau là triệu chứng điển hình và cũng là lý do nhập viện chính. Chúng tôi ghi nhận 82% đau một bên và 12% đau lan sang bên còn lại và 6% khởi phát hai bên ngay từ đầu trong khi nghiên cứu của Fatourech tỷ lệ đau lan cao hơn ($\approx 70\%$). Điều này có thể liên quan đến thời điểm ghi nhận triệu chứng (đau lan thường xuất hiện muộn hơn). Đau tăng khi nuốt gặp 82% và đau lan (thường lên mang tai/góc hàm) 56%. Thang điểm đau VAS $4,1 \pm 1,7$ cho thấy đau mức độ trung bình, nhưng tính chất đau khu trú, ấn đau tuyến giáp và tăng khi nuốt giúp phân biệt với viêm họng/amidan nơi đau thường không khu trú ở tuyến giáp.

Các triệu chứng khác gặp với tỉ lệ thấp hơn: sốt 38%, đỏ da vùng cổ 14%, hạch cổ 24%. Tuy nhiên, tỷ lệ có biểu hiện nhiễm độc giáp trên lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi là 34%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nishihara (60%) và Thewwittcharoen (67%). Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn hơn, khi triệu chứng nhiễm độc đã giảm hoặc một số trường hợp đã được điều trị trước viện bằng corticoid hoặc kháng sinh, làm che lấp biểu hiện lâm sàng.

Trên lâm sàng, 94% bệnh nhân có bướu giáp (độ 1B: 52%, độ 2: 22%, độ 1A: 20%), chỉ 6% độ 0. Tăng kích thước 1 thùy chiếm 70%, phù hợp với mẫu hình đơn thùy của viêm tuyến giáp bán cấp; tăng 2 thùy 24%; không tăng 6%. Mật độ chắc 64% phản ánh viêm hạt-mô kẽ đặc trưng. Các đặc điểm này phù hợp với kết quả của Lê Huy Liệu trong quần thể Việt Nam và các nghiên cứu quốc tế của Benbassat và Fatourech — đều nhấn mạnh tuyến giáp sưng vừa, mật độ chắc, ấn đau là dấu hiệu định hướng mạnh cho viêm tuyến giáp bán cấp.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 78% bệnh nhân có biểu hiện cường giáp, trong đó cường giáp rõ 44% và cường giáp dưới lâm sàng 34%, 22% bệnh nhân bình giáp và không có bệnh nhân nào ở suy giáp. Kết quả này phù hợp với đặc điểm giai đoạn đầu của viêm tuyến giáp bán cấp khi hormon tuyến giáp được phóng thích ồ ạt do tế bào tuyến bị phá hủy. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nishihara (60%), Lê Huy Liệu (70%) [5]. Sự khác biệt có thể do thời điểm bệnh nhân đến viện, một số trường hợp đã chuyển sang pha bình giáp hoặc suy giáp tạm thời.

Các chỉ số viêm trong nghiên cứu tăng cao rõ rệt: CRP trung bình $21,5 \pm 10,3$ mg/L (tăng 86%), máu lắng 1h trung bình 41,6 mm và 2h 53,1 mm, tăng 100%. Đây là dấu hiệu kinh điển

giúp phân biệt viêm tuyến giáp bán cấp với các bệnh lý tuyến giáp không viêm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Fatourech và Mizukoshi, đều ghi nhận máu lắng tăng trong 100% ca và CRP tăng $>80\%$. Như vậy, ESR và CRP là các chỉ số có độ nhạy cao nhất trong chẩn đoán bệnh, thường tăng ngay từ giai đoạn sớm. Đồng thời, máu lắng tăng hằng định và có độ nhạy cao hơn trong chẩn đoán viêm tuyến giáp bán cấp.

100% bệnh nhân trong nghiên cứu có hình ảnh tuyến giáp giảm âm không đều trên siêu âm, trong đó giảm âm khu trú 1 thùy phải 42%, thùy trái 30% và 2 thùy 28%. Thể tích tuyến giáp trung bình là $20,4 \pm 8,7$ cm³.

100% bệnh nhân có hình ảnh tuyến giáp giảm âm không đều, trong đó giảm âm một thùy chiếm tỷ lệ cao (72%), giảm âm cả hai thùy chỉ gặp ở 28%. Thể tích tuyến giáp trung bình là $20,4 \pm 8,7$ cm³. Kết quả này có điểm khác biệt so với nhiều nghiên cứu trước. Nishihara và Benbassat [3] ghi nhận giảm âm hai thùy chiếm ưu thế, trong khi nghiên cứu của Lê Huy Liệu [5] tại Việt Nam cũng báo cáo tỷ lệ tổn thương cả hai thùy cao hơn so với tổn thương khu trú. Sự khác biệt này có thể giải thích bởi đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến khám sớm, khi tổn thương còn khu trú ở một thùy. Ở giai đoạn muộn hơn, bệnh thường tiến triển sang cả hai thùy và một số bệnh nhân đã được dùng corticoid có thể làm thay đổi hình ảnh siêu âm. Tuy nhiên, điểm tương đồng với các nghiên cứu khác là hình ảnh giảm âm không đều luôn xuất hiện ở tất cả bệnh nhân, khẳng định đây là dấu hiệu siêu âm đặc trưng và có giá trị chẩn đoán cao trong viêm tuyến giáp bán cấp.

V. KẾT LUẬN

- Biểu hiện lâm sàng đau vùng tuyến giáp gặp ở tất cả các bệnh nhân, đa số đau một bên. Kèm theo gần 3/4 bệnh nhân đến khám ở giai đoạn nhiễm độc giáp, tuy nhiên triệu chứng nhiễm độc giáp trên lâm sàng chỉ gặp khoảng 1/3 bệnh nhân.

- CRP và tốc độ máu lắng tăng cao, vùng giảm âm khu trú không đều, thường ở một thùy tuyến giáp trên siêu âm tuyến giáp gặp ở hầu hết các bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bindra, A. and G.D. Braunstein** (2006). American family physician, 73(10): p. 1769-76.
2. **Nguyễn Hải Thủy** (2017). Viêm tuyến giáp, Bệnh học nội khoa tập I, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Benbassat, C.A., et al.** (2005). Subacute thyroiditis: clinical characteristics and treatment

- outcome in fifty-six consecutive patients diagnosed between 1999 and... J Endocrinol Invest, 2007. 30(8): p. 631-5.
4. **Erdem, N., et al.** (2007). Demographic and clinical features of patients with subacute thyroiditis: results of 169 patients from a single university center in Turkey. J Endocrinol Invest. 30(7): p. 546-50.
 5. **Lê Huy Liệu** (1991). Bệnh viêm tuyến giáp bán cấp De Quervain 23 trường hợp, Nội khoa, số 4 chuyên đề Nội tiết, Hội Nội khoa Việt Nam. Tr. 5-9.
 6. **Bệnh viện Bạch Mai** (2013). Nội tiết cơ bản (Giáo trình đào tạo sau đại học).
 7. **Phạm Minh Đức** (2007). "Sinh lý nội tiết", Bài giảng Sinh lý học. NXB Y học.
 8. **Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê** (2007). Nội tiết học đại cương.
 9. **Cunha, B.A. and N. Berbari** (2013). Subacute thyroiditis (de Quervain's) due to influenza A: presenting as fever of unknown origin (FUO). Heart Lung. 42(1): p. 77-8.
 10. **Association, J.T.** (2010). Guidelines for the Diagnosis of Subacute Thyroiditis.

KHẢO SÁT MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP

Phạm Thị Ngân Hà¹, Nguyễn Văn Hùng^{1,2}, Bùi Hải Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Khảo sát mật độ xương ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng nguyên phát. 2. Xác định một số yếu tố liên quan đến mật độ xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 103 bệnh nhân chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng nguyên phát tại phòng khám Nội khoa khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp từ tháng 08/2024 đến tháng 05/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Mật độ xương trung bình ở cột sống thắt lưng là $0,948 \pm 0,181 \text{ g/cm}^2$, số bệnh nhân có loãng xương chiếm 25,2%. Các yếu tố nguy cơ làm giảm mật độ xương bao gồm: tuổi cao, nữ giới, thời gian mãn kinh dài. Các yếu tố nguy cơ làm tăng mật độ xương cột sống thắt lưng bao gồm: mức độ gai xương cột sống thắt lưng, BMI. **Kết luận:** Các yếu tố tuổi, giới tính, BMI, mức độ gai xương cột sống thắt lưng có ảnh hưởng đến mật độ xương cột sống thắt lưng, tuy nhiên mức độ ảnh hưởng là nhỏ. **Từ khóa:** mật độ xương, loãng xương, thoái hóa cột sống thắt lưng nguyên phát

SUMMARY

SURVEY OF BONE MINERAL DENSITY AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH PRIMARY LUMBAR DEGENERATION AT AGRICULTURAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: 1. To investigate the bone mineral density in patients with primary lumbar spondylosis. 2. To study some related factors to bone mineral density in the study group. **Subjects and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 103 patients with primary lumbar spondylosis at the

Internal Medicine Clinic - Agricultural General Hospital from August 2024 to May 2025. **Results:** The average bone mineral density in the lumbar spine was $0.948 \pm 0.181 \text{ g/cm}^2$, the patients with osteoporosis accounted for 25.2%. Risk factors for decreased lumbar spine bone mineral density include: older age, female gender, and a prolonged postmenopausal period. Risk factors for increased lumbar spine bone mineral density include: the degree of lumbar spine osteophytes and BMI. **Conclusion:** Factors such as age, gender, BMI, and the degree of lumbar spine spurs affected bone mineral density in the lumbar spine, but the degree of influence was small.

Keywords: bone mineral density, osteoporosis, primary lumbar spondylosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương và thoái hóa cột sống thắt lưng (THCSTL) là hai rối loạn xương khớp phổ biến liên quan đến tuổi tác, gây ra các gánh nặng y tế lớn ở người cao tuổi. Trên thế giới ước tính có 266 triệu người (3,63%) mắc thoái hóa cột sống thắt lưng. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm loãng xương gây ra khoảng 1,5 triệu ca gãy xương¹. Thoái hóa CSTL không chỉ gây hạn chế hoạt động, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, mà còn tạo ra gánh nặng kinh tế đối với gia đình và xã hội. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy, có mối liên quan giữa thoái hóa cột sống thắt lưng với loãng xương. Theo Margulies JY và cộng sự (1996) thấy rằng sự hình thành gai xương càng lớn, xơ xương dưới sụn càng nhiều, khe khớp càng hẹp thì mật độ xương (MDX) cột sống thắt lưng càng cao. Ở Việt Nam đã có nghiên cứu đánh giá MDX ở bệnh nhân thoái hóa khớp nhưng chưa có nghiên cứu nào đi sâu tìm hiểu về mật độ xương ở bệnh nhân (BN) THCSTL, việc đánh giá các yếu tố liên quan rất quan trọng cho các bác sỹ lâm sàng đánh giá đúng chẩn đoán, phát hiện

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

Email: bsbinhnt25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

sớm và quản lý tốt hơn tình trạng loãng xương đồng thời điều chỉnh chiến lược điều trị và tư vấn cho BN để có các biện pháp phòng và điều trị bệnh loãng xương, nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu gồm 103 BN được chẩn đoán THCSTL nguyên phát tại phòng khám Nội khoa khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp từ tháng 08/2024 đến tháng 05/2025 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn vào tiêu chuẩn loại trừ

- Tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu:

BN được chẩn đoán THCSTL theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp của Bộ y tế (2014), tuổi ≥ 50 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ BN nghiên cứu:** BN có bệnh lý liên quan đến chuyển hóa xương, sử dụng thuốc glucocorticoid kéo dài liều cao, đau cột sống thắt lưng do các nguyên nhân khác không phải THCSTL và không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang và có phân tích.

- Phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả các BN đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

- BN tham gia nghiên cứu được khám lâm sàng và chụp quang CSTL thẳng, nghiêng đánh giá gai xương theo Lane NE và công sự (độ 0: không có gai xương; độ 1: gai xương nhỏ; độ 2: gai xương vừa; độ 3: gai xương lớn)⁶, đánh giá mức độ hẹp khe đĩa đệm theo Roux (độ 0: không có, độ 1: hẹp nhẹ ($<50\%$), độ 2: hẹp vừa (≥ 50 và $< 80\%$), độ 3: hẹp nặng ($\geq 80\%$))⁶, đo mật độ xương vùng cột sống thắt lưng và cổ xương đùi bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA)

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- **Đặc điểm lâm sàng:** tuổi, giới, nghề nghiệp, chỉ số BMI (gầy: $< 18,5$ kg/m²; bình thường: $18,5 - 22,9$ kg/m², thừa cân: $23,0 - 24,9$ kg/m²; béo phì: $\geq 25,0$ kg/m²), thời gian xuất hiện triệu chứng đau lưng, mức độ đau theo thang điểm VAS, hoàn cảnh khởi phát đau thắt lưng, biến dạng cột sống, co cứng cơ cạnh sống, điểm đau tại

cột sống, chỉ số Schober, khoảng cách tay đất, điểm đau Valleix, nghiệm pháp Lasegue

- **Đặc điểm cận lâm sàng:** Hẹp khe đĩa đệm (gồm 5 độ: từ độ 0 đến độ 4), gai xương rìa khớp (gồm 4 độ: từ độ 0 đến độ 3), mật độ xương, chỉ số T-score (bình thường ≥ -1 ; thiếu xương: $-1 > \text{T-score} > -2,5$; loãng xương: $\text{T-score} \leq -2,5$)

- Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Trong nghiên cứu, BN nữ giới chiếm tỉ lệ 74,8%, tỉ lệ mắc bệnh của nữ/nam = 2,96/1.

- Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $66,4 \pm 8,68$ tuổi.

- Chỉ số BMI trung bình là $22,6 \pm 2,58$ kg/m².

3.2. Đặc điểm mật độ xương ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng

Bảng 3.1. Mật độ xương trung bình cột sống thắt lưng (n=103)

Vị trí	Mật độ xương (g/cm ²)	
	$\bar{X} \pm SD$	Min - Max
Đốt sống L1	$0,871 \pm 0,192$	0,501 - 1,498
Đốt sống L2	$0,918 \pm 0,192$	0,566 - 1,508
Đốt sống L3	$0,969 \pm 0,190$	0,542 - 1,530
Đốt sống L4	$1,014 \pm 0,195$	0,679 - 1,530
Tổng	$0,948 \pm 0,181$	0,577 - 1,512

Nhận xét: Mật độ xương cột sống thắt lưng trung bình là $0,948 \pm 0,181$ g/cm², mật độ xương tăng dần từ L1 đến L4.

Bảng 3.2. Phân loại mật độ xương CSTL theo T-score (n=103)

Vị trí	Bình thường N (%)	Thiếu xương N (%)	Loãng xương N (%)
Đốt sống L1	35 (34,0)	33 (32,0)	35 (34,0)
Đốt sống L2	34 (33,0)	28 (27,2)	41 (39,8)
Đốt sống L3	41 (39,8)	39 (37,9)	23 (22,3)
Đốt sống L4	49 (47,6)	33 (32,0)	21 (20,4)
Tổng	35 (34,0)	42 (40,8)	26 (25,2)

Nhận xét: Tỉ lệ loãng xương cột sống thắt lưng trung bình là 25,2%, trong đó đốt sống L1 và L2 có tỉ lệ loãng xương cao nhất (34 % và 39,8%).

3.3. Mối liên quan giữa mật độ xương và một số yếu tố

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa mật độ xương và một số yếu tố

Đặc điểm		Mật độ xương CSTL		p
		Số lượng (n)	$\bar{X} \pm SD$ (g/cm ²)	
Tuổi	<60	26	$0,998 \pm 0,173$	0,005*
	60 - 70	50	$0,969 \pm 0,172$	
	>70	27	$0,862 \pm 0,181$	

BMI	Gầy	6	0,961 ± 0,180	0,098*
	Bình thường	55	0,910 ± 0,175	
	Thừa cân	26	0,977 ± 0,186	
	Béo phì	16	1,023 ± 0,177	
Giới tính	Nam	26	1,086 ± 0,151	0,001 [#]
	Nữ	77	0,902 ± 0,167	
Thời gian mãn kinh	<10 năm	22	0,950 ± 0,171	0,036*
	10 - 20 năm	31	0,919 ± 0,168	
	>20 năm	24	0,835 ± 0,147	
Mức độ gai xương CSTL	1 điểm	43	0,915 ± 0,169	0,025*
	2 điểm	51	0,948 ± 0,181	
	3 điểm	9	1,110 ± 0,173	
Mức độ hẹp khe đĩa đệm CSTL	0 điểm	21	0,942 ± 0,145	0,947*
	1 điểm	67	0,957 ± 0,199	
	2 điểm	11	0,910 ± 0,142	
	3 điểm	4	0,940 ± 0,180	

* Kruskal Wallis test, [#] Mann Whitney test

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở đặc điểm tuổi, giới, thời gian mãn kinh, mức độ gai xương CSTL ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Môi liên quan loãng xương với một số yếu tố ($n=103$)

Đặc điểm		Loãng xương n(%)	Không loãng xương n(%)	p
Tuổi	<60 tuổi	2 (7,7)	24 (92,3)	0,019*
	≥60 tuổi	24 (31,2)	53 (68,8)	
BMI	Gầy	2 (33,3)	4 (66,7)	0,205*
	Bình thường	17 (30,9)	38 (69,1)	
	Thừa cân, béo phì	7 (16,7)	35 (83,3)	
Giới	Nam	2 (7,7)	24 (92,3)	0,019*
	Nữ	24 (31,2)	53 (68,8)	
Thời gian mãn kinh	<10 năm	3 (13,6)	19 (86,4)	0,011*
	10 - 20 năm	8 (25,8)	23 (74,2)	
	>20 năm	13 (54,2)	11 (45,8)	
Điểm mức độ gai xương CSTL	1 điểm	10 (23,3)	33 (76,7)	0,043
	2 điểm	16 (31,4)	35 (68,6)	
	3 điểm	0 (0,0)	9 (100,0)	
Điểm mức độ hẹp khe đĩa đệm CSTL	0 điểm	4 (19,0)	17 (81,0)	0,901*
	1 điểm	18 (26,9)	49 (73,1)	
	2 điểm	3 (27,3)	8 (72,7)	
	3 điểm	1 (25,0)	3 (75,0)	

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ loãng xương giữa các nhóm tuổi, giới tính, thời gian mãn kinh, điểm mức độ gai xương

CSTL ($p < 0,05$)

Bảng 3.5. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến mật độ xương và một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ($n=103$)

Đặc điểm	Mật độ xương cột sống thắt lưng		
	B	Khoảng tin cậy 95%	p
Tuổi	-0,005	- 0,009 - (-0,002)	0,002
Giới	0,162	0,089 - 0,236	<0,001
BMI	0,020	0,009 - 0,032	0,001
Mức độ hẹp khe đĩa đệm CSTL	-0,026	-0,078 - 0,025	0,314
Mức độ gai xương CSTL	0,071	0,010 - 0,131	0,022

Nhận xét: Khi phân tích hồi quy đa biến, các đặc điểm tuổi, giới, BMI, điểm mức độ gai xương CSTL có mối tương quan với mật độ xương. Cụ thể, với mỗi tuổi tăng lên thì mật độ xương cột sống thắt lưng giảm 0,005 g/cm², bệnh nhân là nam giới mật độ xương cao hơn nữ giới cùng các điều kiện là 0,162 g/cm², với mỗi đơn vị BMI tăng lên thì mật độ xương tăng 0,02 g/cm², mức độ gai xương CSTL tăng thêm một điểm thì mật độ xương tăng 0,071 g/cm² ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mật độ xương tại cột sống thắt lưng trung bình là 0,948 ± 0,181 g/cm², mật độ xương tăng dần từ L1 đến L4. Theo Ryan P. J (1994), tiến hành trên 1000 phụ nữ bình thường tuổi từ 40 - 60 tuổi và 145 phụ nữ loãng xương tuổi từ 45 - 80 tuổi, nhận thấy mật độ xương tăng dần từ L1 đến L4 gặp ở cả 2 nhóm, bình thường (từ 0,841 g/cm² đến 1,017 g/cm²) và loãng xương (từ 0,562 g/cm² đến 0,709 g/cm²)⁷. Nghiên cứu trên 207 bệnh nhân gồm 2 nhóm, nhóm thừa cân/béo phì gồm 147 người, nhóm không thừa cân/béo phì

gồm 60 người, Lưu Ngọc Giang (2019) cho thấy MĐX trung bình cột sống thắt lưng nhóm thừa cân béo phì là $0,80 \pm 0,14 \text{ g/cm}^2$, nhóm không thừa cân/béo phì là $0,76 \pm 0,15 \text{ g/cm}^2$, MĐX các đốt sống thắt lưng tăng dần từ L1 đến L4 gặp ở cả 2 nhóm³. Các kết quả trên cho thấy có sự khác biệt nhất định về MĐX trung bình CSTL, sự khác biệt này là do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ của các nghiên cứu. Tuy nhiên, các nghiên cứu đều cho thấy, MĐX CSTL tăng dần từ L1 đến L4. Sở dĩ có sự gia tăng MĐX này là do đặc điểm giải phẫu cũng như sinh lý của cột sống thắt lưng. Trong số các đốt sống thắt lưng, đốt sống L1 chịu tải của cơ thể là thấp nhất, đốt sống L4 chịu tải của cơ thể cao nhất.

Khảo sát tỉ lệ loãng xương chúng tôi nhận thấy tỉ lệ loãng xương ở CSTL trung bình là 25,2%. Theo tác giả Lưu Ngọc Giang (2019), tỉ lệ loãng xương chung là 49,6%¹. Theo Nguyễn Ngọc Thúy Vy (2024), tỉ lệ loãng xương CSTL ở đối tượng nghiên cứu là 40,3%³. Như vậy, có sự khác biệt kết quả giữa các nghiên cứu, sự khác biệt có thể do sự khác nhau về cỡ mẫu cũng như tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng vào các nghiên cứu.

Khi khảo sát mối liên quan giữa mật độ xương và một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa mật độ xương với tuổi, giới tính, thời gian mãn kinh và mức độ gai xương của đốt sống thắt lưng ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BN trên 60 tuổi có mật độ xương thấp hơn và tỉ lệ loãng xương cao hơn nhóm dưới 60 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh Thủy (2021) là nhóm BN loãng xương có tuổi trung bình cao hơn nhóm bệnh nhân không có loãng xương². Ở người già chức năng của tế bào tạo xương giảm làm mất cân bằng giữa tạo xương và hủy xương dẫn đến giảm khối lượng xương, tăng tổn thương vi cấu trúc của xương, xương bị loãng giảm tính chịu lực dẫn đến dễ gãy xương. Ngoài ra ở người già giảm hấp thu canxi và vitamin D ở ruột, giảm tái hấp thu canxi, vitamin D ở ống thận, giảm tổng hợp vitamin D là yếu tố nguy cơ loãng xương ở người cao tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, phụ nữ có tỉ lệ loãng xương cao hơn và mật độ xương ở cột sống thắt lưng thấp hơn so với nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra phụ nữ có xu hướng mất xương với tốc độ nhanh hơn so với nam giới. Trong một nghiên cứu dọc trên 769

đối tượng gồm cả nam và nữ của Jones G (1994) kết luận tỉ lệ mất xương qua hàng năm của nữ nhiều hơn nam và độ tuổi xảy ra sự suy giảm nhanh chóng ở nữ giới cũng lớn hơn nam giới ($p < 0,05$). Sở dĩ có sự khác biệt về mật độ xương cũng như tỉ lệ loãng xương giữa nam và nữ có thể do nam giới có nồng độ hormon PTH trung bình cao hơn đáng kể và N-telopeptide niệu thấp hơn so với phụ nữ ($p < 0,05$). Mặt khác, do sự suy giảm chức năng buồng trứng ở phụ nữ lớn tuổi dẫn đến thiếu hormone estrogen, hormone này có vai trò quan trọng trong điều hòa tính ổn định của chu chuyển xương, duy trì khối lượng xương. Ngoài ra còn do phụ nữ thường nhẹ cân hơn, tầm vóc nhỏ hơn nên dễ có nguy cơ loãng xương hơn nam giới, phụ nữ thường quan tâm đến sức khỏe nhiều hơn nam giới nên thường xuyên đi khám bệnh hơn⁵. Theo số liệu thống kê gần đây của Tổ chức Loãng xương Quốc tế, tính trên toàn thế giới, cứ 3 phụ nữ trên 50 tuổi thì có 1 người sẽ bị gãy xương do loãng xương, tương tự với nam giới là cứ 5 người thì có 1 người có nguy cơ⁸.

Trong số các BN nữ tham gia nghiên cứu, chúng tôi nhận ra tỉ lệ loãng xương tăng dần theo thời gian mãn kinh ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác. Theo Lưu Ngọc Giang (2019), nhóm mãn kinh có MĐX thấp hơn nhóm chưa mãn kinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ ¹. Trong nghiên cứu của Chapurlat R. D, (2000) kết luận phụ nữ tiền mãn kinh và mãn kinh bị mất xương đáng kể ở các vị trí: cổ xương đùi, mẫu chuyển lớn và cột sống thắt lưng⁴.

Ở BN THCSTL, việc hình thành gai xương, dày xương dưới sụn, hẹp khe đĩa đệm có ảnh hưởng nhất định đến kết quả đo mật độ xương tại cột sống thắt lưng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có điểm mức độ gai xương càng lớn thì MĐX càng cao, tỉ lệ loãng xương càng giảm ($p < 0,05$). Nghiên cứu trên 630 phụ nữ từ 60 tuổi trở lên, Shigeyuki Muraki (2004) chỉ ra hình thành gai xương, dày xương dưới sụn có mối tương quan thuận với MĐX cột sống thắt lưng. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy điểm mức độ gai xương, dày xương dưới sụn có mối tương quan độc lập với mật độ xương cột sống thắt lưng⁶. Khảo sát mối liên quan giữa hẹp khe đĩa đệm và MĐX chúng tôi thấy rằng không có mối liên quan giữa hẹp khe đốt sống thắt lưng và mật độ xương cột sống thắt lưng ($p > 0,05$). Trong một nghiên cứu được tiến hành trên 120 nam giới và 314 phụ nữ cao tuổi có THCSTL tác giả G Lui (1994) kết luận dày xương dưới sụn và hẹp khe khớp ít ảnh hưởng đến MĐX ở CSTL và

cổ xương đùi. Tác dụng gián tiếp của thoái hóa khớp đối với mật độ xương là nhỏ và không nhất quán giữa các giới.

Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến chúng tôi nhận thấy tuổi, giới, BMI và mức độ gai xương có ảnh hưởng đến MĐX CSTL, tuy nhiên mức độ ảnh hưởng là nhỏ; trong khi đó mức độ hẹp khe đĩa đệm CSTL không ảnh hưởng

V. KẾT LUẬN

- Mật độ xương trung bình ở cột sống thắt lưng là $0,948 \pm 0,181 \text{ g/cm}^2$; 25,2% loãng xương.
- Các yếu tố nguy cơ làm giảm mật độ xương bao gồm: tuổi cao, nữ giới, thời gian mãn kinh dài. Các yếu tố nguy cơ làm tăng mật độ xương cột sống thắt lưng bao gồm: mức độ gai xương cột sống thắt lưng, BMI. Các yếu tố tuổi, giới tính, BMI, mức độ gai xương CSTL có ảnh hưởng đến mật độ xương cột sống thắt lưng, tuy nhiên mức độ ảnh hưởng là nhỏ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lưu Ngọc Giang** (2019), "Nghiên cứu mật độ xương, kháng insulin và các yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ trên 45 tuổi thừa cân, béo phì", Luận án Tiến sĩ y học, Trường đại học y dược, Đại học Huế.
2. **Lê Minh Thùy, Tăng Kim Hồng** (2021), "Mối

liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi", Tạp chí nghiên cứu Y học, 143, 108-114.

3. **Nguyễn Ngọc Thúy Vy, Trương Quang Phổ** (2024), "Nghiên cứu tình hình, một số yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi thừa cân, béo phì tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ năm 2022 - 2024", Tạp chí y dược học Cần Thơ, 75, 212-218.
4. **Chapurlat R.D., Garnero P., Sornay-Rendu E., et al** (2000), "Longitudinal study of bone loss in pre- and perimenopausal women: evidence for bone loss in perimenopausal women", Osteoporos Int, 493-8.
5. **Jones G, Nguyen T, Sambrook P, et al.** (1994), "Progressive loss of bone in the femoral neck in elderly people: longitudinal findings from the Dubbo osteoporosis epidemiology study", Bmj, 309(6956), 691-695.
6. **Pariente E., Olmos J.M., Landeras R., et al.** (2016), "Relationship between spinal osteoarthritis and vertebral fractures in men older than 50 years: data from the Camargo Cohort Study", J Bone Miner Metab, 34, 661-667.
7. **Ryan PJ, Blake GM, Herd R, et al.** (1994), "Distribution of bone mineral density in the lumbar spine in health and osteoporosis", 4(2), 67-71.
8. **Sözen T., Özışık L., Başaran N. Ç.** (2016), "An overview and management of osteoporosis", European journal of rheumatology, 4(1), 46.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẮT LỚP VI TÍNH CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO CÓ HỖ TRỢ TIỀN LƯỢNG BỞI TRÍ TUỆ NHÂN TẠO

**Nguyễn Xuân Phương¹, Nguyễn Thành Bắc¹, Trịnh Văn Trung¹,
Nguyễn Hữu Khanh¹, Hoàng Đức Thịnh², Nguyễn Thành Biên²,
Lộc Văn Phú², Lý Thị Mai Anh², Đàm Văn Minh²**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính của bệnh nhân chấn thương sọ não được hỗ trợ tiên lượng và quản lý bởi phần mềm trí tuệ nhân tạo. **Phương pháp nghiên cứu:** Phân tích tiến cứu trên 75 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương sọ não dựa trên lâm sàng, cận lâm sàng tại Bệnh viện Quân y 103 từ 01/08/2023 – 01/04/2024. **Kết quả:** Có 3 bệnh nhân tử vong (4%), kết quả phục hồi tốt GOS 1 tháng chiếm 93,3%. Tuổi trung bình $43,22 \pm 21,13$ (năm), nam giới chiếm 74,7%, Glasgow

nhập viện trung bình $13,45 \pm 2,62$, liệt nửa người (2,7%). Tổn thương chủ yếu là xuất huyết dưới nhện (60%) và dập não xuất huyết (48%), di lệch đường giữa trung bình $6,57 \pm 1,9$ (mm), xóa mỡ ổ đáy gập 6 trường hợp (8%). **Kết luận:** Các bệnh nhân được hỗ trợ tiên lượng và quản lý hồ sơ bởi trí tuệ nhân tạo cho kết quả điều trị tốt, tỉ lệ hồi phục cao, tỉ lệ tử vong thấp. **Từ khóa:** Học máy; Trí tuệ nhân tạo; Chấn thương sọ não.

SUMMARY

CLINICAL AND COMPUTED TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS WITH PROGNOSSES ASSISTED BY ARTIFICIAL INTELLIGENCE

Objectives: Assessment some clinical and computed tomography (CT) features of patients with traumatic brain injury (TBI) and their prognoses predicted and patient data managed using artificial

¹Bệnh viện Quân y 103

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

intelligence (AI)-based software. **Methods:** A prospective analysis was conducted on 75 patients diagnosed with TBI based on clinical and paraclinical evaluations at 103 Military Hospital from August 1, 2023, to April 1, 2024. Prognostic assessments were generated using AI software. **Results:** There were 3 recorded deaths (4%). Favorable recovery outcomes (GOS at 1 month) were observed in 93.3% of patients. The mean age was 43.22 ± 21.13 years, and 74.7% were male. The average Glasgow Coma Scale (GCS) score on admission was 13.45 ± 2.62 . Hemiparesis was documented in 2.7% of cases. Subarachnoid hemorrhage (60%) and hemorrhagic contusions (48%) were the predominant types of lesions. The average midline shift measured 6.57 ± 1.9 mm, and obliteration of the basal cisterns was observed in 6 cases (8%). **Conclusion:** Patients whose prognostic evaluations and data management were facilitated by artificial intelligence systems showed favorable clinical outcomes, with high recovery rates and low mortality. **Keywords:** Machine learning; Artificial intelligence; Traumatic brain injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) là tổn thương cấp tính, nguy cơ gây tử vong và tàn tật cao, chiếm 30% các trường hợp tử vong do chấn thương [1], trong đó tỉ lệ tử vong tại viện ước tính từ 10 – 30% [2]. Hàng năm, trên toàn thế giới có 69 triệu ca mới được ghi nhận mỗi năm [3]. Tuy nhiên, với khối lượng thông tin lớn, yêu cầu công việc cao, thời gian khẩn trương, việc quản lý hồ sơ, đánh giá và tiên lượng người bệnh vẫn còn có những khó khăn và thách thức. Những năm trở lại đây, trí tuệ nhân tạo (Artificial Intelligence – AI) đã và đang phát triển mạnh mẽ, cho thấy tầm ảnh hưởng của mình trên hầu hết mọi lĩnh vực, mang lại những kết quả tích cực trong y học [4]. Đặc biệt là những ứng dụng với nhiều kết quả khả quan của các mô hình học máy (machine learning) trong tiên lượng kết quả bệnh nhân CTSN, trí tuệ nhân tạo đánh giá bệnh nhân một cách cụ thể dựa trên nhiều phương diện với tốc độ xử lý nhanh, thông tin đầu vào lớn như: chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm cận lâm sàng, đặc điểm lâm sàng và tiền sử [5], đồng thời hỗ trợ lưu trữ lượng lớn thông tin bệnh nhân một cách khoa học, tạo điều kiện thuận lợi cho bác sĩ truy xuất dữ liệu người bệnh.

Qua hiểu biết của nhóm nghiên cứu, tại Việt Nam cho tới nay vẫn chưa có một báo cáo hay công trình nào đề cập tới ứng dụng trí tuệ nhân tạo trong tiên lượng và quản lý hồ sơ bệnh nhân CTSN, do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính của các bệnh nhân chấn thương sọ não có hỗ trợ bởi phần mềm trí tuệ nhân tạo tại Bệnh viện Quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 75 bệnh nhân Chấn thương sọ não tại Bệnh viện Quân y 103 từ 01/08/2023 – 01/04/2024.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán Chấn thương sọ não dựa trên lâm sàng và cắt lớp vi tính tại Bệnh viện Quân y 103.

***Tiêu chuẩn tuyển chọn:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương sọ não, tiên lượng bởi phần mềm trí tuệ nhân tạo.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, thiếu thông tin, đa chấn thương, tổn thương não không rõ cơ chế chấn thương.

* Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Quân y 103 từ 01/08/2023 – 01/04/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: Phân tích tiến cứu.

* Cỡ mẫu và chọn mẫu: 75 bệnh nhân, chọn mẫu thuận tiện

* Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin: Các bệnh nhân nhập viện, sau khi kết thúc quá trình điều trị ra viện được thu thập thông tin dựa trên mẫu bệnh án nghiên cứu, cung cấp cơ sở dữ liệu của 500 bệnh nhân CTSN nhập viện trong thời gian nghiên cứu cho Đại học Bách khoa Hà Nội (đơn vị phụ trách xây dựng phần mềm). Sau khi phần mềm hoàn thiện, với khả năng cung cấp để đưa ra dự đoán mức độ chấn thương sọ não với 4 phân độ: “Nhẹ”, “Vừa”, “Nặng” và “Rất nặng” với các giá trị phần trăm tương ứng, kết quả tiên lượng của người bệnh là phân độ có giá trị phần trăm cao nhất.

* Quy trình nghiên cứu: Sử dụng một mẫu gồm 75 bệnh nhân mới, khác biệt hoàn toàn so với 500 bệnh nhân sử dụng để huấn luyện phần mềm. Thu thập các thông tin tương tự và nhập lên trên hệ thống.

* Chỉ tiêu nghiên cứu: Một số đặc điểm chính về lâm sàng, cắt lớp vi tính sọ não của các bệnh nhân chấn thương sọ não.

Thang điểm kết quả Glasgow (Glasgow Outcome Scale/GOS) là thang điểm được sử dụng rộng rãi để đánh giá kết quả sau theo dõi bệnh nhân CTSN với 5 phân độ từ I – V, chia thành 2 nhóm GOS tốt: IV – V, GOS xấu I – III.

* Phân tích dữ liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, tính toán tỉ lệ, giá trị trung bình, sai số, độ lệch chuẩn bởi Frequencies, Descriptives.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đảm bảo giữ bí mật các thông tin liên quan đến sức khỏe cũng như các thông tin khác của người bệnh trong nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, khám chữa bệnh cho người

dân, không nhằm bất cứ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm phân bố tuổi theo giới tính

Giới	Nam	Nữ	Tổng (n=75)
	56(74,7%)	19(25,3%)	75
Tuổi			
< 20	11 (14,7%)		
20 – 64	49 (65,3%)		
> 64	15 (20,0%)		
Tuổi trung bình ± SD (min,max)	43,22 ± 21,13 (6,81)		

Nhận xét: Tuổi trung bình 43,22 ± 21,13, thấp nhất 6 tuổi, cao nhất 81 tuổi, chấn thương sọ não chủ yếu gặp ở nam, chiếm 74,7%, nhóm tuổi phổ biến từ 20 – 64 tuổi chiếm 65,3%. Chấn thương sọ não mở gặp 3 trường hợp (4%).

