

sinh tiểu học tại Việt Nam 2011. Hội nghị Châu Á-Thái Bình Dương lần thứ 6 về sức khỏe răng miệng cho học sinh các trường phổ thông năm 2011 tại Việt Nam:96.

2. **Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn.** Nha cộng đồng tập 1. In: Nhà xuất bản Y học; 2013:160.
3. **Trần Văn Trường và CS.** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2001.
4. **Lưu Ngọc Hoạt.** Phương pháp nghiên cứu sức khỏe cộng đồng. In: Nhà xuất bản Y học; 2013:188.
5. **Vũ Thị Sao Chi, Nguyễn Thị Trang Nhung, Thẩm Chí Dũng.** Thực trạng sâu răng, viêm lợi và một số yếu tố liên quan ở học sinh trường Trung học cơ sở Tân Bình, thành phố Hải Dương năm 2015. Hội nghị khoa học-công nghệ tuổi trẻ các trường đại học, cao đẳng Y-dược Việt Nam lần thứ

XVIII, 2016.

6. **Nguyễn Anh Sơn.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng, viêm lợi, hiệu quả can thiệp ở học sinh lớp 6 một số trường trung học cơ sở huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc. Luận án tiến sĩ y tế công cộng, viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương, 2019:52.
7. **Quách Huy Chức.** Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi ở học sinh trường trung học cơ sở Bát Tràng, Gia Lâm, Hà Nội năm 2012-2013. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2013:40.
8. **Trương Mạnh Dũng.** Thực trạng viêm lợi ở học sinh lứa tuổi 11-14 tại trường Trung học cơ sở Hoàng Liệt-Quận Hoàng Mai-Hà Nội. Tạp chí y học dự phòng. 2008;3(102)(2009):33-39.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ ASYMETRIC DIMETHYLARGININE HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI

Nguyễn Thị Thúy¹, Lê Việt Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ ADMA huyết tương ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) có chỉ định ghép thận và tìm hiểu mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNC TM). **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang có đối chứng 118 bệnh nhân có BTMGĐC có chỉ định ghép thận và 83 người khỏe mạnh tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 3/2018- 4/2020. **Kết quả:** Nồng độ ADMA trung bình nhóm bệnh: 0,61 $\mu\text{mol/l}$ cao hơn nhóm chứng: 0,32 $\mu\text{mol/l}$ với $p < 0,001$. Có 75,4% bệnh nhân tăng ADMA huyết tương. Tăng nồng độ ADMA liên quan với một số YTNC TM như RLLP máu (OR = 6,19), thừa cân béo phì (OR = 4,71), hút thuốc lá (OR = 3,58). **Kết luận:** Tăng nồng độ ADMA huyết tương là phổ biến và có mối liên quan với một số YTNC TM ở bệnh nhân BTMGĐC.

Từ khóa: Huyết tương asymmetric dimethylarginin, Bệnh thận mạn giai đoạn cuối, Yếu tố nguy cơ tim mạch.

SUMMARY

SURVEYING ON LEVEL OF PLASMA ASYMETRIC DIMETHYLARGININE IN END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS

Objectives: Surveying on plasma asymmetric dimethylarginine in end-stage renal disease patients who were indicated kidney transplantation and association with cardiovascular risk factors. **Subjects and Methods:** A controlled cross-sectional study in 118 end-stage renal disease (ESRD) patients who have indication kidney transplantation and 83

controlled healthy people at 103 Military hospital from March/2018 to April/2020. **Results:** The median concentration of plasma ADMA in the patient group: 0.61 $\mu\text{mol/l}$ was higher than the control group: 0.32 $\mu\text{mol/l}$ with $p < 0.001$. There were 75.4% of patients increased plasma ADMA. There were correlation between ADMA level and dislipidemia (OR= 6.19), overweight or obesity (OR = 4.71), smoke (OR = 3.58). **Conclusion:** Elevated plasma ADMA concentrations are common and associated with some cardiovascular risk factors in ESRD patients.

