

# TƯƠNG QUAN GIỮA ĐỘ DÀY LỚP MỠ THƯỢNG TÂM MẠC VỚI THANG ĐIỂM CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC TRONG TIỀN LƯỢNG ĐỘT QUY Ở NGƯỜI NHỊP XOANG

Đinh Hoàng Phát<sup>1</sup>, Trần Kim Trang<sup>2</sup>, Nguyễn Minh Nhựt<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc (LMTTM) được chứng minh là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng và liên quan chặt chẽ với tăng huyết áp, đề kháng insulin, các biến cố thuyên tắc huyết khối như đột quy, hội chứng vành cấp. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC là thang điểm phổ biến để đánh giá nguy cơ đột quy và thuyên tắc huyết khối ở bệnh nhân có hoặc không rung nhĩ không do bệnh van tim. **Mục tiêu:** Đánh giá tương quan giữa độ dày LMTTM đo trên siêu âm tim 2D với điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC ở người nhịp xoang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, cắt ngang trên 260 bệnh nhân nhịp xoang nhập viện do mọi nguyên nhân, được siêu âm tim qua thành ngực tại Khoa Nội Tim mạch và Tim mạch can thiệp Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM cơ sở 1, từ tháng 10/2023 đến tháng 4/2024. Độ dày LMTTM được đo ở cuối tâm thu trên mặt cắt cạnh ức trực dọc ở ba chu chuyển tim, đo trên thành tự do thất phải. **Kết quả:** Độ dày LMTTM trung bình ở nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC thấp và cao lần lượt là 4,1± 1,5 mm và 6,6± 1,9 mm, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Có tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa thống kê ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,001$ ) giữa độ dày LMTTM và điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC. Phân tích đường cong ROC cho thấy tại điểm cắt độ dày LMTTM 5,3 mm, độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 82% trong tiên đoán mức nguy cơ cao của thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC (diện tích dưới đường cong AUC= 0,87; KTC 95%: 0,82-0,91). **Kết luận:** Đo độ dày LMTTM trên siêu âm tim 2D cung cấp thêm thông tin về đánh giá nguy cơ thuyên tắc huyết khối và người có độ dày LMTTM tăng nên được quan tâm để giảm các yếu tố nguy cơ và phòng ngừa biến cố tim mạch trong tương lai. **Từ khóa:** Mô mỡ thượng tâm mạc, thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC, siêu âm tim qua thành ngực.

## SUMMARY

### THE CORRELATION BETWEEN ECHOCARDIOGRAPHIC EPICARDIAL FAT THICKNESS AND CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC SCORE FOR STROKE RISK IN PATIENTS WITH SINUS RHYTHM

**Background:** Increased epicardial fat thickness (EFT) is associated with hypertension, insulin resistance, and thromboembolic events such as stroke,

acute coronary syndrome. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC is a common score assessing the risk of stroke and thromboembolism in patients with or without atrial fibrillation not related to valvular heart disease.

**Objective:** To determine the correlation between echocardiographic EFT and CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC score in patients with sinus rhythm. **Subjects and research method:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 260 patients with sinus rhythm hospitalized for all causes, who underwent transthoracic echocardiography at the department of Internal Medicine and Interventional Cardiology, University Medical Center Ho Chi Minh, campus 1, from October 2023 to April 2024. **Results:** The mean EFT in low and high CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC groups were 4,1± 1,5 mm and 6,6± 1,9 mm, respectively, with a statistically significant difference ( $p < 0,001$ ). There was a positive, moderate, statistically significant correlation ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,001$ ) between EFT and CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC score. Receiver operating characteristic (ROC) analysis showed that an EFT of 5,3 mm was the optimal cut-off value for predicting the high risk according to the CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC score, with a sensitivity of 81% and specificity of 82% (Area under the curve AUC= 0,87; 95% CI: 0,82- 0,91). **Conclusions:** Echocardiographic epicardial fat thickness could provide additional information on assessing thromboembolic risks, and individuals with increased EFT should receive more attention to reduce unfavorable cardiovascular risk factors and the development of future cardiovascular events.