Bảng 2. Điểm Glasgow nhập viện và ra viện (n=75)

Glasgow nhập viện	
3 – 8	5 (6,7%)
9 – 12	10 (13,3%)
13 – 15	60 (80,0%)
Trung bình ± SD (min,max)	13,45 ± 2,62 (4,15)
Glasgow ra viện	
3 – 8	3 (4%)
9 – 12	1 (1,3%)
13 – 15	71 (94,7%)
Trung bình ± SD (min,max)	14,21 ± 2,46 (3,15)

Nhận xét: Glasgow nhập viện trung bình 13,45 ± 2,62, thấp nhất 4, cao nhất 15, chủ yếu bệnh nhân có Glasgow từ 13 – 15 điểm, chiếm 80%, từ 3 – 8 điểm chiếm 6,7%. Glasgow ra viện trung bình 14,21 ± 2,46, thấp nhất 3, cao nhất 15, 94,7% bệnh nhân thuộc nhóm 13 – 15 điểm, Glasgow 3 – 8 điểm chiếm 4%.

Bảng 3. Dấu hiệu thần kinh khu trú (n=75)

		Kích thước	
		> 3 mm	< 3 mm
Đồng tử	Trái	7 (9,3%)	68 (90,7%)
	Phải	3 (4%)	72 (96%)
Liệt nửa người	Có	2 (2,7%)	73 (97,3%)
	Không		

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân chấn thương sọ não có kích thước đồng tử < 3 mm (93,3%), trong đó có 2 bệnh nhân liệt nửa người (2,7%).

3.2. Đặc điểm trên cắt lớp vi tính sọ não

Bảng 4. Hình thái tổn thương trên nhu mô (n=75)

Hình thái tổn thương	
Máu tụ ngoài màng	16 (21,3%)
Thể tích trung	16,06±17,37 (5,70)

cứng	bình (cm ³) ± SD (min,max)	
Máu tụ dưới màng cứng	25 (33,3%)	
	Độ dày trung bình (cm) ± SD (min,max)	5,8±5,82 (2,30)
Dập não xuất huyết	36 (48%)	
	Thể tích trung bình (cm ³) ± SD (min,max)	10,19±6,65 (4,40)
Xuất huyết dưới nhện	45 (60%)	Khu trú 14(18,7%)
		Lan tỏa 31(41,3%)

Nhận xét: Xuất huyết dưới nhện và dập não xuất huyết là hai tổn thương thường gặp nhất với tỉ lệ phần trăm lần lượt là (60% và 48%), trong đó chủ yếu là xuất huyết dưới nhện lan tỏa (41,3%). Thể tích trung bình lớn nhất gặp ở máu tụ ngoài màng cứng với 16,06 ± 17,37 cm³.

Bảng 5. Tổn thương gián tiếp và biến chứng (n=75)

Di lệch đường giữa	<5 mm	71 (94,7%)
	5-10 mm	4 (5,3%)
	>10 mm	0 (0%)
Di lệch đường giữa trung bình (cm) ± SD (min,max)	6,57 ± 1,9 (4,9)	
Xóa mờ bể đáy	6 (8%)	
Chảy máu não thất	2 (2,7%)	
Tụ khí nội sọ	14 (18,7%)	

Nhận xét: Di lệch đường giữa phần lớn <5 mm (94,7%), không có bệnh nhân nào di lệch đường giữa >10 mm, xóa mờ bể đáy gặp ở 6 bệnh nhân (8%), chảy máu não thất 2 bệnh nhân (2,7%), trong đó tụ khí nội sọ chiếm nhiều nhất với 14 bệnh nhân (18,7%).

3.3. Kết quả ra viện



Biểu đồ 1. Tử vong tại thời điểm ra viện (n=75)

Nhận xét: Tại thời điểm ra viện, có 3 bệnh nhân tử vong, chiếm 4%, số bệnh nhân sống là 72, chiếm 96%.



Biểu đồ 2. Kết quả 1 tháng (n=75)

Nhận xét: Đánh giá lại bệnh nhân sau 1 tháng, kết quả tốt (GOS: IV – V) chiếm 93,3%, kết quả xấu (GOS: I – III) chiếm 6,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

- **Đặc điểm tuổi, giới.** Trong nghiên cứu chúng tôi, tuổi trung bình các bệnh nhân chấn thương sọ não là 43,22, gần tương đồng với nghiên cứu của Gravesteijn (2020) là 47,4 và Raj (2019) là 48 [6,7]. Thấp hơn tuổi trung bình trong nhóm chấn thương sọ não được mở sọ giải áp của Hanco (2021) là 59,23 [8].

- **Điểm Glasgow.** Glasgow nhập viện trung bình nghiên cứu chúng tôi là $13,45 \pm 2,62$ cao hơn Hanco (2021) $7,25 \pm 3,19$. Tỷ lệ nhóm bệnh nhân Glasgow từ 3 – 8 điểm trong nhóm chúng tôi là 6,7% thấp hơn 17,5% của Hanco (2021) và 69% của Raj (2019) trên nhóm bệnh nhân chấn thương sọ não nặng tại trung tâm hồi sức [7,8]. Nghiên cứu của Hale (2018) trên nhóm bệnh nhân dưới 18 tuổi, tuổi trung bình 6,81, có điểm Glasgow trung bình là $12,90 \pm 3,88$ [9]. Do nhóm bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là các trường hợp chấn thương sọ não nhẹ và vừa (73,34%), nên điểm Glasgow trung bình cao hơn các tác giả khác, với tỷ lệ nhóm Glasgow 3 – 8 điểm thấp hơn.

- **Dấu hiệu thần kinh khu trú.** Với 75 bệnh nhân chấn thương sọ não trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân có kích thước đồng tử <3 mm, chiếm 93,3%. Số bệnh nhân liệt nửa người là 2 (2,7%).

4.2. Hình thái tổn thương trên cắt lớp vi tính sọ não. Tỷ lệ xuất huyết dưới nhện của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu Gravesteijn (2020), 60% so với 73,6%, với tỷ lệ máu tụ ngoài màng cứng cao hơn tác giả, 21,3% so với 16,7% [6]. Theo Hale (2018) tổn thương chủ yếu của nhóm chấn thương sọ não dưới 18 tuổi là máu tụ dưới màng cứng (33%), xuất huyết dưới nhện chỉ chiếm 22%, với 3% là chảy máu não thất tương đồng với chúng tôi (2,7%) [9]. So sánh với nghiên cứu của Hanco (2021), thể tích máu tụ trong não, dập não xuất huyết nghiên cứu chúng tôi là $10,19 \pm 6,65$ cm³ nhỏ hơn $31,46 \pm 36,97$ cm³ của tác giả, độ dày máu tụ dưới màng cứng trung bình nghiên cứu chúng tôi cũng nhỏ hơn, $5,8 \pm 5,82$ cm so với $13,81 \pm 8,02$ cm [8]. Xuất huyết dưới nhện là tổn thương thường gặp phải, ít gặp phải nhất là chảy máu não thất, thể tích máu tụ và độ dày máu tụ trong nghiên cứu chúng tôi nhỏ hơn tác giả do nhóm nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là các bệnh nhân chấn thương sọ não nhẹ và vừa, chiếm 73,34% với phương

pháp điều trị chủ yếu là bảo tồn.

4.3. Kết quả điều trị. Tỷ lệ tử vong ra viện và kết quả xấu (GOS: I – III) trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn Gravesteijn (2020), 4% so với 29%, và 6,7% so với 54% do tác giả nghiên cứu chủ yếu trên nhóm bệnh nhân chấn thương sọ não vừa và nặng [6]. Trong nghiên cứu Hanco (2021) trên nhóm bệnh nhân mở sọ giải áp, tỷ lệ tử vong tại viện là 17,5%, cao hơn chúng tôi, và tăng tới 57,5% sau 6 tháng theo dõi, với kết quả tốt (GOS: IV – V) là 30%, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi là 93,3% [8]. Tỷ lệ tử vong nghiên cứu chúng tôi cũng thấp hơn Raj (2019) trên nhóm chấn thương sọ não nặng với tỷ lệ tử vong 1 tháng là 19% [7]. Nghiên cứu của các tác giả có tỷ lệ tử vong và kết quả xấu cao hơn chúng tôi do nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân nặng, có điều trị phẫu thuật, hoặc phải nằm hồi sức, nghiên cứu chúng tôi điều trị chủ yếu là bảo tồn, với nhóm bệnh nhân chủ yếu chấn thương sọ não mức độ nhẹ và vừa.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình bệnh nhân Chấn thương sọ não $43,22 \pm 21,13$ tuổi, chủ yếu gặp ở nam giới, chiếm 74,7%, phần lớn thuộc nhóm 20 – 64 tuổi, chiếm 65,3%. Glasgow nhập viện trung bình $13,45 \pm 2,62$, chủ yếu bệnh nhân có Glasgow từ 13 – 15 điểm, chiếm 80%, từ 3 – 8 điểm chiếm 6,7%. Glasgow ra viện trung bình $14,21 \pm 2,46$, Glasgow 3 – 8 điểm chiếm 4%. Hình ảnh cắt lớp vi tính: xuất huyết dưới nhện (60%). Dập não xuất huyết (48%) với thể tích máu tụ trung bình là $10,19 \pm 6,65$ (cm³). Di lệch đường giữa trung bình $6,57 \pm 1,9$ (mm), xóa mờ bể đáy chiếm 8%, chảy máu não thất chiếm 2,7%, tụ khí nội sọ chiếm 18,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Demlie TA, Alemu MT, Messelu MA, Wagnew F, Mekonen EG. Incidence and predictors of mortality among traumatic brain injury patients admitted to Amhara region Comprehensive Specialized Hospitals, northwest Ethiopia, 2022. BMC Emerg Med. May 24 2023;23(1):55. doi:10.1186/s12873-023-00823-9
2. Tegegne NG, Fentie DY, Tegegne BA, Admassie BM. Incidence and Predictors of Mortality Among Patients with Traumatic Brain Injury at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia: A Retrospective Follow-Up Study. Patient Relat Outcome Meas. 2023;14: 73-85. doi:10.2147/PROM.S399603
3. Maas AIR, Menon DK, Adelson PD, et al. Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. Lancet Neurol. Dec 2017;16(12):987-1048. doi:10.1016/S1474-4422(17)30371-X

4. Zhang H, Ji J, Liu Z, et al. Artificial intelligence for the diagnosis of clinically significant prostate cancer based on multimodal data: a multicenter study. BMC Med. Jul 24 2023;21(1):270. doi:10.1186/s12916-023-02964-x
5. Lee S, Reddy Mudireddy A, Kumar Pasupula D, et al. Novel Machine Learning Approach to Predict and Personalize Length of Stay for Patients Admitted with Syncope from the Emergency Department. J Pers Med. Dec 20 2022;13(1)doi:10.3390/jpm13010007
6. Gravestijn BY, Nieboer D, Ercole A, et al. Machine learning algorithms performed no better than regression models for prognostication in traumatic brain injury. J Clin Epidemiol. Jun 2020; 122: 95-107. doi:10.1016/j.jclinepi.2020. 03.005
7. Raj R, Luostarinen T, Pursiainen E, et al. Machine learning-based dynamic mortality prediction after traumatic brain injury. Sci Rep. Nov 27 2019;9(1): 17672. doi:10.1038/s41598-019-53889-6
8. Hanko M, Grendar M, Snopko P, et al. Random Forest-Based Prediction of Outcome and Mortality in Patients with Traumatic Brain Injury Undergoing Primary Decompressive Craniectomy. World Neurosurg. Apr 2021;148:e450-e458. doi:10.1016/j.wneu.2021.01.002
9. Hale AT, Stonko DP, Brown A, et al. Machine-learning analysis outperforms conventional statistical models and CT classification systems in predicting 6-month outcomes in pediatric patients sustaining traumatic brain injury. Neurosurg Focus. Nov 1 2018;45(5):E2. doi:10.3171/2018.8.FOCUS17773

KHẢO SÁT TỶ LỆ HUYẾT THANH DƯƠNG TÍNH VỚI ẤU TRÙNG TOXOCARA SPP. VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÂN VIÊN CỦA CÔNG TY THÉP NĂM 2024

Lê Minh Chí¹, Nguyễn Văn Phúc¹, Nguyễn Thị Cẩm Nhung¹,
Văn Thị Thanh Thủy¹, Nguyễn Thị Tường Vân², Phạm Trương Trúc Giang²,
Võ Trịnh Hà Nguyên³, Trần Thị Huệ Vân²

TÓM TẮT

Toxocarasis là bệnh ký sinh trùng có thể âm thầm lây nhiễm thông qua việc tiếp xúc với trứng chứa ấu trùng giun đũa chó/mèo. Dù được ghi nhận phổ biến tại Việt Nam, dữ liệu ở nhóm công nhân công nghiệp vốn có nguy cơ môi trường đặc thù, vẫn còn rất hạn chế, tạo nên khoảng trống cần được khảo sát. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ huyết thanh dương tính với Toxocara spp. ở công nhân hai nhà máy thép lớn; Phân tích các yếu tố liên quan đến huyết thanh dương tính bao gồm kiến thức, hành vi, triệu chứng và chỉ số cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả phân tích được tiến hành từ ngày 12/2024 tới ngày 05/2025 trên 395 công nhân công ty thép khám sức khỏe định kỳ tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM. Thu thập dữ liệu nhân khẩu học, kiến thức, hành vi, triệu chứng và kết quả cận lâm sàng (eosinophil, ALT, AST) qua phỏng vấn và xét nghiệm. **Kết quả:** Tỷ lệ huyết thanh dương tính là 27,6% (109/395). Các yếu tố có ý nghĩa thống kê với kết quả huyết thanh dương tính là ăn rau sống thường xuyên ($p=0,01$), không rửa tay sau khi tiếp xúc với chó/mèo ($p=0,013$), vệ sinh chuồng trại không thường xuyên ($p=0,004$), trực tiếp xử lý phân chó/mèo

($p=0,021$) và không tẩy giun định kỳ cho vật nuôi ($p=0,002$). Không có mối liên quan giữa huyết thanh dương tính và giới tính, độ tuổi, hình thức nuôi chó/mèo, thói quen rửa tay trước khi ăn, men gan ALT/AST và tổng bạch cầu (WBC). **Kết luận:** Tỷ lệ huyết thanh dương tính với Toxocara spp. trong nhóm công nhân được ghi nhận ở mức cao so với các nghiên cứu nội địa. Thiếu kiến thức phòng bệnh và thói quen ăn rau sống là những yếu tố nguy cơ nổi bật.

SUMMARY

SURVEY OF SEROPOSITIVE RATE FOR TOXOCARA SPP. LARVA AND RELATED FACTORS IN EMPLOYEES OF SHEET STEEL COMPANY, 2024 YEAR

Toxocarasis is a parasitic disease that can be silently transmitted through contact with eggs containing dog/cat roundworm larvae. Although widely recognized in Viet Nam, data on industrial workers with specific environmental risks are still very limited, creating a gap that needs to be surveyed. **Objectives:** To determine the rate of seropositivity for Toxocara spp. in workers of two large steel factories; To analyze factors related to seropositivity including knowledge, behavior, symptoms and paraclinical indicators. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted from 12/2024 to 05/2025 with 395 workers undergoing periodic health check-ups. Demographic data, knowledge, behavior, symptoms and paraclinical results (eosinophil, ALT, AST) were collected through interviews and tests. **Results:** The rate of seropositivity was 27.6% (109/395). Factors that were statistically significant with positive serum results were

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Đại học Y Dược TP.HCM

³Trường Đại học Khoa học Sức khỏe

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Chí

Email: chi.lm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

frequent consumption of raw vegetables ($p=0.01$), not washing hands after contact with dogs/cats ($p=0.013$), irregular cleaning of cages ($p=0.004$), direct handling of dog/cat feces ($p=0.021$) and not regularly deworming pets ($p=0.002$). There was no association between positive serum and gender, age, type of dog/cat raising, habit of washing hands before eating, liver enzymes ALT/AST and total white blood cells (WBC). **Conclusion:** The seropositivity rate for *Toxocara* spp. in the worker group was recorded at a high level compared to domestic studies. Lack of disease prevention knowledge and the habit of eating raw vegetables were prominent risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ấu trùng giun đũa chó/mèo là một bệnh ký sinh trùng do ấu trùng *Toxocara canis* và *Toxocara cati* gây ra, lây truyền từ chó và mèo sang người thông qua trung gian trứng giun có phôi trong đất, thực phẩm. Sau khi xâm nhập, ấu trùng không phát triển thành giun trưởng thành ở người mà di chuyển qua nhiều cơ quan gây tổn thương gan, phổi, thần kinh trung ương, và thường kèm theo những triệu chứng không đặc hiệu như ngứa, sốt, ho, tổn thương mắt hay đau bụng. Bệnh có thể biểu hiện từ thể ẩn không triệu chứng đến thể toàn thân phức tạp, khó nhận biết trong lâm sàng thông thường.

Trên toàn cầu, tỷ lệ huyết thanh dương tính với *Toxocara* spp. ước tính khoảng 19%, riêng khu vực Đông Nam Á lên đến 34% [1]. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cộng đồng đã ghi nhận tỷ lệ dao động từ 17,67% đến gần 60%, chủ yếu tại các vùng nông thôn và nhóm dân cư có thói quen ăn uống không bảo đảm vệ sinh [2-5]. Tuy nhiên, dữ liệu ở nhóm công nhân hiện còn rất hạn chế. Đây là nhóm đối tượng có đặc thù sinh hoạt và làm việc trong môi trường khép kín, điều kiện vệ sinh hạn chế, thường ăn tại căng tin tập thể. Những yếu tố này có thể làm tăng nguy cơ phơi nhiễm với ấu trùng *Toxocara* spp. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ huyết thanh dương tính với *Toxocara* spp. ở công nhân hai công ty thép tại miền Nam Việt Nam, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan như kiến thức, hành vi và các chỉ số cận lâm sàng. Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần bổ sung bằng chứng dịch tễ học và đề xuất can thiệp y tế công cộng phù hợp cho nhóm nguy cơ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.
- Cỡ mẫu tối thiểu ước tính được tính theo công thức:

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

Trong đó: $\alpha = 0,05$: mức ý nghĩa thống kê; $Z(1-\alpha/2) = 1,96$: trị số phân phối chuẩn với khoảng tin cậy 95%; $d = 0,05$: độ chính xác mong muốn giữa mẫu và quần thể; $p = 0,578$: tỷ lệ người dương tính ấu trùng giun đũa chó mèo ước tính dựa vào nghiên cứu của Thân Trọng Quang tại Bệnh viện Đại học Tây Nguyên [2]. Theo công thức tính được cỡ mẫu là 374, thực tế thu được 395 mẫu.

- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người tham gia khám sức khỏe trong thời gian từ tháng 16/04/2024 tới 14/05/2024 có thực hiện xét nghiệm ELISA tìm kháng thể kháng *Toxocara* spp., xét nghiệm sinh hóa, công thức máu và đồng ý tham gia nghiên cứu có ký cam kết.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người không lấy đủ mẫu và không đủ kết quả xét nghiệm, không lấy đủ thông tin trong bảng câu hỏi.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Bộ câu hỏi: thiết kế sẵn bộ câu hỏi để thu thập thông tin người tham gia.

- Xét nghiệm cận lâm sàng: phương pháp ELISA xác định kháng thể đối với *Toxocara* spp. trong mẫu huyết thanh của bệnh nhân, thu thập kết quả tại bệnh viện Đại học Y Dược Cơ sở 1.

2.4. Xử lý số liệu. Dùng phần mềm Excel để nhập liệu, sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích số liệu. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng. Giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu này đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 157/GCN-HĐĐĐ của Bệnh viện Đại học Y dược TP HCM chấp thuận ngày 29/11/2024

Nghiên cứu này chỉ thu thập số liệu dựa trên thông tin mà người tham gia cung cấp và kết quả xét nghiệm cần thiết, sẽ không gây ra đau đớn cho người tham gia. Người tham gia trên tinh thần tự nguyện có quyền không tham gia nghiên cứu và không trả lời bất cứ câu hỏi nào nếu cảm thấy khó chịu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ huyết thanh dương tính với *Toxocara* spp.

Bảng 1. Tỷ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng *Toxocara* spp.

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dương tính	109	27,6
Âm tính	286	72,4
Tổng	395	100

Nhận xét: nghiên cứu thực hiện trên 395 nhân viên, tỷ lệ huyết thanh dương tính với Toxocara spp. trong quần thể nghiên cứu là 27,6%.

3.2. Đặc điểm dân số tham gia nghiên cứu

Bảng 2. Tình trạng dương tính theo đặc điểm nhân khẩu học

	Biến số	Dương tính n (%)	Âm tính n (%)	p-value
Giới tính	Nam	103 (94,5%)	265 (92,7%)	0,66
	Nữ	6 (5,5%)	21 (7,3%)	
Nhóm tuổi	20–40 tuổi	52 (47,7%)	113 (39,5%)	0,17
	41–61 tuổi	57 (52,3%)	173 (60,5%)	
Nghề nghiệp	Công nhân	83 (76,1%)	215 (75,2%)	0,90
	Hành chính	26 (23,9%)	71 (24,8%)	
Học vấn	Cấp 1	0 (0%)	1 (0,3%)	0,32
	Cấp 2	0 (0%)	1 (0,3%)	
	Cấp 3	81 (74,3%)	186 (65,0%)	
	Cấp 4	28 (25,7%)	98 (34,3%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng dương tính giữa các nhóm giới tính, tuổi, nghề nghiệp và học vấn ($p > 0,05$).

3.3. Các yếu tố liên quan đến huyết thanh dương tính

Bảng 3. Kiến thức người tham gia nghiên cứu liên quan tới tình trạng dương tính

	Kiến thức	Dương tính n(%)	Âm tính n(%)	p-value	OR (95% CI)
Nghe về bệnh	Có	102 (93,6)	242 (84,6)	0,018	0,38 (0,165 - 0,866)
	Không	7 (6,4)	44 (15,4)		
Đường lây bệnh	Ăn uống	46 (42,2)	128 (44,8)	0,65	0,9 (0,577 - 1,408)
	Khác	63 (57,8)	158 (55,2)		
Biết vị trí ấu trùng ký sinh khác	Người	9 (8,3)	38 (13,3)	0,22	1,7 (0,794-3,651)
	Khác	100 (91,7)	248 (86,7)		

Nhận xét: Trong 395 người tham gia khảo sát, 344 người tham gia khảo sát cho biết họ có nghe về bệnh, trong đó 102 người dương tính với ấu trùng Toxocara spp., chiếm 93,6% trong nhóm dương tính, $p=0,018$ cho thấy biến: "nghe về bệnh" có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, các

yếu tố khác như hiểu biết về đường lây truyền qua ăn uống ($p = 0,65$; OR = 0,9; KTC 95%: 0,577–1,408) và vị trí ký sinh của ấu trùng ở người ($p = 0,22$; OR = 1,7; KTC 95%: 0,794–3,651) không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Hành vi người tham gia nghiên cứu liên quan tới tình trạng dương tính

	Hành vi	Dương tính n(%)	Âm tính n(%)	Tổng	p-value
Tiếp xúc đất nơi có chó/mèo	Không bao giờ	54 (49,5)	177 (61,9)	231 (58,5)	0,068
	Thỉnh thoảng	49 (45,0)	93 (32,5)	142 (35,9)	
	Thường xuyên	6 (5,5)	16 (5,6)	22 (5,6)	
Tiếp xúc chó/mèo	Không bao giờ	69 (63,3)	214 (74,8)	283 (71,6)	0,072
	Thỉnh thoảng	31 (28,4)	57 (19,9)	88 (22,2)	
	Thường xuyên	9 (8,3)	15 (5,2)	24 (6,1)	
Ăn rau sống	Không bao giờ	1 (0,9)	12 (4,2)	13 (3,3)	0,01
	Thỉnh thoảng	56 (51,4)	180 (62,9)	236 (59,7)	
	Thường xuyên	52 (47,7)	94 (32,9)	146 (37,0)	
Rửa tay trước khi ăn	Không	7 (6,4)	18 (6,3)	25 (6,3)	1,0
	Có	102 (93,6)	268 (93,7)	370 (93,7)	
Rửa tay sau khi tiếp xúc đất	Không	5 (4,6)	17 (5,9)	22 (5,6)	0,064
	Có	104 (95,4)	269 (94,1)	373 (94,4)	
Rửa tay sau khi tiếp xúc chó/mèo	Không	4 (3,7)	35 (12,2)	39 (9,9)	0,013
	Có	105 (96,3)	251 (87,8)	356 (90,1)	

Nhận xét: Theo bảng 4, thói quen ăn rau sống có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ dương tính ($p = 0,01$), trong đó nhóm "không bao giờ ăn" có tỷ lệ dương tính thấp hơn đáng kể. Không rửa tay sau khi tiếp xúc với chó/mèo cũng liên quan đến tỷ lệ dương tính cao

hơn ($p = 0,013$). Các hành vi như tiếp xúc đất nơi có chó/mèo và tiếp xúc với chó/mèo có xu hướng làm tăng nguy cơ phơi nhiễm nhưng chưa đạt mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,068$ và $0,072$). Các hành vi khác như rửa tay trước khi ăn và sau tiếp xúc đất không cho thấy sự khác biệt có ý

nghĩa ($p > 0,05$).

Bảng 5. Các yếu tố liên quan giữa nuôi chó/mèo và huyết thanh dương tính

		Dương tính n(%)	Âm tính n(%)	Tổng	p-value
Nuôi chó/mèo	Có	38 (34,9)	78 (27,4)	116 (29,4)	0,17
	Không	71 (65,1)	207 (72,6)	278 (70,6)	
Tuổi chó/mèo	<6 tháng	6 (15,8)	10 (12,8)	16 (13,8)	0,72
	6 - 12 tháng	5 (13,2)	15 (19,2)	20 (17,2)	
	>12 tháng	27 (71,1)	53 (67,9)	80 (69,0)	
Hình thức nuôi	Nuôi nhốt	10 (26,3)	18 (23,1)	28 (24,1)	0,55
	Thả rông	9 (23,7)	13 (16,7)	22 (19,0)	
	Vừa thả, vừa nhốt	19 (50,0)	47 (60,2)	66 (56,9)	
Tần suất vệ sinh chuồng	Thường xuyên	11 (28,9)	45 (57,7)	56 (48,3)	0,004
	Thỉnh thoảng	20 (52,6)	29 (37,2)	49 (42,2)	
	Không bao giờ	7 (18,4)	4 (5,1)	11 (9,5)	
Trực tiếp xử lý phân	Không	19 (50,0)	21 (26,9)	40 (34,5)	0,021
	Có	19 (50,0)	57 (73,1)	76 (65,5)	
Cách xử lý phân	Hốt bỏ sọt rác	13 (34,2)	17 (21,8)	30 (25,9)	0,32
	Hốt bỏ vào nhà vệ sinh	9 (23,7)	30 (38,5)	39 (33,6)	
	Dẫn ra công viên	6 (15,8)	9 (11,5)	15 (12,9)	
	Cách khác	10 (26,3)	22 (28,2)	32 (27,6)	
Tẩy giun định kỳ cho chó/mèo	Không	18 (47,4)	15 (19,2)	33 (28,4)	0,002
	Có	20 (52,6)	63 (80,8)	83 (71,6)	

Nhận xét: Kết quả cho thấy không tẩy giun định kỳ cho chó/mèo làm tăng nguy cơ huyết thanh dương tính rõ rệt với $p = 0,002$. Việc trực tiếp xử lý phân chó/mèo ($p = 0,021$) và không thường xuyên vệ sinh chuồng trại ($p = 0,004$) cũng làm tăng nguy cơ dương tính với *Toxocara* spp. Ngược lại, việc có nuôi chó/mèo hay không, độ tuổi vật nuôi, hình thức nuôi, hay cách xử lý phân không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với kết quả dương tính ($p > 0,05$).

Bảng 6. Triệu chứng lâm sàng ở người đã nhiễm

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ trên số ca mắc (%)
Ngứa nổi mẩn	57	50,4	57,6
Đau bụng, rối	16	14,2	16,2

loạn tiêu hóa			
Triệu chứng khác	13	11,5	13,1
Không có triệu chứng	6	5,3	6,1
Nhức mồm, tê bì	6	5,3	6,1
Đau đầu	3	2,7	3,0

Nhận xét: Triệu chứng phổ biến nhất là ngứa, nổi mẩn da, chiếm 50,4% tổng số người mắc và xuất hiện ở 57,6% số ca dương tính. Các triệu chứng khác như đau bụng, rối loạn tiêu hóa (16,2%), triệu chứng không điển hình (13,1%), và không có triệu chứng rõ ràng (6,1%) cũng được ghi nhận. Ngoài ra, một số biểu hiện toàn thân như nhức mồm, tê bì chân tay (6,1%) và đau đầu (3,0%) xuất hiện với tần suất thấp hơn.

Bảng 7. Mối liên quan giữa chỉ số cận lâm sàng và tình trạng huyết thanh dương tính

	Cận lâm sàng	Dương tính N (%)	Âm tính N (%)	Tổng	p-value	OR KTC 95%
WBC	Không tăng	102 (93,6)	266 (93,0)	368 (93,2)	1,0	1,1
	Tăng	7 (6,4)	20 (7,0)	27 (6,8)		0,450-2,669
EOS	Không tăng	102 (93,6)	280 (97,9)	382 (96,7)	0,052	0,31
	Tăng	7 (6,4)	6 (2,1)	13 (3,3)		0,103-0,951
ALT	Không tăng	87 (79,8)	224 (78,3)	311 (78,8)	0,79	1,1
	Tăng	22 (20,2)	62 (21,7)	84 (21,3)		0,634-1,889
AST	Không tăng	84 (77,1)	222 (77,6)	306 (77,5)	1,0	0,97
	Tăng	25 (22,9)	64 (22,4)	89 (22,5)		0,572-1,639

Nhận xét: Kết quả phân tích các chỉ số cận lâm sàng cho thấy đa số người dương tính không có bất thường huyết học rõ rệt. Tăng bạch cầu ái toan (EOS) có xu hướng liên quan với tình trạng huyết thanh dương tính (6,4% ở nhóm dương

tính so với 2,1% ở nhóm âm tính), với $p = 0,052$ và OR = 0,31; KTC 95%: 0,103–0,951, gần đạt mức ý nghĩa thống kê, gợi ý rằng tăng EOS có thể là một dấu hiệu gợi ý nhiễm *Toxocara* spp. Trong khi đó, các chỉ số khác như tăng bạch cầu

toàn phần (WBC), ALT, và AST không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm với $p > 0,7$. Tỷ lệ tăng men gan (ALT, AST) tương đương giữa nhóm dương và âm tính, với OR gần 1 và khoảng tin cậy 95% bao trùm giá trị 1.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng *Toxocara spp.* Tỷ lệ huyết thanh dương tính với *Toxocara spp.* trong nghiên cứu này đạt 27,6%, phản ánh mức độ lưu hành đáng kể trong cộng đồng công nhân công nghiệp. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu tại Khánh Hòa của Nguyễn Đông [3] ghi nhận 57,66% bệnh nhân có huyết thanh dương tính, và cao hơn kết quả trong nghiên cứu cộng đồng của Phan Văn Trọng tại tỉnh Bình Phước [4] với tỷ lệ dương tính là 18,5%. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi yếu tố địa lý, mức độ tiếp xúc với vật nuôi và điều kiện vệ sinh khác nhau giữa các vùng dân cư. Tuy nhiên, kết quả vẫn cho thấy tỷ lệ nhiễm cao hơn mức trung bình toàn cầu (19%) và tương đương khu vực Đông Nam Á (34%) như báo cáo của Rostami và cộng sự [1] vào năm 2019, khẳng định tính phổ biến của toxocariasis ngay cả trong nhóm dân số công nghiệp.

4.2. Đặc điểm dân số tham gia nghiên cứu. Phân tích đặc điểm nhân khẩu học cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu là nam giới, chiếm 93,2% trong tổng số, tất cả người tham gia nghiên cứu đều trong độ tuổi lao động (từ 20–61 tuổi), trình độ học vấn chủ yếu ở mức phổ thông trung học (67,6%). Đây là đặc điểm tương đối đặc trưng của nhóm công nhân trong môi trường sản xuất công nghiệp. Kết quả cho thấy không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố nhân khẩu học như giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn hay mức thu nhập với tình trạng huyết thanh dương tính với *Toxocara spp.* Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trong nước như của Phan Văn Trọng tại Bình Phước [4] và Lê Nguyễn Uyên Phương tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh [4] đều cho kết quả không có ý nghĩa thống kê giữa huyết thanh dương tính với các đặc điểm nhân khẩu học. Điều này cho thấy nguy cơ dương tính với ấu trùng *Toxocara spp.* có thể bị ảnh hưởng nhiều hơn bởi các yếu tố khác như thói quen sinh hoạt, môi trường sống hay vệ sinh ăn uống hơn là các đặc điểm về nhân khẩu học.

4.3. Các yếu tố liên quan đến huyết thanh dương tính

Kiến thức và hành vi của người tham gia. Về kiến thức, chỉ có yếu tố “nghe về bệnh” cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với huyết

thanh dương tính ($p = 0,018$; OR = 0,38; KTC 95%: 0,165–0,866), phản ánh vai trò của giáo dục truyền thông trong phòng bệnh. Các yếu tố kiến thức sâu hơn như hiểu đường lây truyền hoặc vị trí ký sinh của ấu trùng không có mối liên hệ thống kê, cho thấy tầm ảnh hưởng chủ yếu đến từ nhận thức cơ bản.

Về hành vi cá nhân, kết quả cho thấy các thói quen vệ sinh không đảm bảo là yếu tố nguy cơ đáng kể. Cụ thể, hành vi ăn rau sống có liên quan thống kê với tình trạng huyết thanh dương tính ($p = 0,01$), phù hợp với cơ chế lây truyền qua đường tiêu hóa. Tương tự, không rửa tay sau khi tiếp xúc với chó/mèo cũng làm tăng nguy cơ phơi nhiễm ($p = 0,013$), phản ánh tầm quan trọng của vệ sinh cá nhân trong phòng ngừa toxocariasis. Kết quả này phù hợp với báo cáo của Mubarak và cộng sự năm 2023 tại Ai Cập [6], ghi nhận hành vi vệ sinh cá nhân tốt giúp làm giảm tỷ lệ huyết thanh dương tính đáng kể.

Một số yếu tố liên quan đến vật nuôi cũng có ý nghĩa quan trọng. Những người không tẩy giun định kỳ cho chó/mèo có tỷ lệ dương tính cao hơn rõ rệt so với nhóm nuôi nhưng không tẩy giun cho chó/mèo ($p = 0,002$). Bên cạnh đó, trực tiếp xử lý phân vật nuôi ($p = 0,021$) và không vệ sinh chuồng trại thường xuyên ($p = 0,004$) đều là những yếu tố làm tăng nguy cơ lây nhiễm. Việc nâng cao nhận thức và hướng dẫn cách chăm sóc vật nuôi đúng cách là một trong những biện pháp can thiệp thiết thực, có thể mang lại hiệu quả lâu dài trong việc phòng bệnh.

Triệu chứng lâm sàng và kết quả cận lâm sàng. Về mặt lâm sàng, biểu hiện phổ biến nhất là ngứa và nổi mẩn da chiếm 57,6%, tiếp theo là rối loạn tiêu hóa với tỷ lệ 16,2% và các triệu chứng không điển hình khác. Khoảng 6,1% trường hợp dương tính không có triệu chứng, phản ánh đặc điểm lâm sàng không đặc hiệu trong toxocariasis. Nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Nguyễn Ngọc Thanh Quyên tại Đồng Nai [7], kết quả đều cho thấy các biểu hiện ngoài da chiếm đa số trong các ca bệnh. Chỉ với những biểu hiện như ngứa da, đau bụng hay các triệu chứng không đặc hiệu khác, bệnh có thể bị bỏ sót hay nhầm lẫn với các bệnh lý dị ứng, tiêu hóa hoặc nhiễm ký sinh trùng khác, nên tăng cường sàng lọc trong cộng đồng đặc biệt trong nhóm có yếu tố nguy cơ, nhằm phát hiện và can thiệp sớm, hạn chế nguy cơ diễn tiến âm thầm và các biến chứng lâu dài.