Keywords: Asymmetric dimethylarginin (ADMA), End stage renal disease (ESRD), Kidney transplantation, cardiovascular risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) ngày một gia tăng ở Việt Nam cũng như trên thế giới, là một trong những bệnh mạn tính không lây gây tử vong đáng kể. Theo nghiên cứu đăng trên tạp chí Lancet, BTMT chiếm tỷ lệ 9,1% trong đó có tới 7,6% bệnh nhân BTM tử vong do nguyên nhân tim mạch [1]. Khi BTMT tiến triển thì các yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNC TM) đặc hiệu của thận cũng xuất hiện. Tần suất và mức độ xuất hiện các biến chứng tim mạch liên quan đến nhiều YTNC truyền thống như: tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, béo phì, đái tháo đường, hút thuốc lá... Ngày nay, một số YTNC TM khác hay YTNC TM phi truyền thống như: protein niệu, homocystein, asymmetric dimethylarginine (ADMA)... cũng cho thấy những đóng góp trong việc xuất hiện các biến cố tim mạch [2], [3]. ADMA có khả năng ức chế sinh tổng hợp chất Nitric Oxide (NO), dẫn tới rối loạn chức năng nội mạc, co mạch, tăng huyết áp và xơ vữa động mạch [4]. Vì vậy, ADMA được

¹Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

²Bệnh viện Quân y 103-Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy

Email: thuys0401@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021

Ngày duyệt bài: 31.8.2021

xem là chất chỉ điểm độc lập cho nguy cơ tim mạch và tử vong do tim mạch. Ở Việt Nam, cho đến hiện tại mới chỉ có 1 nghiên cứu về nồng độ ADMA ở bệnh nhân BTM nhưng chưa có nghiên cứu nào trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) có chỉ định ghép thận. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát nồng độ ADMA huyết tương ở bệnh nhân BTMGĐC có chỉ định ghép thận và tìm hiểu mối liên quan với một số YTNCTM.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng là 201 người được chia làm 2 nhóm:

- Nhóm bệnh: 118 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán bệnh thận giai đoạn cuối tại Bệnh viện Quân y 103.

- Nhóm chứng: 83 người khỏe mạnh có độ tuổi tương đương nhóm bệnh.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2018-4/2020.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- + Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối, đã hoàn thiện hồ sơ ghép thận.

- + Tuổi từ 18 trở lên

- + Đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + BN tại thời điểm nghiên cứu nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa; mắc bệnh lý cấp tính.

- + BN không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn nhóm chứng:**

- + Những người đi khám sức khỏe được kết luận bình thường

- + Tuổi và giới tương đồng nhóm bệnh

- + Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, so sánh bệnh chứng.

- Tính cỡ mẫu theo công thức:

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times p(1-p)}{D^2}$$

Trong đó: Z = 1,96, với độ tin cậy là 95%
p = 0,45 (giá trị thấp nhất tỷ lệ ở các nghiên cứu trước); D = 0,1, độ chính xác mong muốn.

Theo cách tính, tối thiểu nghiên cứu phải có 96 bệnh nhân. Trong nghiên cứu chúng tôi có 118 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh phát hiện các triệu chứng lâm sàng.

- Các xét nghiệm cận lâm sàng gồm: huyết học, sinh hóa máu, sinh hoá nước tiểu. Tính toán chỉ số sinh xơ vữa: Dựa vào nồng độ Triglycerid và HDL-C huyết tương, tính tự động theo trang web sau: <http://www.biomed.cas.cz/fqu/aip/calculator.php>

- Khai thác và thống kê các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm: THA, ĐTD, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá...

- Định lượng nồng độ ADMA: Theo phương pháp ELISA tại Bộ môn Sinh lý- Học viện Quân Y. Đánh giá tăng/giảm nồng độ dựa vào kết quả nhóm chứng.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học theo chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới giữa nhóm bệnh và chứng

Nhóm	Tỷ lệ	Nam		Nữ		Chung	
		N	%	N	%	n	%
Nhóm chứng (1)	Tuổi trung bình (năm), (X ± SD)	52	62,7	31	37,3	83	100
		36,58 ± 7,93		36,68 ± 6,77		36,61 ± 7,48	
Nhóm bệnh nhân (2)	Tỷ lệ	86	72,9	32	27,1	118	100
	Tuổi trung bình (năm) (X ± SD)	37,6 ± 10,87		38,38 ± 9,85		37,81 ± 10,56	
P		p (1), p (2) > 0,05				p (1)(2) > 0,05	

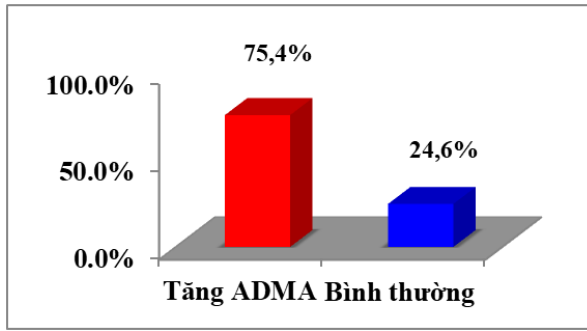
Không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nhóm bệnh và chứng, tỷ lệ nam và nữ ở hai nhóm.