**Keywords:** Epicardial fat thickness, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC score, transthoracic echocardiography.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy là nguyên nhân tử vong đứng thứ hai và đứng thứ ba gây kết cục gộp của tàn tật và tử vong. Kiểm soát yếu tố nguy cơ đặc biệt quan trọng trong phòng ngừa bệnh lý mạch máu não. Tăng độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc- trong những năm gần đây- đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng và liên quan chặt chẽ với tăng huyết áp, đề kháng insulin, các biến cố thuyên tắc huyết khối như đột quy, hội chứng vành cấp<sup>1</sup>. Bệnh nhân tăng huyết áp có LMTTM dày hơn và mỗi 1mm tăng độ dày LMTTM tăng 2,55 lần nguy cơ mất trũng huyết áp ban đêm<sup>2</sup>. Tăng độ dày LMTTM gấp đôi liên quan tăng điểm canxi hóa mạch vành và tăng 1,5 lần nguy cơ bệnh mạch vành<sup>3</sup>. Một nghiên cứu trên những bệnh nhân rung nhĩ bị đột quy, thể tích LMTTM tăng có ý nghĩa<sup>4</sup>. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC là thang điểm phổ biến để đánh giá nguy cơ đột

<sup>1</sup>Bệnh viện Lê Văn Thịnh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Hoàng Phát

Email: hoangphatys@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

quy và thuyên tắc huyết khối ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim và cả không rung nhĩ. Một nghiên cứu<sup>5</sup> gồm 12.599 người đánh giá vai trò tiên lượng của điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc trong cộng đồng người da trắng tăng huyết áp kèm nhịp xoang. Sau 37 tháng theo dõi, điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc tăng tương ứng với tỷ lệ biến cố thuyên tắc huyết khối cao hơn, từ 0% ở người có điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 0-1 điểm đến 2,6% ở người có điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥ 6, p < 0,001. Tác giả Tariq Jamal Siddiqi<sup>6</sup> phân tích tổng hợp 19 nghiên cứu, cho thấy khả năng phân tầng nguy cơ đột quỵ thiếu máu não của thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc tương tự ở 2 nhóm bệnh nhân có và không có rung nhĩ với diện tích dưới đường cong là 0,66 (KTC 95%: 0,63-0,69) và 0,63 (KTC 95%: 0,54- 0,71), p = 0,39. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh có tương quan giữa độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc và điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASc. Năm 2015, Serkan Akdag<sup>7</sup> khảo sát 96 bệnh nhân rung nhĩ và 52 bệnh nhân nhịp xoang. Kết quả nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASc cao có độ dày LMTTM cao hơn nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASc thấp- trung bình (7,2 ± 1,5 và 5,9 ± 1,2 mm; p < 0,001) và điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASc tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa thống kê với độ dày LMTTM (r = 0,623; p < 0,001). Aksoy<sup>1</sup> cũng đã chứng minh mối tương quan này ở 158 bệnh nhân nhịp xoang. Độ dày LMTTM được đo bằng siêu âm tim và cho thấy độ dày LMTTM cao hơn đáng kể ở nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASc cao so với nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASc thấp (5,37 ± 1,0 và 4,34 ± 0,62 mm, p < 0,001). Độ dày LMTTM có tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa thống kê với điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASc (r = 0,577; P < 0,001). Hơn nữa, tác giả thấy rằng ngưỡng cắt giá trị độ dày LMTTM bằng 4,4 mm có khả năng dự đoán điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASc cao với độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 79% (AUC = 0,875; p < 0,001, KTC 95%: 0,76- 0,90). Nhằm trả lời câu hỏi liệu độ dày LMTTM có giá trị trong tiên đoán mức nguy cơ cao của thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc hay không, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá tương quan giữa độ dày LMTTM đo trên siêu âm tim 2D với điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ở người nhịp xoang.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân nhập viện do mọi nguyên nhân tại Trung tâm Tim mạch- Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, cơ sở 1, được siêu âm tim qua thành ngực.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tuổi ≥ 18, có nhịp xoang, đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại:** Có tràn dịch màng ngoài tim, hình ảnh siêu âm tim có echo kém.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Địa điểm.** Khoa Nội tim mạch và Khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM, cơ sở 1.