Xét nghiệm sinh hóa và huyết học thường được dùng để hỗ trợ đánh giá tình trạng nhiễm ký sinh trùng, trong nghiên cứu này, tăng bạch cầu ái toan (EOS) là chỉ số duy nhất có xu hướng

liên quan ý nghĩa với huyết thanh dương tính ($p = 0,052$; $OR = 0,31$; $KTC\ 95\%: 0,103-0,951$). Trong khi đó, WBC, ALT và AST không có sự khác biệt có ý nghĩa, cho thấy ác chỉ số này thiếu độ nhạy và độ đặc hiệu để được sử dụng như công cụ sàng lọc hoặc định hướng chẩn đoán riêng lẻ cho Toxocariasis. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Kim Hong Seok tại Hàn Quốc [8] xác định rằng eosinophil có thể là dấu hiệu gợi ý, nhưng không đặc hiệu trong chẩn đoán. Sự hiện diện của chỉ số cận lâm sàng bình thường không loại trừ khả năng nhiễm, đặc biệt trong các trường hợp tiềm ẩn thường gặp tại cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ huyết thanh dương tính với Toxocara spp. trong 395 người được khảo sát là 27,6%
- Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là ngứa da và rối loạn tiêu hóa.
- Nhiều yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê như ăn rau sống, không rửa tay sau tiếp xúc chó/mèo, không tẩy giun vật nuôi và vệ sinh chuồng thú nuôi kém ($p < 0,05$).
- Các yếu tố nhân khẩu học như giới tính, độ tuổi, giới tính, nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rostami A, Riahi SM, Holland CV, Taghipour A, Khalili-Fomeshi M, Fakhri Y, et al.** Seroprevalence estimates for toxocariasis in people worldwide: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis.* 2019 Dec 19;13(12): e0007809. doi: 10.1371/journal.pntd. 0007809.
2. **Thân Trọng Quang, Trần Vũ Hòa, Nguyễn Trần Uyên Phương.** Tỷ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng Toxocara canis và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đại học Tây Nguyên, năm 2021. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2022;518(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v518i1.3369>.
3. **Nguyen Dong, Le Minh Tai, Nguyen Vu Quoc Binh, Le Quang Loi, Ly Thi My Chau, Truong Thi Tim, et al.** Seroprevalence of IgG antibodies of human toxocariasis and associated risk factors in Khanh Hoa province. *Vietnam J Infect Dis.* 2023;4(44):17–23. doi:10.59873/vjid.v4i44.324.
4. **Phan Văn Trọng, Nguyễn Long Anh, Phan Hoàng Thái Bảo.** Tỷ lệ huyết thanh dương tính ấu trùng Toxocara canis ở người dân phường An Lộc, thị xã Bình Long, tỉnh Bình Phước. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024 Jan;533(2). doi:10.51298/vmj.v533i2.7976.
5. **Lê Nguyễn Uyên Phương, Trần Thị Huệ Vân, Phạm Lê Duy.** Tỷ lệ nhiễm và các yếu tố liên quan đến nhiễm Toxocara canis trên bệnh nhân mày đay mạn tính đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022–2023. *Viet Med J.* 2023;530(2). doi:10.51298/vmj.v530i2.6852.
6. **Mubarak AG, Mohammed ES, Elaadli H, Alzaylaee H, Hamad RS, Elkholi WA, et al.** Prevalence and risk factors associated with Toxocara canis in dogs and humans in Egypt: A comparative approach. *Vet Med Sci.* 2023 Nov;9(6):2475–2484. doi: 10.1002/vms3.1228. Epub 2023 Sep 29. PMID: 37772411; PMCID: PMC10650255.
7. **Nguyễn Thị Thanh Quyên.** Đánh giá kết quả và tính an toàn của Albendazol, Ivermectin trên bệnh nhân ấu trùng giun đũa chó tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai (2022 - 2023). *Tạp Chí Y học cộng đồng.* 2024;65(CD1 - Liên chi hội Phẫu thuật ban tay). doi:10.52163/yhc.v65iCD1.968.
8. **Kim HS, Jin Y, Choi MH, Kim JH, Lee YH, Yoon CH, Hwang EH, Kang H, Ahn SY, Kim GJ, Hong ST.** Significance of serum antibody test for toxocariasis in healthy healthcare examinees with eosinophilia in Seoul and Gyeongsangnam-do, Korea. *J Korean Med Sci.* 2014 Dec;29(12): 1618–1625. doi:10.3346/jkms.2014.29.12.1618.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ SA SÚT TRÍ TUỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ QUẢNG NGÃI

Võ Đình Kỳ¹, Nguyễn Hoàng Thùy Linh²

TÓM TẮT

Sa sút trí tuệ là một trong những bệnh lý mạn tính ngày càng phổ biến trong cộng đồng, thường gặp ở người cao tuổi, gây suy giảm nhận thức, ảnh hưởng

đến trí nhớ, định hướng, tính toán, khả năng học tập, ngôn ngữ và phán đoán, thay đổi khả năng kiểm soát cảm xúc, hành vi làm ảnh hưởng đến hoạt động sống bản thân, gia đình và xã hội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 568 người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) đang sinh sống tại Thành phố Quảng Ngãi. Nghiên cứu được tiến hành qua 2 giai đoạn: sàng lọc bằng thang đo MMSE, khám chuyên khoa xác định sa sút trí tuệ. Kết quả tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ bằng thang đo MMSE là 26,9 %, tỷ lệ hiện mắc sa sút trí tuệ theo ICD - 10 là 24,1%. Phân tích hồi qui đa biến logistic các yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ: Tuổi, kinh tế gia đình, bệnh mạn tính, tiền sử gia đình

¹Bệnh viện Tâm thần tỉnh Quảng Ngãi

²Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Thùy Linh

Email: nhtlinh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

mắc rối loạn tâm thần và chất lượng cuộc sống ($p < 0,05$). **Từ khóa:** Sa sút trí tuệ, người cao tuổi, thang đo MMSE, ICD-10

SUMMARY

PREVALENCE OF DEMENTIA AND ASSOCIATED FACTORS AMONG ELDERLY IN QUANG NGAI CITY

Dementia is an increasingly prevalent chronic condition, particularly among the elderly. It leads to progressive cognitive impairment, affecting memory, orientation, thinking, language, learning ability, judgment, and emotional and behavioral regulation, thereby reducing the quality of life of patients, their families, and society. Determining the prevalence and associated factors of dementia in the community is essential for prevention and management strategies. A cross-sectional descriptive study was conducted on 568 elderly individuals (≥ 60 years old) residing in Quang Ngai City, Vietnam. The study consisted of two phases: initial screening for suspected dementia using the Mini-Mental State Examination (MMSE) scale, followed by specialist examination to confirm diagnosis based on ICD-10 criteria. Multivariate logistic regression analysis was applied to identify factors associated with dementia, with statistical significance set at $p < 0.05$. The prevalence of dementia was 26.9% based on MMSE screening and 24.1% according to ICD-10 criteria. Factors significantly associated with dementia included: older age, lower household economic status, presence of chronic diseases, family history of mental disorders, and poor quality of life ($p < 0.05$). Dementia is a notable public health issue among the elderly in Quang Ngai City, with a high prevalence and significant associations with socio-economic, health, and quality of life factors. Early screening, risk factor management, and community-based interventions are recommended to reduce the burden of dementia.

Keywords: Dementia; elderly; MMSE; ICD-10.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ là bệnh lý suy giảm trí nhớ tiến triển gây ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày của người bệnh đồng thời gây ra gánh nặng chăm sóc nặng nề cho gia đình cũng như xã hội. Sa sút trí tuệ phổ biến trên toàn thế giới với 44,35 triệu người bệnh vào năm 2013, dự kiến 75,62 triệu người bệnh vào năm 2030 và dự đoán lên đến 81,1 triệu người bệnh vào năm 2040. Theo báo cáo của hội bệnh Alzheimer Thế giới năm 2015, cứ mỗi 3 giây là thế giới có 1 người bị bệnh sa sút trí tuệ. Đến nay, có hơn 50 triệu người trên thế giới bị chứng sa sút trí tuệ, trong đó khoảng 45% xảy ra ở các nước Châu Á. Chi phí dành cho chăm sóc, điều trị bệnh nhân sa sút trí tuệ hàng năm trên toàn thế giới ước tính khoảng 800 tỷ USD (tương đương 1% GDP toàn cầu), và sẽ đạt tới 2.000 tỷ USD vào năm 2030 (WHO) [5].

Việt Nam đang có tốc độ già hóa dân số rất nhanh, hiện số người từ 60 tuổi trở lên chiếm khoảng 11% dân số và tỷ lệ này được dự đoán tiếp tục tăng cao trong những năm tới. Nghiên cứu về sa sút trí tuệ ở Việt Nam đã được tiến hành nhiều nơi với tỉ lệ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi khá cao. Tại địa bàn Quảng Ngãi các nghiên cứu về sa sút trí tuệ chưa nhiều, đặc biệt là nghiên cứu tại cộng đồng rất ít. Vì vậy, chúng tôi chọn đề tài: "Nghiên cứu tỷ lệ sa sút trí tuệ và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại Thành phố Quảng Ngãi", với mục tiêu (1) Xác định tỷ lệ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại Thành phố Quảng Ngãi. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn. Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) và người chăm sóc chính (trong trường hợp đối tượng hạn chế trong giao tiếp), có hộ khẩu thường trú tại Thành phố Quảng Ngãi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối tượng và gia đình không hợp tác hoặc từ chối nghiên cứu.

- Đang mắc bệnh nặng, mất khả năng nghe nhìn không thể trả lời phỏng vấn được.

2.2. Địa điểm nghiên cứu. Gồm 04 xã, phường được chọn trên địa bàn Thành phố Quảng Ngãi

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

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

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu

a. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; p là tỷ lệ ước đoán từ nghiên cứu trước đó: Chọn $p = 21,4\%$ [1]; $Z_{\alpha/2}$ là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê (1,96, mức ý nghĩa thống kê = 5%); d là mức sai số chấp nhận 5%; Hệ số thiết kế DE là 2. Để giảm sai số, nhân với hệ số thiết kế $DE = 2$ và lấy thêm 10% dự trừ, cỡ mẫu tối thiểu $n = 560$. Cỡ mẫu thu được $n = 568$.

b. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu 2 giai đoạn.

Giai đoạn 1: Bước 1: Chia các xã/phường làm 02 khu vực nội thành và ngoại thành

- Vùng ngoại thành gồm 14 xã, có dân số 149.357 người, trong đó có 14.376 NCT

- Vùng nội thành gồm 9 phường, có dân số 129.139 người, trong đó có 13.357 NCT

Bước 2: Chọn xã/phường và cỡ mẫu tương ứng.

- Vùng ngoại thành chọn 2 xã: Tịnh Thiện và Nghĩa Dũng.

- Vùng nội thành chọn 2 phường: Trương Quang Trọng và Lê Hồng Phong.

Giai đoạn 2: Trong 04 xã, phường được chọn, tiếp tục chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống dựa vào danh sách đối tượng đã lập. Khoảng mẫu $k = N/n = 8$.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

+ Bước 1: Đối tượng người cao tuổi được chọn theo danh sách đã lập sẵn, đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, được giải thích mục đích nghiên cứu, thực hiện cam kết nghiên cứu. Phỏng vấn trực tiếp bộ câu hỏi.

+ Bước 2: Đối tượng nghiên cứu được bác sỹ chuyên khoa tâm thần hoặc cử nhân tâm lý thực hiện Test MMSE.

+ Bước 3: Đối tượng nghiên cứu có kết quả Test MMSE nghi ngờ có suy giảm nhận thức sẽ được Bác sỹ chuyên khoa tâm thần khám để chẩn đoán xác định SSTT bằng ICD - 10.

2.6. Biến số nghiên cứu

2.5.1. Biến số phụ thuộc

SSTT ở người cao tuổi: Chẩn đoán SSTT thực hiện các bước như sau:

+ Làm test MMSE để sàng lọc các trường hợp có suy giảm nhận thức.

MMSE bao gồm 30 câu hỏi đánh giá các vùng chức năng: định hướng về thời gian và không gian (10 điểm), sự ghi nhận (3 điểm), sự chú ý và làm toán (5 điểm), trí nhớ gần (3 điểm), ngôn ngữ và chức năng thực hiện các hoạt động kết hợp (8 điểm) và cấu trúc thị giác (1 điểm). Cách đánh giá: Trả lời đúng 1 câu: cho 1 điểm, không trả lời được hoặc trả lời không chính xác: cho 0 điểm. Tổng điểm dao động từ 0-30 điểm [6]. MMSE được đánh giá theo 2 mức có/không dựa theo trình độ học vấn: MMSE <18 (Dưới tiểu học), MMSE <21 (Tiểu học), MMSE <24 (THCS trở lên) [2].

+ Chẩn đoán xác định SSTT bằng tiêu chuẩn ICD-10. Căn cứ vào các tiêu chuẩn sau: Các triệu chứng tồn tại ít nhất 6 tháng; Suy giảm trí nhớ: đặc biệt là giảm khả năng ghi nhận các thông tin mới và khả năng nhớ lại các kiến thức đã học được trước kia; Suy giảm các hoạt động nhận thức khác: Vong ngôn, Vong tri, Vong hành, Giảm khả năng tư duy trừu tượng, khả năng tính toán, lập kế hoạch, sáng tạo, quyết định, khả năng phối hợp, theo dõi và thực hiện các hoạt động phức tạp; Các triệu chứng không thuộc lĩnh vực nhận

thức có thể có; Các triệu chứng trên xảy ra mà không có rối loạn ý thức kèm theo.

2.5.2. Biến độc lập

**Yếu tố cá nhân - kinh tế - xã hội.* Tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, nơi ở của gia đình, hoàn cảnh kinh tế gia đình, tình trạng hôn nhân, hoàn cảnh sống.

**Yếu tố bệnh tật của đối tượng.* Tiền sử bệnh, tiền sử điều trị sa sút trí tuệ của bản thân, tiền sử mắc Rối loạn tâm thần trong gia đình, chỉ số khối cơ thể, chất lượng cuộc sống, chất lượng giấc ngủ

**Yếu tố tâm lý - xã hội - hành vi.* Thói quen giải trí, thói quen thể dục thể thao, sử dụng rượu bia, sử dụng thuốc lá.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng thống kê mô tả (tần số và tỷ lệ %); Sử dụng test Chi square và Fisher's exact test ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ để so sánh sự khác biệt giữa 2 hay nhiều tỷ lệ; Sử dụng mô hình hồi quy đa biến logistic để kiểm định các yếu tố liên quan đến SSTT ở đối tượng nghiên cứu.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y Sinh học Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế. Nghiên cứu chỉ được thực hiện với sự chấp thuận của đối tượng nghiên cứu, tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 568 người cao tuổi (Từ 60 tuổi trở lên) trên địa bàn 04 xã/phường của Thành phố Quảng Ngãi Từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 568)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	171	30,1
Nữ	397	69,9
Dân tộc		
Kinh	568	100,0
Thiểu số	0	0
Hôn nhân		
Không lập gia đình	26	4,6
Đã lập gia đình	542	95,4
Trình độ học vấn		
Mù chữ	55	9,7
≤ Trung học cơ sở	467	82,2
≥ Trung học phổ thông	46	8,1
Chỉ số khối cơ thể (BMI)		
Gầy	15	2,6
Bình thường	440	75,5
Thừa cân, béo phì	113	19,9

Nghề nghiệp hiện tại		
Có làm việc	99	17,4
Không làm việc	469	82,6
Kinh tế gia đình		
Hộ nghèo	69	12,1
Không phải hộ nghèo	499	87,9
Hoàn cảnh sống		
Một mình	70	12,3
Sống chung với gia đình	498	87,7
Tôn giáo		
Không	500	88,0
Phật giáo	55	9,7
Thiên Chúa giáo	3	0,5
Khác	10	1,8
Tiền sử điều trị SSTT		
Có	7	4,5
Không	146	95,5

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $74,05 \pm 7,49$ tuổi, nhỏ nhất là 60 tuổi và lớn nhất là 97 tuổi. Từ 70 -79 chiếm tỷ lệ cao nhất 49,5%; nhóm tuổi từ 60-69 tuổi chiếm 29,2%, nhóm từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất 21,3%. Nữ giới chiếm đa số với 69,9%, nam giới chiếm tỷ lệ 30,1%. Dân tộc kinh chiếm 100%. Trình độ học vấn dưới THCS chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,2%, nhóm mù chữ chiếm 9,7%, thấp nhất là nhóm có trình độ học vấn trên THPT với 8,1%. Đã lập gia đình chiếm tỷ lệ 95,4%, nhóm không lập gia đình chiếm 4,6%. Có làm việc chiếm tỷ lệ 17,4%, không làm việc chiếm 82,6%. Hộ nghèo chiếm tỷ lệ 12,1%, không phải hộ nghèo 87,9%. Hoàn cảnh sống: sống một mình 12,3%, sống chung với người thân chiếm đa số chiếm 87,7%.

Tình hình sức khỏe của đối tượng: Có tiền sử điều trị SSTT chiếm tỷ lệ 4,5%, không có tiền sử điều trị SSTT chiếm tỷ lệ 95,5%. Chỉ số khối cơ thể đối tượng nghiên cứu có phân loại BMI gầy chiếm 2,6%, BMI trung bình chiếm 75,5%, BMI thừa cân, béo phì chiếm 19,9%.

3.2. Tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE và tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD-10 người từ 60 tuổi trở lên

Bảng 3.2. Tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE và tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD-10 (n=568)

Suy giảm nhận thức (MMSE)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Sa sút trí tuệ (ICD-10)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	153	26,9	Có	137	24,1
Không	415	73,1	Không	431	75,9
Tổng	568	100,0	Tổng	568	100,0

Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE là 26,9%

Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ SSTT bằng ICD-10 là 24,1%

3.3. Mức độ sa sút trí tuệ ở người từ 60 tuổi trở lên.

Bảng 3.3. Mức độ sa sút trí tuệ ở người từ 60 tuổi trở lên (n=568)

Mức độ SSTT	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nặng	4	0,7
Vừa	40	7,0
Nhẹ	93	16,4
Không	431	75,9
Tổng	568	100,0

Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD -10 là 24,1%. Trong đó tỷ lệ SSTT mức độ nhẹ 16,4%, SSTT mức độ vừa 7,0%, SSTT mức độ nặng là 0,7%.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến sa sút trí tuệ

Bảng 3.4. Mô hình hồi qui đa biến logistic các yếu tố liên quan đến SSTT ($p < 0,05$)

Biến độc lập	OR	Khoảng tin cậy (95% CI)	p
Nhóm tuổi			
60-69	1	-	
70-79	1,614	0,820-3,479	0,190
≥ 80	6,357	2,862-14,118	<0,001
Kinh tế gia đình			
Nghèo	2,247	1,033 – 4,885	0,041
Không nghèo	1	-	
Bệnh mạn tính			
Không mắc bệnh	1	-	
Có 1 bệnh	2,255	0,883-5,761	0,089
Có ≥ 2 bệnh	13,592	5,322-34,716	<0,001
Tiền sử gia đình có người RLTT			
Có	6,016	1,483-24,411	0,012
Không	1	-	
Chất lượng cuộc sống			
Tốt	1	-	
Bình thường	3,761	1,839-7,470	0,001
Tệ	1,245	0,630-2,462	0,529

Mô hình hồi qui đa biến logistic cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến SSTT bao gồm: Tuổi, kinh tế gia đình, bệnh mạn tính, tiền sử gia đình mắc RLTT và chất lượng cuộc sống.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE. Tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE là 26,9%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Trần Kỳ Hậu và Đoàn Vương Diễm Khánh (2015) tại Bình Định, tỷ lệ MMSE (+) là 21,4% [1]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Đặng Cao Khoa (2020) tại Thừa Thiên Huế, với tỷ lệ SSTT bằng thang đo MMSE là 28,1% [2]. Có thể có sự khác biệt về phương

pháp nghiên cứu, phương pháp chọn mẫu.

4.2. Tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD -10. Tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD -10 là 24,1%. Trong đó tỷ lệ SSTT mức độ nhẹ là 16,4%, SSTT mức độ vừa 7,0%, SSTT mức độ nặng là 0,7%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương của Thân Hà Ngọc Thế (2022) tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang, nghiên cứu cắt ngang, SSTT được chẩn đoán theo DSM-V, tỷ lệ SSTT là 24,51% [3].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ sa sút trí tuệ ở đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 60- 69 có tỷ lệ SSTT 14,5%, độ tuổi từ 70-79 có tỷ lệ SSTT 20,3%, độ tuổi ≥ 80 có tỷ lệ SSTT 46,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong mô hình hồi qui đa biến logistic cũng cho thấy đối tượng nghiên cứu từ 80 tuổi trở lên có tỷ lệ sa sút trí tuệ cao gấp 6,35 lần nhóm tuổi 60-69 tuổi ($p < 0,001$) (OR = 6,35, 95% CI: 2,86 – 14,11). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự Đặng Cao Khoa (2020) tại huyện Nam Đông, Thừa Thiên Huế, cho thấy tỷ lệ hiện mắc SSTT theo MMSE tăng dần theo độ tuổi, tỷ lệ mắc thấp nhất ở nhóm từ 60 – 69 tuổi (20,9%) và tăng dần đạt tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm từ 80 tuổi trở lên (60,8%) [2].

Tỷ lệ mắc SSTT thuộc đối tượng nghèo là 47,8%, không thuộc hộ nghèo 20,8 %. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) cho thấy mối liên hệ rõ rệt giữa tình trạng kinh tế gia đình và nguy cơ mắc SSTT. Trong phân tích hồi qui đa biến, đối tượng nghiên cứu thuộc hộ nghèo có tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ cao gấp 2,24 lần so với đối tượng không thuộc hộ nghèo ($p < 0,05$) (OR = 2,24, 95% CI: 1,035 – 4,88). Nghiên cứu chúng tôi tương tự của Trần Kỳ Hậu và Đoàn Vương Diễm Khánh (2015) tại Qui Nhơn, Bình Định, tỷ lệ SSTT trong nhóm thu nhập thấp cao gấp đôi so với nhóm thu nhập cao [1].

Đối tượng nghiên cứu không mắc bệnh mạn tính có tỷ lệ SSTT 7,6%, mắc 1 bệnh mạn tính có tỷ lệ SSTT 12,2%, có từ 2 bệnh mạn tính trở lên có tỷ lệ SSTT 55%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong phân tích hồi qui đa biến, nhóm đối tượng mắc ≥ 2 bệnh có tỷ lệ sa sút trí tuệ cao gấp 13,5 lần so với nhóm không mắc bệnh mạn tính với $p < 0,001$, (OR = 13,59, 95% CI: 5,32 - 34,71). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Jing-jing Zhang (2023) tại Trung Quốc, cho thấy có mối liên hệ độc lập giữa SSTT với các yếu tố như lối sống không lành mạnh và lối sống lành mạnh trung bình, cũng như các tình trạng bệnh như tăng huyết áp, tiểu đường và bệnh mạch máu

não (OR = 1,39, 95% CI: 1,12-1,72) [8].

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa tiền sử gia đình có người bị rối loạn tâm thần và tỷ lệ sa sút trí tuệ. Tiền sử gia đình có người bị RLTT có tỷ lệ mắc SSTT là 63,2%, không có tiền sử gia đình mắc SSTT là 22,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong phân tích hồi qui đa biến liên quan giữa tiền sử gia đình có người RLTT mắc sa sút trí tuệ cao hơn 6 lần so với đối tượng tiền sử gia đình không có RLTT ($p < 0,05$) (OR = 6,01, 95% CI: 1,48 – 24,41). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của nghiên cứu của Jia-Hao Sun (2015), phát hiện có một mối liên quan giữa tiền sử gia đình mắc bệnh tâm thần và SSTT, những người có cha mẹ hoặc anh chị em mắc các bệnh về tâm thần có nguy cơ mắc SSTT cao hơn [7].

Đối tượng nghiên cứu có chất lượng cuộc sống tốt có SSTT chiếm tỷ lệ 16,3%, đối tượng nghiên cứu có chất lượng cuộc sống bình thường có SSTT chiếm tỷ lệ 17,4%, đối tượng nghiên cứu có chất lượng cuộc sống tệ có SSTT chiếm tỷ lệ 46,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong phân tích hồi qui đa biến, liên quan giữa nhóm chất lượng cuộc sống tệ và bình thường, mắc sa sút trí tuệ cao hơn so với nhóm chất lượng cuộc sống tốt ($p < 0,05$), (OR: 3,76, 95% CI: 1,83–7,47).

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức bằng thang đo MMSE là 26,9% và tỷ lệ sa sút trí tuệ theo ICD-10 là 24,1%. Tỷ lệ này là khá cao, tương tự với nhiều nghiên cứu trong nước hiện nay. Điều này cho thấy SSTT trong cộng đồng rất nhiều, chưa được phát hiện và điều trị kịp thời. Bên cạnh đó nhiều yếu tố bất lợi liên quan đến SSTT cần được quan tâm, hiểu đúng và có kế hoạch dự phòng hiệu quả như: Tuổi, kinh tế gia đình, bệnh mạn tính, tiền sử gia đình có người rối loạn tâm thần, chất lượng cuộc sống... Nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống, dự phòng SSTT cho người cao tuổi, chúng ta cần tuyên truyền nâng cao nhận thức cho cộng đồng về sức khỏe tổng quát, sức khỏe tâm thần, những yếu tố nguy cơ sa sút trí tuệ để biết cách phòng tránh. Sử dụng thang đo sàng lọc MMSE trong chẩn đoán suy giảm nhận thức, có kế hoạch điều trị, chăm sóc hợp lý để giảm thiểu các biến chứng do sa sút trí tuệ gây ra. Tăng cường các hoạt động hướng đến việc vận động thể chất nhẹ nhàng và tăng cường khả năng hoạt động trí não của người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Kỳ Hậu và cs** (2015), "Tỷ lệ sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại thành phố Qui Nhơn tỉnh Bình Định năm 2015", Y học cộng đồng * Số 37- Tháng 3+4/2017, tr. 141-147.
2. **Đặng Cao Khoa** (2020), "Sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại huyện Nam Đông, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020", Tạp chí Khoa học Đại học Huế: Khoa học Xã hội và Nhân văn * Tập 132, Số 6D, 2023, tr. 57- 66.
3. **Thân Hà Ngọc Thế, Trần Văn Huyền** (2023), "Tỷ lệ sa sút trí tuệ ở người cao tuổi và kiến thức về sa sút trí tuệ, nhu cầu hỗ trợ của người chăm sóc tại khoa lão Bệnh viện đa khoa khu vực Cai Lậy", Tạp chí Y học Lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế * Số 84-2023. tr. 25
4. **Ali Ezzati, Andrea R Zammit, Mindy J Katz** (2019), "Health-related quality of life, cognitive performance, and incident dementia in a community-based elderly cohort", Alzheimer Disease & Associated Disorders, 33(3), tr. 240-245.
5. **Anders Wimo, Maëlen Guerchet, Gemma-Claire Ali** (2017), "The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010", Alzheimer's & Dementia, 13(1), tr. 1-7.
6. **Folstein** (1975), "Mini-Mental State Examination: MMSE", J. psychiaf. Res., 1975, Vol.12, pp.189-198. Pergamon Press. Printed in Great Britain.
7. **Jia-Hao Sun, Lan Tan, Hui-Fu Wang** (2015), "Genetics of vascular dementia: systematic review and meta-analysis", Journal of Alzheimer's Disease, 46(3), tr. 611-629.
8. **Jing-jing Zhang, Zhao-xia Wu, Wei Tan** (2023), "Associations among multidomain lifestyles, chronic diseases, and dementia in older adults: a cross-sectional analysis of a cohort study", Frontiers in Aging Neuroscience, 15, tr. 1200671.

KIẾN THỨC VÀ THÁI ĐỘ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỀ BÁO CÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TỈNH CÀ MAU

Phạm Thành Suôi^{1,2}, Trần Yên Hảo¹, Nguyễn Thắng¹,
Trần Thị Tuyết Phụng¹, Nguyễn Thiên Vũ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức và thái độ của nhân viên y tế (NVYT) về báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) làm cơ sở đề xuất các can thiệp nhằm nâng cao năng lực báo cáo ADR. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại ba bệnh viện tỉnh Cà Mau thông qua Bộ câu hỏi khảo sát kiến thức và thái độ của NVYT về báo cáo ADR. Đánh giá đạt khi trả lời đúng $\geq 80\%$ mỗi nội dung. **Kết quả:** Điểm trung bình kiến thức là $5,23 \pm 1,89$ với tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu là $2,7\%$. Điểm trung bình thái độ là $7,85 \pm 1,86$ với tỷ lệ đạt là $57,5\%$. Tại thời điểm khảo sát, chỉ $12,3\%$ NVYT được tập huấn về Cảnh giác Dược. Chuyên ngành là yếu tố duy nhất liên quan đến tỷ lệ đạt yêu cầu kiến thức; trong đó, tỷ lệ đạt kiến thức trong nhóm bác sĩ cao hơn so với điều dưỡng ($OR=3,88$; $p=0,047$). **Kết luận:** Kiến thức về báo cáo ADR của các NVYT còn thấp, trong khi thái độ ở mức trung bình. Cần triển khai can thiệp phân tầng theo chuyên ngành, kết hợp tập huấn với các biện pháp hỗ trợ nhằm tăng cường hiệu quả báo cáo ADR.

Từ khóa: Phản ứng có hại của thuốc, kiến thức, thái độ, nhân viên y tế, tỉnh Cà Mau

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thành Suôi

Email: ptsuoi@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

HEALTHCARE WORKERS TOWARD ADVERSE DRUG REACTION REPORTING IN SELECTED HOSPITALS OF CA MAU PROVINCE

Objective: To assess the knowledge and attitudes of healthcare workers (HCWs) toward adverse drug reactions (ADRs) as a basis for proposing interventions to strengthen ADR reporting capacity. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at three hospitals in Ca Mau using a questionnaire on HCWs' knowledge and attitudes toward ADR reporting. Adequacy was defined as achieving $\geq 80\%$ correct responses in each domain. **Results:** The mean knowledge score was 5.23 ± 1.89 , with only 2.7% of HCWs meeting the adequacy criterion. The mean attitude score was 7.85 ± 1.86 , with 57.5% achieving adequacy. At the time of the survey, only 12.3% of HCWs had received pharmacovigilance training. Professional category was the only factor significantly associated with adequate knowledge: physicians were more likely than nurses to reach adequacy ($OR=3.88$; $p=0.047$). **Conclusion:** Knowledge of ADR reporting among HCWs was low, whereas attitudes were moderate. Stratified interventions tailored by professional category, combining training with supportive measures, are needed to enhance the effectiveness of ADR reporting.

Keywords: Adverse drug reactions; knowledge; attitudes; healthcare workers; Ca Mau Province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hướng dẫn Quốc gia về Cảnh giác Dược năm 2021 nhấn mạnh tầm quan trọng của đào tạo và bồi dưỡng nhân viên y tế (NVYT) [1]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra thiếu kiến thức lâm sàng và hiểu biết về phản ứng có hại

của thuốc (ADR), cùng với thái độ chưa tích cực, là những rào cản hàng đầu khiến NVYT không thực hiện báo cáo [2]. Tại Cà Mau, dù các bệnh viện đã bắt đầu chú trọng đến công tác sử dụng thuốc an toàn-hợp lý, nhưng hoạt động Cảnh giác Dược vẫn còn hạn chế. Thống kê năm 2022 của Trung tâm DI & ADR Quốc gia cho thấy số lượng báo cáo ADR tại Cà Mau thấp hơn đáng kể so với nhiều tỉnh, thành khác (<http://magazine.canhgiacduoc.org.vn/Magazine/Details/278>). Từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Kiến thức và thái độ của nhân viên y tế về báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại một số bệnh viện tỉnh Cà Mau*" với mục tiêu khảo sát kiến thức và thái độ về báo cáo ADR cùng một số yếu tố liên quan nhằm đánh giá thực trạng nhân lực, làm cơ sở cho các biện pháp can thiệp nâng cao hiệu quả báo cáo ADR.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm NVYT (bác sĩ, điều dưỡng/hộ sinh ở các khoa lâm sàng và dược sĩ khoa Dược) đang làm việc tại 3 bệnh viện: Đa khoa tỉnh Cà Mau (BV1), Đa khoa Cái Nước (BV2) và Sản Nhi Cà Mau (BV3) trong thời gian từ tháng 06/2023 đến tháng 01/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Theo phương pháp mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi Khảo sát kiến thức và thái độ báo cáo phản ứng có hại của thuốc để thu thập thông tin.

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu tối thiểu tại mỗi bệnh viện được tính theo công thức ước tính tỷ lệ cho quần thể hữu hạn:

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{(N-1) \times \frac{d^2}{Z^2 \times 1-\alpha/2} + p(1-p)}$$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của NVYT trong mẫu khảo sát

Bảng 1. Đặc điểm của NVYT

Đặc điểm	BV1 (N=152)	BV2 (N=128)	BV3 (N=94)	Chung (N=372)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nhóm tuổi				
<40	125 (82,2)	90 (70,3)	68 (72,3)	283 (75,7)
≥40	27 (17,8)	38 (29,7)	26 (27,7)	91 (24,3)
Giới				
Nữ	94 (61,8)	78 (60,9)	81 (86,2)	253 (67,6)
Nam	58 (38,2)	50 (39,1)	13 (13,8)	121 (32,4)
Thời gian công tác				
<5 năm	60 (39,5)	35 (27,3)	17 (18,1)	112 (29,9)
≥5 năm	92 (60,5)	93 (72,7)	77 (81,9)	262 (70,1)
Chuyên ngành				

Trong đó, N là số NVYT của từng bệnh viện (BV1: 200; BV2:150; BV3: 100); Z là hệ số tin cậy (Z=1,96 với độ tin cậy 95%); d là sai số mong muốn, chọn d=0,05; p là tỷ lệ NVYT có nhận thức đúng về ADR từ khảo sát kiến thức và thái độ NVYT trước can thiệp trong nghiên cứu của Trần Thị Lan Anh³, chọn p=27%. Để dự phòng hao hụt trong thu thập số liệu, nghiên cứu cộng thêm 25% cỡ mẫu tối thiểu (n). Do đó, số NVYT cần khảo sát lần lượt tại BV1, BV2 và BV3 là 152, 126 và 94.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Số NVYT được phân bổ theo tỷ lệ tại các khoa và được chọn theo phương pháp thuận tiện. Bộ câu hỏi được phát trực tiếp cho NVYT có mặt tại khoa tại thời điểm khảo sát, theo nguyên tắc từ người đầu tiên gặp cho đến khi đủ số mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Kiến thức được đánh giá qua 11 câu hỏi (1 điểm/câu, tổng điểm tối đa 11). Thái độ được đánh giá qua 10 câu hỏi (1 điểm/câu; tổng điểm tối đa 10). Đạt yêu cầu khi trả lời đúng ≥80%. Các đặc điểm của NVYT được phân tích mối liên quan với tỷ lệ đạt kiến thức và thái độ về báo cáo ADR.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 30. Thống kê mô tả được sử dụng đối với đặc điểm NVYT và các nội dung khảo sát. Phân tích One-way ANOVA và kiểm định Chi-square được dùng để so sánh điểm số và tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu về kiến thức, thái độ giữa ba bệnh viện. Hồi quy logistic được dùng để xác định các yếu tố liên quan.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Hội đồng khoa học Kỹ thuật của các bệnh viện tham gia.

Dược sĩ	12 (7,9)	14 (10,9)	10 (10,6)	36 (9,6)
Bác sĩ	35 (23,0)	29 (22,7)	21 (22,3)	85 (22,7)
Điều dưỡng/ hộ sinh	105 (69,1)	85 (66,4)	63 (67,0)	253 (67,6)

Tập huấn về Cảnh giác Dược

Không	120 (78,9)	124 (96,9)	84 (89,4)	328 (87,7)
Có	32 (21,1)	4 (3,1)	10 (10,6)	46 (12,3)

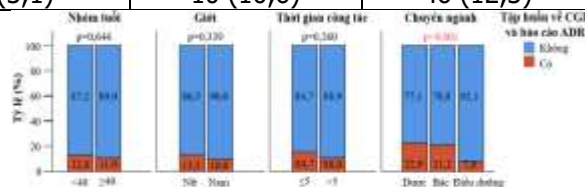
Nhận xét: Đa số NVYT tham gia khảo sát dưới 40 tuổi (75,7%; tuổi trung bình $34,8 \pm 7,3$) và là nữ (67,6%; riêng BV3 là 86,2%). Phần lớn có thâm niên công tác ≥ 5 năm (70,1%; trung bình $10,7 \pm 7,6$ năm). Điều dưỡng/hộ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất (67,6%). Tỷ lệ NVYT từng được tập huấn khác biệt rõ rệt giữa các bệnh viện ($p < 0,001$), thấp nhất tại BV2 (3,1%).

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng/hộ sinh được tập huấn về cảnh giác dược thấp hơn đáng kể so với bác sĩ và dược sĩ ($p < 0,001$).

3.2. Khảo sát kiến thức và thái độ của NVYT về báo cáo ADR**Bảng 2. Kiến thức về báo cáo ADR**

Nội dung	BV1 (N=152)	BV2 (N=126)	BV3 (N=94)	Chung (N=372)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Định nghĩa ADR	79 (52,0)	40 (31,7)	51 (54,3)	170 (45,7)
2. Nguyên nhân gây ADR	93 (61,2)	69 (54,8)	59 (62,8)	221 (59,4)
3. Đối tượng thực hiện báo cáo	29 (19,1)	36 (28,6)	30 (31,9)	95 (25,5)
4. Vai trò của báo cáo ADR trong thực hành nghề nghiệp	93 (61,2)	40 (31,7)	39 (41,5)	172 (46,2)
5. Loại ADR ưu tiên báo cáo	39 (25,7)	39 (31,0)	14 (14,9)	92 (24,7)
6. Loại ADR cần được báo cáo	56 (36,8)	33 (26,2)	32 (34,0)	121 (32,5)
7. Đơn vị lưu trữ bản báo cáo ADR	2 (1,3)	0 (0)	3 (3,2)	5 (1,3)
8. Các vấn đề liên quan tới hoạt động Cảnh giác Dược trong bệnh viện	39 (25,7)	19 (15,1)	18 (19,1)	76 (20,4)
9. Đơn vị quy định mẫu báo cáo ADR	103 (67,8)	92 (73,0)	73 (77,7)	268 (72,0)
10. Xác định được báo cáo ADR là trách nhiệm của NVYT	148 (97,4)	122 (96,8)	90 (95,7)	360 (96,8)
11. Biết được văn bản qui định về "Hướng dẫn hoạt động giám sát ADR tại cơ sở khám, chữa bệnh"	143 (94,1)	112 (88,9)	92 (97,9)	347 (93,3)
Đạt kiến thức ($\geq 80\%$ tổng điểm)	4 (2,6)	0 (0)	6 (6,4)	10 (2,7)
Điểm trung bình kiến thức	$5,43 \pm 1,84$	$4,84 \pm 1,87$	$5,41 \pm 1,96$	$5,23 \pm 1,89$

Nhận xét: Hầu hết NVYT xác định báo cáo ADR là trách nhiệm của mình (96,8%) và nắm được quy định trong văn bản "Hướng dẫn hoạt động giám sát ADR tại cơ sở khám, chữa bệnh" (93,3%). Tuy nhiên, chỉ 46,2% hiểu rõ vai trò của báo cáo ADR và 45,7% định nghĩa đúng ADR. Đặc biệt, chỉ 1,3% biết đơn vị lưu trữ báo

**Hình 1. Phân bố yếu tố tập huấn theo các đặc điểm của NVYT**

cáo ADR. Điểm trung bình kiến thức đạt $5,23 \pm 1,89$, tương ứng tỷ lệ đạt yêu cầu là 2,7%. Phân tích ANOVA ($p = 0,018$) và kiểm định Chi-square ($p = 0,012$) cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các bệnh viện; trong đó BV2 không có trường hợp nào đạt yêu cầu.