Bảng 2. Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ tim mạch nhóm bệnh

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	107	90,7
ĐTD	5	4,2
Thừa cân và béo phì	25	21,2
Rối loạn lipid máu	99	83,9
Chỉ số sinh xơ vữa > 0,11	77	65,3

Tăng hs-CRP máu >5mg/l	23	19,5
Thiếu máu	110	94
Hút thuốc lá	29	24,6
Tăng acid uric máu	72	61

Phân bố bệnh nhân theo các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân ghép thận không đều, chiếm cao nhất là thiếu máu, THA và RLLP máu. Bệnh nhân ĐTD chiếm thấp nhất.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ ADMA ở nhóm bệnh (n=118)

Nhận xét: So sánh với nồng độ ADMA của nhóm chứng, chỉ có 24,6% số bệnh nhân có nồng độ ADMA huyết tương bình thường so với

nhóm chứng, trong khi đó có tới 75,4% số bệnh nhân có biểu hiện tăng nồng độ ADMA huyết tương.

Bảng 3. Nồng độ ADMA huyết tương ở nhóm bệnh và chứng

Chi tiêu	Nhóm bệnh (n=118)	Nhóm chứng (n=83)	P
ADMA (µmol/L)	0,61	0,32	< 0,001
Trung vị (Tứ phân vị)	(0,44-0,76)	(0,24-0,37)	
Min	0,18	0,11	
Max	1,17	0,45	

Nhóm bệnh có nồng độ ADMA trung bình cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa, p < 0,001. Nồng độ ADMA nhỏ nhất và cao nhất nhóm bệnh đều cao hơn nhóm chứng.

Bảng 4. Liên quan nồng độ ADMA với một số yếu tố nguy cơ tim mạch

Đặc điểm	Tỷ lệ tăng ADMA n (%)	ADMA (µmol/L) Trung vị (Tứ phân vị)
Rối loạn lipid máu	Có (n=99)	81 (81,8)
	Không (n=19)	8 (42,1)
	OR, p	p < 0,005 ^e ; OR = 6,19
Thừa cân, béo phì	Có (n=25)	23 (92)
	Không (n=93)	66 (71)
	OR, p	p < 0,05 ^e ; OR = 4,71
Thiếu máu	Có (n=110)	84 (76,4)
	Không (n=7)	4 (57,1)
	OR, p	p > 0,05 ^e ; OR = 2,42
Tăng hs-CRP máu	Có (n=23)	23 (100)
	Không (n=95)	66 (69,5)
	OR, p	p < 0,005 ^e ; OR = N/A
Hút thuốc lá	Có (n=29)	26 (89,7)
	Không (n=89)	63 (70,8)
	OR, p	p < 0,05 ^e ; OR = 3,58
Chỉ số AIP	< 0,11 (n=41)	20 (48,8)
	0,11-0,21 (n=22)	16 (72,7)
	> 0,21 (n=55)	53 (96,4)
	P	< 0,001 ^e

^b Mann-Whitney U test; ^e Chi-square test

Có mối liên quan giữa nồng độ ADMA với: RLLP máu, thừa cân béo phì, tăng hs-CRP, hút thuốc lá và chỉ số sinh xơ vữa động mạch có ý nghĩa, p < 0,01.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân và các yếu tố nguy cơ tim mạch: Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 37,81 ± 10,56 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ hơn so với nghiên cứu của Hoàng Trọng Ái Quốc (tuổi trung bình: 60,2 ± 15,54) [5] và các nghiên cứu khác. Điều này được lý giải là do sự khác biệt trong việc lựa chọn đối tượng trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các YTNT tim mạch chiếm tỷ lệ cao: 90,7% bệnh nhân có

THA, 83,6% bệnh nhân có rối loạn lipid máu, 65,3% bệnh nhân có chỉ số sinh xơ vữa > 0,11; 21,2% bệnh nhân thừa cân và béo phì. Kết quả tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thịnh và cộng sự thực hiện trên bệnh nhân BTMGĐC chờ ghép thận: THA chiếm 98,2%, rối loạn lipid máu 40,4%, đái tháo đường 12,3% [6].