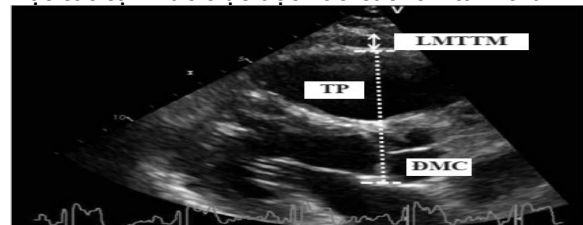
**2.2.3. Cỡ mẫu.** Theo công thức:

$$n = z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \frac{\sigma^2}{d^2}$$

Trong đó: N là cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu. σ là độ lệch chuẩn, chọn σ là giá trị trung bình độ lệch chuẩn độ dày LMTTM hai nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc thấp và cao. Ta chọn theo nghiên cứu của Fatih Aksoy<sup>1</sup> (2019) thực hiện tại Brazil ở người nhịp xoang vì đây là nghiên cứu mới nhất và có cùng đối tượng nghiên cứu. Theo tác giả, độ dày LMTTM trung bình ở nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc thấp và cao lần lượt là 4,34 ± 0,62 mm và 5,37 ± 1,0 mm. Ta có σ = 0,81. d = 10% là sai số biên. α = 5% là sai lầm loại 1, Z<sub>0,975</sub> = 1.96 là phân phối Z. Theo công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu n = 253 trường hợp.

## 2.2.4. Phương pháp thu nhập số liệu.

Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được hỏi bệnh sử, tiền sử và khai thác các yếu tố nguy cơ tim mạch- chuyển hóa, ghi nhận thông tin theo bảng thu thập số liệu và làm đầy đủ các xét nghiệm thường quy: Hemoglobin, tiểu cầu, bạch cầu tại thời điểm nhập viện và bilan lipid máu (HDL- cholesterol, LDL- cholesterol, Triglyceride, Cholesterol toàn phần) trong vòng 48 giờ sau nhập viện, vào lúc 7 giờ sáng, trước đó bệnh nhân nhịn ăn ít nhất 10 giờ. Bệnh nhân được siêu âm tim qua thành ngực trong vòng 48 giờ sau nhập viện, ghi nhận giá trị các biến số theo bảng thu thập số liệu và đo độ dày LMTTM trên mặt cắt cạnh ức trực dọc vào cuối thì tâm thu.



**Hình 2.1. Phương pháp đo độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc**

"Nguồn: Eroglu, 2015"<sup>8</sup>

(LMTTM: Lớp mỡ thượng tâm mạc, TP: Thất phải, ĐMC: Động mạch chủ)

Nghiên cứu viên đánh giá điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc của bệnh nhân tại thời điểm xuất viện, sau khi siêu âm tim đo độ dày LMTTM. Như vậy, tính

khách quan được đảm bảo. Bệnh nhân được xếp vào nhóm  $CHA_2DS_2$ - VASc thấp khi điểm  $CHA_2DS_2$ - VASc là 0 và 1, nhóm  $CHA_2DS_2$ - VASc cao khi điểm  $CHA_2DS_2$ - VASc  $\geq 2$

**2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.** Sử dụng kiểm định Spearman để phân tích tương quan giữa độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc và điểm  $CHA_2DS_2$ -VASc. Chúng tôi, tính diện tích dưới đường cong, tìm giá trị điểm cắt của độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc. Độ nhạy và độ đặc hiệu với khoảng tin cậy (KTC) 95% cũng được tính toán. Xác định điểm cắt tốt nhất thông qua điểm J (điểm Youden) với  $J = \max (Se+ Sp-1)$ . Se là độ nhạy, Sp là độ đặc hiệu. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

**2.4. Y đức.** Đã thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của ĐHYD TP.HCM.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

260 đối tượng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu từ tháng 10/2023 đến 04/2024.