Bảng 3. Thái độ về báo cáo ADR

Nội dung	BV1 (N=152)	BV2 (N=126)	BV3 (N=94)	Chung (N=372)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Cần thiết phải báo cáo biến cố bất lợi	147 (96,7)	126 (100)	94 (100)	367 (98,7)
2. Loại ADR quan tâm	84 (55,3)	43 (34,1)	58 (61,7)	185 (49,7)
3. Tuân thủ quy định báo cáo	105 (69,1)	101 (80,2)	75 (79,8)	281 (75,5)
4. Tuân thủ thời gian báo cáo	97 (63,8)	70 (55,6)	52 (55,3)	219 (58,9)
5. Thái độ đối với mẫu báo cáo ADR	95 (62,5)	63 (50,0)	56 (59,6)	214 (57,5)

6. Cần thiết của trình độ chuyên môn trong báo cáo ADR	142 (93,4)	111 (88,1)	90 (95,7)	343 (92,2)
7. Cần thiết của kiến thức lâm sàng trong báo cáo ADR	149 (98,0)	118 (93,7)	89 (94,7)	356 (95,7)
8. Cần nhận thông tin phản hồi sau khi nộp báo cáo ADR	144 (94,7)	126 (100,0)	90 (95,7)	360 (96,8)
9. Cần xác định mức độ nghiêm trọng của ADR	152 (100)	125 (99,2)	94 (100)	371 (99,7)
10. Cần thông tin ADR để tránh ảnh hưởng đến phác đồ điều trị	93 (61,2)	79 (62,7)	51 (54,3)	223 (59,9)
Đạt thái độ ($\geq 80\%$ tổng điểm)	95 (62,5)	62 (49,2)	57 (60,6)	214 (57,5)
Điểm trung bình thái độ	7,95 $\pm$ 1,89	7,63 $\pm$ 1,67	7,97 $\pm$ 2,05	7,85 $\pm$ 1,86

Nhận xét: Trên 90% cho rằng cần thiết phải báo cáo biến cố bất lợi, cần có trình độ chuyên môn, kiến thức lâm sàng, thông tin phản hồi sau khi nộp báo cáo ADR, và cần xác định mức độ nghiêm trọng của ADR. Tuy nhiên, mức độ quan tâm đến loại ADR còn hạn chế (49,7%),

trong đó BV2 có tỷ lệ thấp nhất (34,1%). Điểm trung bình thái độ đạt 7,85 $\pm$ 1,86, tương ứng tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu là 57,5%.

3.3. Liên quan giữa đặc điểm của NVYT đến tỷ lệ đạt kiến thức và thái độ

Bảng 4. Liên quan giữa đặc điểm của NVYT đến tỷ lệ đạt kiến thức và thái độ

Đặc điểm NVYT (N=372)	Đạt kiến thức			Đạt thái độ		
	n (%)	OR (KTC 95%)	p	n (%)	OR (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi						
<40	7 (2,5)	1	0,712	159 (56,6)	1	0,518
≥40	3 (3,3)	1,33 (0,34-5,27)		55 (60,4)	1,17 (0,72-1,90)	
Giới						
Nữ	8 (3,2)	1	0,511	147 (58,3)	1	0,655
Nam	2 (1,7)	0,52 (0,11-2,47)		67 (55,8)	0,90 (0,58-1,40)	
Thời gian công tác						
<5 năm	4 (3,6)	1	0,493	59 (53,2)	1	0,266
≥5 năm	6 (2,3)	0,63 (0,17-2,28)		155 (59,4)	1,29 (0,82-2,02)	
Chuyên ngành						
Dược sĩ	1 (2,9)	1,82 (0,20-16,80)	0,596	25 (71,4)	2,03 (0,94-4,41)	0,073
Bác sĩ	5 (5,9)	3,88 (1,02-14,78)	0,047	50 (58,8)	1,16 (0,71-1,91)	0,556
Điều dưỡng/hộ sinh	4 (1,6)	1		139 (55,2)	1	
Tập huấn về Cảnh giác Dược						
Không	7 (2,1)	1	0,114	184 (56,4)	1	0,260
Có	3 (6,5)	3,18 (0,79-12,76)		30 (65,2)	1,45 (0,76-2,76)	

Nhận xét: Chuyên ngành bác sĩ là yếu tố duy nhất liên quan đến tỷ lệ đạt kiến thức với $p=0,047$ và OR (KTC 95%)=3,88 (1,02-14,78), cao hơn so với nhóm điều dưỡng/hộ sinh. Không tìm thấy mối liên quan giữa các đặc điểm của NVYT với tỷ lệ đạt thái độ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát đồng thời kiến thức và thái độ của NVYT làm cơ sở cho các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động báo cáo ADR. Sự kết hợp giữa lực lượng trẻ (75,7% dưới 40 tuổi) và giàu kinh nghiệm (70,1% công tác ≥ 5 năm) tạo nên nguồn nhân lực khá thuận lợi cho việc triển khai các chính sách y tế. Nữ chiếm đa số, phản ánh đặc thù nhân lực khi điều dưỡng/hộ sinh (chủ yếu là nữ) chiếm tỷ lệ cao (67,6%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước tại bệnh viện Nhi Đồng 1 [3], Đa khoa Vĩnh Long [8], Nhân Dân

Gia Định [4], và 10 bệnh viện tuyến tỉnh [5]. Sự tham gia của lực lượng điều dưỡng/hộ sinh có ý nghĩa quan trọng trong hệ thống Cảnh giác Dược, bởi đây là nhóm tiếp xúc trực tiếp và thường xuyên với bệnh nhân, đóng vai trò tuyến đầu trong phát hiện và báo cáo ADR. Tuy nhiên, công tác đào tạo cho nhóm đối tượng này vẫn chưa được chú trọng. Hình 1 chỉ ra tỷ lệ điều dưỡng/hộ sinh được tập huấn về Cảnh giác Dược thấp hơn đáng kể so với bác sĩ và dược sĩ ($p<0,001$).

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu kiến thức chỉ 2,7% – thấp hơn so với nghiên cứu tại ba bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh trước can thiệp (27%)[7]. Ngoài ra, kiến thức của NVYT chưa đồng đều ở một số nội dung: trên 90% xác định được báo cáo ADR là trách nhiệm của mình và nắm được quy định trong văn bản “Hướng dẫn hoạt động giám sát ADR tại cơ sở khám, chữa bệnh”, nhưng chỉ 1,3% biết đơn vị lưu trữ báo

cáo ADR và 20,4% biết các vấn đề liên quan tới hoạt động của Cảnh giác Dược. Trong khi đó, Bảng 3 ghi nhận tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu thái độ là 57,5% và tương đương giữa các bệnh viện ($p>0,05$). Tuy nhiên, vẫn có chênh lệch đáng kể giữa các nội dung. Trên 90% NVYT nhận thức được tầm quan trọng của việc báo cáo, trình độ chuyên môn và kiến thức lâm sàng, thông tin phản hồi sau khi nộp báo cáo và mức độ nghiêm trọng của ADR. Kết quả khá tương đồng với các khảo sát trước đó [5, 8]. Tuy nhiên, sự quan tâm của NVYT đến loại ADR (49,7%), thời gian báo cáo (58,9%) và vai trò của thông tin về báo cáo ADR (59,9%) chỉ ở mức trung bình. Vì vậy, công tác tập huấn về cảnh giác dược cần tập trung vào những nội dung mà đa phần NVYT còn thiếu sót, gắn kết hoạt động báo cáo với thực hành chuyên môn để củng cố kiến thức và thái độ tích cực của NVYT.

Bảng 4 cho thấy chuyên ngành là yếu tố duy nhất có liên quan đến tỷ lệ NVYT đạt yêu cầu kiến thức với bác sĩ có tỷ lệ đạt cao hơn đáng kể so với điều dưỡng/hộ sinh ($p=0,047$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tại bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long [4], và các quốc gia đang phát triển [5]. Điều này được lý giải bởi bác sĩ được đào tạo chuyên sâu về bệnh học và điều trị, từ đó có mức độ hiểu biết cao hơn về ADR và báo cáo ADR. Chúng tôi không ghi nhận được mối liên quan nào đến tỷ lệ đạt yêu cầu thái độ, có thể do đặc thù nghề nghiệp, NVYT thường duy trì thái độ tích cực đối với hoạt động giám sát an toàn thuốc, ngay cả khi kiến thức và chuyên môn còn hạn chế.

Mặc dù "tập huấn" giúp tăng tỷ lệ đạt yêu cầu kiến thức gấp ba lần (6,5% so với 2,1%, Bảng 4), nhưng khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,114$). Kết quả này trái ngược với một số nghiên cứu trước đây về tác động tích cực của đào tạo và tập huấn [6] và được lý giải như sau: (1) Số lượng NVYT được tập huấn trước can thiệp quá ít (12,3%) làm giảm sức mạnh thống kê của phép kiểm định; (2) Các chương trình tập huấn trước đó tại Cà Mau chưa thực sự hiệu quả hoặc chưa được duy trì thường xuyên, khiến NVYT khó áp dụng và dễ quên kiến thức đã được truyền đạt; (3) Nhiều yếu tố khác cũng ảnh hưởng đến kiến thức của NVYT như hệ thống quản lý, hướng dẫn quy trình báo cáo ADR và các tài liệu hỗ trợ [6]. Do đó, để nâng cao kiến thức của NVYT, các chiến lược can thiệp cần được duy trì thường xuyên, mở rộng quy mô, phù hợp với từng chuyên ngành và kết hợp

nhiều giải pháp hỗ trợ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại ba bệnh viện tỉnh Cà Mau cho thấy kiến thức của NVYT về báo cáo ADR còn thấp; trong khi thái độ chỉ ở mức trung bình. Dù đội ngũ nhân lực tương đối trẻ và giàu kinh nghiệm, thiếu hụt đào tạo về Cảnh giác Dược vẫn là hạn chế lớn, đặc biệt trong nhóm điều dưỡng/hộ sinh. Việc chuyên ngành là yếu tố duy nhất liên quan đến tỷ lệ đạt yêu cầu kiến thức cho thấy cần phải triển khai các chiến lược can thiệp phân tầng – kết hợp đào tạo định hướng chuyên ngành với các giải pháp hỗ trợ nhằm cải thiện nguồn nhân lực cho hoạt động báo cáo ADR tại tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021), Hướng dẫn Quốc gia về Cảnh giác Dược (122/QĐ-BYT).
2. **Hazell L, Shakir SA** (2006), Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review. *Drug safety*, 29(5): 385-96. doi:10.2165/00002018-200629050-00003
3. **Nguyen-Thi HY, Do-Tran MT, Ngoc TL, Nguyen-Ngoc TT, Le NDT** (2022), Assessment of Knowledge, Attitude, and Practice in Adverse Drug Reaction Reporting of Healthcare Professionals in Vietnam: A Cross-Sectional Study. *Hospital Pharmacy*, 57(3):392-401. doi:10.1177/00185787211046864
4. **Pham HT, Tran Doan MT, Dang Thi T, Nguyen Tuan D, Tran MH, Nguyen TNP** (2024), Impact of multifaceted interventions on the knowledge, attitude, and practice of adverse drug reactions reporting among healthcare workers in Vietnam: a comparative intervention study. *Frontiers in pharmacology*, 15:1420914. doi:10.3389/fphar.2024.1420914
5. **Prashar L, Jere E, Kalungia CA** (2019), Inadequate knowledge and practice of pharmacovigilance affecting adverse drug reaction reporting by health professionals in private healthcare facilities in Lusaka, Zambia. *Medical Journal of Zambia*, 46(4):314-320.
6. **Shalviri G, Mohebbi N, Mirbaha F, et al.** (2024), Improving adverse drug event reporting by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10):CD012594. doi:10.1002/14651858.CD012594.pub2
7. **Trần Thị Lan Anh, Trần Lê Vương Đại, Vũ Phương Thảo, et al.** (2021), Phân tích kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế về báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại một số bệnh viện Đa khoa năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 502(2):215-220.
8. **Tran VD, Tran TNK, Vo QLD, et al.** (2024), A Survey of Pharmacists and Other Healthcare Professionals in Vietnam: Factors Influencing Knowledge and Attitudes Toward Reporting Adverse Drug Reactions. *Hospital Pharmacy*, 59(1):56-69. doi:10.1177/00185787231186506

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MRI TIM Ở BỆNH NHÂN VIÊM CƠ TIM CẤP NHẬP VIỆN

Nguyễn Đức Khánh¹, Trần Thanh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh MRI tim ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2021-2022, đồng thời phân tích mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng – cận lâm sàng với mức độ tổn thương cơ tim.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả, tiến hành trên 218 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán viêm cơ tim cấp có xác nhận MRI tim theo tiêu chuẩn Lake Louise 2018, điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2021 đến 31/12/2022. Dữ liệu thu thập bao gồm: đặc điểm nhân khẩu, biểu hiện lâm sàng, kết quả điện tâm đồ, siêu âm tim, men tim, và hình ảnh MRI tim. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $41,2 \pm 16,9$ tuổi; nam giới chiếm 63,3%. Các triệu chứng thường gặp nhất là sốt (72%), đau ngực (62%) và khó thở (59%). Tăng Troponin I (95%) và CK-MB (91%) phản ánh rõ tổn thương cơ tim. EF trung bình $44,1 \pm 12,9\%$, với 28,4% bệnh nhân có PSTM < 35%. MRI tim ghi nhận phù cơ tim ở 82,1%, LGE dương tính 77,1% và tổn thương lan tỏa ≥ 3 vùng ở 48,2% bệnh nhân. Tăng men tim, tổn thương trên cộng hưởng từ tim và PSTM giảm có ý nghĩa chuẩn đoán cao viêm cơ tim. **Kết luận:** Viêm cơ tim cấp tại Bệnh viện Chợ Rẫy chủ yếu gặp ở người trẻ, biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu. MRI tim là công cụ quan trọng trong chẩn đoán và phân tầng nguy cơ, giúp phát hiện sớm tổn thương cơ tim lan tỏa và hỗ trợ quyết định điều trị kịp thời.

Từ khóa: Viêm cơ tim cấp, MRI tim, Troponin, phân suất tống máu, Bệnh viện Chợ Rẫy.

SUMMARY

CLINICAL AND CARDIAC MRI CHARACTERISTICS IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDITIS

Objective: To describe the clinical, paraclinical, and cardiac MRI characteristics of patients with acute myocarditis admitted to Cho Ray Hospital in 2021-2022, and to analyze the relationship between clinical-laboratory parameters and the extent of myocardial injury. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 218 patients aged ≥ 16 years diagnosed with acute myocarditis confirmed by cardiac MRI according to the 2018 Lake Louise criteria. Clinical features, laboratory results, ECG, echocardiography, and MRI findings were collected from hospital records between January 1, 2021 and December 31, 2022.

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Khánh

Email: Khanh.Nguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

Results: The mean age was 41.2 ± 16.9 years, and males accounted for 63.3%. The most common symptoms were fever (72%), chest pain (62%), and dyspnea (59%). Elevated Troponin I (95%) and CK-MB (91%) indicated significant myocardial injury. The mean ejection fraction (EF) was $44.1 \pm 12.9\%$, with 28.4% of patients showing EF < 35%. Cardiac MRI revealed myocardial edema in 82.1%, positive LGE in 77.1%, and diffuse involvement (≥ 3 segments) in 48.2% of patients. Elevated cardiac enzymes, myocardial injury detected on cardiac magnetic resonance imaging, and reduced left ventricular ejection fraction are highly diagnostic indicators of myocarditis. **Conclusion:** Acute myocarditis at Cho Ray Hospital predominantly affected young adults, with nonspecific clinical manifestations. Cardiac MRI played a crucial role in diagnosis and risk stratification, allowing early detection of diffuse myocardial involvement and guiding timely management.

Keywords: Acute myocarditis, cardiac MRI, Troponin, ejection fraction, Cho Ray Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cơ tim (myocarditis) là một bệnh lý viêm của cơ tim, thường do nhiễm virus, đặc trưng bởi sự thâm nhiễm tế bào viêm vào mô cơ tim và hoại tử tế bào cơ tim không do thiếu máu cục bộ.^{1,2} Bệnh có phổ biểu hiện lâm sàng rất rộng, từ thể nhẹ thoáng qua chỉ có biểu hiện giống cúm, đến thể tối cấp với suy tim, rối loạn nhịp đe dọa tính mạng hoặc đột tử.^{2,3} Do biểu hiện đa dạng và thường không đặc hiệu, việc chẩn đoán viêm cơ tim trên lâm sàng gặp nhiều khó khăn, đặc biệt trong giai đoạn sớm của bệnh.^{2,3} Trên thế giới, tỷ lệ mắc viêm cơ tim ước tính khoảng 8–10 ca trên 100.000 dân mỗi năm, chiếm 10–20% các trường hợp bệnh cơ tim giãn nở và 12–20% nguyên nhân đột tử ở người trẻ.^{4,5} Tuy nhiên, con số thực tế có thể cao hơn do nhiều trường hợp bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm với hội chứng mạch vành cấp, viêm màng ngoài tim hoặc bệnh cơ tim khác.

Tại Việt Nam, các báo cáo về viêm cơ tim còn rất hạn chế, chủ yếu là những nghiên cứu đơn lẻ với cỡ mẫu nhỏ. Bệnh thường được phát hiện muộn khi đã có biến chứng nặng như suy tim, rối loạn nhịp thất, hoặc sốc tim. Việc chẩn đoán xác định bằng sinh thiết nội tâm mạc – cơ tim (theo tiêu chuẩn Dallas, 1987) vẫn chưa được triển khai rộng rãi do hạn chế về kỹ thuật và nhân lực, khiến nhiều trường hợp chỉ được chẩn đoán dựa vào biểu hiện lâm sàng và men tim.

Sự phát triển của cộng hưởng từ tim

(Cardiac Magnetic Resonance Imaging – MRI tim) trong hai thập kỷ gần đây đã mở ra một kỷ nguyên mới trong chẩn đoán viêm cơ tim.^{6,7} MRI tim không xâm lấn, cho phép đánh giá phù mô kẽ, hoại tử và xơ hóa cơ tim dựa trên tín hiệu T1, T2 và Tăng cường Gadolinium muộn (Late Gadolinium Enhancement - LGE). Tiêu chuẩn Lake Louise 2018 đã được xem là công cụ tiêu chuẩn vàng không xâm lấn giúp xác định chẩn đoán viêm cơ tim, đồng thời có giá trị trong phân tầng nguy cơ và tiên lượng.^{6,7} Nhiều nghiên cứu quốc tế đã chứng minh mối liên quan giữa tổn thương lan tỏa trên MRI tim có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá người bệnh viêm cơ tim. Tuy nhiên, ở Việt Nam, vẫn còn thiếu dữ liệu về đặc điểm hình ảnh MRI tim kết hợp với biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm cơ tim. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm cơ tim cấp nhập. Phân tích đặc điểm hình ảnh MRI tim và mối liên quan giữa các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng với mức độ tổn thương cơ tim.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu, dựa trên dữ liệu bệnh án của bệnh nhân nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng gồm tất cả các bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán viêm cơ tim cấp và có MRI tim xác nhận tổn thương viêm cơ tim theo tiêu chuẩn quốc tế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Lâm sàng có triệu chứng gợi ý viêm cơ tim kết hợp cận lâm sàng có (1) Tăng Troponin I hoặc CK-MB vượt ngưỡng bình thường; (2) Siêu âm tim có giảm vận động vùng hoặc giảm EF toàn bộ không giải thích được bằng nguyên nhân mạch vành; (3) Hình ảnh MRI tim thỏa ≥ 1 tiêu chuẩn Lake Louise 2018, bao gồm: Bằng chứng phù mô cơ tim; Tăng tín hiệu T1 toàn phần hoặc LGE dạng không theo vùng cấp máu mạch vành; Phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng viêm cơ tim cấp.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có hội chứng vành cấp được xác định bằng chụp mạch vành hoặc troponin tăng kèm tổn thương vùng cấp máu điển hình. (2) Có nhiễm trùng huyết, thiếu máu nặng, viêm cơ do thuốc hoặc do xạ trị. (3) Hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu cận lâm sàng hoặc MRI tim.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Lấy mẫu toàn bộ trong giai đoạn nghiên cứu. Các hồ sơ thỏa

tiêu chuẩn nhận vào và không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào phân tích.

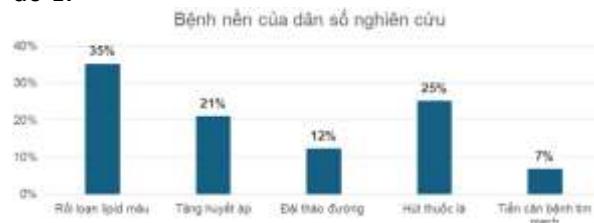
2.4. Nội dung thu thập dữ liệu. Dữ liệu được thu thập có hệ thống từ hồ sơ bệnh án điện tử và lưu trữ MRI tim, gồm các nhóm biến sau: (1). Thông tin nhân khẩu – dịch tễ; (2). Biểu hiện lâm sàng lúc nhập viện. (3). Cận lâm sàng bao gồm điện tâm đồ, siêu âm tim, men tim, các xét nghiệm cơ bản, (4). Hình ảnh MRI tim (5). Kết cục nội viện.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Stata 17.0. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD) hoặc trung vị (IQR) nếu phân bố không chuẩn. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%).

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh theo Tuyên bố Helsinki 2013. Tất cả dữ liệu bệnh nhân được mã hóa và bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu. Tổng cộng 218 bệnh nhân viêm cơ tim cấp đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $41,2 \pm 16,9$ tuổi (dao động từ 15 đến 83 tuổi). Nhóm nam giới chiếm ưu thế với 63,3% (138/218), tỷ lệ nam/nữ là 1,7:1. BMI trung bình $23,4 \pm 2,8$ kg/m². Các bệnh lý nền thường gặp được mô tả trong biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Đặc điểm bệnh nền của dân số nghiên cứu (n=218)

3.2. Biểu hiện lâm sàng khi nhập viện

Các triệu chứng ban đầu của bệnh nhân rất đa dạng. Tần suất các biểu hiện được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Triệu chứng và biểu hiện lâm sàng lúc nhập viện (n=218)

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	157	72,0
Đau ngực	135	61,9
Khó thở	129	59,2

Mệt mỏi	118	54,1
Hồi hộp, đánh trống ngực	47	21,6
Ngất	32	14,7
Buồn nôn, ói	28	12,8
Tím tái ngoại biên	19	8,7

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Một số chỉ số cận lâm sàng chính (n=218)

Thông số	Trung bình $\pm$ SD	Tỷ lệ tăng (%)
Troponin I (ng/mL)	5,86 $\pm$ 4,23	95,0
CK-MB (U/L)	176 $\pm$ 118	91,3
NT-proBNP (pg/mL)	2.820 $\pm$ 1.460	83,5
Creatinin huyết (mg/dL)	1,12 $\pm$ 0,45	18,3
ALT (U/L)	76 $\pm$ 45	22,0
CRP (mg/L)	26,7 $\pm$ 19,5	68,3

Bảng 3. Đặc điểm điện tâm đồ và siêu âm tim của bệnh nhân viêm cơ tim cấp

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
ST chênh lên	140	64,2
Rối loạn nhịp thất	85	39,0
Block nhĩ-thất độ II-III	62	28,4
EF trung bình (%)	44,1 $\pm$ 12,9	
EF < 50%	126	57,8
EF < 35%	62	28,4
Rối loạn vận động vùng	96	44,0
Giảm động toàn bộ	92	42,2
Tràn dịch màng tim	90	41,3
Dẫn buồng thất trái	39	17,9

3.4. Đặc điểm MRI tim. MRI tim được thực hiện cho toàn bộ 218 bệnh nhân, trong đó đa số ghi nhận bất thường trên T2 và LGE.

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh MRI tim (n=218)

Đặc điểm MRI	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Phù cơ tim (T2 tăng)	179	82,1
Tăng tín hiệu T1 (phù mô kẽ)	142	65,1
LGE dương tính	168	77,1
Tổn thương lan tỏa ≥ 3 vùng	105	48,2
Dẫn buồng thất trái	42	19,3
EF theo MRI <40%	26	11,9

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân viêm cơ tim cấp là 41,2 $\pm$ 16,9 tuổi, với nam giới chiếm 63,3%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước, cho thấy bệnh thường gặp ở người trẻ và trung niên, đặc biệt là nam giới. Felker và cộng sự (1999) báo cáo tuổi trung bình 42 tuổi với 62% là nam, trong khi Ammirati và cộng sự (2019) ghi nhận tuổi trung bình 38 tuổi và nam chiếm 70%.^{8,9}

Cơ chế bệnh sinh có thể liên quan đến phản ứng miễn dịch khác biệt theo giới tính, trong đó testosterone thúc đẩy đáp ứng viêm Th1 làm nặng thêm tổn thương cơ tim, trong khi estrogen có tác dụng bảo vệ chống viêm. Sự phân bố này cũng phù hợp với thực tế lâm sàng tại Việt Nam, khi đa số bệnh nhân nhập viện là nam giới trẻ hoặc trung niên, ít bệnh nền, nhưng diễn tiến nhanh và nặng.

Biểu hiện lâm sàng của viêm cơ tim trong nghiên cứu này rất đa dạng và không đặc hiệu. Sốt (72%), đau ngực (62%) và khó thở (59%) là các triệu chứng thường gặp nhất, tương tự báo cáo khác.⁸⁻¹⁰ Triệu chứng đau ngực và ST chênh lên gặp ở 64% bệnh nhân, dễ gây nhầm lẫn với hội chứng mạch vành cấp (STEMI). Điều này đã được nhiều nghiên cứu quốc tế ghi nhận, khi khoảng 10–15% bệnh nhân nhập viện vì “nhồi máu cơ tim giả” thực chất là viêm cơ tim.⁸⁻¹⁰ Do đó, ở những bệnh nhân trẻ, tăng men tim nhưng mạch vành bình thường, cần nghĩ đến khả năng viêm cơ tim và chỉ định MRI tim sớm để xác định chẩn đoán, tránh can thiệp mạch vành không cần thiết.⁸⁻¹⁰

Tăng men tim Troponin I (95%) và CK-MB (91%) phản ánh rõ rệt tình trạng hoại tử cơ tim. Mức tăng men tim trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các báo cáo khác, có thể do nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nhập viện muộn hơn hoặc diễn tiến bệnh nặng hơn. Nồng độ NT-proBNP trung bình 2.820 pg/mL cho thấy hầu hết bệnh nhân có biểu hiện quá tải thể tích. Sự tăng men tim đi kèm với giảm phân suất tống máu là đặc điểm điển hình của giai đoạn viêm cơ tim tiến triển.

Hình ảnh điện tâm đồ ghi nhận có 71% bệnh nhân có rối loạn nhịp, đây là tỉ lệ khá cao. Những rối loạn này phản ánh sự tham gia của mô dẫn truyền trong quá trình viêm, có thể dẫn đến ngưng tim đột ngột. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận tỷ lệ rối loạn nhịp cao (60–70%), đặc biệt trong nhóm viêm cơ tim tối cấp. Kết quả này khẳng định rằng rối loạn nhịp là một trong những yếu tố tiên lượng xấu nhất và cần theo dõi sát với monitoring liên tục, thậm chí cần nhắc đặt máy tạo nhịp tạm thời khi block cao độ xuất hiện.⁸⁻¹⁰

Phân suất tống máu trung bình 44,1 $\pm$ 12,9%, trong đó 57,8% bệnh nhân có phân suất tống máu <50% và 28,4% có phân suất tống máu <35%, cho thấy tổn thương cơ tim nặng nề. So với các nghiên cứu khác trên thế giới, phân suất tống máu trung bình thay đổi tùy theo dân số nghiên cứu, bệnh nhân tại Bệnh viện Chợ

Rất có phân suất tổng máu thấp, có thể do nhóm bệnh nhân nặng nhập viện tuyến cuối. Sự hiện diện của tràn dịch màng tim (41%) và giảm động toàn bộ (42%) cũng phản ánh tình trạng viêm lan tỏa, thường gặp trong giai đoạn cấp của bệnh.

Công hưởng từ tim đã trở thành công cụ chẩn đoán tiêu chuẩn không xâm lấn cho viêm cơ tim nhờ khả năng phát hiện phù cơ tim, hoại tử và xơ hóa. Trong nghiên cứu này, LGE dương tính ở 77,1% và phù cơ tim ở 82,1%, tương tự các kết quả nghiên cứu khác trên thế giới. Đặc biệt, tổn thương lan tỏa trên MRI có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ tử vong cao, khẳng định công hưởng từ tim không những có giá trị chẩn đoán mà còn có giá trị tiên lượng.^{6,8-10} Về cơ chế sinh lý bệnh, mức độ và phân bố LGE phản ánh trực tiếp mức độ tổn thương mô học và được xem là yếu tố nguy cơ rối loạn nhịp thất, suy tim bơm và có thể tiên lượng tử vong.^{6,8-10}

Những bệnh nhân có tổn thương lan tỏa hoặc LGE dạng vòng thường có tiên lượng xấu hơn, do biểu hiện phản ứng viêm lan tỏa và xơ hóa tiến triển. Do đó, việc thực hiện MRI tim sớm không chỉ giúp xác định chẩn đoán mà còn định hướng theo dõi và điều trị lâu dài. Cần các nghiên cứu sâu hơn nhằm đánh giá mức độ tương quan các tổn thương trên MRI tim với mức độ đáp ứng viêm cũng như các tác nhân gây viêm cơ tim.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: Thiết kế hồi cứu đơn trung tâm, nên chưa phản ánh toàn bộ đặc điểm bệnh nhân viêm cơ tim tại Việt Nam. Chưa thực hiện sinh thiết nội tâm mạc – cơ tim, nên không xác định được căn nguyên virus hoặc mức độ viêm mô học. Tuy vậy, việc xác định viêm cơ tim trong các nghiên cứu đa trung tâm sẽ có khó khăn về nhân sự và trang thiết bị khi vận dụng công hưởng từ tim hay sinh thiết cơ tim ở những bệnh nhân nghi ngờ viêm cơ tim.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 218 bệnh nhân viêm cơ tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2021 cho thấy, bệnh thường gặp ở người trẻ, nam giới chiếm ưu thế, với biểu hiện lâm sàng đa dạng nhưng không đặc hiệu, chủ yếu là sốt, đau ngực và khó thở. Tăng men tim (Troponin, CK-MB) và giảm phân suất tổng máu (EF) là những dấu hiệu sinh học quan trọng phản ánh mức độ tổn thương cơ tim. Hình ảnh MRI tim đóng vai trò trung tâm trong chẩn đoán và đánh giá tổn

thương cơ tim, với tỷ lệ phù cơ tim (82%), LGE dương tính (77%) và tổn thương lan tỏa (48%).

Việc chẩn đoán sớm, đánh giá toàn diện bằng MRI tim kịp thời đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán và phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp. Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp bằng chứng thực tế cho việc xây dựng quy trình chẩn đoán – điều trị viêm cơ tim cấp tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cooper LT, Jr. Myocarditis.** N Engl J Med. Apr 9 2009;360(15): 1526–38. doi:10.1056/NEJMra0800028
2. **Lampejo T, Durkin SM, Bhatt N, Guttmann O.** Acute myocarditis: aetiology, diagnosis and management. Clin Med (Lond). Sep 2021;21(5): e505–e510. doi:10.7861/clinmed.2021-0121
3. **Piccirillo F, Watanabe M, Di Sciascio G.** Diagnosis, treatment and predictors of prognosis of myocarditis. A narrative review. Cardiovasc Pathol. Sep–Oct 2021;54:107362. doi:10.1016/j.carpath.2021.107362
4. **Wang YW, Liu RB, Huang CY, et al.** Global, regional, and national burdens of myocarditis, 1990–2019: systematic analysis from GBD 2019: GBD for myocarditis. BMC Public Health. Apr 19 2023;23(1):714. doi:10.1186/s12889-023-15539-5
5. **Zhang YD, Chen N, Wang QY, et al.** Global, regional, and national burden of myocarditis in children aged 0–14 years, 1990–2021: analysis for the global burden of disease study 2021. Front Public Health. 2024;12: 1504586. doi:10.3389/fpubh.2024.1504586
6. **Gräni C, Eichhorn C, Bière L, et al.** Prognostic Value of Cardiac Magnetic Resonance Tissue Characterization in Risk Stratifying Patients With Suspected Myocarditis. J Am Coll Cardiol. Oct 17 2017;70(16):1964–1976. doi:10.1016/j.jacc.2017.08.050
7. **Li S, Duan X, Feng G, et al.** Multiparametric Cardiovascular Magnetic Resonance in Acute Myocarditis: Comparison of 2009 and 2018 Lake Louise Criteria With Endomyocardial Biopsy Confirmation. Front Cardiovasc Med. 2021; 8:739892. doi:10.3389/fcvm.2021.739892
8. **Ammirati E, Veronese G, Brambatti M, et al.** Fulminant Versus Acute Nonfulminant Myocarditis in Patients With Left Ventricular Systolic Dysfunction. J Am Coll Cardiol. Jul 23 2019;74(3):299–311. doi:10.1016/j.jacc.2019.04.063
9. **Felker GM, Thompson RE, Hare JM, et al.** Underlying causes and long-term survival in patients with initially unexplained cardiomyopathy. N Engl J Med. Apr 13 2000; 342(15): 1077–84. doi:10.1056/nejm200004133421502
10. **Sarda L, Colin P, Boccara F, et al.** Myocarditis in patients with clinical presentation of myocardial infarction and normal coronary angiograms. J Am Coll Cardiol. Mar 1 2001;37(3):786–92. doi:10.1016/s0735-1097(00)01201-8

MỨC ĐỘ HOÀN THÀNH NHIỆM VỤ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ KHU, ẤP TẠI BÌNH DƯƠNG: PHÂN TÍCH DỮ LIỆU NĂM 2022 THEO TIÊU CHÍ MỚI (THÔNG TƯ 27/2023/TT-BYT)

Huỳnh Minh Chín¹, Ngô Trần Đức Hữu¹,
Nguyễn Xuân Dục², Lê Nguyễn Đăng Khoa³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Năm 2023, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 27/2023/TT-BYT, thay thế và cập nhật các quy định trước đây về chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản. Việc đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ của nhân viên y tế khu, ấp tại Bình Dương theo tiêu chí mới của Thông tư 27/2023/TT-BYT có ý nghĩa quan trọng cả về lý luận và thực tiễn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ của nhân viên y tế khu ấp tại Bình Dương năm 2022 theo thông tư 27/2023/TT-BYT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 587 nhân viên y tế khu, ấp tại tỉnh Bình Dương. **Kết quả:** Trong tổng số 587 nhân viên y tế khu, ấp được khảo sát, có 67,0% hoàn thành tốt nhiệm vụ, 21,3% hoàn thành và 11,7% không hoàn thành. Ở từng lĩnh vực cụ thể, 66,3% nhân viên y tế khu, ấp hoàn thành đầy đủ nhiệm vụ Truyền thông giáo dục sức khỏe; 76,1% đạt yêu cầu trong công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em-kế hoạch hóa gia đình; 49,7% hoàn thành đầy đủ nhiệm vụ sơ cứu ban đầu và chăm sóc bệnh thông thường; và 92,2% hoàn thành tốt công tác sổ sách, báo cáo. **Kết luận:** Nghiên cứu cung cấp bằng chứng về thực trạng thực hiện nhiệm vụ của lực lượng nhân viên y tế khu, ấp trong bối cảnh thay đổi chính sách, góp phần định hướng các giải pháp quản lý, đào tạo và hỗ trợ để nâng cao chất lượng hoạt động y tế cộng đồng, phù hợp với mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân trong giai đoạn mới.