2. Nồng độ ADMA và liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ ADMA huyết tương của bệnh nhân BTMGĐC có chỉ định ghép thận là 0,61 µmol/l, cao hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm chứng (ADMA: 0,32 µmol/l) với p < 0,001, có tới 75,4% bệnh nhân tăng ADMA so với nhóm chứng. Eiselt J và cộng sự theo dõi biến đổi nồng

độ ADMA sau 1 năm ở nhóm bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5 thấy nồng độ ADMA trung bình nhóm bệnh là 0,87 $\mu\text{mol/l}$ (0,79-0,98) so với nhóm chứng là 0,77 $\mu\text{mol/l}$ (0,69-0,86) [8]. Nghiên cứu của Hoàng Quốc Trọng Ái, nồng độ ADMA trung bình trong nhóm nghiên cứu là 0,88 \pm 0,27 $\mu\text{mol/l}$ so với nhóm chứng là 0,49 \pm 0,13 $\mu\text{mol/l}$. Tse-Min Lu và cộng sự nghiên cứu 298 bệnh nhân BTMT giai đoạn III-IV có chụp mạch vành vì đau ngực và/hoặc nghi ngờ bệnh mạch vành cho thấy nồng độ trung bình ADMA là 0,49 \pm 0,11 $\mu\text{mol/l}$, và không có sự khác biệt ở nhóm đái tháo đường và nhóm không đái tháo đường [9]. Từ các kết quả trên cho thấy nồng độ ADMA trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nồng độ ADMA tăng được mô tả trong một số bệnh lý như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, tăng áp động mạch phổi, tăng phospho máu, tiền sản giật, đái tháo đường, tắc mạch ngoại vi, BTM và đặc biệt là BTMGĐC. Các bằng chứng thí nghiệm thuyết phục đã cho thấy ADMA ức chế các enzyme nitric oxide synthase sinh tổng hợp nitric oxide dẫn tới gia tăng giải phóng lượng hormone norepinephrine từ hệ thần kinh giao cảm. Kích hoạt hệ thần kinh giao cảm làm suy giảm khả năng giãn nở nội mạch, trong khi đó chất nitric oxide có tác dụng làm giãn mạch ở người khỏe mạnh. Nhiều nghiên cứu đã xác định ADMA huyết tương là yếu tố dự báo tử vong về bệnh tim mạch mạn thứ hai ở bệnh nhân BTM. Có mối tương quan nghịch giữa mức lọc cầu thận và nồng độ ADMA huyết tương ở bệnh nhân mắc bệnh tim mạch và làm gia tăng biến cố tim mạch. Các nghiên cứu cho thấy tần suất gặp các biến cố tim mạch sẽ tăng lên liên quan đến giảm mức lọc cầu thận, tăng huyết áp, đái tháo đường [4].

Nồng độ ADMA tăng cao có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, thừa cân béo phì, tăng hs-CRP máu, tăng chỉ số sinh xơ vữa so với nhóm không có các YTNC trên. ADMA tham gia vào quá trình ức chế sinh tổng hợp NO- một chất gây giãn mạch, do đó ADMA sẽ thúc đẩy quá trình sinh xơ vữa. Kết quả của chúng tôi cho thấy những bệnh nhân rối loạn lipid máu có nồng độ ADMA là 0,67 $\mu\text{mol/l}$, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không rối loạn lipid máu là 0,40 $\mu\text{mol/l}$. Nghiên cứu của Hoàng Quốc Trọng Ái cũng kết luận có mối tương quan giữa triglyceride với nồng độ ADMA. Thừa cân béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng liên quan đến tiến triển BTM và BTMGĐC do hoạt hóa endocrine để