#### 3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

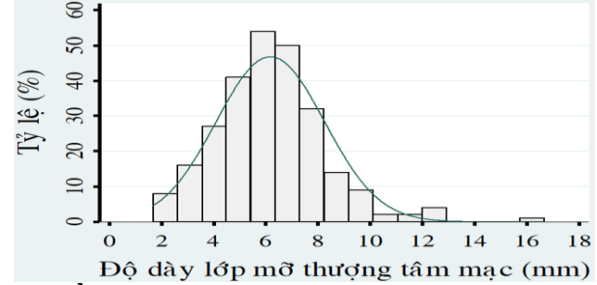
**Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Tần số (n=260)	Tỷ lệ (%)
<b>Giới tính</b>		
Nam	131	50,4
Nữ	129	49,6
<b>Tuổi (năm)</b>	<b>Trung bình: <math>63 \pm 16,4</math>, nhỏ nhất là 21, tuổi cao nhất là 94</b>	
< 65 tuổi	123	47,3
$\geq 65$ tuổi	137	52,7
<b>Chỉ số khối cơ thể (<math>kg/m^2</math>)</b>	<b>Khoảng tứ phân vị: 23,5 (21,4- 26)</b>	
< 18,5	16	6,2
18,5- 22,9	93	35,8
23- 24,9	70	26,9
25- 29,9	71	27,3
$\geq 30$	10	3,9
Tăng huyết áp	129	75
Đái tháo đường	93	35,8
Rối loạn lipid máu	226	86,9
Hút thuốc lá	82	31,6
Bệnh mạch vành	162	62,3
Đột quỵ/Cơ thiếu máu não thoáng qua	19	7,3
Suy tim	81	31,1

Số bệnh nhân nam và nữ gần bằng nhau. Tỷ lệ bệnh nhân <65 tuổi gần bằng bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên. Phần lớn bệnh nhân bình cân (CSKCT: 18,5-22,9  $kg/m^2$ ), chiếm 35,8% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có nhiều bệnh đồng mắc, hầu hết là rối loạn lipid máu (86,9%), tăng huyết áp (75%) và bệnh

mạch vành (62,3%).

#### 3.2. Trị số trung bình độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc nhóm $CHA_2DS_2$ -VASc thấp và cao



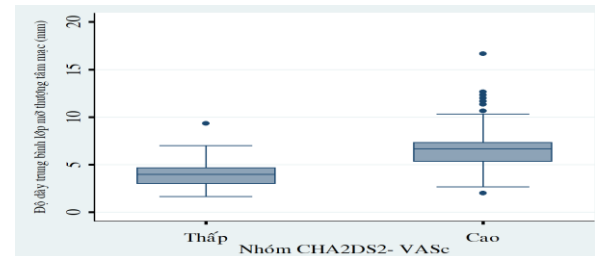
**Biểu đồ 3.1. Phân bố tần suất độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc của đối tượng nghiên cứu**

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có trị số độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc không theo phân phối chuẩn dựa theo phép kiểm Kolmogorov- Smirnov. Trong đó, trị số trung vị và tứ phân vị là 6,3 (4,7-7).