Từ khóa: Thông tư, 27/2023, Nhân viên y tế khu ấp, mức độ, hoàn thành nhiệm vụ, Bình Dương

SUMMARY

TASK COMPLETION LEVELS OF COMMUNITY-BASED HEALTH WORKERS IN BÌNH DƯƠNG: ANALYSIS OF 2022 DATA BASED ON NEW CRITERIA (CIRCULAR 27/2023/TT-BYT)

Introduction: In 2023, the Ministry of Health of Vietnam promulgated Circular No. 27/2023/TT-BYT, replacing and updating previous regulations on the roles and responsibilities of village health workers. Evaluating the performance of community-based

health workers (CBHWs) in Bình Dương under the new criteria of Circular 27/2023/TT-BYT is of significant theoretical and practical importance. **Objectives:** To assess the task completion levels of CBHWs in Bình Dương Province based on the updated criteria of Circular 27/2023/TT-BYT. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted among 587 CBHWs in Bình Dương Province. **Results:** Among 587 respondents, 67.0% completed their tasks well, 21.3% completed their tasks, and 11.7% did not complete their tasks. By specific domains, 66.3% fully completed health education and communication tasks; 76.1% met requirements in maternal and child health care and family planning; 49.7% fully performed first aid and common illness care; and 92.2% successfully completed reporting and record-keeping tasks. **Conclusion:** This study provides evidence on the current performance of CBHWs in the context of changing national health policy. The findings highlight the need for strengthened management, training, and support systems to improve the quality of community health services, in alignment with the national goal of universal health coverage in the new era.

Keywords: Circular 27/2023/TT-BYT, community-based health workers, task completion, performance, Bình Dương

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống y tế cơ sở là nền tảng của chăm sóc sức khỏe toàn dân, trong đó nhân viên y tế khu, ấp giữ vai trò then chốt vì là lực lượng gần dân nhất, trực tiếp thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu, giáo dục sức khỏe và phòng chống dịch bệnh (1). Đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ của nhân viên y tế khu, ấp có ý nghĩa thiết thực trong phản ánh hiệu quả hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở. Các nghiên cứu trong nước cho kết quả nhân viên y tế khu, ấp (NVYTKA) thường thực hiện tốt các nhiệm vụ cơ bản như truyền thông, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, nhưng hiệu quả trong các lĩnh vực chuyên môn hơn, đặc biệt phòng chống dịch bệnh, còn hạn chế (2), (3). Những nguyên nhân chính thường gặp là thiếu trang thiết bị, tài liệu, đào tạo chuyên sâu, sự tham gia của cộng đồng và sự hỗ trợ từ địa phương (4-9). Trong khi đó, các chương trình tại Ấn Độ, Brazil, Thái Lan cho rằng khi nhân viên y tế được đảm bảo nguồn lực, đào tạo liên tục và có sự tham gia tích cực của cộng đồng thì mức độ hoàn thành nhiệm vụ được cải thiện rõ rệt (10-14).

¹Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh

²Trung tâm Y tế khu vực Dầu Tiếng

³Trung tâm Pháp y Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Chín

Email: bschinkhnv.bvdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

Tại Việt Nam, Bình Dương là tỉnh phát triển nhanh, có dân số đông, nhiều khu công nghiệp và những đặc thù riêng trong quản lý y tế cơ sở. Dù địa phương đã ban hành nhiều chính sách hỗ trợ, sự phân bổ nhân lực y tế vẫn chưa đồng đều, gây khó khăn cho công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Đặc biệt, năm 2023 Bộ Y tế ban hành Thông tư số 27/2023/TT-BYT, thay thế và cập nhật các quy định trước đây về chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản. Thông tư này đưa ra nhiều điểm mới nổi bật như quy định cụ thể phạm vi hoạt động chuyên môn giới hạn trong các kỹ thuật đơn giản, đảm bảo an toàn và phù hợp với năng lực thực tế; yêu cầu đào tạo và có chứng nhận chuyên môn tối thiểu trước khi hành nghề; thiết lập cơ chế giám sát, phân công và ràng buộc pháp lý chặt chẽ thông qua sự phê duyệt của UBND xã và trạm y tế xã; và đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023, tạo hành lang pháp lý vững chắc cho nhân viên y tế cơ sở (15). Những thay đổi này phản ánh xu hướng chuyên nghiệp hóa và chuẩn hóa nhân lực y tế cơ sở, nhằm nâng cao hiệu quả quản lý, đảm bảo an toàn cho người dân và kiểm soát chất lượng dịch vụ.

Như vậy, việc đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ của nhân viên y tế khu, ấp tại Bình Dương theo tiêu chí mới của Thông tư 27/2023/TT-BYT có ý nghĩa quan trọng cả về lý luận và thực tiễn. Nghiên cứu này không chỉ cung cấp bằng chứng về thực trạng thực hiện nhiệm vụ của lực lượng y tế tuyến cơ sở trong bối cảnh thay đổi chính sách, mà còn góp phần định hướng các giải pháp quản lý, đào tạo và hỗ trợ để nâng cao chất lượng hoạt động y tế cộng đồng, phù hợp với mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân trong giai đoạn mới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Chọn tất cả NVYTKA của tỉnh Bình Dương. Toàn tỉnh có 587 NVYTKA tương ứng với 587 khu phố ấp. Như vậy, với dân số mục tiêu là 587 NVYTKA, nghiên cứu sẽ thực hiện lấy toàn bộ 587 dân số mục tiêu vào mẫu thu thập dữ liệu...

Tiêu chuẩn chọn mẫu: NVYTKA có thời gian công tác tại địa bàn tỉnh Bình Dương từ ngày 1/1/2022 trở về trước và NVYTKA đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo thiết kế mô tả cắt ngang có phân tích.

Nội dung biến số nghiên cứu

Hoạt động TTGDSK: được đánh giá thông qua 9 nội dung: Tham gia phát tờ rơi, tài liệu;

Theo dõi dự báo dịch tại khu, ấp cho TYT xã. Tham mưu cho trưởng thôn về công tác vệ sinh môi trường tại khu, ấp; Hướng dẫn thực hiện vệ sinh phòng bệnh tại khu, ấp; Hướng dẫn: sử dụng ba công trình vệ sinh, diệt côn trùng phòng các bệnh dịch; Tư vấn sức khỏe tại hộ gia đình; Có truyền thông lồng ghép trong các buổi họp công cộng tại khu, ấp; Có sổ ghi chép tuyên truyền; Hướng dẫn vệ sinh thực phẩm và dinh dưỡng hợp lý; Tham gia các hoạt động tiêm chủng phòng bệnh. Mỗi hoạt động có thực hiện đạt sẽ được 1 điểm. Cộng tất cả các điểm đạt từ các biến của câu hỏi, điểm cao nhất là 9 điểm. Đây là biến nhị giá bao gồm các giá trị sau: Không đạt: dưới 9 điểm, đạt: đạt 9/9 điểm.

Hoạt động CSSKBMTE-KHHGD: được đánh giá thông qua 4 nội dung: Hướng dẫn một số biện pháp đơn giản theo dõi trẻ em; Vận động khám thai và đăng ký thai nghén; Hướng dẫn kế hoạch hóa gia đình; Tham gia hoạt động chăm sóc trẻ em. Mỗi hoạt động có thực hiện đạt sẽ được 1 điểm. Cộng tất cả các điểm đạt từ các biến của câu hỏi, điểm cao nhất là 4 điểm. Đây là biến nhị giá bao gồm các giá trị sau: Không đạt: dưới 4 điểm, đạt: đạt 4/4 điểm.

Hoạt động sơ cứu ban đầu-chăm sóc bệnh thông thường (SCBD-CSBTT): được đánh giá thông qua 4 nội dung: có sổ ghi chép, theo dõi chăm sóc bệnh thông thường, bệnh xã hội; Chăm sóc bệnh xã hội tại nhà theo chỉ định điều trị của TYT xã; Sơ cứu ban đầu các cấp cứu và tai nạn; Phát hiện và chăm sóc một số bệnh thông thường. Mỗi hoạt động có thực hiện đạt sẽ được 1 điểm. Cộng tất cả các điểm đạt từ các biến của câu hỏi, điểm cao nhất là 4 điểm. Đây là biến nhị giá bao gồm các giá trị sau: không đạt: dưới 4 điểm, đạt: đạt 4/4 điểm.

Đánh giá hoạt động thực hiện quản lý sổ sách-báo cáo (QLSSBC): được đánh giá thông qua 2 nội dung: có báo cáo hàng tháng về dân số, sinh tử, dịch bệnh gửi về TYT xã; Có sổ ghi chép theo dõi dân số. Mỗi hoạt động có thực hiện đạt sẽ được 1 điểm. Cộng tất cả các điểm đạt từ các biến của câu hỏi, điểm cao nhất là 2 điểm. Đây là biến nhị giá bao gồm các giá trị sau: không đạt: dưới 2 điểm, đạt: đạt 2/2 điểm.

Đánh giá chung mức độ hoàn thành nhiệm vụ: cộng tất cả các điểm đạt của đánh giá TTGDSK, CSSKBMTE-KHHGD, SCBD-CSBTT, QLSSBC để có điểm tổng. Là biến thứ bậc bao gồm các giá trị sau:

- Không hoàn thành: <60% (<12 điểm)
- Hoàn thành: 60-79% (12-15 điểm)
- Hoàn thành tốt: ≥80% (16-19 điểm)

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu.

Điều tra viên phỏng vấn trực tiếp kết hợp quan sát toàn bộ 587 NVYTKA bằng bộ công cụ cấu trúc soạn sẵn theo tiêu chuẩn NVYTTB của Bộ Y tế và Số liệu dinh dưỡng sau khi thu thập, làm sạch được nhập bằng phần mềm Epi Data, được xử lý và chuyển qua phần mềm Stata 14 để phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội của nhân viên y tế khu, ấp

Đặc tính		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	96	16,4
	Nữ	491	83,6
Tuổi	Từ 30 tuổi trở xuống	12	2,0
	Từ 31- 59 tuổi	373	63,5
	Từ 60 tuổi trở lên	202	34,4
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	54,95±10,92	
	Trung vị	58,00	
Học vấn	Tuổi nhỏ nhất - Tuổi lớn nhất	21 - 89	
	Cấp I	25	4,3
	Cấp II	289	49,2
	Cấp III	206	35,1
	Trên cấp III	67	11,4

Nhận xét: Nữ giới chiếm đa số trong lực lượng nhân viên y tế khu, ấp. Về độ tuổi, nhóm tuổi 31-60 chiếm đa số (63,5%), nhóm dưới 30 tuổi chỉ chiếm 2%. Về trình độ học vấn, trình độ phổ biến nhất là cấp II (49,2%), tiếp theo là cấp III (35,1%), nhóm có trình độ thấp nhất (cấp I) chiếm 4,3%.

Bảng 2. Mức độ thực hiện nhiệm vụ truyền thông giáo dục sức khỏe

Truyền thông giáo dục sức khỏe	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thực hiện phát tờ rơi, tài liệu	550	93,7
Theo dõi dự báo dịch tại thôn cho TYT xã. Tham mưu cho trưởng thôn về công tác vệ sinh môi trường tại thôn	536	91,3
Hướng dẫn thực hiện vệ sinh phòng bệnh tại thôn	527	89,8
Hướng dẫn: sử dụng ba công trình vệ sinh, diệt côn trùng phòng dịch bệnh	522	88,9
Tư vấn sức khỏe tại hộ gia đình	521	88,8
Có truyền thông lồng ghép trong các buổi họp cộng đồng tại thôn	519	88,4
Có sổ ghi chép tuyên truyền	517	88,1
Hướng dẫn vệ sinh thực phẩm và dinh dưỡng hợp lý	509	86,7
Tham gia các hoạt động tiêm chủng phòng bệnh	498	84,8
Đánh giá mức độ thực hiện nhiệm vụ TTGDSK toàn diện		

Không đạt	198	33,7
Đạt	389	66,3

Nhận xét: Nhân viên y tế thôn, ấp (NVYTKA) đã thực hiện rất tốt các nhiệm vụ truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK), với tất cả các nội dung đều đạt tỷ lệ cao (>80%). Đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ TTGDSK với 66,3% nhân viên y tế hoàn thành đầy đủ 9/9 nhiệm vụ.

Bảng 3. Mức độ thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình

CSSKBMTE- KHHGD	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hướng dẫn một số biện pháp đơn giản theo dõi trẻ em	543	92,5
Vận động khám thai và đăng ký thai nghén	520	88,6
Hướng dẫn kế hoạch hóa gia đình	492	83,8
Tham gia hoạt động chăm sóc trẻ em	482	82,1
Đánh giá mức độ thực hiện nhiệm vụ CSSKBMTE-KHHGD toàn diện		
Không đạt	140	23,9
Đạt	447	76,1

Nhận xét: 76,1% nhân viên đạt nhiệm vụ CSSKBMTE-KHHGD.

Bảng 4. Mức độ thực hiện nhiệm vụ sơ cứu ban đầu – chăm sóc bệnh thông thường

Sơ cứu ban đầu - Chăm sóc bệnh thông thường	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có sổ ghi chép, theo dõi chăm sóc bệnh thông thường, bệnh xã hội	469	79,9
Chăm sóc bệnh xã hội tại nhà theo chỉ định điều trị của TYT xã	407	69,3
Sơ cứu ban đầu các cấp cứu và tai nạn	406	69,2
Phát hiện và chăm sóc một số bệnh thông thường	374	63,7
Đánh giá mức độ thực hiện nhiệm vụ SCBD-CSBT toàn diện		
Không đạt	295	50,3
Đạt	292	49,7

Nhận xét: Có 49,7% nhân viên đạt yêu cầu hoàn thành đầy đủ nhiệm vụ công tác sơ cứu ban đầu - chăm sóc bệnh thông thường.

Bảng 5. Mức độ thực hiện nhiệm vụ sổ sách, báo cáo

Sổ sách, báo cáo	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có báo cáo hàng tháng về dân số, sinh tử, dịch bệnh gửi về TYT xã	556	94,7
Có sổ ghi chép theo dõi dân số	545	92,8
Đánh giá mức độ thực hiện nhiệm vụ sổ sách, báo cáo		

Không đạt	46	7,8
Đạt	541	92,2

Nhận xét: 92,2% NVYTKA hoàn thành đạt nhiệm vụ sổ sách, báo cáo.



Biểu đồ 1. Đánh giá chung mức độ hoàn thành nhiệm vụ

Nhận xét: Phần lớn NVYTKA hoàn thành tốt nhiệm vụ được giao: hoàn thành tốt (67,0%), hoàn thành (21,3%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân viên y tế thôn, ấp đạt hoàn thành nhiệm vụ truyền thông giáo dục sức khỏe. Công tác TTGDSK của NVYTKA đạt hiệu quả cao, với tỷ lệ thực hiện tốt trên 80% ở tất cả các nhiệm vụ, khẳng định vai trò quan trọng của lực lượng này trong nâng cao nhận thức và phòng bệnh tại cộng đồng. Nhìn chung, có 66,3% NVYTKA hoàn thành đầy đủ cả 9/9 nhiệm vụ được giao về TTGDSK. So sánh với nghiên cứu tại Yên Bái (2012), tỷ lệ thực hiện TTGDSK đạt 97,5%, cho thấy đây là nhiệm vụ được NVYTTB ưu tiên hàng đầu trong thực tiễn. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu tại Cao Bằng (Nông Bảo Anh, 2017), nhiều NVYTTB gặp khó khăn trong hoạt động TTGDSK do thiếu tài liệu (38,1%) và hạn chế kỹ năng (24,2%). Điều này giúp khẳng định rằng mặc dù tỷ lệ thực hiện các nhiệm vụ truyền thông ở nhiều địa phương nhìn chung cao, nhưng chất lượng và hiệu quả TTGDSK vẫn phụ thuộc đáng kể vào nguồn lực hỗ trợ và trình độ của NVYTTB (16).

Đặc điểm nhân viên y tế đạt hoàn thành nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình. Công tác CSSKBMTE và KHHGD của NVYTKA đạt kết quả khá tốt, với tỷ lệ thực hiện cao ở tất cả các nhiệm vụ, hầu hết trên 80%. Điều này cho thấy NVYTKA đóng vai trò quan trọng trong công tác CSSKBMTE và tư vấn KHHGD tại cộng đồng. Nhìn chung, có 76,1% NVYTKA hoàn thành đầy đủ các nhiệm vụ được giao, đây là một tỷ lệ khá cao, phản ánh năng lực tốt của phần lớn nhân viên trong triển khai công tác CSSKBMTE – KHHGD. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tại Tây Ninh (2013), trong đó 100% NVYTTB tham gia vận động khám thai và 74,3% thực hiện đăng ký quản lý thai sản. Tại Bắc Kạn, trên 96,9% người dân được khảo sát cho rằng NVYTTB thực hiện tốt công tác CSSKBMTE và 100% hài lòng với hoạt động này (17). Tuy

nhien, nghiên cứu tại Trấn Yên ghi nhận năng lực thực hành của NVYTTB chưa đồng đều, vẫn còn nhân viên hoạt động thụ động (16). Mặc dù tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ cao, nhưng để nâng cao chất lượng và sự đồng bộ, vẫn cần chú trọng đào tạo liên tục và giám sát thường xuyên đối với NVYTKA.

Đặc điểm nhân viên y tế khu, ấp đạt hoàn thành nhiệm vụ sơ cứu ban đầu - chăm sóc bệnh thông thường. Nhìn chung, mức độ hoàn thành các nhiệm vụ sơ cứu ban đầu và chăm sóc bệnh thông thường của nhân viên y tế khu ấp (NVYTKA) còn hạn chế, với tỷ lệ dao động từ 63,7% đến 79,9%. NVYTKA gặp khó khăn trong nhận diện và xử lý các bệnh lý thường gặp tại cộng đồng. Đánh giá chung cho nhóm nhiệm vụ này, chỉ có 49,7% NVYTKA hoàn thành đầy đủ, tức chưa đến một nửa nhân viên đáp ứng yêu cầu. Trong khi đó, 50,3% chưa đạt, tỷ lệ chưa đạt tiêu chuẩn ở mức cao so với các nhóm nhiệm vụ khác. Điều này phản ánh khoảng trống đáng kể về năng lực trong sơ cứu ban đầu và chăm sóc bệnh thông thường, đặc biệt ở kỹ năng nhận diện bệnh lý phổ biến và xử trí cấp cứu cơ bản. Kết quả tại Bình Dương phù hợp với nghiên cứu của Nông Minh Dũng tại Bắc Kạn, nơi chưa có NVYTTB nào thực hiện được các kỹ thuật sơ cứu cơ bản như ép tim ngoài lồng ngực hoặc hô hấp nhân tạo, đồng thời 42,4% người dân bày tỏ sự không hài lòng với công tác sơ cứu và chăm sóc bệnh thông thường của NVYTTB (18). Tóm lại, so với các nhiệm vụ khác, công tác sơ cứu và chăm sóc bệnh thông thường của NVYTKA còn nhiều hạn chế. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết phải tăng cường đào tạo kỹ năng sơ cứu và chăm sóc lâm sàng ban đầu, đồng thời thiết lập cơ chế giám sát – hỗ trợ thường xuyên nhằm đảm bảo người dân được tiếp cận dịch vụ y tế ban đầu kịp thời và an toàn hơn.

Đặc điểm nhân viên y tế khu, ấp đạt hoàn thành sổ sách, báo cáo. Công tác sổ sách và báo cáo của NVYTKA được thực hiện rất tốt, với tỷ lệ hoàn thành cao ở hầu hết các nhiệm vụ. Nhiệm vụ có báo cáo hàng tháng về dân số, sinh tử, dịch bệnh gửi trạm y tế xã đạt 94,7% – cao nhất, điều này cho thấy rằng NVYTKA duy trì tốt chế độ báo cáo định kỳ.

Đánh giá chung mức độ hoàn thành nhiệm vụ. Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ NVYTKA hoàn thành và hoàn thành tốt công tác đạt mức rất cao (88,3%), trong đó hoàn thành tốt chiếm ưu thế (67,0%). Điều này phản ánh năng lực đáp ứng nhiệm vụ của phần lớn NVYTKA theo chuẩn Bộ Y tế. Tuy nhiên, vẫn còn 11,7% chưa hoàn thành nhiệm vụ, cần có các biện pháp hỗ trợ và

giám sát bổ sung để đảm bảo tính đồng đều. Khi đánh giá lại cùng số liệu nhưng theo Thông tư 07/2013/TT-BYT, ghi nhận 56,1% NVYTKA hoàn thành tốt nhiệm vụ, 33,2% hoàn thành và chỉ 10,7% không hoàn thành. Sự khác biệt trong tiêu chí đánh giá: nếu như Thông tư 07 quy định nhiệm vụ theo hướng định tính, khái quát, thì Thông tư 27 lại cụ thể hóa phạm vi kỹ thuật, yêu cầu có đào tạo và giám sát chính thức. Sự thay đổi này giúp kết quả đánh giá phản ánh sát thực tế hơn: NVYTKA vốn mạnh ở công tác tuyên truyền, vận động, chăm sóc bà mẹ – trẻ em và sổ sách, nhưng còn hạn chế về năng lực lâm sàng cơ bản. Nhìn tổng thể, kết quả theo Thông tư 27/2023 không mâu thuẫn với nghiên cứu trước mà bổ sung một góc nhìn thực tế hơn: thay vì chỉ dựa trên số lượng nhiệm vụ thực hiện, nay chất lượng kỹ thuật được nhấn mạnh. Điều này có ý nghĩa quan trọng cho quản lý nhân lực y tế cơ sở: ngành y tế cần tập trung vào đào tạo kỹ năng sơ cứu, chăm sóc bệnh thông thường, giám sát định kỳ và hỗ trợ khác để NVYTKA vừa đáp ứng chuẩn mới vừa đảm bảo an toàn và chất lượng dịch vụ y tế cộng đồng.

So sánh với bối cảnh quốc tế, vai trò của NVYTCD đã được khẳng định trên nhiều lĩnh vực: từ giáo dục sức khỏe, hỗ trợ tâm lý – xã hội đến chăm sóc lâm sàng cơ bản. Han HR. ghi nhận NVYTCD thường tham gia các can thiệp tâm lý – xã hội như giảm trầm cảm, kỳ thị HIV hay nâng cao chất lượng cuộc sống, đồng thời đóng nhiều vai trò tư vấn, giáo dục và định hướng (20). Baynes C. cho rằng NVYTCD có năng lực chẩn đoán và điều trị bệnh khá tốt, đặc biệt trong quản lý sức khỏe trẻ em, nhưng còn hạn chế trong phát hiện dấu hiệu nguy hiểm thể chất (39%) (19). Freibott CE. nhấn mạnh NVYTCD không chỉ cung cấp dịch vụ y tế mà còn hỗ trợ vận chuyển, điều phối và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ, đặc biệt cho nhóm dân cư có hiểu biết sức khỏe thấp (21). Những kết quả này phản ánh NVYTCD ở nhiều quốc gia được đào tạo đa năng hơn, bao gồm cả kỹ năng lâm sàng cơ bản và phối hợp hệ thống.

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu ở Yên Bái, Hòa Bình, Bắc Kạn, Cao Bằng, Tây Ninh và Lai Châu đều ghi nhận vai trò nổi bật của NVYTTB trong truyền thông giáo dục sức khỏe, CSSKBMTE, KHHGD và quản lý địa bàn. Người dân nhìn chung hài lòng với công tác truyền thông và phòng bệnh (2, 16-18, 22, 23). Tuy nhiên, các hạn chế phổ biến vẫn tồn tại: năng lực thực hành không đồng đều, thiếu kỹ năng sơ cứu, khó khăn về trang thiết bị, tài liệu và giám sát. Một số địa phương ghi nhận tỷ lệ hỗ trợ đỡ

đẻ hoặc cấp cứu ban đầu rất thấp (dưới 10%), phản ánh sự yếu kém trong kỹ năng lâm sàng. So với quốc tế, NVYTKA ở Việt Nam hiện nay có đặc điểm tương tự NVYTTB: tập trung chủ yếu vào truyền thông – giáo dục sức khỏe và CSSKBMTE, nhưng còn hạn chế trong sơ cứu và chăm sóc bệnh thông thường. Trong khi đó, NVYTCD tại nhiều quốc gia được đào tạo toàn diện hơn, bao gồm quản lý bệnh mạn tính, sơ cứu cơ bản và ứng dụng công nghệ trong theo dõi bệnh nhân. Do đó, để nâng cao chất lượng công tác NVYTKA tại Việt Nam, cần chú trọng đào tạo kỹ năng thực hành lâm sàng, tăng cường giám sát, cung cấp đầy đủ tài liệu – trang thiết bị, đồng thời có chính sách đãi ngộ phù hợp nhằm nâng cao động lực làm việc.

V. KẾT LUẬN

Trong tổng số 587 NVYTKA được khảo sát, có 67,0% hoàn thành tốt nhiệm vụ, 21,3% hoàn thành và 11,7% không hoàn thành. Ở từng lĩnh vực cụ thể, 66,3% NVYTKA hoàn thành đầy đủ nhiệm vụ TTGDSK; 76,1% đạt yêu cầu trong công tác CSSKBMTE – KHHGD; 49,7% hoàn thành đầy đủ nhiệm vụ sơ cứu ban đầu và chăm sóc bệnh thông thường; và 92,2% hoàn thành tốt công tác sổ sách, báo cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Thông tư số 07/2013/TT-BYT ngày 08 tháng 3 năm 2013 về Quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản. Hà Nội 2013.
2. **Anh NB, Trần Quốc Kham, Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Văn Tiến.** Thực trạng hoạt động của nhân viên y tế thôn bản về truyền thông – giáo dục sức khỏe tại huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng năm 2017. Tạp chí Y học cộng đồng, số 4(45), trang 62-67. 2018.
3. **Hùng TM, Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Văn Tiến.** Thực trạng hoạt động phòng chống bệnh sốt xuất huyết của nhân viên y tế thôn bản huyện Gò Quao, tỉnh Kiên Giang năm 2016. Tạp chí Y học cộng đồng, số 39, trang 48-52. 2017.
4. **Kalyango JN, Rutebemberwa E, Alfven T, Ssali S, Peterson S, Karamagi C.** Performance of community health workers under integrated community case management of childhood illnesses in eastern Uganda. Malaria journal. 2012;11:282.
5. **Dada S, Aivalli P, De Brún A, Barreix M, Chelwa N, Mutunga Z, et al.** Understanding communication in community engagement for maternal and newborn health programmes in low- and middle-income countries: a realist review. Health Policy Plan. 2023;38(9):1079-98.
6. **Zelka MA, Yalew AW, Debelew GT.** Effectiveness of a continuum of care in maternal health services on the reduction of maternal and neonatal mortality: Systematic review and meta-analysis. Heliyon. 2023;9(6):e17559.

KHẢO SÁT SỰ NHẠY CẢM CỦA CÁC CHỦNG ASPERGILLUS SPP. VỚI THUỐC KHÁNG NẤM IN VITRO BẰNG KỸ THUẬT VI PHA LOÃNG VÀ E-TEST

Trần Hồng Phúc¹, Trương Thiên Phú², Nguyễn Ngọc Trương²,
Lê Nguyễn Hoàng Vũ², Võ Phước Vũ², Nguyễn Xuân Hùng²,
Phạm Huy Búp², Văn Thị Thanh Thủy¹, Trần Thị Huệ Vân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm nấm *Aspergillus* là một thách thức y tế nghiêm trọng, đặc biệt trên các bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Sự gia tăng đề kháng thuốc kháng nấm, nhất là nhóm azole, đòi hỏi việc giám sát liên tục và đánh giá các phương pháp xét nghiệm độ nhạy cảm. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát sự phân bố các loài *Aspergillus* và mức độ nhạy cảm với thuốc kháng nấm của các chủng phân lập tại Bệnh viện Chợ Rẫy, đồng thời so sánh sự tương đồng giữa hai kỹ thuật kháng nấm đồ vi pha loãng và E-test. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 49 chủng *Aspergillus* spp. phân lập từ các bệnh phẩm đường hô hấp tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2024 đến tháng 8/2025. Các chủng nấm được xác định độ nhạy cảm với các thuốc kháng nấm (amphotericin B, caspofungin, voriconazole, itraconazole, posaconazole) bằng hai phương pháp song song: vi pha loãng Sensititre và E-test. **Kết quả:** Trong tổng số 49 chủng nghiên cứu, *Aspergillus fumigatus* là loài phân lập phổ biến nhất (31/49, 62,0%), tiếp theo là *A. flavus* (12/49, 24,0%), *A. niger* (5/49, 10,0%) và *A. terreus* (1/49, 2,0%). Ghi nhận 2 chủng *A. fumigatus* (6,5%) kháng voriconazole và 5 chủng (16,1%) không thuộc kiểu hoang dại (non-wild-type) với itraconazole theo phương pháp vi pha loãng. Với amphotericin B, phát hiện 1 chủng *A. fumigatus* và 2 chủng *A. niger* không thuộc kiểu hoang dại. Các loài khác, bao gồm *A. flavus* và *A. terreus*, đều nhạy cảm với các thuốc kháng nấm được khảo sát. Tỷ lệ tương đồng phân loại (nhạy/kháng hoặc WT/non-WT) giữa hai phương pháp Sensititre và E-test nhìn chung cao. Tuy nhiên, vẫn ghi nhận một số khác biệt đáng chú ý, đặc biệt với voriconazole và itraconazole ở các chủng có MIC gần ngưỡng. Riêng posaconazole không áp dụng cho *A. fumigatus* và các chủng còn lại đều thuộc chủng hoang dại. **Kết luận:** *A. fumigatus* là tác nhân hàng đầu trong các chủng *Aspergillus* phân lập được. Tỷ lệ kháng azole tuy chưa cao nhưng đã xuất hiện, cho thấy sự cần thiết của việc giám sát thường quy. Kỹ thuật E-test cho thấy sự tương đồng tốt với phương pháp vi pha loãng tham chiếu, có thể là một công cụ sàng lọc hiệu quả trong thực hành lâm sàng, nhưng các kết quả gần ngưỡng đề kháng cần được xác nhận lại bằng phương pháp chuẩn.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huệ Vân

Email: huevan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

Từ khóa: *Aspergillus*, thuốc kháng nấm, vi pha loãng, E-test, voriconazole, Bệnh viện Chợ Rẫy

SUMMARY

SURVEY OF THE IN VITRO SUSCEPTIBILITY OF ASPERGILLUS SPP. TO ANTIFUNGAL AGENTS USING BROTH MICRODILUTION AND E-TEST METHODS

Objective: *Aspergillus* infections are a serious medical challenge, particularly in immunocompromised patients. The increasing resistance to antifungal drugs, especially azoles, requires continuous surveillance and evaluation of susceptibility testing methods. This study was conducted to investigate the distribution of *Aspergillus* species and their susceptibility to antifungal agents isolated at Cho Ray Hospital, as well as to compare the agreement between broth microdilution and E-test methods. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 50 *Aspergillus* spp. isolates obtained from respiratory specimens at Cho Ray Hospital between October 2024 and August 2025. The isolates were tested for susceptibility to antifungal agents (amphotericin B, caspofungin, voriconazole, itraconazole, posaconazole) using two parallel methods: broth microdilution (Sensititre™ YeastOne™) and E-test. **Results:** Among the 49 isolates investigated, *Aspergillus fumigatus* was the most frequently recovered species (31/49, 62.0%), followed by *A. flavus* (12/49, 24.0%), *A. niger* (5/49, 10.0%), and *A. terreus* (1/49, 2.0%). Two *A. fumigatus* isolates (6.5%) were resistant to voriconazole, and five isolates (16.1%) were classified as non-wild-type with itraconazole by the broth microdilution method. For amphotericin B, one *A. fumigatus* and two *A. niger* isolates were identified as non-wild-type. Other species, including *A. flavus* and *A. terreus*, were susceptible to all antifungal agents tested. The overall categorical agreement (susceptible/resistant or WT/non-WT) between Sensititre and E-test was high. Nevertheless, some notable discrepancies were observed, particularly with voriconazole and itraconazole in isolates with MICs near the clinical breakpoints. Posaconazole was not applicable for *A. fumigatus*, and all other isolates were categorized as wild-type. **Conclusion:** *A. fumigatus* was the predominant species among the *Aspergillus* isolates. Although the azole resistance rate was not high, its presence highlights the need for routine surveillance. The E-test showed good agreement with the reference broth microdilution method and may serve as an effective screening tool in clinical practice, but results near resistance thresholds should be confirmed using the standard method.

Keywords: *Aspergillus*, antifungal resistance, microdilution, E-test, voriconazole, Cho Ray Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Aspergillus spp. là chi nấm sợi phổ biến trong môi trường và là tác nhân gây bệnh cơ hội quan trọng ở người, đặc biệt trên các đối tượng suy giảm miễn dịch như bệnh nhân ghép tạng, ung thư máu, hoặc sử dụng corticoid kéo dài [2]. Bệnh cảnh lâm sàng do *Aspergillus* rất đa dạng, từ dị ứng đến nhiễm nấm xâm lấn đe dọa tính mạng, với tỉ lệ tử vong có thể vượt quá 50% nếu chẩn đoán và điều trị chậm trễ [1]. Trong đó, *A. fumigatus* là loài gây bệnh thường gặp nhất, tiếp theo là *A. flavus*, *A. niger* và *A. terreus*.

Việc điều trị nhiễm nấm *Aspergillus* chủ yếu dựa vào các thuốc kháng nấm nhóm azole (voriconazole, itraconazole). Tuy nhiên, sự xuất hiện và lan rộng của các chủng kháng azole, chủ yếu do đột biến gen *cyp51A*, đang trở thành một thách thức lớn trên toàn cầu, làm tăng nguy cơ thất bại điều trị [3]. Tại Việt Nam, dữ liệu về tình hình kháng thuốc của *Aspergillus* trên các chủng lâm sàng còn hạn chế, chủ yếu tập trung vào các khảo sát môi trường [4]. Để định hướng điều trị, việc xác định độ nhạy cảm với thuốc kháng là cực kỳ quan trọng. Kỹ thuật vi pha loãng cạnh thang (broth microdilution - BMD) được coi là "tiêu chuẩn vàng" theo hướng dẫn của CLSI và EUCAST [5]. Tuy nhiên, phương pháp này đòi hỏi kỹ thuật phức tạp và thời gian kéo dài. Ngược lại, E-test là một phương pháp đơn giản hơn, cung cấp giá trị nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) và dễ áp dụng hơn trong các phòng xét nghiệm lâm sàng. Mặc dù vậy, mức độ tin cậy và sự tương đồng của E-test so với phương pháp chuẩn vẫn cần được đánh giá trong điều kiện thực hành tại Việt Nam [6]. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Khảo sát sự nhạy cảm của các chủng Aspergillus spp. với thuốc kháng nấm In Vitro bằng kỹ thuật vi pha loãng và E-test*". Mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ phân bố loài trong tổng số các chủng *Aspergillus* spp. phân lập được.
2. Xác định mức độ nhạy cảm của các chủng *Aspergillus* spp. với các thuốc kháng nấm và so sánh sự tương đồng giữa hai phương pháp vi pha loãng và E-test.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Đối tượng nghiên cứu:** 49 chủng nấm *Aspergillus* spp. được phân lập từ các bệnh phẩm đường hô hấp (đờm, dịch rửa phế quản, dịch phế quản) của các bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 10/2024-8/2025.

* **Tiêu chuẩn tuyển chọn:** Lấy mẫu toàn bộ: đưa vào nghiên cứu tất cả các chủng thoả

tiêu chuẩn trong khung thời gian nêu trên. Quy tắc đại diện bệnh nhân: mỗi bệnh nhân chỉ tính 01 chủng đại diện trong ≥ 14 ngày; nếu có nhiều phân lập trong khoảng này, chọn chủng phân lập đầu tiên. Lưu trữ: bảo quản -80°C ; trước khi thử độ nhạy cảm với thuốc kháng nấm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu thực nghiệm với thiết kế mô tả cắt ngang

* **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** 49 chủng nấm phân lập được trong thời gian nghiên cứu, thoả mãn tiêu chuẩn chọn, đều được đưa vào phân tích.

* Các bước nghiên cứu:

- Tiếp nhận mẫu bệnh phẩm đường hô hấp đúng quy cách; tiến hành phân lập và mã hóa chủng (mỗi bệnh nhân chỉ lấy một chủng, không lặp lại ≥ 14 ngày).

- Soi tươi KOH định hướng sợi nấm; cấy trên môi trường ở 35°C và 28°C để thuần hóa.

- Định danh chủng nấm đến loài bằng hình thái và khẳng định bằng MALDI-TOF MS.

- Thực hiện kháng sinh đồ In vitro:

- Vi pha loãng Sensititre để xác định MIC đối với voriconazole và MEC đối với echinocandin.

- E-test trên thạch MHA được tiến hành song song để đối chiếu với phương pháp vi pha loãng.

- Kết quả được đọc sau 48 -72 giờ, kèm chủng QC chuẩn (*Candida krusei*) ATCC 6258.

- Phiên giải theo tiêu chuẩn CLSI với Clinical Breakpoint (CBP) (S/I/R) hoặc ECV (WT/non-WT).

- Đánh giá mức độ tương đồng giữa hai phương pháp dựa trên hệ số Cohen's Kappa nhằm xác định độ phù hợp trong phân loại nhạy/kháng.

- Chuẩn hóa và xử lý số liệu: nhập liệu và phân tích bằng phần mềm thống kê, báo cáo kết quả theo loài và từng thuốc.

* **Xử lý số liệu:** Nhập liệu bằng Excel 2019 và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê Y học bằng phần mềm StataMP 17.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được xét duyệt thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu của Đại học Y Dược TP.HCM số 2748/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 09/10/2024. Tất cả thông tin của bệnh nhân được hoàn toàn giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Mô tả chủng nấm trên tổng số

bệnh phẩm được phân lập (n=49)

Trong tổng số 49 chủng *Aspergillus* spp. được phân lập, *A. fumigatus* chiếm tỉ lệ cao nhất với 31 chủng (64,3%), khẳng định đây là loài phổ biến

nhất trong nghiên cứu. Tiếp theo là *A. flavus* với 12 chủng (24,5%), trong khi *A. niger* và *A. terreus* ít gặp hơn, lần lượt chiếm 10% và 2%.