tổng hợp mỡ trắng, qua đó thúc đẩy phản ứng viêm, stress oxy hóa, rối loạn chuyển hóa lipid, kích hoạt hệ thống rennin-angiotensin-aldosterone, đề kháng insulin, dễ trở thành đái tháo đường típ 2. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân thừa cân béo phì có nồng độ ADMA là 0,85 $\mu\text{mol/l}$, cao hơn có ý nghĩa thống kê với bệnh nhân không thừa cân béo phì (0,57 $\mu\text{mol/l}$). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu của nước ngoài. Yếu tố viêm xuất hiện sớm trong BTM và thúc đẩy hình thành xơ vữa động mạch, tăng tình stress oxy hóa và tích lũy các sản phẩm chuyển hóa đầu cuối, nồng độ CRP tăng theo mức độ tiến triển bệnh thận. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ ADMA cao hơn (0,82 $\mu\text{mol/l}$) ở nhóm có tăng CRP so với nhóm không tăng CRP (0,56 $\mu\text{mol/l}$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác ở trong nước cũng như trên thế giới như nghiên cứu của M. Yusof Said và cộng sự cũng ghi nhận mối tương quan giữa nồng độ CRP và ADMA nước tiểu [7].

V. KẾT LUẬN

Nồng độ ADMA ở bệnh nhân BTMGĐC có chỉ định ghép thận là 0,61 $\mu\text{mol/l}$, cao hơn so với người khỏe mạnh 0,32 $\mu\text{mol/l}$, với $p < 0,001$. Có tới 75,4% bệnh nhân có tăng nồng độ ADMA so nhóm chứng. Các YTNC tim mạch như THA, rối loạn lipid máu, tăng chỉ số sinh xơ, thừa cân béo phì, tăng CRP chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân BTMGĐC và có liên quan đến tăng nồng độ ADMA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. B. D. Chronic Kidney Disease Collaboration (2020)**, "Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017", *Lancet*, **395(10225)**, tr. 709-733.
2. **C. L. Gopu, P. R. Hari, R. George và các cộng sự. (2013)**, "Simultaneous determination of homocysteine and asymmetric dimethylarginine in human urine by liquid chromatography-tandem mass spectrometry", *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci*, **939**, tr. 32-7.
3. **X. Liu, X. Xu, R. Shang và các cộng sự. (2018)**, "Asymmetric dimethylarginine (ADMA) as an important risk factor for the increased cardiovascular diseases and heart failure in chronic kidney disease", *Nitric Oxide*, **78**, tr. 113-120.
4. **A. D. Dobrian (2012)**, "ADMA and NOS regulation in chronic renal disease: beyond the old rivalry for l-arginine", *Kidney Int*, **81(8)**, tr. 722-4.
5. **Võ Tam Hoàng Trọng Ái Quốc, Hoàng Việt Thăng (2015)**, "Nghiên cứu nồng độ Asymmetric Dimethylarginine huyết tương và mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối", *Tạp chí Y dược*

- học- Trường Đại học Y dược Huế, **Tập 6 (02) - Số 32/2016; Trang: 51.**
6. **Nguyễn Thị Thúy Hằng Nguyễn Hữu Thịnh, Hoàng Bùi Bảo (2014),** "Khảo sát một số yếu tố nguy cơ tim mạch và bất thường điện tim, siêu âm tim ở bệnh nhân đang chờ ghép thận", *Tạp chí y dược học.*
7. **M. Y. Said, R. M. Douwes, M. van Londen và các cộng sự. (2019),** "Effect of renal function on homeostasis of asymmetric dimethylarginine (ADMA): studies in donors and recipients of renal transplants", *Amino Acids*, **51(3)**, tr. 565-575.
8. **J. Eiselt, D. Rajdl, J. Racek và các cộng sự. (2014),** "Asymmetric dimethylarginine and progression of chronic kidney disease: a one-year follow-up study", *Kidney Blood Press Res*, **39(1)**, tr. 50-7.
9. **T. M. Lu, M. Y. Chung, C. C. Lin và các cộng sự. (2011),** "Asymmetric dimethylarginine and clinical outcomes in chronic kidney disease", *Clin J Am Soc Nephrol*, **6(7)**, tr. 1566-72.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỐI HỢP MỞ KHE GIỮA VÀ KHE DƯỚI QUA NỘI SOI MŨI TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG HÀM DO NẤM TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Văn Công*