#### Bảng 3.2. Độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc theo các nhóm điểm $CHA_2DS_2$ - VASc.

Điểm $CHA_2DS_2$ - VASc	Số đối tượng, n (%)	Độ dày trung bình lớp mỡ thượng tâm mạc (mm)	Phép kiểm Kruskal-Wallis so sánh giữa các nhóm
0	13 (5)	$3,2 \pm 1,0$	$p < 0,001$
1	31 (12)	$4,5 \pm 1,5$	
2	41 (15,8)	$5,3 \pm 1,3$	
3	38 (14,6)	$5,8 \pm 1,8$	
4	45 (17,3)	$6,7 \pm 1,3$	
5	41 (15,8)	$6,9 \pm 1,3$	
6	28 (10,8)	$7,7 \pm 1,8$	
7	17 (6,5)	$8,0 \pm 3,5$	
8	2 (0,8)	$5,5 \pm 0,2$	
9	4 (1,5)	$8,6 \pm 1,5$	
Tổng	260 (100)	$6,2 \pm 2,1$	

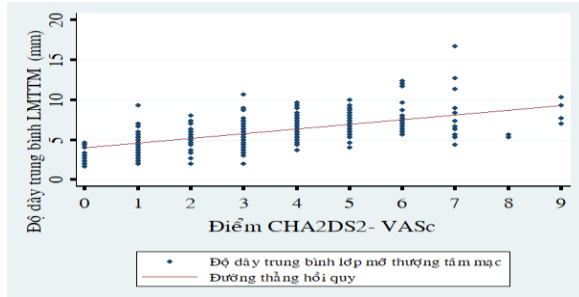
Nhóm  $CHA_2DS_2$ - VASc= 9 điểm có độ dày LMTTM trung bình lớn nhất ( $8,6 \pm 1,5$  mm), nhóm  $CHA_2DS_2$ - VASc= 0 điểm có độ dày LMTTM trung bình thấp nhất ( $3,2 \pm 1,0$  mm). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) về giá trị trung bình độ dày LMTTM giữa các nhóm có điểm  $CHA_2DS_2$ - VASc khác nhau.



**Biểu đồ 3.2. Độ dày trung bình lớp mỡ**

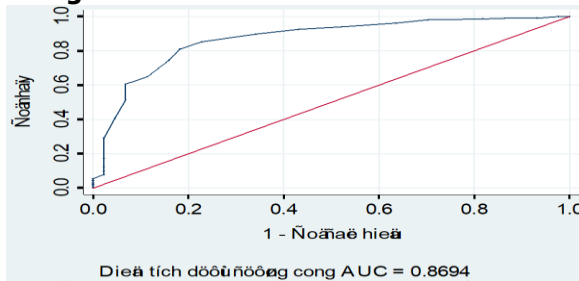
**thượng tâm mạc ở hai nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC**

Nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC cao có độ dày LMTTM trung bình lớn hơn đáng kể ( $p < 0,001$ ) so với nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC thấp.

**3.3. Tương quan giữa độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc với thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC**

**Biểu đồ 3.3. Phân tán đồ thể hiện tương quan giữa độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc và điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC**

Độ dày LMTTM có tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa thống kê với điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,001$ ).

**3.4. Giá trị độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc trong tiên đoán mức nguy cơ của thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC**

**Biểu đồ 3.4. Đường cong ROC thể hiện giá trị độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc trong tiên đoán mức nguy cơ của thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC**

Độ dày LMTTM có giá trị tốt trong tiên đoán mức nguy cơ của thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC với AUC = 0,87 (KTC 95%: 0,82- 0,91). Với điểm cắt độ dày LMTTM 5,3mm, độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 82% trong tiên đoán điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC cao.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Trị số trung bình độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc ở nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC thấp và cao.** Ở nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC thấp (điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC  $\leq 1$ ), độ dày trung bình LMTTM  $4,1 \pm 1,5$  mm. Nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC cao (điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC  $\geq 2$ ) có độ dày LMTTM trung bình  $6,6 \pm 1,9$  mm, cao hơn so với nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC thấp, khác biệt có ý nghĩa thống

kê với  $p < 0,001$ . Tương tự, tác giả Fatih Aksoy và Serkan Akdag cũng cho thấy độ dày trung bình LMTTM ở nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC cao lớn hơn nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC thấp có ý nghĩa thống kê.