Bảng 3.1. Phân bố chủng *Aspergillus* theo giới, tuổi, khoa và bệnh phẩm

	n	Chủng nấm			
		Aspergillus flavus	Aspergillus fumigatus	Aspergillus niger	Aspergillus terreus
Giới tính					
Nam	n=26	7 (26.9%)	17 (65.4%)	1 (3.9%)	1 (3.9%)
Nữ	n=23	5 (21.7%)	14 (60.9%)	4 (17.4%)	0 (0%)
Nhóm tuổi					
Dưới 50 tuổi	n=8	0 (0%)	8 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Từ 50 tuổi trở lên	n=41	12 (29.3%)	23 (56.1%)	5 (12.2%)	1 (2.4%)
Khoa					
Bệnh nhiệt đới	n=6	4 (66.7%)	2 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)
Hồi sức – cấp cứu	n=11	2 (18.2%)	8 (72.7%)	1 (9.1%)	0 (0%)
Khoa Nội	n=32	6 (18.8%)	21 (65.6%)	4 (12.5%)	1 (3.1%)
Bệnh phẩm					
Đàm	n=35	8 (22,9%)	24 (68,6%)	2 (5,7%)	1 (2,9%)
Dịch phế quản	n=5	1 (20,0%)	3 (60,0%)	1 (20%)	0 (0%)
Dịch rửa phế quản	n=9	3 (33,3%)	4 (44,4%)	2 (22,2%)	0 (0%)

Trong 49 chủng *Aspergillus* spp. được phân lập, *A. fumigatus* chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả nam (65,4%) và nữ (60,9%), tiếp theo là *A. flavus*, trong khi *A. niger* và *A. terreus* ghi nhận với tỉ lệ thấp hơn. Về nhóm tuổi, hầu hết các chủng được phát hiện ở bệnh nhân ≥ 50 tuổi (41/49; 83,7%), cho thấy đây là nhóm nguy cơ chính. Phân bố theo khoa cho thấy rõ ở loài *A. fumigatus* nổi trội ở khoa Hồi sức – cấp cứu (72,7%) và khoa Nội (65,6%), trong khi *A. flavus* lại chiếm ưu thế ở khoa Bệnh nhiệt đới (66,7%). Theo loại bệnh phẩm, *A. fumigatus* là chủng chiếm ưu thế trên cả ba loại bệnh phẩm, với tỉ lệ cao nhất trong đàm (68,6%) và dịch rửa phế quản (66,7%). *A. flavus* và *A. niger* xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn. Đáng chú ý, *A. terreus* là chủng hiếm gặp và chỉ được tìm thấy trong mẫu đàm (2,9%).

Bảng 3.2. Kết quả nhạy cảm của *A. fumigatus* với voriconazole (n=31) theo MIC

Phương pháp	MIC		
	Nhạy (S) n(%)	Trung gian (I) n(%)	Kháng (R) n(%)
Sensititre	25 (80,6%)	3 (9,7%)	3 (9,7%)
Etest	24 (77,4%)	4 (12,9%)	3 (9,7%)

Phần lớn các chủng *A. fumigatus* vẫn còn nhạy với voriconazole, trong đó phương pháp Sensititre ghi nhận tỉ lệ nhạy 80,6% và Etest là 77,4%. Tỉ lệ kháng được phát hiện giống nhau ở cả hai phương pháp (9,7%), trong khi nhóm trung gian dao động nhẹ giữa Sensititre (9,7%) và Etest (12,9%). Kết quả này gợi ý rằng mức độ kháng voriconazole của *A. fumigatus* tuy chưa cao nhưng đã hiện diện, cần được quan tâm trong giám sát lâm sàng. Đồng thời, sự tương đồng khá chặt chẽ giữa hai phương pháp Sensititre và Etest cho thấy cả hai đều có thể áp dụng trong thực hành, dù ở các chủng có MIC gần ngưỡng vẫn có sự khác biệt nhỏ về phân loại.

Bảng 3.3. Tỉ lệ chủng hoang dại (WT) và không phải chủng hoang dại (non-WT) của các chủng *Aspergillus* spp. theo phương pháp Sensititre và Etest

Thuốc kháng nấm	Chủng nấm	Sensititre		Etest	
		WT n(%)	Non-WT n(%)	WT n(%)	Non-WT n(%)
Amphotericin B	<i>A. flavus</i>	100% (12/12)	0% (0/12)	83,3% (10/12)	16,7% (2/12)
	<i>A. fumigatus</i>	96,8% (30/31)	3,2% (1/31)	90,3% (28/31)	9,7% (3/31)
	<i>A. niger</i>	100% (5/5)	0%	100% (5/5)	0%
	<i>A. terreus</i>	100% (1/1)	0%	100% (1/1)	0%
Caspofungin	<i>A. flavus</i>	100% (12/12)	0%	100% (12/12)	0%
	<i>A. fumigatus</i>	100% (31/31)	0%	96,8% (30/31)	3,2% (1/31)
	<i>A. niger</i>	100% (5/5)	0%	100% (5/5)	0%
	<i>A. terreus</i>	100% (1/1)	0%	100% (1/1)	0%

Voriconazole	A. flavus	100% (12/12)	0%	100% (12/12)	100%
	A. niger	100% (5/5)	0%	100% (5/5)	0%
	A. terreus	100% (1/1)	0%	100% (1/1)	0%
Itraconazole	A. flavus	91.7% (11/12)	8.3% (1/12)	100% (12/12)	0%
	A. fumigatus	87.1% (27/31)	13.9% (4/31)	87.1% (27/31)	13.9% (4/31)
	A. niger	100% (5/5)	0%	100% (5/5)	0%
	A. terreus	100% (1/1)	0%	100% (1/1)	0%
Posaconazole	A. flavus	100% (10/10)	0% (0/10)	100% (10/10)	0% (0/10)
	A. fumigatus	NA	NA	NA	NA
	A. niger	100% (5/5)	0% (0/5)	100% (5/5)	0% (0/5)
	A. terreus	100% (2/2)	0% (0/2)	100% (2/2)	0% (0/2)

Nhận xét: Phần lớn các chủng *Aspergillus* spp. vẫn thuộc kiểu hoang dại (WT), chứng tỏ mức độ kháng còn thấp. Amphotericin B và caspofungin duy trì hiệu quả cao, chỉ ghi nhận tỉ lệ non-WT thấp ở *A. fumigatus* (3,2–9,7%). Với itraconazole, *A. fumigatus* có tỉ lệ non-WT cao nhất (13,9%), trong khi các loài khác vẫn WT

hoàn toàn. Voriconazole cho thấy tất cả các loài đều WT, còn posaconazole không áp dụng cho *A. fumigatus* nhưng các loài còn lại đều nhạy. Nhìn chung, hai phương pháp Sensititre và Etest cho kết quả tương đồng, song Etest có xu hướng phát hiện non-WT cao hơn ở một số trường hợp.

Bảng 3.4. So sánh kết quả kháng nấm đồ của hai phương pháp thông qua hệ số Cohen Kappa cho *Aspergillus* spp.

Amphotericin B				
Kết quả	Sensititre	Etest	Cohen Kappa	p-value
Wild-type	48 (97.9%)	47 (95.9%)	0.85	0.001 (<0.05)
Non -wild-type	1 (2.1%)	2 (4.1%)		
Caspofungin				
Kết quả	Sensititre	Etest	Cohen Kappa	p-value
Wild-type	49 (100%)	48 (98.0%)	0.90	0.001 (<0.05)
Non -wild-type	0 (0%)	1 (2.0%)		
Voriconazole				
Kết quả	Sensititre	Etest	Cohen Kappa	p-value
Wild-type	17 (94.4%)	17 (94.4%)	0.90	0.001 (<0.05)
Non -wild-type	1 (5.6%)	1 (5.6%)		
Posaconazole (trừ A. fumigatus)				
Kết quả	Sensititre	Etest	Cohen Kappa	p-value
Wild-type	28 (96.6%)	27 (93.1%)	0.88	0.001 (<0.05)
Non -wild-type	1 (3.4%)	2 (6.%)		
Itraconazole				
Kết quả	Sensititre	Etest	Cohen Kappa	p-value
Wild-type	45 (91.8%)	46 (93.9%)	0.83	0.001 (<0.05)
Non -wild-type	4 (8.2%)	3 (6.1%)		

Nhận xét: Sự tương đồng cao giữa hai phương pháp Sensititre và Etest trong phân loại kiểu hoang dại (WT) và không hoang dại (non-WT) ở các chủng *Aspergillus* spp., thể hiện qua hệ số Cohen Kappa dao động từ 0,83 đến 0,90 và đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Amphotericin B và caspofungin cho mức độ phù hợp rất cao, với caspofungin đạt 100% WT theo Sensititre và gần như tương tự ở Etest, Cohen Kappa = 0,90. Với voriconazole, cả hai phương pháp đều phát hiện 1 chủng non-WT (5,6%), cho thấy sự nhất quán tốt (Kappa = 0,90). Posaconazole (không áp dụng cho *A. fumigatus*) cũng có sự phù hợp cao giữa hai phương pháp

(Kappa = 0,88), trong khi itraconazole ghi nhận tỉ lệ non-WT cao hơn (6,1–8,2%) và hệ số Kappa thấp nhất (0,83), phản ánh sự khác biệt đáng kể ở các chủng có MIC gần ngưỡng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố loài *Aspergillus* và bối cảnh người bệnh – loại bệnh phẩm. Trong nghiên cứu trên 49 chủng *Aspergillus* phân lập được, *A. fumigatus* chiếm ưu thế với tỉ lệ 62,0%, tiếp đến là *A. flavus* (24,0%), *A. niger* (10,0%) và *A. terreus* (2,0%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế, trong đó *A. fumigatus* luôn được ghi nhận là tác nhân gây bệnh nấm xâm lấn phổ biến nhất ở đường hô hấp, đặc biệt

trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch hoặc có bệnh nền phổi mạn tính. Một số nghiên cứu trong khu vực châu Á cũng cho thấy *A. flavus* thường đứng hàng thứ hai, với tỷ lệ dao động từ 15–25% [7].

Về đặc điểm người bệnh, phần lớn các chủng được phân lập từ bệnh nhân ≥ 50 tuổi, có nhiều bệnh lý nền và nằm tại các khoa Hồi sức – Cấp cứu hoặc Nội, điều này phản ánh nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao nhiễm nấm xâm lấn, tương đồng với báo cáo của Van de Veerdonk và cs (2017) [8] cho rằng tuổi cao và bệnh nền là yếu tố nguy cơ quan trọng. Xét về loại bệnh phẩm, dịch rửa phế quản là nguồn phân lập chính, phù hợp với thực hành lâm sàng khi đây là mẫu được chỉ định thường xuyên để phát hiện nấm trong viêm phổi xâm lấn. *A. fumigatus* vẫn là loài chủ đạo trong nhiễm nấm đường hô hấp, trong khi các loài khác như *A. flavus* và *A. niger* đóng vai trò bổ sung tùy theo đặc thù bệnh nhân và loại bệnh phẩm.

4.2. Mức độ nhạy cảm và mô hình phân bố WT/Non-WT theo từng thuốc. Hầu hết các chủng *Aspergillus* vẫn thuộc kiểu hoang dại (WT) với các thuốc kháng nấm chính, đặc biệt là caspofungin và amphotericin B, trong khi tỷ lệ chủng không thuộc WT (non-WT) được ghi nhận rõ hơn ở nhóm azole. Đáng chú ý, có 2 chủng *A. fumigatus* (6,5%) kháng voriconazole và 5 chủng (16,1%) non-WT với itraconazole theo phương pháp vi pha loãng. Điều này phản ánh thực tế rằng mặc dù tỷ lệ đề kháng azole còn ở mức thấp, song xu hướng xuất hiện các chủng *A. fumigatus* kháng thuốc đã được báo cáo ở nhiều quốc gia, gắn liền với việc sử dụng triazole kéo dài trong điều trị và môi trường nông nghiệp. Denning và cộng sự (2015) [9] cũng nhấn mạnh rằng sự gia tăng kháng azole ở *A. fumigatus* có ý nghĩa lâm sàng lớn, ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả điều trị aspergillosis xâm lấn.

4.3. So sánh hiệu quả giữa E-test và vi pha loãng trong đánh giá độ nhạy kháng. Có mức độ tương đồng cao giữa E-test và vi pha loãng trong đánh giá độ nhạy cảm của các chủng *Aspergillus* spp., với hệ số Cohen's Kappa dao động từ 0,83 đến 0,90 ($p < 0,05$), phản ánh sự đồng thuận tốt đến rất tốt giữa hai phương pháp. Amphotericin B và caspofungin đạt độ nhất quán cao (Kappa lần lượt 0,85 và 0,90), trong khi itraconazole có hệ số thấp hơn (0,83), cho thấy sự khác biệt chủ yếu ở các chủng có MIC gần ngưỡng. Posaconazole (ngoại trừ *A. fumigatus*) cũng ghi nhận sự tương đồng tốt với Kappa 0,88. Kết quả này phù hợp với Pfaller và cộng sự (2018), khi cho rằng E-test có thể được

ứng dụng như công cụ sàng lọc hữu ích và ước lượng MIC nhanh chóng trong thực hành lâm sàng, tuy nhiên với các trường hợp nghi ngờ kháng hoặc khi MIC nằm trong vùng bất định, phương pháp vi pha loãng chuẩn vẫn cần thiết để xác nhận nhằm đảm bảo độ chính xác điều trị [10].

V. KẾT LUẬN

A. fumigatus là loài chiếm ưu thế trong các phân lập từ bệnh phẩm hô hấp (63,3%). Tỷ lệ kháng azole tuy còn thấp nhưng đã hiện diện (đặc biệt ở *A. fumigatus* với voriconazole 9,7% và non-WT itraconazole 12,9–16,1%), nhấn mạnh nhu cầu giám sát thường quy kháng thuốc. Amphotericin B và caspofungin vẫn duy trì hiệu lực cao, trong khi posaconazole cho thấy hiệu quả tốt ở các loài ngoài *A. fumigatus*.

Sự tương đồng cao giữa E-test và vi pha loãng với hệ số Kappa 0,83–0,90; $p < 0,001$, khẳng định E-test có thể là công cụ sàng lọc hữu ích trong thực hành lâm sàng; tuy nhiên, các kết quả cận ngưỡng vẫn cần được xác nhận bằng vi pha loãng chuẩn để đảm bảo độ chính xác trong định hướng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kanaujia R, Singh S, Rudramurthy SM. Aspergillosis: an update on clinical spectrum, diagnostic schemes, and management. *Current Fungal Infection Reports*. 2023;17(2):144-155.
2. Phạm Ngọc Minh. Ký sinh trùng Y học, Tập 2. Nhà xuất bản Y học; 2023.
3. Verweij PE, Chowdhary A, Melchers WJG, Meis JF. Azole resistance in *Aspergillus fumigatus*: can we retain the clinical use of mold-active antifungal azoles? *Clinical Infectious Diseases*. 2016;62(3):362-368.
4. Duong T-MN, Le T-V, Tran K-LH, et al. Azole-resistant *Aspergillus fumigatus* is highly prevalent in the environment of Vietnam, with marked variability by land use type. *Environmental Microbiology*. 2021;23(12):7632-7642.
5. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Reference method for broth dilution antifungal susceptibility testing of filamentous fungi. CLSI document M38. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2017.
6. Melhem MSC, Coelho VC, Fonseca CA, et al. Evaluation of the sensititre YeastOne and Etest in comparison with CLSI M38-A2 for antifungal susceptibility testing... against *Aspergillus fumigatus* and other species... *Pharmaceutics*. 2022;14(10):2161.
7. Perfect JR. The impact of the host on fungal infections. *Am J Med*. 2012;125(1 Suppl):S39-S51.
8. Van de Veerdonk FL, et al. Host and fungal factors in the pathogenesis of aspergillosis. *Virulence*. 2017;8(2):316-322.
9. Denning DW, et al. Azole resistance in *Aspergillus fumigatus*: a global public health challenge. *Journal of Global Antimicrobial Resistance*. 2015;3(3):178-187.

Kiến thức và phương thức tự chăm sóc bàn chân trên bệnh nhân đái tháo đường tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Chợ Rẫy

Phan Hữu Hên¹, Cao Thị Bích Loan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, phương thức tự chăm sóc và các yếu tố liên quan đến loét chân ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả dùng bảng câu hỏi trên 242 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 11/2022 đến 05/2023. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có kiến thức và phương thức ở mức độ trung bình. Cụ thể, 35,5% bệnh nhân có kiến thức kém, 38,8% có kiến thức trung bình và bệnh nhân có kiến thức tốt chiếm 25,6%. Về phương thức tự chăm sóc, phương thức mức độ kém, trung bình và tốt lần lượt là 43,8%, 38,0% và 18,2%. Khoảng trống kiến thức – hành vi trong thói quen chăm sóc chân được ghi nhận gồm: tự khám chân mỗi ngày, đi chân trần, kiểm tra mắt trong giày dép, ngâm chân với nước nóng và khám chân định kì. Tuổi, học vấn, thời gian mắc bệnh và đã có biến chứng bàn chân là các yếu tố liên quan đáng kể đến kiến thức và hành vi của bệnh nhân. **Kết luận:** Nghiên cứu này làm nổi bật tầm quan trọng của cải thiện kiến thức và hành vi trong chăm sóc bàn chân của bệnh nhân đái tháo đường. Giáo dục sức khỏe là chiến lược quan trọng giúp bệnh nhân cải thiện khả năng và thói quen tự chăm sóc bàn chân.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, chăm sóc bàn chân, loét chân, thói quen tự chăm sóc.

SUMMARY

SELF-CARE BEHAVIOURS OF ULCER FOOT CARE AMONG DIABETES PATIENTS AT ENDOCRINE DEPARTMENT, CHO RAY HOSPITAL

Objective: This study aimed to evaluate the knowledge, self-care behaviors, and influencing factors among individuals with type 2 diabetes. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted, involving the direct interview of 242 diabetic patients seeking medical care at Cho Ray Hospital between November 2022 and May 2023. Questionnaires were used to collect the data. **Results:** The findings revealed that patients' knowledge of self-care behaviors was at an average level. Specifically, 35,5% of patients had poor knowledge, 38,8% had moderate knowledge, and 25,6% had good knowledge. In terms of self-care behaviors, 43,8% of patients exhibited poor behavior, 38,0% demonstrated moderate behavior, and 18,2% exhibited good behavior. The study identified gaps in knowledge and behaviors related to specific foot care

practices such as daily foot examination, walking barefoot, inspecting the interior of shoes, soaking feet in hot water, and undergoing regular foot examinations. Age, education level, disease duration, and the presence of foot complications were identified as significant influencing factors on patients' foot care knowledge and behavior. **Conclusions:** The study highlights the importance of improving knowledge and behavior towards foot care among individuals with diabetes. Health education emerges as a crucial strategy to enhance patients' ability to take care of their feet and promote self-care practices.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, foot care, foot ulcer, self-care behaviors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 là bệnh lý mạn tính thường gặp và gây ra gánh nặng cho y tế trên toàn cầu. Tại Việt Nam, theo Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế năm 2017 có hơn 3,5 triệu người mắc đái tháo đường và dự đoán sẽ tăng đến 6 triệu người vào năm 2045 [4]. Loét chân là một trong những biến chứng thường gặp và nghiêm trọng của đái tháo đường. Tỷ lệ hiện mắc của loét chân do đái tháo đường khoảng 19 – 34%, 40% bệnh nhân sẽ tái phát sau 1 năm điều trị và loét chân chiếm khoảng 1/5 đến 1/3 chi phí điều trị đái tháo đường [8]. Hơn 50% số ca đoạn chi không liên quan đến chấn thương do nhiễm trùng chân do đái tháo đường [9]. Giáo dục sức khỏe về chăm sóc bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường có loét bàn chân được coi là biện pháp phòng ngừa quan trọng. Thiếu hiểu biết và thực hành chăm sóc bàn chân kém ở bệnh nhân đái tháo đường có liên quan đến việc gia tăng các biến chứng ở bàn chân [10]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá mức độ hiểu biết, hành vi tự chăm sóc chân và các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi chăm sóc chân của bệnh nhân đái tháo đường. Qua đó, nghiên cứu đề xuất các biện pháp can thiệp để nâng cao nhận thức và thực hành chăm sóc bàn chân nhằm giảm thiểu nguy cơ loét và cắt cụt chi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Chợ Rẫy.

2. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các bệnh nhân đái tháo đường típ 2 trên 18 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu được chẩn đoán đái tháo đường theo ADA 2020 [5] hoặc đang điều trị đái tháo

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hữu Hên

Email: phanhuuhen@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

đường. Loét chân được định nghĩa bao gồm tổn thương da và mô dưới da do chấn thương hoặc áp lực bên ngoài, từ viêm tiết dịch đến hoại tử, hoại thư.

3. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có tổn thương bàn chân không loét như bong, trầy xước, vết cắt nhỏ; (2) Loét nhiễm trùng nặng; (3) Bệnh nhân mất thị lực nghiêm trọng; (4) Tổn thương nghi ngờ có viêm xương.

4. Phương pháp nghiên cứu

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

Chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu 242 bệnh nhân.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2022 đến tháng 05/2023.

Thu thập dữ liệu: Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn, sử dụng bảng câu hỏi và tham khảo hồ sơ bệnh án về mức độ loét chân theo phân độ Wagner.

Bảng câu hỏi: Kiến thức của bệnh nhân được đánh giá bằng bảng câu hỏi đã được dịch sang Tiếng Việt và sử dụng trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích Đào và Vũ Thị Là [1]. Bảng câu hỏi này gồm 20 câu hỏi, mỗi câu trả lời đúng được 0,5 điểm và sai được tính 0 điểm. Sau đó, tổng điểm kiến thức được tính toán và phân loại làm ba mức độ theo thang điểm 10: Tốt ≥ 7 điểm; trung bình từ 5 đến nhỏ hơn 7 điểm và kém là dưới 5 điểm. Thực hành chăm sóc của bệnh nhân được đánh giá bằng bảng câu hỏi The Nottingham Assessment of Functional Footcare (NAFF) [1], [7]. Bảng câu hỏi này gồm 29 câu hỏi, trả lời cho mỗi câu hỏi gồm 4 mức về độ thường xuyên của từng phương thức. Tổng điểm càng cao thì mức độ thực hành càng tốt.

Phân tích dữ liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20. Dữ liệu được phân tích bằng các phương pháp thống kê mô tả và phân tích hồi quy đa biến để xác định mối liên quan giữa các biến số.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận 242 bệnh nhân tham gia. Bảng 1 cho thấy 39,3% đối tượng nghiên cứu nằm trong độ tuổi từ 60-69, trong khi 32,6% trên 70 tuổi. Phần lớn những người tham gia là nam giới, chiếm 60,3% mẫu. Hơn nữa, 64,9% đối tượng cư trú ở vùng nông thôn và chỉ có 2,5% sống ở vùng núi. Trong số những người tham gia nghiên cứu, 70,7% có trình độ học vấn dưới trung học. Người cao tuổi và người đã nghỉ

hưu chiếm tỷ lệ lớn nhất với 52,9% và 81,4% đối tượng đã kết hôn. Ngoài ra, chỉ 15,7% bệnh nhân thuộc hộ nghèo hoặc cận nghèo.

Bảng 1: Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	40-49	15	6,2
	50-59	53	21,9
	60-69	95	39,3
	≥ 70	79	32,6
Giới	Nam	146	60,3
	Nữ	96	39,7
Nơi cư trú	Nông thôn	157	64,9
	Thành thị	79	32,6
	Vùng núi	6	2,5
Trình độ học vấn	Hoàn thành THCS	171	70,7
	Từ THPT trở lên	71	29,3
Nghề nghiệp	Nông dân	28	11,6
	Công nhân, kinh doanh, buôn bán, viên chức, lao động trí óc	86	35,5
	Nghỉ hưu, thất nghiệp	128	52,9
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn/sống chung	197	81,4
	Li thân/li dị	23	9,5
	Độc thân	16	6,6
	Góa	6	2,5
Tình trạng kinh tế	Nghèo	22	9,1
	Cận nghèo	16	6,6
	Khác	204	84,3
Tổng		242	100

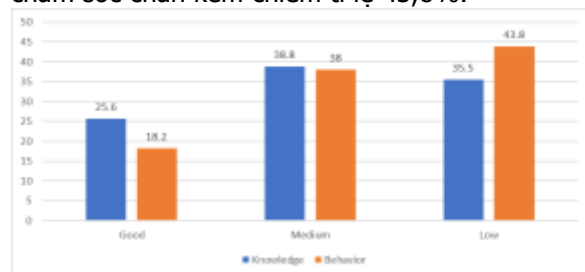
Nghiên cứu ghi nhận 41,7% có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm và hầu hết bệnh nhân (70,7%) được chẩn đoán khi đi khám bệnh vì các vấn đề sức khỏe khác. Nhân viên y tế là nguồn thông tin chính cho 91,7% bệnh nhân. Ngoài ra, 29,8% người tham gia nghiên cứu bị loét chân, trong đó loét độ 1 chiếm 41,7% các trường hợp đó (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm loét tháo đường

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	Dưới 5 năm	101	41,7
	Từ 6-10 năm	63	26,0
	Trên 10 năm	78	32,2
Hoàn cảnh phát hiện bệnh	Khám tổng quát	28	11,6
	Phát hiện khi khám/điều trị bệnh khác	171	70,7
	Khám vì có triệu chứng	43	17,8
Đã được tư vấn đi tháo đường		142	58,7
Tái khám đều theo hẹn		132	54,5

Sử dụng thuốc theo toa		93	38,4
Đã được tư vấn chăm sóc bàn chân		142	58,7
Nguồn thông tin chăm sóc bàn chân	Nhân viên y tế	222	91,7
	Phương tiện truyền thông	64	26,5
	Bạn bè, gia đình	77	31,8
Biến chứng bàn chân		72	29,8
Mức độ vết loét chân (n=72)	Wagner 0	0	0
	Wagner 1	30	41,7
	Wagner 2	22	30,6
	Wagner 3	15	20,8
	Wagner 4	5	6,9
	Wagner 5	0	0

Biểu đồ 1 cho thấy tỉ lệ có kiến thức kém về chăm sóc chân là 35,5%, trong đó thực hành chăm sóc chân kém chiếm tỉ lệ 43,8%.



Biểu đồ 1: Phân bố mức độ kiến thức và hành vi chăm sóc bàn chân

Kiến thức chăm sóc bàn chân và một số đặc điểm như tuổi, trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh, biến chứng bàn chân có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm tuổi 50-59 có kiến thức chăm sóc bàn chân tốt cao hơn 5,1 lần (KTC 95%: 2,4 - 11,1) so với nhóm tuổi trên 70. Tương tự, nhóm tuổi 40-49 có khả năng sở hữu kiến thức chăm sóc bàn chân tốt cao hơn 10,8 lần (KTC 95%: 3,0 - 38,5) so với những người trên 70 tuổi. Bệnh nhân có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên có kiến thức chăm sóc bàn chân tốt cao hơn 2,1 lần (KTC 95%: 1,2 - 3,7) so với những người có trình độ học vấn trung học cơ sở. Nhóm có thời gian mắc bệnh từ 6-10 năm có kiến thức chăm sóc bàn chân tốt cao hơn 3,9 lần (KTC 95%: 2-7,9) so với nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm. Tương tự như vậy, nhóm có thời gian mắc bệnh trên 10 năm có kiến thức chăm sóc bàn chân tốt cao gấp 3,3 lần (KTC 95%: 1,7-6,4) so với nhóm có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm. Cuối cùng, nhóm không có biến chứng ở bàn chân có kiến thức chăm sóc bàn chân tốt cao gấp 2,5 lần (KTC 95%: 1,3-4,6) so với nhóm bị loét bàn chân.

Bảng 3: Liên quan giữa một số đặc điểm và kiến thức chăm sóc bàn chân

Đặc điểm		Kiến thức		OR	p
		Tốt	Không tốt		
Tuổi	≥ 70	16 (20,3%)	63 (69,7%)		
	60-69	29 (30,5%)	66 (69,5%)	1,7 (0,9 - 3,5)	0.13
	50-59	30 (56,6%)	23 (43,4%)	5,1 (2,4 - 11,1)	<0,001
	40-49	11 (73,3%)	4 (26,7%)	10,8 (3,0 - 38,5)	<0,001
Trình độ học vấn	Hoàn thành THCS	52 (30,4%)	119 (69,6%)		
	Từ THPT trở lên	34 (47,9%)	37 (52,1%)	2,1 (1,2 - 2,7)	0.01
Thời gian mắc bệnh	Dưới 5 năm	20 (19,8%)	81 (80,2%)		
	Từ 6 - 10 năm	31 (49,2%)	32 (50,8%)	3,9 (2,0 - 7,9)	<0,001
	Trên 10 năm	35 (44,9%)	43 (55,1%)	3,3 (1,7 - 6,4)	<0,001
Biến chứng bàn chân	Có	16 (22,2%)	56 (77,8%)		
	Không	70 (41,2%)	100 (58,8%)	2,5 (1,3 - 4,6)	0.01

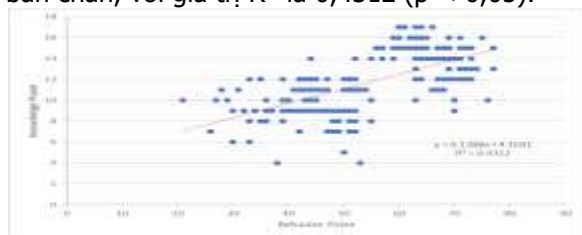
Nhóm tuổi 50-59 có phương thức chăm sóc bàn chân tốt cao gấp 4,9 lần (KTC 95%: 2,3 - 10,3) so với nhóm trên 70 tuổi. Nhóm tuổi 40-49 có phương thức chăm sóc bàn chân tốt cao gấp 6,3 lần (KTC 95%: 1,8 - 21,8) so với nhóm trên 70 tuổi. Nhóm có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên có khả năng chăm sóc bàn chân tốt cao gấp 2,6 lần (KTC 95%: 1,5 - 4,6) so với những người có trình độ học vấn thấp hơn trung học cơ sở. Nhóm không có biến chứng ở bàn chân có hành vi chăm sóc bàn chân tốt cao gấp 2,9 lần (KTC 95%: 1,6 - 5,4) so với nhóm bị loét bàn chân. Cuối cùng, nhóm có kiến thức tốt có biện pháp chăm sóc bàn chân tốt cao hơn 16,4 lần (KTC 95%: 8,4 - 32,0) so với nhóm bị loét bàn chân.

Bảng 4: Liên quan giữa một số đặc điểm và phương thức tự chăm sóc bàn chân

Đặc điểm		Phương thức		OR	p
		Tốt	Không tốt		
Tuổi	≥ 70	24 (30,4%)	55 (69,6%)	Ref	
	60-69	35 (36,8%)	60 (63,2%)	1,3 (0,7 - 2,5)	0.37
	50-59	36 (67,9%)	17 (32,1%)	4,9 (2,3 - 10,3)	0.00*

	40-49	11 (73,3%)	4 (26,7%)	6,3 (1,8 – 21,8)	0.00*
Trình độ học vấn	Hoàn thành THCS	63 (36,8%)	108 (63,2%)	Ref	
	Từ THPT trở lên	43 (60,6%)	28 (39,4%)	2,6 (1,5 – 4,6)	0.01*
Biến chứng bàn chân	Có	19 (26,4%)	53 (73,6%)	Ref	
	Không	87 (51,2%)	83 (48,8%)	2,9 (1,6 – 5,4)	0.01*
Kiến thức chăm sóc chân	Không tốt	71 (82,6%)	15 (17,4%)	Ref	
	Tốt	35 (22,4%)	121 (77,6%)	16,4 (8,4 – 32,0)	0.00*

Phương trình tuyến tính $y = 0,1388x + 4,1691$ cho thấy mối tương quan thuận có ý nghĩa giữa kiến thức và phương thức chăm sóc bàn chân, với giá trị R^2 là 0,4312 ($p < 0,05$).



Biểu đồ 2: Biểu đồ đường tương quan giữa kiến thức và phương thức tự chăm sóc bàn chân

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng những bệnh nhân đái tháo đường có kiến thức đầy đủ về chăm sóc bàn chân ít có khả năng mắc các biến chứng ở chân, đặc biệt là loét bàn chân. Nghiên cứu của chúng tôi có 242 bệnh nhân đái tháo đường típ 2, điểm kiến thức trung bình về chăm sóc bàn chân là $12,3 \pm 3,4$, với 25,6% có kiến thức kém, 33,1% có kiến thức trung bình và 41,3% có kiến thức tốt. Những phát hiện này cho thấy mức độ kiến thức cao hơn so với nghiên cứu của Desalu, trong đó điểm trung bình là $5,8 \pm 3,3$, với 46,0% có kiến thức kém, 30,1% có kiến thức tốt và 23,9% có kiến thức trung bình [10]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ kiến thức kém thấp hơn so với một nghiên cứu khác ở Malaysia, báo cáo tỷ lệ là 58%. Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân đái tháo đường có xu hướng thiếu quan tâm việc chăm sóc bàn chân, bằng chứng là tỷ lệ cao điểm thấp trong việc điều trị chấn thương bàn chân, kiểm tra bàn chân, ngăn ngừa chấn thương bàn chân, vệ sinh bàn chân, sử dụng kem dưỡng ẩm cho bàn chân và chọn giày dép phù hợp. Kiến thức chăm sóc bàn chân tốt đã được chứng minh là có mối tương quan với phương thức chăm sóc bàn chân tốt.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có phương thức chăm sóc chân kém (43,8%), trong khi một tỷ lệ nhỏ hơn biểu hiện hành vi trung bình (38,0%) và hành vi tốt (18,2%). Những phát hiện này phù hợp với nghiên cứu do tác giả Lê Tuyết Hoa thực hiện,

trong đó chỉ có 28% bệnh nhân thực hiện chăm sóc bàn chân đúng cách [2]. Những lỗi chăm sóc móng chân đáng chú ý ở bệnh nhân bao gồm thiếu quan tâm vệ sinh bàn chân (47,6%), cắt móng chân không đúng cách (10,2%), tự điều trị bằng cách làm nóng và ngâm chân (27,3%), không tự kiểm tra bàn chân (42,2%) và thói quen đi chân trần đáng kể (51,8%). Nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên quan thống kê có ý nghĩa ($p < 0,05$) giữa phương thức tự chăm sóc chân và tỷ lệ biến chứng bàn chân. Cụ thể, 51,2% bệnh nhân có phương thức tốt không bị loét bàn chân, trong khi chỉ có 26,4% bệnh nhân bị loét bàn chân có kiến thức tốt.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa kiến thức và phương thức chăm sóc bàn chân. Tỷ lệ bệnh nhân có phương thức đạt yêu cầu ở nhóm có kiến thức tốt cao hơn 16,36 lần (KTC 95%: 8,36 - 32,45) so với nhóm có kiến thức chưa đạt. Những phát hiện tương tự đã được báo cáo trong nghiên cứu của Đỗ Văn Hình. Theo nghiên cứu của Đỗ Văn Hình, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về khả năng chăm sóc bàn chân giữa nhóm bệnh nhân có kiến thức tốt và kém. Nhóm có kiến thức kém có tỷ lệ không thực hành hiệu quả cao gấp 4,2 lần so với nhóm có kiến thức tốt [3].

V. KẾT LUẬN

Phát hiện của nghiên cứu làm nổi bật tình trạng chăm sóc bàn chân còn thiếu sót của bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Các yếu tố như tuổi tác, trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh và tiền sử loét chân được có tác động đáng kể đến kiến thức và phương thức của bệnh nhân đối với việc chăm sóc bàn chân. Quan trọng hơn, nghiên cứu cũng chứng minh rằng việc có kiến thức đúng về chăm sóc bàn chân ảnh hưởng đáng kể đến phương thức tự chăm sóc. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của giáo dục sức khỏe trong việc nâng cao khả năng tự chăm sóc bàn chân của bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bích Đào, Vũ Thị Là. Kiến thức, thái độ và hành vi tự chăm sóc bàn chân của người bệnh đái tháo đường type 2 khám và điều trị tại BV Chợ Rẫy. Y Học TP. Hồ Chí Minh 2012, vol. 16 (2), pp. 60-69.