TÓM TẮT

Giới thiệu: Viêm xoang hàm do nấm hầu hết các chuyên gia TMH đều gặp khi khám lâm sàng. Tỷ lệ tái phát cao, phát hiện tái phát khó và thậm chí có thể phẫu thuật lại. Để hạn chế điều này, chúng tôi thực hiện kết hợp mở khe giữa và khe dưới qua nội soi mũi để điều trị viêm xoang hàm do nấm. **Phương pháp:** Với nghiên cứu mô tả cắt ngang từ 9/ 2018 đến 3/2021, chúng tôi đã thực hiện được 55 ca phẫu thuật viêm xoang hàm do nấm với kỹ thuật mở khe giữa và mở khe dưới qua nội soi mũi tại Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Qua 55 trường hợp viêm xoang hàm do nấm, thì tỷ lệ nữ chiếm 60%. Các triệu chứng thường gặp của viêm xoang hàm do nấm lần lượt chảy dịch mũi (90,9%), nghẹt mũi (85,6%), đau đầu/ căng tức vùng mặt (81,8%), thở hôi (45,5%). Sau phẫu thuật thì tình trạng cải thiện các triệu chứng đáng kể. Tuy nhiên, vẫn có tỷ lệ hẹp lỗ mở khe dưới chiếm 16% tại thời điểm 6 tháng và bít hoàn toàn 7,2%. **Kết luận:** Việc phối hợp mở khe dưới qua nội soi giúp kiểm soát tốt lòng xoang hàm trong lúc phẫu thuật, đảm bảo lấy sạch bệnh tích. Bên cạnh đó, Việc mở khe dưới trong điều trị nấm xoang hàm còn giúp theo dõi, phát hiện sớm tái phát nấm và xử trí kịp thời hạn chế phải phẫu thuật lại cho bệnh nhân.

Từ khóa: mở khe dưới, mở khe giữa, viêm xoang hàm do nấm.

SUMMARY

TO EVALUATE EFFECT OF ENDOSCOPIC COMBINED MIDDLE AND INFERIOR MEATAL ANTROSTOMY TO CURE FUNGAL MAXILLARY SINUSITIS AT CHO RAY HOSPITAL

Introduce: Fungal maxillary sinusitis is commonly in ENT clinic. Recurrence rates are high after surgery.

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2021

Ngày duyệt bài: 31.8.2021

It is difficult to diagnosis when fungal maxillary sinusitis recur. Recurrence case may be reoperated. We performed a combination inferior and middle meatotomy to treat fungal maxillary sinusitis and improve ones. **Methods:** We performed a cross-sectional descriptive study from September 2018 to March 2021. There 55 fungal maxillary sinusitis cases were operated a combination nasal endoscopic inferior and middle meatotomy at Cho Ray hospital. **Results:** There are 55 fungal maxillary sinusitis cases which female rate is 60%. Common symptoms are nasal discharges 90.9%, nasal congestion 85.6%, headache 81.8%. Almost of symptoms were improved after surgery. However, there was still rate of inferior meatus opening narrow (16%) at 6th month and completely narrow (7.2%). **Conclusion:** The combination nasal endoscopic inferior and middle meatotomy control inside of maxillary sinus clearly at operative time, to sure removing fungus in maxillary sinus. In addition, these help following, detect recurring fungus early in maxillary sinus. So, we can cure appreciate treatment to limit reoperation.

Keywords: inferior meatal antrostomy, middle meatal antrostomy, fungal maxillary sinusitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang là một trong những bệnh lý thường gặp nhất trong Tai Mũi Họng chiếm tỷ lệ 13 - 16% dân số [10]. Trong đó, viêm xoang do nấm chiếm khoảng 10% các trường hợp viêm xoang mạn tính, tỷ lệ viêm xoang hàm do nấm chiếm tỷ lệ cao nhất [2]. Với kỹ thuật nội soi mũi xoang đã hỗ trợ rất nhiều trong việc phẫu thuật nội soi loại bỏ bệnh tích trong xoang mà bảo tồn được nhiều cấu trúc, cho tỷ lệ thành công cao từ 80.5 - 98.4% [7],[8]. Tuy nhiên, vẫn còn tỉ lệ thất bại hoặc tái phát sau phẫu thuật từ 4.1 - 18% tùy vào nghiên cứu [7]. Trong các nguyên nhân dẫn đến thất bại thì tắc lỗ thông xoang hàm được nhiều tác giả đề cập và chiếm tỉ lệ cao như Ramadan HH 27% [5], Musy và Kountakis