**4.2. Tương quan giữa độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc với thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC**

**Bảng 4.1. Tương quan giữa độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc và thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC giữa các nghiên cứu**

Nghiên cứu	Cỡ mẫu (n)	Đối tượng	Hệ số tương quan R	p
Serkan Akdag	148	Nhịp xoang và rung nhĩ	0,62	<0,001
Fatih Aksoy	158	Nhịp xoang	0,58	<0,001
Jinhee Ahn	3464	Sau triệt đốt rung nhĩ	Không tương quan	
Chúng tôi	260	Nhịp xoang	0,6	<0,001

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ dày LMTTM có tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa thống kê với điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,001$ ).

Mối tương quan này cũng được chứng minh trong nghiên cứu của Fatih Aksoy và Serkan Akdag. Cụ thể, năm 2015, Serkan Akdag khảo sát 96 bệnh nhân rung nhĩ và 52 bệnh nhân nhịp xoang ở Turkey, siêu âm tim đo LMTTM. Kết quả độ dày LMTTM và điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC có tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa thống kê ( $r = 0,623$ ;  $p < 0,001$ ).

Năm 2019, Aksoy nghiên cứu 158 bệnh nhân nhịp xoang tại Brazil, được chia thành 2 nhóm: nhóm nguy cơ thấp (điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC  $\leq 1$ ) và nhóm nguy cơ cao (điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASC  $\geq 2$ ). Độ dày LMTTM được đo bằng siêu âm tim và cho thấy độ dày LMTTM có tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa thống kê với điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC ( $r = 0,577$ ;  $P < 0,001$ ). Mặc dù có sự khác nhau một chút về đối tượng nghiên cứu của tác giả Serkan Akdag nhưng cả 3 nghiên cứu đều giống nhau về cách phân loại nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC cùng với cách đo và tính trị số trung bình độ dày LMTTM.

Ngược lại, nghiên cứu đoàn hệ ở Hàn Quốc trên 3.464 bệnh nhân phục hồi nhịp xoang sau triệt đốt rung nhĩ nhằm đánh giá mối liên quan giữa MMTTM và đột quỵ thuyên tắc huyết khối. Cắt lớp tim được sử dụng để đo thể tích MMTTM. Kết quả thể tích MMTTM quanh nhĩ lớn có liên quan độc lập với đột quỵ thuyên tắc huyết khối ở bệnh nhân phục hồi nhịp xoang sau triệt đốt rung nhĩ (HR = 1,065, KTC 95%: 1,005- 1,128),

nhưng không liên quan với điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc.

#### 4.3. Giá trị độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc trong tiên đoán mức nguy cơ của thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

**Bảng 4.2. Phân tích đặc điểm đường cong ROC giữa các nghiên cứu**

Nghiên cứu	Diện tích dưới đường cong	Điểm cắt (mm)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
Fatih Aksoy và cộng sự	0,875	4,4	80	79
Chúng tôi	0,87	5,3	81	82

Năm 2014, Akil so sánh 38 bệnh nhân đột quỵ và 47 người nhóm chứng. Điểm cắt độ dày LMTTM để phân tầng nguy cơ đột quỵ được tác giả xác định là 5,35 mm với độ nhạy 74% và độ đặc hiệu 84% với AUC= 0,802 (KTC 95%: 0,699-0,905).

Năm 2016, Altun nghiên cứu trên 61 bệnh nhân đột quỵ và 82 nhóm chứng, xác định mỡ thượng tâm mạc bằng siêu âm tim. Với điểm cắt độ dày LMTTM là 4,28 mm, AUC= 0,84 (KTC 95%: 0,772- 0,908; p <0,001) với độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 81%.