2. Lê Tuyết Hoa (2008). Nghiên cứu xác định yếu tố nguy cơ loét bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường. Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y dược TPHCM.
3. Đỗ Văn Hình. (2007). Kiến thức, thực hành phòng chống biến chứng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường týp 2 tại huyện Thanh Miện tỉnh Hải Dương. Luận văn Thạc sĩ Y tế Công Cộng
4. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* 2018;138:271-281. doi:10.1016/i.diabres.2018.02.023
5. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, et al. Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2020;36 Suppl 1:e3266. doi:10.1002/dmrr.3266
6. Gemechu FW, Seemant F, Curlev CA. Diabetic foot infections. *Am Fam Physician.* 2013; 88(3):177-184.
7. Bonner T, Foster M, Spears-Lanoix E. Type 2 diabetes-related foot care knowledge and foot self-care practice interventions in the United States: a systematic review of the literature. *Diabet Foot Ankle.* 2016;7:29758. Published 2016 Feb 17. doi:10.3402/dfa.v7.29758.
8. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care.* 2020; 43(Suppl 1):S14-S31. doi:10.2337/dc20-S002
9. Lincoln NB, Jeffcoate WJ, Ince P, Smith M, Radford K. Validation of a new measure of protective foot care behaviors: The Nottingham Review of Functional Foot Care (NAFF);24(4):207-11.10.1002/ pdi.1099,2007
10. Desalu OO, Salawu FK, Jimoh AK, Adekoya AO, Busari OA, Olokoba AB. Diabetic foot care: self reported knowledge and practice among patients attending three tertiary hospital in Nigeria. *Ghana Med J.* 2011;45(2):60-65. doi:10.4314/gmj.v45i2.68930

ĐÁNH GIÁ ĐỘ TƯƠNG ĐỒNG CỦA XÉT NGHIỆM CREATININ HUYẾT THANH BẰNG PHƯƠNG PHÁP ENZYMATIC VÀ PHƯƠNG PHÁP JAFFE TRÊN MÁY SINH HÓA TỰ ĐỘNG COBAS C702 TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Thành Vinh¹, Trịnh Thanh Lý²,
Trần Thanh Bình³, Phạm Thị Mai³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độ tương đồng kết quả xét nghiệm Creatinin huyết thanh bằng phương pháp enzymatic với phương pháp Jaffe trên máy sinh hóa tự động Cobas c702 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu thực nghiệm được thực hiện theo hướng dẫn CLSI EP15-A3, EP06, EP29 và EP09-A3 nhằm xác nhận giá trị sử dụng của phương pháp xét nghiệm creatinin huyết thanh. Mẫu nghiên cứu gồm các mẫu QC, mẫu bệnh nhân và mẫu hiệu chuẩn, sử dụng hai phương pháp xét nghiệm enzym và Jaffe. Phân tích số liệu bằng ANOVA, hồi quy Passing-Bablok và biểu đồ Bland-Altman. **Kết quả:** Cả hai phương pháp xét nghiệm enzym và Jaffe đều đạt yêu cầu về độ chụm và độ đúng. Khoảng tuyến tính được xác nhận lần lượt là 0,18–9,28 mg/dL (phương pháp enzym) và 0,27–9,05 mg/dL (phương pháp Jaffe). Độ không đảm bảo đo mở rộng (Ue) thấp và phù hợp với mục đích lâm sàng. Hệ số tương quan giữa hai phương pháp đạt $r = 0,996$. Tuy nhiên phân tích sâu hơn bằng biểu đồ Bland – Altman đã phát hiện phương pháp Jaffe có xu hướng cho kết quả cao

hơn phương pháp Enzym, đặc biệt ở vùng nồng độ thấp (quanh 1 mg/dL). **Kết luận:** Cả hai phương pháp đều phù hợp sử dụng tại phòng xét nghiệm. Tuy nhiên, phương pháp enzym có độ đặc hiệu và độ tin cậy cao hơn trong các mức nồng độ thấp, phù hợp hơn với xét nghiệm thường quy và đối tượng đặc biệt như trẻ em hoặc người suy thận sớm.

Từ khóa: Creatinin huyết thanh; phương pháp enzyme, phương pháp Jaffe

SUMMARY

A COMPARISON OF CREATININE MEASUREMENT BY THE JAFFE AND ENZYMATIC METHODS ON COBAS C702 AUTOMATED ANALYZER AT CHO RAY HOSPITAL

Methods: An experimental study was conducted in accordance with established CLSI guidelines (EP15-A3, EP06, EP29, EP09-A3). The performance of both methods was evaluated for precision, trueness, linearity, and measurement uncertainty using quality control materials, patient pooled sera, and calibrators. The comparability between the two methods was analyzed using ANOVA, Passing-Bablok regression, and Bland-Altman plots. **Results:** Both the enzymatic and Jaffe methods successfully met the verification criteria for precision and trueness as defined by ISO 15189:2022 and manufacturer specifications. The verified linear ranges were 0.18–9.28 mg/dL for the enzymatic method and 0.27–9.05 mg/dL for the Jaffe method. The expanded measurement uncertainty (Ue) was low and clinically acceptable for both. A strong correlation was observed between the two methods

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

³Trường Y - Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thành Vinh

Email: thanhvinhtran2002@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

with a Pearson correlation coefficient (r) of 0.996. Passing–Bablok regression analysis revealed no significant proportional or constant systematic error. However, Bland–Altman analysis demonstrated that the Jaffe method showed a consistent positive bias, particularly at lower creatinine concentrations (approximately 1 mg/dL), compared to the enzymatic method. **Conclusion:** Both the enzymatic and Jaffe methods are suitable for routine clinical use. However, due to its enhanced specificity and greater reliability at low concentrations, the enzymatic method is recommended for routine screening and for the assessment of early-stage renal impairment, especially in pediatric patients or individuals with subtle kidney function decline. **Keywords:** Serum creatinine; enzymatic method; Jaffe method

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xét nghiệm creatinin huyết tương là một trong những xét nghiệm hóa sinh thường quy quan trọng, được dùng để đánh giá chức năng thận, ước tính độ lọc cầu thận (eGFR) và phân loại giai đoạn bệnh thận mạn. Kết quả xét nghiệm này có ảnh hưởng trực tiếp đến việc chẩn đoán, điều trị, theo dõi bệnh và tiên lượng bệnh nhân, đặc biệt trong các chuyên khoa như thận học, hồi sức và tim mạch. Hiện nay, có hai phương pháp chính được sử dụng để định lượng creatinin là phương pháp Jaffe và phương pháp enzymatic. Phương pháp Jaffe hoạt động dựa trên phản ứng tạo màu giữa creatinin và acid picric trong môi trường kiềm. Ưu điểm của phương pháp này là dễ thực hiện và chi phí thấp, nhưng lại dễ bị nhiễu bởi các chất khác như glucose, bilirubin, ketone và protein. Phương pháp enzymatic sử dụng một chuỗi phản ứng đặc hiệu với creatinin. Phương pháp này ít bị ảnh hưởng bởi các chất gây nhiễu và được coi là đáng tin cậy hơn, dù chi phí vận hành thường cao hơn. Tại các phòng xét nghiệm lớn như Bệnh viện Chợ Rẫy, việc sử dụng song song cả hai phương pháp trên cùng một thiết bị phân tích tự động là phổ biến để đáp ứng nhu cầu xét nghiệm lớn và đảm bảo hoạt động liên tục. Điều này đòi hỏi phải có sự xác nhận và so sánh giữa các phương pháp để đảm bảo kết quả xét nghiệm chính xác và nhất quán. Đây là một yêu cầu bắt buộc trong quản lý chất lượng xét nghiệm, theo quy định tại Quyết định 2429/QĐ-BYT và tiêu chuẩn ISO 15189:2022 [1,7,8].

Mặc dù các nhà sản xuất thường công bố các thông số kỹ thuật cho xét nghiệm của mình, nhưng mỗi phòng thí nghiệm cần phải xác nhận lại các thông số này để phù hợp với điều kiện thực tế. Vì vậy, nghiên cứu về xác nhận giá trị sử dụng và so sánh độ tương đồng xét nghiệm Creatinin bằng phương pháp Enzymatic với

phương pháp Jaffe trên máy sinh hóa tự động Cobas c702 tại Bệnh viện Chợ Rẫy đã được thực hiện. Mục tiêu là cung cấp dữ liệu khoa học thực tiễn, giúp cải thiện công tác kiểm soát chất lượng và ứng dụng kết quả xét nghiệm hiệu quả hơn trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Vật liệu nghiên cứu

Vật liệu nghiên cứu:

- Mẫu kiểm soát chất lượng (QC): Sử dụng các mẫu QC của hãng Randox (QC2, lô 1673 UN và QC3, lô 1339 UE) và mẫu chuẩn CHEM CAL của hãng Roche (lô 497922).

- Mẫu bệnh phẩm: Thu thập ngẫu nhiên các mẫu huyết tương còn lại của bệnh nhân sau khi xét nghiệm creatinin. Các mẫu này được bảo quản ở -20°C cho đến khi phân tích để đảm bảo nồng độ được duy trì.

- Dữ liệu ngoại kiểm: Dữ liệu từ chương trình ngoại kiểm được dùng để ước tính sai số hệ thống (bias) trong quá trình tính toán độ không đảm bảo đo.

Hóa chất và thiết bị: Nghiên cứu sử dụng hệ thống máy sinh hóa và miễn dịch tự động Cobas 8000, bao gồm module c702 cùng với hóa chất đồng bộ của hãng Roche.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Khoa Hóa Sinh, Bệnh viện Chợ Rẫy
- Thời gian: Từ tháng 12 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu thực nghiệm mô tả, tuân thủ hướng dẫn của CLSI [2,3,4,5]:

Mục tiêu	Tài liệu hướng dẫn
Độ chụm, độ đúng	CLSI EP15-A3
Khoảng tuyến tính	CLSI EP06-Ed2
Độ không đảm bảo đo	CLSI EP29A
So sánh tương đồng	CLSI EP09-A3

Độ chụm: Để đánh giá độ chụm của xét nghiệm, chúng tôi đã sử dụng mẫu kiểm soát chất lượng (QC) ở hai nồng độ khác nhau (QC2, QC3) và mẫu huyết thanh bệnh nhân ở ba nồng độ khác. Mỗi mẫu được đo 5 lần/ngày trong 5 ngày, tổng cộng thu được 25 kết quả cho mỗi mức nồng độ.

Từ các kết quả thu được, chúng tôi tính toán giá trị trung bình, độ lệch chuẩn (SD) và hệ số biến thiên (CV). Các giá trị ngoại lai được xác định và loại bỏ bằng phương pháp Grubb's. Sau đó, các chỉ số về độ chụm của phòng xét nghiệm được ước tính, bao gồm:

- Độ chụm ngắn hạn (CVr)
- Độ chụm dài hạn (CVwl)

Các chỉ số này được so sánh với các giá trị

được nhà sản xuất công bố (tương ứng là σ_r và σ_{wl}). Tiêu chuẩn chấp nhận là khi các chỉ số của phòng xét nghiệm không vượt quá giá trị của nhà sản xuất ($CV_r \leq \sigma_r$ và $CV_{wl} \leq \sigma_{wl}$).

Trong trường hợp độ chụm của phòng xét nghiệm cao hơn giá trị công bố, chúng tôi sẽ tính toán giới hạn xác nhận trên (UVL). Khi đó, tiêu chuẩn chấp nhận sẽ là $CV_r \leq UVL_r$ và $CV_{wl} \leq UVL_{wl}$.

Nếu nhà sản xuất không cung cấp dữ liệu về độ chụm, chúng tôi sẽ sử dụng sai số tổng cho phép (TEa) từ bảng biến thiên sinh học theo CLIA, với công thức tính cụ thể như sau:

- $CV_r = 0,25 \times TEa$
- $CV_{wl} = 0,33 \times TEa$

Độ đúng: Để đánh giá độ đúng, chúng tôi sử dụng dữ liệu từ các mẫu QC đã phân tích trong thí nghiệm xác nhận độ chụm. Các bước thực hiện:

1. Phân tích dữ liệu: Sử dụng giá trị trung bình từ các lần đo mẫu QC để làm cơ sở đánh giá.

2. So sánh với khoảng chấp nhận: Kiểm tra giá trị trung bình có nằm trong khoảng xác nhận của phương pháp hay không.

3. Tính toán độ chệch (Bias): Nếu giá trị trung bình nằm ngoài khoảng xác nhận, tiến hành tính bias (%) để xác định mức độ sai lệch so với giá trị thực.

4. Tiêu chuẩn chấp nhận: Bias phải $\leq$ Bias tối đa cho phép (Biasmax). Biasmax được xác định bằng 0,5 lần sai số tổng cho phép (TEa) dựa trên biến thiên sinh học. Với creatinin, TEa = 8,87%, do đó Biasmax = $0,5 \times 8,87\%$.

Khoảng tuyến tính: Để đánh giá tính tuyến tính của phương pháp, chúng tôi đã tiến hành pha loãng mẫu chuẩn CHEM CAL của Roche. Các bước thực hiện:

1. Chuẩn bị mẫu:

• Mẫu cao: Sử dụng mẫu chuẩn CHEM CAL, có nồng độ 9,28 mg/dL cho phương pháp enzymatic và 9,05 mg/dL cho phương pháp Jaffe.

• Mẫu thấp: Pha loãng mẫu cao bằng nước cất (20 μ L mẫu cao + 980 μ L nước cất) để tạo ra mẫu có nồng độ thấp. Kết quả định lượng được là 0,18 mg/dL (enzymatic) và 0,27 mg/dL (Jaffe).

2. Tạo các mẫu trung gian: Chúng tôi trộn mẫu thấp và mẫu cao theo các tỷ lệ khác nhau để tạo ra năm mức nồng độ:

- Mẫu 1: Mẫu nồng độ thấp (pha loãng).
- Mẫu 2: 3 phần mẫu thấp + 1 phần mẫu cao.
- Mẫu 3: 2 phần mẫu thấp + 2 phần mẫu cao.
- Mẫu 4: 1 phần mẫu thấp + 3 phần mẫu cao.
- Mẫu 5: Mẫu nồng độ cao (ban đầu).

3. Thực hiện đo lường: Mỗi mẫu trong năm mức nồng độ trên được đo lặp lại 5 lần.

Độ không đảm bảo đo: Độ không đảm bảo đo được tính toán theo phương pháp Top-Down, dựa trên hai thành phần chính: độ không đảm bảo đo từ độ chụm (Uprec) và độ không đảm bảo đo từ độ chệch (Ubias).

1. Uprec (Độ không đảm bảo đo từ độ chụm): Thành phần này được ước tính từ dữ liệu nội kiểm tra chất lượng trong 3 tháng gần nhất.

2. Ubias (Độ không đảm bảo đo từ độ chệch): Thành phần này được xác định từ kết quả của các chương trình ngoại kiểm tra chất lượng.

3. Uc (Độ không đảm bảo đo chuẩn tổng hợp): Đây là sự tổng hợp của hai thành phần trên, được tính theo công thức:

$$Uc = \sqrt{Uprec^2 + Ubias^2}$$

4. Ue (Độ không đảm bảo đo mở rộng): Để biểu thị kết quả ở mức tin cậy 95%, chúng tôi sử dụng hệ số bao phủ $k = 2$. Công thức tính là: $Ue = Uc \times 2$

So sánh tương đồng: Để so sánh sự tương đồng giữa hai phương pháp Enzymatic và Jaffe, chúng tôi tiến hành đo song song 40 mẫu bệnh nhân và sử dụng thêm dữ liệu độ chụm từ các mẫu đã thu thập. Các kết quả được phân tích bằng phương pháp thống kê và trình bày dưới dạng biểu đồ trực quan:

1. Biểu đồ phân tán (Scatter Plot): Thể hiện mối quan hệ trực tiếp giữa kết quả đo của hai phương pháp.

2. Hồi quy Passing-Bablok: Đánh giá mức độ tương quan thông qua hệ số cắt (a) và hệ số góc (b). Nếu a gần 0 và b gần 1 $\rightarrow$ chúng tỏ sự tương đồng cao, không có sai số hệ thống đáng kể.

3. Biểu đồ Bland-Altman: Phân tích sự khác biệt giữa hai phương pháp thông qua độ lệch trung bình (mean difference) và khoảng tin cậy 95% của sai số, từ đó xác định ý nghĩa lâm sàng của sự khác biệt.

4. Ước lượng độ chệch (Bias): Thực hiện tại các mức nồng độ creatinin quan trọng (1,0; 2,0; 4,0 mg/dL) để đánh giá chi tiết sự khác biệt giữa hai phương pháp ở các khoảng giá trị có ý nghĩa trong thực hành lâm sàng.

2.3. Xử lý số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm Microsoft Excel 2019 và sử dụng thuật toán ANOVA (phân tích phương sai) để đánh giá các kết quả.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Chúng tôi cam kết tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả xác nhận độ chụm

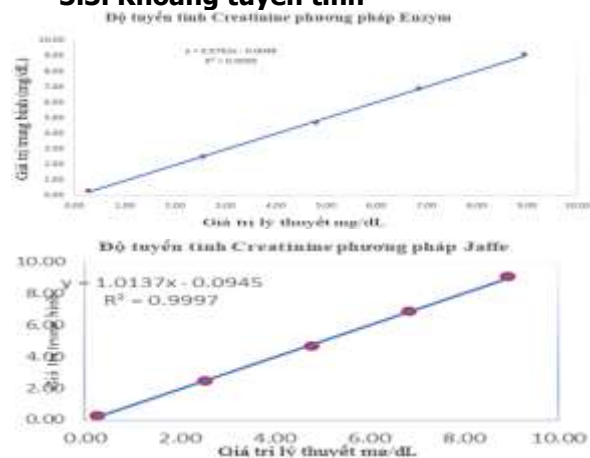
Bảng 1: Kết quả đánh giá độ chụm của PXN

Phương pháp	Vật liệu	X	CV _R (PXN)	Ơ _R	Kết luận	CV _{WL}	Ơ _{WL}	Kết luận
Enzym	QC2	1,52	0,6	0,8	Đạt	0,9	1,4	Đạt
	QC3	4,00	0,5	0,6	Đạt	0,5	1,1	Đạt
	BN1	1,00	0,7	1,1	Đạt	1,1	1,1	Đạt
	BN2	2,22	0,4	0,6	Đạt	0,6	1,1	Đạt
	BN3	4,56	0,6	0,6	Đạt	1,1	1,2	Đạt
Jaffe	QC2	1,54	1,5	2,5	Đạt	0,7	2,2	Đạt
	QC3	3,99	0,7	0,9	Đạt	0,7	1,7	Đạt
	BN1	1,02	1,3	2,3	Đạt	2,2	3,7	Đạt
	BN2	2,22	0,8	1,1	Đạt	0,9	1,7	Đạt
	BN3	4,75	1,0	1,1	Đạt	1,2	1,7	Đạt

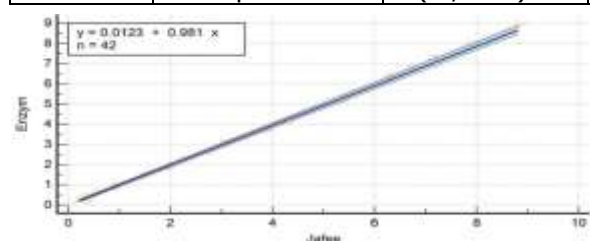
- Xác nhận độ chụm: Độ chụm của cả hai phương pháp Enzym và Jaffe đều đạt.

3.2. Kết quả xác nhận độ đúng**Bảng 2: Kết quả đánh giá độ đúng**

Tên thông số	Enzym		Jaffe	
	QC2	QC3	QC2	QC3
Giá trị trung bình	1,52	4,00	1,54	3,99
True Value (NSX)	1,57	4,15	1,55	3,96
Khoảng xác nhận dưới	1,55	4,13	1,53	3,94
Khoảng xác nhận trên	1,59	4,17	1,57	3,98
Độ chệch Bias ước tính %	3,40	3,72		0,85
Độ chệch cho phép (0,5 x Tea với TEa = 8,87%)	4,435	4,435	Đạt	4,435
Đánh giá	Đạt	Đạt		Đạt

3.3. Khoảng tuyến tính**Bảng 4: Kết quả so sánh sự khác biệt của mẫu bệnh nhân**

Xét nghiệm	Kiểm định phân phối chuẩn	Độ lệch trung bình (%)	95% CI độ lệch trung bình (%)	Độ lệch cho phép (%)	Đánh giá trường hợp
Creatinin	Phân phối chuẩn	(-0,8835)%	(-4,0544) – 2,2874	10,16%	A

**Hình 1: Hồi quy tuyến tính**

Phân tích hồi quy tuyến tính: Enzym: phương trình $y = 1,002x + 0,01$; $R^2 = 0,999$

Jaffe: phương trình $y = 0,996x + 0,02$; $R^2 = 0,998$

Cả hai phương pháp có tương quan tuyến tính rất cao với $R > 0,995 \rightarrow$ Đạt yêu cầu.

3.4. Độ không đảm bảo đo

Tính từ dữ liệu nội kiểm và ngoại kiểm:

Bảng 3: Bảng ước tính độ không đảm bảo đo

	Uprec (%)	Ubias (%)	Uc (%)	Ue (%)
Enzym	2,41	2,27	3,31	6,62
Jaffe	3,59	3,15	4,78	9,56

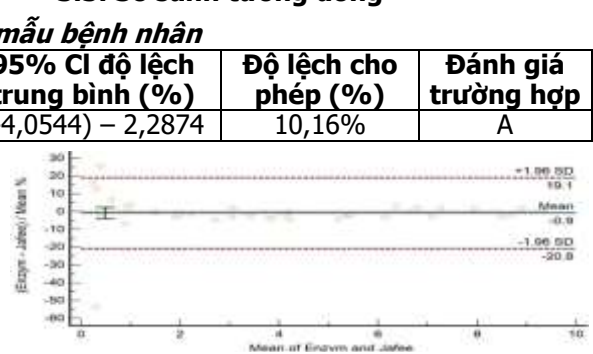
Nhận xét: Cả hai phương pháp Enzymatic và Jaffe đều có kết quả độ không đảm bảo đo (ĐKĐBĐ) mở rộng (Ue) ở mức thấp và có thể chấp nhận được trong lâm sàng.

Tuy nhiên, khi so sánh chi tiết, phương pháp Enzymatic cho thấy các thành phần ĐKĐBĐ đều thấp hơn so với phương pháp Jaffe:

- Độ chụm (Uprec): 2,41% (Enzymatic) so với 3,59% (Jaffe).

- Độ chệch (Ubias): 2,27% (Enzymatic) so với 3,15% (Jaffe).

Điều này dẫn đến ĐKĐBĐ tổng hợp chuẩn (Uc) và ĐKĐBĐ mở rộng (Ue) của phương pháp Enzymatic cũng thấp hơn đáng kể (6,62% so với 9,56%).

3.5. So sánh tương đồng**Hình 2: Biểu đồ khác biệt**

Phân tích hồi quy Passing–Bablok cho thấy tương quan giữa hai phương pháp rất cao ($r > 0,99$). Tuy nhiên, phân tích sâu hơn bằng biểu đồ Bland–Altman đã phát hiện: Phương pháp Jaffe có xu hướng cho kết quả cao hơn phương pháp Enzym, đặc biệt ở vùng nồng độ thấp (quanh 1 mg/dL). Độ lệch này có ý nghĩa lâm sàng, vì chỉ cần sai lệch nhỏ ở nồng độ thấp cũng có thể làm thay đổi cách đánh giá chức năng thận.

IV. BÀN LUẬN

Trong lĩnh vực xét nghiệm y học, độ chính xác và độ tin cậy của kết quả đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán, theo dõi và điều trị bệnh. Việc xác nhận giá trị sử dụng (method verification) của một phương pháp mới hoặc được áp dụng trong điều kiện thực tế của phòng xét nghiệm là bước bắt buộc theo tiêu chuẩn chất lượng ISO 15189, nhằm đảm bảo rằng phương pháp đáp ứng các yêu cầu về độ đúng, độ chụm, tuyến tính, độ nhạy, độ đặc hiệu và độ không đảm bảo đo trong điều kiện sử dụng cụ thể [7,8].

Bên cạnh đó, khi cùng một chỉ tiêu sinh hóa được thực hiện bằng hai phương pháp khác nhau (như phương pháp Jaffe và phương pháp enzym trong định lượng creatinin huyết tương), việc so sánh tương đồng (method comparison) là cần thiết để đánh giá khả năng hoán đổi kết quả. Điều này đặc biệt quan trọng trong các bối cảnh lâm sàng đòi hỏi sự nhất quán dữ liệu giữa các phòng xét nghiệm, giữa các đợt xét nghiệm khác nhau hoặc khi chuyển đổi phương pháp phân tích. Nếu hai phương pháp cho kết quả khác biệt có ý nghĩa thống kê hoặc lâm sàng, có thể dẫn đến sai lệch trong đánh giá chức năng thận, phân tầng nguy cơ, hoặc chỉ định điều trị không phù hợp. Do đó, việc thực hiện đồng thời xác nhận giá trị sử dụng và đánh giá tương đương giữa hai phương pháp không chỉ là yêu cầu kỹ thuật mà còn là nền tảng đảm bảo chất lượng xét nghiệm, hướng đến chăm sóc người bệnh an toàn và hiệu quả.

Nhiều tài liệu, quy trình đã được đưa ra nhằm hướng dẫn các phòng xét nghiệm tiến hành xác nhận giá trị sử dụng của phương pháp xét nghiệm. Nghiên cứu này chúng tôi áp dụng các hướng dẫn của CLSI để đánh giá độ chụm, độ chệch, độ không đảm bảo đo, khoảng tuyến tính và so sánh tương đồng của xét nghiệm Creatinin bằng phương pháp enzyme và phương pháp Jaffe trên máy sinh hóa tự động Cobas c702 của hãng Roche [2,3,4,5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả hai

phương pháp Enzym và Jaffe đều đạt độ chụm tốt ở mẫu QC và mẫu bệnh nhân, với hệ số biến thiên nhỏ hơn công bố của nhà sản xuất; trong đó phương pháp Enzym ổn định hơn. Độ đúng cũng được xác nhận, khi các giá trị trung bình nằm trong khoảng cho phép và sai số nhỏ hơn $\frac{1}{2}$ TEa. Cả hai phương pháp đều có khoảng tuyến tính rộng với tương quan cao ($R > 0,995$), đảm bảo độ chính xác trong dải đo sử dụng. Độ không đảm bảo đo (MU) được đánh giá theo ISO 20914 đều dưới ngưỡng cho phép, đáp ứng tiêu chuẩn ISO 15189. So sánh tương đồng cho thấy hai phương pháp có mối tương quan rất cao ($r > 0,995$), chênh lệch trung bình nhỏ, tuy nhiên Jaffe có xu hướng cho kết quả cao hơn ở mức creatinin thấp. Vì vậy, phương pháp Enzym được khuyến nghị hơn khi yêu cầu độ đặc hiệu cao và hạn chế nhiễu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu Đào Thị Quỳnh Nga và các cộng sự năm 2022 trên hệ thống Cobas c503 [6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá hai phương pháp định lượng creatinin huyết tương (Enzymatic và Jaffe) trên hệ thống Cobas c702 cho thấy cả hai đều đạt yêu cầu về độ chụm, độ đúng, tuyến tính và độ không đảm bảo đo theo ISO 15189:2022, CLSI và CLIA. Hai phương pháp có tương quan rất cao ($r = 0,996$), sai số trung bình nằm trong giới hạn chấp nhận, tuy nhiên Enzymatic có ưu thế vượt trội về độ đặc hiệu, đặc biệt ở nồng độ thấp và ít bị nhiễu. Do đó, phương pháp Enzymatic nên được ưu tiên trong xét nghiệm creatinin thường quy, nhất là trong phát hiện sớm bệnh thận mạn và theo dõi nhóm nguy cơ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quyết định số 2429/QĐ-BYT ngày 12/6/2017: Ban hành Hướng dẫn đánh giá năng lực và công nhận phòng xét nghiệm y học. Hà Nội: Bộ Y tế; 2017.
2. **Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI).** Expression of Measurement Uncertainty in Laboratory Medicine; CLSI guideline EP29. Wayne, PA: CLSI; 2016.
3. **Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI).** Evaluation of the Linearity of Quantitative Measurement Procedures: A Statistical Approach; Approved Guideline. CLSI document EP06. Wayne, PA: CLSI; 2003.
4. **Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI).** Measurement Procedure Comparison and Bias Estimation Using Patient Samples; Approved Guideline—Third Edition. CLSI document EP09-A3. Wayne, PA: CLSI; 2013.
5. **Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI).** User Verification of Precision and Estimation of Bias; Approved Guideline - Third Edition. CLSI document EP15-A3. Wayne, PA: CLSI; 2014.

6. **Đào Thị Quỳnh Nga.** So sánh kết quả xét nghiệm creatinin huyết tương bằng phương pháp enzym và phương pháp Jaffe trên máy sinh hóa tự động AU480. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2022; 26(4): 105–111.
7. **International Organization for Standardization (ISO).** ISO 20914:2019

Medical laboratories - Practical guidance for the estimation of measurement uncertainty. Geneva: ISO; 2019.

8. **International Organization for Standardization (ISO).** ISO 15189:2022 Medical laboratories - Requirements for quality and competence. Geneva: ISO; 2022.

KHẢO SÁT SỰ LIÊN QUAN CỦA TÌNH TRẠNG LO ÂU CĂNG THẲNG VỚI MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG VIÊM VÀ ĐỘNG MẠCH VÀNH THỦ PHẠM Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Trần Thị Hương Thủy¹, Trần Thị Ý Nhi¹,
Nguyễn Văn Anh¹, Nguyễn Đức Khánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa tình trạng lo âu căng thẳng với đáp ứng viêm và động mạch vành thủ phạm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 98 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Quân y 175 (6/2024–5/2025). Căng thẳng và trầm cảm được đánh giá bằng thang PSS-10 và PHQ-9. Các chỉ số viêm gồm NLR, PLR; động mạch thủ phạm được xác định qua chụp mạch vành. Phân tích thống kê bằng kiểm định Spearman, ANOVA và Kruskal–Wallis. **Kết quả:** Tuổi trung bình $63,3 \pm 10,3$; nam giới chiếm 59,2%. Tăng huyết áp 78,6%, đái tháo đường 44,9%, rối loạn lipid máu 63,3%. Điểm PSS-10 trung bình $18,1 \pm 2,0$ (mức căng thẳng trung bình); 14,3% có trầm cảm nhẹ theo PHQ-9. Giá trị trung bình NLR $2,97 \pm 2,20$, PLR $134,5 \pm 57,6$. Động mạch thủ phạm: LAD 45,9%, RCA 35,7%, LCx 17,3%, LM-LAD 1,0%. Phân tích Spearman cho thấy không có tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm PSS-10/PHQ-9 với NLR và PLR ($p > 0,05$). So sánh giữa các nhóm LAD, RCA, LCx cũng không ghi nhận sự khác biệt về điểm PSS-10 và PHQ-9 ($p > 0,05$). **Kết luận:** Căng thẳng tâm lý và trầm cảm nhẹ là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên, nghiên cứu này không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa điểm PSS-10/PHQ-9 với các chỉ số viêm (NLR, PLR) cũng như với vị trí động mạch thủ phạm. Việc sàng lọc và can thiệp tâm lý sớm vẫn cần thiết nhằm nâng cao chất lượng sống và tuân thủ điều trị. **Từ khóa:** nhồi máu cơ tim cấp, căng thẳng, trầm cảm, NLR, PLR, động mạch thủ phạm.

SUMMARY

INVESTIGATING THE LINK BETWEEN PSYCHOLOGICAL STRESS, INFLAMMATORY

¹Bệnh viện Quân Y 175, TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Khánh

Email: Khanh.Nguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

RESPONSE, AND CULPRIT CORONARY

ARTERY IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Objective: To investigate the association between psychological stress and anxiety with inflammatory response and culprit coronary artery in patients with acute myocardial infarction (AMI). **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 98 AMI patients undergoing percutaneous coronary intervention at Military Hospital 175 (June 2024–May 2025). Psychological stress and depression were assessed using the Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Inflammatory markers included neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) and platelet-to-lymphocyte ratio (PLR). The culprit artery (LAD, RCA, LCx) was identified by coronary angiography. Statistical analysis was performed using Spearman correlation, ANOVA, and Kruskal–Wallis test. **Results:** The mean age was $63,3 \pm 10,3$ years; 59,2% were male. Hypertension was present in 78,6%, diabetes in 44,9%, and dyslipidemia in 63,3%. The mean PSS-10 score was $18,1 \pm 2,0$ (moderate stress level); 14,3% had mild depression by PHQ-9. The mean NLR was $2,97 \pm 2,20$ and PLR was $134,5 \pm 57,6$. The culprit artery distribution was LAD 45,9%, RCA 35,7%, LCx 17,3%, and LM-LAD 1,0%. Spearman correlation showed no significant association between PSS-10/PHQ-9 scores and NLR or PLR ($p > 0,05$). No significant differences in PSS-10 and PHQ-9 scores were observed among LAD, RCA, and LCx groups ($p > 0,05$). **Conclusions:** Psychological stress and mild depressive symptoms are common in AMI patients. However, no significant association was found between stress/depression scores and inflammatory markers (NLR, PLR) or culprit artery location. Early psychological screening and intervention remain necessary to improve quality of life and treatment adherence.

Keywords: acute myocardial infarction, stress, depression, NLR, PLR, culprit coronary artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp (NMCT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh tim thiếu máu cục bộ là nguyên nhân hàng

đầu gây tử vong toàn cầu, với gánh nặng gia tăng nhanh chóng tại các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp, trong đó có Việt Nam^{1,2}. Nhờ sự tiến bộ của kỹ thuật can thiệp động mạch vành qua da (PCI), tiên lượng sống còn của bệnh nhân NMCT đã được cải thiện rõ rệt³. Tuy nhiên, kết quả điều trị lâu dài không chỉ phụ thuộc vào tái tưới máu mà còn bị ảnh hưởng bởi các yếu tố tâm lý – xã hội, trong đó sức khỏe tâm thần đóng vai trò quan trọng³.

Nhiều nghiên cứu cho thấy căng thẳng và lo âu rất phổ biến ở bệnh nhân bệnh mạch vành. Kala và cộng sự (2016) ghi nhận tỷ lệ lo âu 8,9% và trầm cảm 21,5% trong 24 giờ đầu sau PCI⁴. Thombs và cộng sự (2006) trong phân tích gộp trên hơn 6.000 bệnh nhân NMCT đã chỉ ra rằng trầm cảm và căng thẳng sau NMCT là yếu tố tiên đoán độc lập làm tăng nguy cơ tử vong và tái nhập viện⁵. Tại châu Á, Chen và cộng sự (2023) chứng minh tỷ số PLR, NLR cao có giá trị dự báo biến cố tim mạch bất lợi ở bệnh nhân NMCT⁶. Ở Việt Nam, các dữ liệu ban đầu cũng cho thấy tỷ lệ rối loạn tâm lý sau can thiệp tim mạch là đáng kể. Trịnh Thị Thanh Tuyền và cộng sự (2023) ghi nhận tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân sau PCI trong 24 giờ đầu là 37%⁷. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim có tỉ lệ căng thẳng ở mức trung bình và một số ít có trầm cảm nhẹ trong vòng 24 giờ sau PCI. Đặc biệt, các tác giả cũng nhấn mạnh mối liên quan giữa căng thẳng cấp tính và phản ứng viêm, yếu tố then chốt trong tiến triển của NMCT.

Về cơ chế, căng thẳng tâm lý kích hoạt trục hạ đồi – tuyến yên – thượng thận và hệ thần kinh giao cảm, dẫn đến gia tăng catecholamine, cortisol và các cytokine viêm như IL-6, TNF- α , CRP. Điều này thúc đẩy phản ứng viêm, làm bất ổn mảng xơ vữa và gia tăng nguy cơ hình thành huyết khối. Các chỉ số huyết học đơn giản như NLR, PLR, hay CRP đã được chứng minh có giá trị tiên lượng tử vong và biến cố ở bệnh nhân NMCT⁶.

Tuy nhiên, mối liên quan giữa tình trạng căng thẳng, đáp ứng viêm và động mạch vành thủ phạm (LAD, RCA, LCx) vẫn chưa được làm rõ. Phần lớn các nghiên cứu hiện nay tập trung vào vai trò của stress trong tiên lượng biến cố tim mạch, trong khi khoảng trống bằng chứng về mối liên quan với động mạch thủ phạm vẫn còn tồn tại. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát sự liên quan giữa tình trạng lo âu căng thẳng với mức độ đáp ứng viêm và động mạch vành thủ phạm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Nghiên cứu kỳ vọng cung cấp thêm bằng chứng khoa học cho việc tích hợp sàng lọc và can thiệp tâm lý

vào quy trình chăm sóc toàn diện, góp phần cải thiện tiên lượng bệnh nhân NMCT tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích tương quan.

Thời gian và địa điểm: Từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025 tại Khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Quân y 175. Lấy toàn bộ mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo tiêu chuẩn ESC/AHA và có chỉ định can thiệp động mạch vành qua da (PCI).

• **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, hợp tác trả lời bộ câu hỏi.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Tiền sử rối loạn tâm thần hoặc trầm cảm đã chẩn đoán trước đó; tình trạng lâm sàng không ổn định (sốc tim, ngừng tim trước nhập viện); không hợp tác trả lời.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Nghiên cứu thu nhận 98 bệnh nhân liên tiếp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu:

• **Đặc điểm nhân khẩu – lâm sàng:** Tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, học vấn, nghề nghiệp, bệnh đồng mắc (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, suy tim, COPD, rối loạn nhịp).

• **Tình trạng tâm lý:** Đánh giá căng thẳng bằng thang PSS-10 (0–13: thấp; 14–26: trung bình; 27–40: cao), trầm cảm bằng thang PHQ-9 (0–4: không/ít; 5–9: nhẹ; ≥ 10 : vừa/nặng).

• **Chỉ số sinh học và viêm:** WBC, NEU, LYM, HGB, PLT, NLR, PLR.

• **Đặc điểm can thiệp:** Động mạch vành thủ phạm được xác định qua chụp mạch (LAD, RCA, LCx, LM-LAD).

Quy trình thu thập số liệu: Sau khi can thiệp PCI, bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp trong vòng 24 giờ để hoàn thành PSS-10 và PHQ-9. Các thông tin xét nghiệm và dữ liệu can thiệp được lấy từ hồ sơ bệnh án. Tất cả số liệu được nhập kép bằng Excel 2019 và phân tích trên phần mềm Stata 17.

Phân tích thống kê: Thống kê mô tả: trung bình $\pm$ SD cho biến liên tục, tần số và tỷ lệ phần trăm cho biến phân loại. So sánh nhóm: sử dụng kiểm định Chi-square, t-test hoặc ANOVA khi thích hợp. Tương quan: hệ số Spearman giữa điểm PSS-10/PHQ-9 và các chỉ số viêm (NLR, PLR, CRP). Hồi quy đa biến: phân tích mối liên quan giữa tình trạng căng thẳng và động mạch thủ phạm. Ngưỡng ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Nghiên cứu thu nhận 98 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da trong thời gian nghiên cứu. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $63,3 \pm 10,3$ (năm), trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm đa số. Nam giới chiếm 59,2% (58/98), nữ giới chiếm 40,8% (40/98). Các bệnh đồng mắc thường gặp là tăng huyết áp gặp ở 78,6%, đái tháo đường 44,9%, và rối loạn lipid máu 63,3%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=98)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (năm)	$63,3 \pm 10,3$
Giới tính nam, n (%)	58 (59,2)
Giới tính nữ, n (%)	40 (40,8)
Tăng huyết áp, n (%)	77 (78,6)
Đái tháo đường, n (%)	44 (44,9)
Rối loạn lipid máu, n (%)	62 (63,3)

Đặc điểm đáp ứng viêm và động mạch vành thủ phạm. Giá trị trung bình của tỉ số bạch cầu đa nhân trung tính – lympho bào (NLR) là $2,97 \pm 2,20$ (thay đổi trong khoảng 0,73 – 13,3); tỉ số tiểu – lympho bào (PLR) là $134,5 \pm 57,6$ (thay đổi trong khoảng 50 – 374). Phân bố của NLR và PLR mẫu nghiên cứu được thể hiện trong biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Phân bố PLR và NLR của dân số nghiên cứu

Trong số 98 bệnh nhân, động mạch thủ phạm phân bố như sau: LAD chiếm 45,9%, RCA chiếm 35,7%, LCx chiếm 17,3%, và LM-LAD chiếm 1,0%. Tỉ lệ các nhánh động mạch vành thủ phạm được biểu diễn trong biểu đồ 2.



Biểu đồ 2. Phân bố động mạch thủ phạm
Sự liên quan giữa căng thẳng tâm lý và đáp ứng viêm. Điểm PSS-10 trung bình của toàn bộ bệnh nhân ở mức căng thẳng trung bình

($18,1 \pm 2,0$). Có 14,3% bệnh nhân có trầm cảm nhẹ theo PHQ-9, không ghi nhận trường hợp trầm cảm vừa hoặc nặng. Bảng 2 thể hiện phân tích tương quan Spearman giữa điểm số PSS-10, PHQ-9 và các chỉ số NLR, PLR.

Bảng 2. Phân tích tương quan giữa điểm PSS-10 và PHQ-9

	PSS-10		PHQ-9	
*	r	p	r	p
PLR	0,01	0,91	0,04	0,72
NLR	-0,03	0,76	-0,08	0,44

*: phân tích tương quan Spearman

Không có sự tương quan giữa điểm số PSS-10, PHQ-9 với các chỉ số tỉ số bạch cầu – lympho bào (PLR) hay tỉ số bạch cầu đa nhân trung tính – lympho bào (NLR).

Liên quan giữa căng thẳng tâm lý và động mạch thủ phạm. Điểm trung bình của điểm PSS-10 và PHQ-9 theo các nhóm liên quan động mạch vành thủ phạm được trình bày trong bảng 3 và bảng 4.

Bảng 3. Điểm PSS-10 trung bình giữa các nhóm ĐMV thủ phạm

ĐMV thủ phạm	Điểm PSS-10	p*
Nhánh liên thất trước	$18 \pm 0,26$	0,34
Nhánh mũ	$18,18 \pm 0,58$	
Nhánh vành phải	$18,26 \pm 0,39$	

*: Phép kiểm ANOVA

Bảng 4. Điểm PHQ-10 trung bình giữa các nhóm ĐMV thủ phạm

ĐMV thủ phạm	Điểm PHQ-9	p*
Nhánh liên thất trước	$2,8 \pm 0,19$	0,14
Nhánh mũ	$3,0 \pm 0,43$	
Nhánh vành phải	$2,9 \pm 0,29$	

*: Phép kiểm ANOVA

Chỉ có 1 trường hợp có động mạch vành thủ phạm là nhánh chính trái (LM) nên không đưa vào so sánh. So sánh điểm giữa các nhóm liên quan động mạch vành thủ phạm, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm PSS-10/PHQ-9 và vị trí động mạch thủ phạm (LAD, RCA, LCx) ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình bệnh nhân là $63,3 \pm 10,3$, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm đa số, phù hợp với thực tế lâm sàng khi nhồi máu cơ tim cấp thường gặp ở nhóm tuổi trung niên – cao tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (59,2%), tương tự nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy nam giới vẫn là nhóm nguy cơ cao hơn đối với bệnh mạch vành ^{1,2}. Các bệnh đồng mắc phổ biến như tăng huyết áp (78,6%), rối loạn lipid máu (63,3%) và đái tháo

đường (44,9%) cũng phù hợp với các yếu tố nguy cơ truyền thống đã được ghi nhận.

Căng thẳng, trầm cảm và phản ứng viêm: Điểm PSS-10 trung bình của toàn bộ dân số nghiên cứu nằm trong khoảng căng thẳng trung bình ($18,1 \pm 2,0$), trong khi có 14,3% bệnh nhân xuất hiện trầm cảm nhẹ theo PHQ-9. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Thị Thanh Tuyền và cộng sự (2023) ghi nhận 37% bệnh nhân PCI có lo âu trong 24 giờ đầu⁷. Điều này chứng tỏ tình trạng căng thẳng tâm lý là một vấn đề thường gặp và đáng lưu ý ở bệnh nhân tim mạch cấp tính.

Tuy nhiên, phân tích tương quan Spearman trong nghiên cứu của chúng tôi lại không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm PSS-10/PHQ-9 và các chỉ số viêm (NLR, PLR) ($p > 0,05$). Kết quả này trái ngược với một số nghiên cứu quốc tế. Thombs và cộng sự (2006) cho thấy trầm cảm sau nhồi máu cơ tim có liên quan đến tiên lượng xấu, một phần thông qua tăng phản ứng viêm⁵; các nghiên cứu chứng minh NLR và PLR là yếu tố tiên lượng biến cố tim mạch bất lợi ở bệnh nhân hội chứng vành cấp^{6,8,9}. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu còn nhỏ, đối tượng tương đối đồng nhất (hầu hết đều có mức căng thẳng trung bình, chưa có mức cao), hoặc thời điểm lấy mẫu máu chỉ trong giai đoạn cấp sớm, chưa phản ánh hết biến thiên của đáp ứng viêm.

Căng thẳng, trầm cảm và động mạch vành thu phạm. Khi phân tích theo nhóm động mạch thu phạm, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm PSS-10 hay PHQ-9 giữa các nhóm LAD, RCA và LCx ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh, bởi phân bố động mạch thu phạm phụ thuộc chủ yếu vào đặc điểm giải phẫu và tiến triển xơ vữa, ít chịu tác động trực tiếp của yếu tố tâm lý. Tuy nhiên, stress tâm lý có thể ảnh hưởng đến toàn bộ hệ thống mạch vành, làm tăng nguy cơ biến cố nói chung thay vì định khu cụ thể cho từng nhánh mạch.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi góp phần bổ sung bằng chứng tại Việt Nam liên quan tình trạng căng lo âu ở bệnh nhân sau can thiệp mạch vành do nhồi máu cơ tim cấp. Căng thẳng và trầm cảm là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, mặc dù mức độ chủ yếu ở ngưỡng trung bình hoặc nhẹ. Trong nghiên cứu này, chưa chứng minh được mối liên quan giữa stress tâm lý và các chỉ số viêm (NLR, PLR), cũng như giữa stress và động mạch thu phạm. Điều này gợi ý cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi nhiều thời điểm khác nhau sau

NMCT để làm rõ mối liên hệ. Dù chưa có bằng chứng liên quan trực tiếp với mạch thu phạm, việc sàng lọc và can thiệp sớm tình trạng căng thẳng và trầm cảm vẫn có ý nghĩa quan trọng, bởi stress tâm lý đã được chứng minh liên quan đến tuân thủ điều trị kém, chất lượng sống giảm và tiên lượng lâu dài bất lợi.

V. KẾT LUẬN

Căng thẳng tâm lý và trầm cảm nhẹ là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, chủ yếu ở mức độ trung bình. Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm PSS-10/PHQ-9 với các chỉ số viêm (NLR, PLR) cũng như vị trí động mạch thu phạm (LAD, RCA, LCx).

Kết quả này gợi ý rằng tác động của stress tâm lý đối với cơ chế viêm và tiến triển bệnh mạch vành có thể phức tạp hơn, cần được làm rõ qua các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn và theo dõi dọc. Tuy nhiên, việc sàng lọc và can thiệp tâm lý sớm vẫn cần thiết trong quản lý bệnh nhân NMCT cấp, nhằm cải thiện chất lượng sống, tăng tuân thủ điều trị và góp phần tối ưu hóa tiên lượng lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wang Y, Li Q, Bi L, Wang B, Lv T, Zhang P.** Global trends in the burden of ischemic heart disease based on the global burden of disease study 2021: the role of metabolic risk factors. BMC Public Health. Jan 24 2025;25(1):310. doi:10.1186/s12889-025-21588-9
2. **Zhang L, Tong Z, Han R, et al.** Global, Regional, and National Burdens of Ischemic Heart Disease Attributable to Smoking From 1990 to 2019. J Am Heart Assoc. Feb 7 2023;12(3):e028193. doi:10.1161/jaha.122.028193
3. **Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al.** 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. Oct 12 2023;44(38): 3720–3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191
4. **Kala P, Hudakova N, Jurajda M, et al.** Depression and Anxiety after Acute Myocardial Infarction Treated by Primary PCI. PLoS One. 2016;11(4): e0152367. doi:10.1371/journal.pone.0152367
5. **Thombs BD, Bass EB, Ford DE, et al.** Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. J Gen Intern Med. Jan 2006;21(1):30–8. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x
6. **Chen Y, Chen S, Han Y, Xu Q, Zheng M, Zhao X.** A combined index constructed based on NLR and PLR is associated with in-hospital mortality risk in patients with acute myocardial infarction. Am J Transl Res. 2023;15(6):4118–4128.
7. **Trịnh Thị Thanh Tuyền, Nguyễn Thị Minh Lý, Bùi Văn Nhơn, Nguyễn Thị Đoài.** Thực trạng lo âu ở người bệnh sau can thiệp động mạch vành 24 giờ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí

Khoa học Điều dưỡng. 2023;6(05):97–103.
doi:doi:10.54436/jns.2023.05.719

8. **Liu J, Ao W, Zhou J, Luo P, Wang Q, Xiang D.** The correlation between PLR-NLR and prognosis in acute myocardial infarction. *Am J Transl Res.* 2021;13(5):4892–4899.

9. **Zhang WY, Nan N, Song XT, Tian JF, Yang XY.** Impact of depression on clinical outcomes following percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* Aug 20 2019;9(8): e026445. doi:10.1136/bmjopen-2018-026445

ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT DO UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN 19-8: GIẢI PHÁP VÀ KỸ THUẬT

Nguyễn Minh Tuấn¹, Mai Tiến Dũng¹, Nguyễn Thành Luân¹,
Nguyễn Đình Hợp¹, Trần Nhật Linh¹, Nguyễn Tiến Mạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả các phương pháp điều trị và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 32 bệnh nhân phẫu thuật cấp cứu điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng từ năm 2022-12/2024 tại bệnh viện 19-8. **Kết quả:** Tuổi trung bình 69,38 ± 14,18 (44-95) tuổi; Lý do vào viện đau bụng (100%); các triệu chứng thường gặp là: bụng chướng (93,8%), bí trung đại tiện (81,3%), X-quang bụng không chuẩn bị có hình ảnh mức nước hơi (93,75%); CT bụng 100% phát hiện được tắc ruột do u đại trực tràng và 08 trường hợp di căn. Vị trí u đa phần nằm ở nửa trái đại tràng 62,5%. Số lượng hạch vét được trung bình 15,14 ± 5,67 hạch (8-26). Thời gian mổ trung bình 216,88 ± 47,43 phút (140-330); thời gian có lưu thông tiêu hóa trở lại trung bình 3,73 ± 0,46 ngày (3-5); thời gian hậu phẫu 15,51 ± 4,54 ngày (9-23). Có 2 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ (6,25%) điều trị nội khoa ổn định; không có bệnh nhân mổ lại và không có bệnh nhân tử vong. **Kết luận:** phẫu thuật cấp cứu điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng khả thi và an toàn cả về ngoại khoa và ung thư học với nhóm bệnh nhân được lựa chọn chi tiết

Từ khóa: tắc ruột, ung thư đại trực tràng

SUMMARY

THE TREATMENT METHODS AND EARLY OUTCOMES OF EMERGENCY SURGERY FOR BOWEL OBSTRUCTION DUE TO COLORECTAL CANCER AT 19-8 HOSPITAL: SOLUTIONS AND TECHNIQUES

Purpose: To describe the treatment methods and evaluate early outcomes of emergency surgery for bowel obstruction caused by colorectal cancer. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 32 patients who underwent

emergency surgery for colorectal cancer-induced bowel obstruction from 2022 to December 2024 at 19-8 Hospital. **Results:** The mean age was 69.38 ± 14.18 years (range: 44–95). The primary reason for hospital admission was abdominal pain (100%). Common clinical symptoms included abdominal distension (93.8%) and absence of flatus and defecation (81.3%). Abdominal X-ray without preparation showed air-fluid levels in 93.75% of cases. Abdominal CT scan detected bowel obstruction caused by colorectal tumors in 100% of cases, with 8 cases showing metastasis. Tumor location was predominantly in the left half of the colon (62.5%). The average number of lymph nodes retrieved was 15.14 ± 5.67 (range: 8–26). The mean operative time was 216.88 ± 47.43 minutes (range: 140–330), time to return of bowel function was 3.73 ± 0.46 days (range: 3–5), and the average postoperative hospital stay was 15.51 ± 4.54 days (range: 9–23). There were 2 cases (6.25%) of surgical site infection, which were managed conservatively; no cases required reoperation and there were no postoperative deaths. **Conclusion:** Emergency surgery for bowel obstruction due to colorectal cancer is a feasible and safe approach, both surgically and oncologically, in appropriately selected patients.

Keywords: bowel obstruction, colorectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất gây tắc ruột ở người lớn và khoảng 20% bệnh nhân ung thư đại trực tràng đến cấp cứu ngoại khoa [1],[2]. Một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân đến bệnh viện trong tình trạng muộn, khi khối u đã gây biến chứng, phổ biến nhất là tắc ruột – một cấp cứu ngoại khoa nghiêm trọng, đòi hỏi can thiệp kịp thời để giảm thiểu nguy cơ tử vong và biến chứng sau mổ.

Phẫu thuật cấp cứu trong trường hợp tắc ruột do u đại trực tràng đặt ra nhiều thách thức cho bác sĩ lâm sàng, do người bệnh thường có thể trạng suy kiệt, nhiễm trùng hoặc nhiễm độc, rối loạn điện giải, và nguy cơ cao trong can thiệp phẫu thuật. Việc lựa chọn phương pháp mổ phù hợp – nối ruột một thì hay mổ hai thì, mở thông

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: drluanbv198@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

đại tràng tạm thời hay cắt đoạn kết hợp – cần được cân nhắc kỹ lưỡng dựa trên tình trạng lâm sàng và đặc điểm khối u.

Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng” nhằm: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân bị tắc ruột do ung thư đại trực tràng. Phân tích các phương pháp phẫu thuật được áp dụng trong cấp cứu và đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật, qua đó góp phần tài liệu cho các nghiên cứu y học tiếp theo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 32 bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại trực tràng được phẫu thuật cấp cứu tại bệnh viện 19-8 từ năm 2022 đến 2024

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

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, X quang bụng không chuẩn bị, cắt lớp vi tính bụng, phương pháp xử lý phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, các biến chứng trong mổ và sau mổ, giải phẫu bệnh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

32 Bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại trực tràng được phẫu thuật cấp cứu tại Bệnh viện 19-8 từ năm 2022 đến 2024, trong đó có 20 bệnh nhân nam chiếm 62,5% và 12 bệnh nhân nữ chiếm 37,5%. Tuổi trung bình là $69,38 \pm 14,18$ tuổi (44 - 95 tuổi). 100% bệnh nhân vào viện với lý do đau bụng, các vùng đau bụng khác nhau tùy từng bệnh nhân, hay gặp nhất là đau bụng quanh rốn chiếm 62,5% và bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư đại tràng bằng nội soi và giải phẫu bệnh trước khi nhập viện cấp cứu

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng		BN	Tỷ lệ %
Các triệu chứng lâm sàng			
Đau bụng		32	100
Nôn		20	62,5
Chướng bụng		30	93,8
Bí trung tiện, đại tiện		26	81,25
Quai ruột nổi		20	62,5
Dấu hiệu rắn bò		16	50
Các triệu chứng cận lâm sàng			
Cắt lớp vi tính bụng	Có u	32	100
	Di căn	8	25
X quang có mức nước - hơi		30	93,75
Siêu âm thấy u		6	18,75
Chỉ định	Cấp cứu khẩn cấp	11	34,38
	Cấp cứu có trì hoãn	21	65,62

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là đau bụng (100%), chướng bụng (93,8%), bí trung đại tiện (81,3%). 93,75% X quang bụng có mức nước hơi, 100% xác định được u và 25% có di căn xa trên cắt lớp vi tính. Chỉ định mổ cấp cứu khẩn cấp: 34,38%, có tri hoãn: 65,62%.

Bảng 2. Đặc điểm u và phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm u và phương pháp phẫu thuật			BN	Tỷ lệ %
Vị trí u	Manh tràng		2	6,25
	Đại tràng góc gan		10	31,25
	Đại tràng ngang		0	0
	Đại tràng góc lách		6	18,75
	Đại tràng xuống		4	12,5
	Đại tràng Sigma		6	18,75
Tổn thương đại thể	Trực tràng cao		4	12,5
	Chít hẹp vòng nhân		20	62,5
	Tổn thương sùi thâm nhiễm		12	37,5
Phương pháp PT	Phẫu thuật Queneu		2	6,25
	Cắt đại tràng P nối ngay		8	25
	Cắt đại tràng T nối ngay		8	25
	Phẫu thuật Hartman		10	31,25
	Cắt đoạn đại trực tràng nối ngay		2	6,25
	Không cắt được U-lâm HMNT		2	6,25
Dẫn lưu ổ bụng	Số lượng	1	20	62,5
		2	12	37,5
Đặt sonde hậu môn sau mổ	Có		10	31,25
	Không		22	68,75

Nhận xét: Đại tràng trái hay gặp nhất (50%), tổn thương chít hẹp vòng nhân 62,5%, 93,75% cắt đại trực tràng theo nguyên tắc ung thư và 01 trường hợp không cắt được u, làm hậu môn nhân tạo. 100% sau mổ được đặt dẫn lưu ổ bụng, chỉ 5 trường hợp (31,25%) đặt sonde hậu môn

Bảng 3. Các biến chứng trong và sau phẫu thuật

Các biến chứng trong và sau phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
Chảy máu	0	0
Tắc ruột sau mổ	0	0
Rò miệng nối	0	0
Rò miệng nối phải mổ lại	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	4	12,5
Tử vong sau mổ	0	0
Tổng số	4	12,5

Nhận xét: Biến chứng nhiễm trùng vết mổ có 2 bệnh nhân (12,5%)

Bảng 4. Kết quả sớm sau mổ

Kết quả		Trung bình	Min	Max
Thời gian mổ (phút)		216,88±47,43	140	330
Số lượng hạch vét được		15,14±5,67	8	26
Thời gian có lưu thông tiêu hóa trở lại (ngày)		3,73±0,46	3,0	5,0
Thời gian điều trị (ngày)		15,51 ±4,54	9	23
Kháng sinh sau mổ	Dùng 2 ks	6		
	Dùng 3 ks	10		
	Số ngày	12,07±2,46	9	18

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình khoảng 216,88 phút; bệnh nhân thường có có lưu thông tiêu hóa trở lại sau 3,73 ngày và thời gian hậu phẫu trung bình là 15,51 ngày, kháng sinh sau mổ phối hợp 2 đến 3 loại kháng sinh, hạch vét được trung bình 15 hạch.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư đại trực tràng vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất gây tắc ruột ở người lớn và khoảng 20% bệnh nhân ung thư đại trực tràng đến với cấp cứu ngoại khoa. Với tắc ruột do ung thư đại trực tràng, lựa chọn phương pháp điều trị đã rõ ràng. Chúng tôi lựa chọn những bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột trước mổ, có những trường hợp đã xác định nguyên nhân gây tắc là u đại trực tràng, nhưng cũng có những trường hợp không xác định được. Chỉ khi mở bụng mới xác định chính xác là tắc do u đại trực tràng.

Giống như phần lớn các nghiên cứu về ung thư đại trực tràng như Dai Sik Jeong và cộng sự (2017) [3], nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ tương đương nhau. Tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 69,38 ± 14,18 tuổi (32-76), tương tự các tác giả khác trong nước như Nguyễn Văn Hương là 66,16 ± 12,5 tuổi và Nguyễn Anh Dũng là 64,3 ± 15,1 tuổi[4][5].

***Về chẩn đoán tắc ruột do UTĐTT.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, lâm sàng biểu hiện rõ của hội chứng tắc ruột thấp với các triệu chứng cơ năng như đau bụng 100%, bí trung đại tiện 81,3%. Các triệu chứng thực thể như bụng chướng 93,8%, quai ruột nổi 62,5%, dấu hiệu rắn bò 50%, u phát hiện trước khi phẫu thuật ở tất cả 32 bệnh nhân trong nghiên cứu trong đó có 8 ca đã di căn đến cơ quan khác như gan, phổi. Các triệu chứng cận lâm sàng rõ như X quang có hình ảnh mức nước và mức hơi 93,75%, Siêu âm gợi ý hình ảnh tắc ruột do u tương đối thấp, chỉ có 3 trường hợp được xác định. Về vấn đề này chúng tôi cho rằng, tất cả những bệnh nhân trong nghiên cứu vào viện với tình trạng tắc ruột, nên ổ bụng chứa nhiều hơi trong các quai ruột làm hạn chế rất nhiều khi siêu âm. Do vậy, việc siêu âm để phát hiện u là rất khó khăn, Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) phát hiện tắc ruột do u đại trực tràng

32/32 BN chiếm 100%.

Trên thực tế nhờ vào kinh nghiệm cùng với sự hỗ trợ của những công cụ chẩn đoán hình ảnh, việc chẩn đoán tắc ruột để mổ là không khó với lâm sàng biểu hiện của một hội chứng tắc ruột thấp điển hình. Kết quả nghiên cứu cho thấy các triệu chứng lâm sàng của tắc ruột do u đại trực tràng tương đối điển hình, trong đó đau bụng và bí trung đại tiện là hai biểu hiện chủ yếu. Tuy nhiên, mức độ biểu hiện có thể thay đổi tùy theo vị trí và mức độ hẹp của khối u. Các dấu hiệu gợi ý ung thư kéo dài như sút cân, thiếu máu, thay đổi thói quen đại tiện có thể đã bị bỏ qua ở giai đoạn sớm.

Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào hình ảnh học, đặc biệt là cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang, giúp đánh giá chính xác vị trí tắc, nguyên nhân, và các biến chứng đi kèm. Trong một số trường hợp tắc không hoàn toàn, nội soi đại tràng vẫn có giá trị trong chẩn đoán và lấy bệnh phẩm sinh thiết...

Sở với các nghiên cứu trước đó, kết quả của chúng tôi tương đồng với báo cáo của Nguyễn Văn Hương (2014) và Nguyễn Anh Dũng (2019) [4][5]. Do vậy, tắc ruột do u đại trực tràng đòi hỏi phối hợp các xét nghiệm cận lâm sàng, đặc biệt là CT-scan bụng để chẩn đoán xác định. Nhận biết sớm và xử trí kịp thời giúp làm giảm tỷ lệ tử vong và cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

Trong số 32 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, có 11 trường hợp nhập viện trong tình trạng nguy kịch và được chỉ định phẫu thuật cấp cứu khẩn cấp. Những bệnh nhân này nhập viện muộn với các chỉ số sinh tồn bị ảnh hưởng nghiêm trọng, làm hạn chế khả năng hồi sức và chuẩn bị trước mổ. Việc chỉ định phẫu thuật ngay lập tức chủ yếu do lo ngại các biến chứng nặng hoặc nhiễm trùng huyết, làm tăng đáng kể tỷ lệ biến chứng và tử vong nếu không được xử trí kịp thời.

21 bệnh nhân còn lại được phẫu thuật cấp cứu có trì hoãn, cho phép thực hiện hồi sức trước mổ như bù dịch, điều chỉnh điện giải, và đánh giá hình ảnh đầy đủ để lập kế hoạch phẫu thuật tối ưu hơn. Sự phân nhóm giữa phẫu thuật khẩn cấp ngay và phẫu thuật cấp cứu có trì hoãn cho thấy tầm quan trọng của việc phát hiện sớm và chuyển tuyến kịp thời trong điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng. Việc đến muộn không chỉ làm tiên lượng xấu đi mà còn làm tăng nguy cơ biến chứng trong và sau mổ. Do đó, việc nâng cao nhận thức cộng đồng và triển khai các chiến lược chẩn đoán sớm là những yếu tố then chốt để cải thiện kết quả điều trị cho nhóm bệnh nhân này.

*** Về vị trí của khối u.** Theo nhiều nghiên cứu như tác giả Phạm Văn Bình, Trần Tuấn Thành [6][7] thì vị trí khối u có khác nhau nhưng nhìn chung thường gặp nhiều nhất là ở đại tràng trái. Chúng tôi tỷ lệ ung thư đại tràng trái chiếm đa số 16/32 bệnh nhân chiếm 50%

***Phương pháp xử trí tắc ruột do UTĐTT.** Phẫu thuật điều trị tắc ruột do UTĐTT thường phức tạp, do phải đảm bảo hai nguyên tắc giải quyết biến chứng tắc ruột và đảm bảo về mặt ung thư học. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu được chỉ định mổ cấp cứu sau khi hoàn thành các xét nghiệm cơ bản. Trước mổ có thể được điều trị nội khoa nhịn ăn truyền dịch, bồi phụ điện giải, kháng sinh, đặt sonde dạ dày sau đó tiến hành mổ sau. Chỉ định mổ cấp cứu tức thì được đặt ra khi bệnh nhân đau bụng cơn nhiều, bụng chướng nhiều, ấn bụng có phản ứng, hoặc có các dấu hiệu thay đổi huyết động...

96,87% BN được phẫu thuật triệt căn cắt bỏ tổn thương và vét hạch. Vì có 01 bệnh nhân không cắt được u. Tỷ lệ bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật cắt u, lập lại lưu thông tiêu hóa 1 thì đạt 100%. Miệng nối hồi đại tràng ngang tương đối an toàn ngay cả trong bệnh cảnh tắc ruột vì đảm bảo không bị căng và nuôi dưỡng tốt vì vậy chiến lược tiếp cận là cắt nối ngay một thì. Phẫu thuật cắt nối ngay một thì có ưu điểm là bệnh nhân không phải mang túi hậu môn nhân tạo, rút ngắn thời gian hồi phục sau phẫu thuật, bệnh nhân có thể tiếp nhận điều trị hóa chất hỗ trợ sớm. Một số trường hợp nối có nguy cơ rò rỉ (ổ bụng bấn do biến chứng vỡ u gây viêm phúc mạc) có thể làm phẫu thuật Queneu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 trường hợp như vậy. Theo tác giả Nguyễn Văn Chuyên và Trần Mạnh Hùng, đối với các trường hợp ung thư đại tràng phải còn chỉ định cắt đoạn đại tràng, 100% các trường hợp được phẫu thuật nối hồi đại tràng ngang một thì, các trường hợp không còn chỉ định cắt đoạn đại tràng do khối u xâm lấn rộng hoặc di căn lan tràn, thể trạng bệnh nhân suy kiệt tiên lượng sống thêm ngắn, có thể tiến hành nối tắt hồi đại tràng ngang hoặc làm hậu môn nhân tạo.

Chiến lược phẫu thuật cho ung thư nửa đại tràng trái rất đa dạng và phụ thuộc vào bệnh cảnh của từng bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân UTĐT trái phẫu thuật một thì là 100% trong đó 50% cắt đoạn đại trực tràng nối ngay, 50% phẫu thuật Hartmann. Có 1 bệnh nhân (6,25%) không cắt được u. Nguyên nhân do khối u trực tràng thấp đã vỡ qua lớp thanh cơ và xâm lấn sang các tổ chức xung quanh, khu vực chứa u tạo thành 01 khối cứng chắc. Đánh giá trong mổ

chúng tôi thấy không thể phẫu thuật tích cực như phẫu thuật triệt căn. Do vậy, quyết định cắt u mà chỉ làm hậu môn nhân tạo giải quyết tình trạng cấp cứu là tắc ruột.

Tác giả Nguyễn Văn Chuyên và Hà Văn Quyết, tỷ lệ cắt nối 1 thì thấp hơn lần lượt là 22,9% và 16,4%. Kết quả này có thể do các nghiên cứu khác bao gồm cả các bệnh nhân giai đoạn IV, hoặc kích thước u lớn xâm lấn rộng nên tăng tỷ lệ bệnh nhân làm HMNT đơn thuần, nối tắt, hoặc phẫu thuật Hartmann. Hai đầu miệng nối đại tràng trái được tưới máu nuôi dưỡng không tốt, chứa nhiều vi khuẩn, ứ đọng phân dài ngày do tắc, chênh lệch khẩu kính giữa hai đầu ruột do đầu giãn đầu xẹp... là các yếu tố không thuận lợi dẫn tới nguy cơ rò rỉ miệng nối [8].

***Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật.** Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là nhiễm trùng vết mổ (12,5%).

Nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn báo cáo 99 trường hợp tắc ruột tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 1986-1993, tỷ lệ tử vong lên tới 23%, chủ yếu liên quan tới tình trạng suy kiệt, chảy máu sau mổ và rò rỉ miệng nối. Nhờ những tiến bộ trong hồi sức tích cực, cùng với việc giảm tỷ lệ các trường hợp tắc ruột đến muộn, tỷ lệ biến chứng và tử vong do tắc ruột đã giảm đáng kể [9]. Nghiên cứu của Hà Văn Quyết trên 122 bệnh nhân tắc ruột tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 1999-2004, tỷ lệ biến chứng chung là 27%, thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ, không có trường hợp tử vong [8].

Như vậy, trong 32 bệnh nhân của chúng tôi thấy chỉ nhiễm trùng vết mổ là có. Nguyên nhân ở 2 bệnh nhân này là thể trạng béo kết hợp với quá trình phẫu thuật có dịch phân trong ổ bụng. Còn các biến chứng khác chúng tôi không gặp. Một phần do số lượng bệnh nhân tham gia đánh giá bước đầu còn ít. Do vậy tại cơ sở y tế của chúng tôi cần thêm nhiều thời gian thu thập số liệu, nhằm đánh giá một cách chính xác hơn.

***Kết quả sớm sau mổ.** Đánh giá kết quả sớm sau mổ: thời gian mổ trung bình 216 phút; bệnh nhân thường có có lưu thông tiêu hóa trở lại sau khoảng ngày hậu phẫu thứ 4 và thời gian hậu phẫu trung bình là 15,51 ngày. Số lượng hạch vét được đảm bảo trên 12 hạch (trung bình 15,14 hạch) và các diện cắt đảm bảo tuân thủ theo nguyên tắc phẫu thuật ung thư.

Theo tác giả Phạm Văn Bình thời gian phẫu thuật 154 phút, Nguyễn Anh Dũng 157 phút [5],[6]... Thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn các nghiên cứu khác. Nguyên nhân do bước

đầu phẫu thuật nên quyết định trong mổ còn hạn chế, cùng với đó điều kiện phẫu thuật chưa tối ưu: thiết bị hỗ trợ, dụng cụ hoặc hệ thống gây mê – hồi sức chưa hiện đại bằng các trung tâm nghiên cứu khác, ảnh hưởng đến hiệu quả mổ. Thêm nữa các bệnh nhân của chúng tôi đến viện muộn hoặc phát hiện khi dấu hiệu tắc ruột đã khá rõ ràng, nên nhiều bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nặng, mất nước, rối loạn điện giải... làm thời gian chuẩn bị và phẫu thuật kéo dài hơn. Còn lại các kết quả này cũng tương tự kết quả của một số tác giả trong và ngoài nước.

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi sau phẫu thuật được điều trị kháng sinh phối hợp từ 2 đến 3 loại. Các loại kháng sinh chúng tôi hay dùng là 01 kháng sinh thuộc nhóm Beta-lactam phổ rộng thể hệ mới như Meropenem, Ertapenem... kết hợp với Quinolon và Metronidazole. Chúng tôi sử dụng như vậy theo khuyến cáo và kinh nghiệm của các nghiên cứu khác trước đó

V. KẾT LUẬN

Tắc ruột là biến chứng gặp nhiều nhất trong số các biến chứng khác của ung thư đại trực tràng. Cách xử trí tắc ruột trong cấp cứu tùy thuộc vào điều kiện bệnh nhân, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, điều kiện gây mê hồi sức và đặc điểm của khối u để lựa chọn phẫu thuật đúng đắn và thích hợp cho từng trường hợp cụ thể là rất quan trọng.

Phẫu thuật triệt căn cho nhóm bệnh nhân UTĐT có biến chứng tắc ruột tại Bệnh viện 19-8 là an toàn, đạt tỷ lệ phẫu thuật triệt căn cao, biến chứng thấp có khả năng kiểm soát được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ansaloni, L., Andersson, R. E., Bazzoli, F., Catena, F., Cennamo, V., Di Saverio, S.,... & Tuech, J. J. (2010).** Guidelines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the world society of emergency surgery (WSES) and peritoneum and surgery (PnS) society. *World Journal of Emergency Surgery*, 5, 1-10.
2. **Baer, C., Menon, R., Bastawrous, S., & Bastawrous, A. (2017).** Emergency presentations of colorectal cancer. *Surgical Clinics*, 97(3), 529-545.
3. **Kim, Y. H., & Kim, K. J. (2017).** Surgical outcomes and risk factors in patients who underwent emergency colorectal surgery. *Annals of coloproctology*, 33(6), 239.
4. **Hương, N. V. (2014).** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại trực tràng. *Sigma*, 12(20), 7.
5. **Nguyen, D. A., Mai-Phan, T. A., Do, P. T. T., & Thai, T. T. (2020).** Emergency surgery for obstructed colorectal cancer in Vietnam. *Asian journal of surgery*, 43(6), 683-689.
6. **Phạm, V. B., & Hoàng, M. T. (2021).** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cấp cứu nối ngay một thì điều trị tắc ruột do ung thư nửa trái đại trực tràng tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 501(1).
7. **Thành, T. T., Thăng, T., & Huy, N. V. (2023).** Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng có biến chứng tắc ruột tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 527(2).
8. **Hà Văn Quyết và cộng sự (2005),** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng, *Ngoại khoa số 3*, tr 28-36
9. **Trịnh Hồng Sơn, Chu Nhật Minh, Đỗ Đức Văn:** Tắc ruột do ung thư đại tràng: nhận xét về chẩn đoán, chỉ định và cách xử trí qua 99 trường hợp được mổ cấp cứu tại BV Việt Đức (Hà Nội). *Ngoại khoa 1996*, 9, 129-136.

XÁC ĐỊNH YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ VỚI LIỆU PHÁP NHỈ HOÀN KẾT HỢP BÀI THUỐC TIÊU PHONG TÁN TRÊN NGƯỜI BỆNH VIÊM DA CƠ ĐỊA MỨC ĐỘ NHẹ ĐẾN TRUNG BÌNH

Trần Thu Nga^{1,2}, Trần Hòa An^{1,2}, Trịnh Thị Diệu Thường^{3,4}

TÓM TẮT

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3

³Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền, Bộ Y tế

⁴Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Diệu Thường

Email: thuongttd.ydct@moh.gov.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 30.9.2025

Ngày duyệt bài: 13.10.2025

Mục tiêu: Xác định yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị với liệu pháp nhỉ hoàn kết hợp Tiêu Phong Tán ở người bệnh viêm da cơ địa (VDCĐ). **Phương pháp:** Đây là phân tích thử cấp trên dữ liệu từ một thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên kéo dài 4 tuần. Người bệnh VDCĐ không nặng, có biểu hiện phong-thấp-nhiệt được điều trị bằng Tiêu Phong Tán và được phân ngẫu nhiên vào nhóm nhỉ hoàn (n=78) hoặc giả nhỉ hoàn (n=78). Các yếu tố dự đoán độc lập được ước tính bằng hồi quy logistic đa biến; các mô hình cũng bao gồm các tương tác giữa nhóm điều trị và đặc điểm nền để đánh giá khả năng điều biến hiệu quả. **Kết quả:** Các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa đến đáp ứng điều trị gồm nhóm điều trị và giai đoạn bệnh.