Năm 2018, Gurdan đo độ dày LMTTM bằng siêu âm tim ở bệnh nhân trẻ đột quỵ do huyết khối thuyên tắc không rõ nguồn gốc (Embolic Stroke of Undetermine Source: ESUS). Bệnh nhân mắc ESUS có độ dày LMTTM cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (5,51± 0,82 mm so với 3,96± 0,51 mm, p< 0,01). Với ngưỡng cắt độ dày LMTTM là 4,6 mm được xác định để tiên đoán ESUS với độ nhạy 87,5% và độ chuyên 81,1%.

Năm 2019, Aksoy nghiên cứu 158 bệnh nhân nhĩ xoang tại Brazil, thấy rằng độ dày LMTTM có giá trị tốt trong tiên đoán mức nguy cơ của thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc với AUC= 0,875 (KTC 95%: 0,76- 0,9), với điểm cắt độ dày LMTTM 4,4 mm, độ nhạy là 80% và độ đặc hiệu là 79%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

#### V. KẾT LUẬN

Qua tiến cứu 260 bệnh nhân nhĩ xoang nhập viện do mọi nguyên nhân tại Khoa Nội Tim mạch và Tim mạch can thiệp Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM được siêu âm tim qua thành ngực, từ tháng 10/2023 đến 4/2024, chúng tôi có một số kết luận như sau:

Độ dày trung bình lớp mỡ thượng tâm mạc ở nhóm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASc thấp và cao lần lượt là 4,1± 1,5 mm và 6,6± 1,9 mm, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Có tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa thống kê (r= 0,6; p< 0,001) giữa độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc và điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASc.

Giá trị độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc trong tiên đoán mức nguy cơ của thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ở mức tốt với AUC= 0,87 (KTC 95%: 0,82- 0,91). Tại điểm cắt độ dày lớp mỡ thượng tâm mạc là 5,3 mm, độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 82% trong tiên đoán mức nguy cơ cao của thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>- VASc.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aksoy F, Guler S, Kahraman F, Oskay T, Varol E.** The Relation Between Echocardiographic Epicardial Fat Thickness and CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc Score in Patients with Sinus Rhythm. *Brazilian journal of cardiovascular surgery.* 2019;34(1):41-47. doi:10.21470/1678-9741-2018-0230
2. **Guan B, Liu L, Li X, et al.** Association between epicardial adipose tissue and blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD.* 2021;31(9): 2547-2556. doi:10.1016/j.numecd.2021.05.009
3. **Mahabadi AA, Lehmann N, Kälsch H, et al.** Association of epicardial adipose tissue with progression of coronary artery calcification is more pronounced in the early phase of atherosclerosis: results from the Heinz Nixdorf recall study. *JACC Cardiovascular imaging.* 2014;7(9): 909-916. doi:10.1016/j.jcmg.2014.07.002
4. **Li C, Liu X, Adhikari BK, et al.** The role of epicardial adipose tissue dysfunction in cardiovascular diseases: an overview of pathophysiology, evaluation, and management. *Frontiers in endocrinology.* 2023;14:1167952. doi:10.3389/fendo.2023.1167952
5. **Mazzone C, Cioffi G, Carriere C, et al.** Predictive role of CHA(2)DS(2)-VASc score for cardiovascular events and death in patients with arterial hypertension and stable sinus rhythm. *European journal of preventive cardiology.* 2017;24(15): 1584-1593. doi:10.1177/2047487317726068
6. **Siddiqi TJ, Usman MS, Shahid I, et al.** Utility of the CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score for predicting ischaemic stroke in patients with or without atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *European journal of preventive cardiology.* 2022;29(4): 625-631. doi:10.1093/eurjpc/zwab018
7. **Akdag S, Simsek H, Sahin M, Akyol A, Duz R, Babat N.** Association of epicardial adipose tissue thickness and inflammation parameters with CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score in patients with nonvalvular atrial fibrillation. *Therapeutics and clinical risk management.* 2015;11:1675-1681. doi:10.2147/tcrm.s94955
8. **Eroğlu S.** How do we measure epicardial adipose tissue thickness by transthoracic echocardiography? *Anatolian journal of cardiology.* 2015;15(5):416-419. doi:10.5152/akd.2015.5991

# CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ THAY ĐỔI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ

Nguyễn Thị Thùy Anh<sup>1</sup>, Phạm Thủy Tiên<sup>1</sup>, Lâm Thị Bích Chi<sup>1</sup>,  
Phan Đình Vĩnh Linh<sup>1</sup>, Vũ Thị Thu Lan<sup>1</sup>, Huỳnh Thị Nhã Phương<sup>1</sup>,  
Lư Huỳnh Nga<sup>1</sup>, Diệp Thị Hồng Diễm<sup>1</sup>,  
Phạm Thị Phương Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Tín<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh trĩ là một căn bệnh thường gặp có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Điều trị bệnh trĩ rất đa dạng nhưng việc lựa chọn phương pháp không phù hợp có thể dẫn đến những biến chứng nặng nề hơn bệnh trĩ, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Việc đánh giá các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh là cần thiết để tối ưu hóa kết quả chăm sóc và điều trị. **Mục tiêu:** Xác định các yếu tố liên quan đến sự thay đổi chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau phẫu thuật điều trị bệnh trĩ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Khoa Hậu môn – Trực tràng Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, từ 11/2022 đến 12/2023, với 246 người bệnh từ 18 tuổi trở lên và có bệnh trĩ là nguyên nhân chính. Bảng câu hỏi HEMO-FISS QoL đánh giá chất lượng cuộc sống đặc hiệu của người bệnh trĩ trước và sau phẫu thuật 8 tuần. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa: trình độ học vấn, nghề nghiệp, tuổi, nhóm tuổi với sự thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống lĩnh vực tình dục; thu nhập với sự thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống lĩnh vực rối loạn thể chất; bệnh lý nội khoa kèm theo với sự thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống lĩnh vực tâm lý. Ngoài ra, phương pháp phẫu thuật có mối liên quan ý nghĩa thống kê với sự thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống chung, lĩnh vực rối loạn thể chất, tâm lý, đại tiện của người bệnh trước và sau phẫu thuật 8 tuần. **Kết luận:** Các yếu tố như trình độ học vấn, nghề nghiệp, tuổi, thu nhập và phương pháp phẫu thuật đều có mối liên quan ý nghĩa thống kê với sự cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. **Từ khóa:** Bệnh trĩ, chất lượng cuộc sống, HEMO-FISS-QoL

## SUMMARY

### FACTORS RELATED TO CHANGES IN PATIENTS' QUALITY OF LIFE BEFORE AND AFTER SURGERY FOR HEMORRHOIDS

**Introduction:** Hemorrhoids are a common condition that can negatively affect the patients'

quality of life. The treatment of hemorrhoids are various methods, but choosing an inappropriate method can lead to complications that are more severe than the hemorrhoids themselves, further affecting the patients' quality of life. Therefore, assessing factors related to the patient's quality of life is essential to optimize treatment outcomes and patient management. **Objective:** To identify factors related to changes in patients' quality of life before and after hemorrhoid surgery. **Methods:** A cross-sectional study was conducted at the Proctology Department, University Medical Center, Ho Chi Minh City, from November 2022 to December 2023, with 246 patients aged 18 and above whose primary cause was hemorrhoids. The HEMO-FISS QoL questionnaire was used to assess the specific quality of life of hemorrhoid patients before and after surgery at eight weeks. **Results:** The study revealed statistically significant associations between the following: educational level, occupation, age, and age groups with changes in the quality of life scores in the sexual dimension; income with changes in the quality of life scores in the physical disorder dimension; comorbid medical conditions with changes in the quality of life scores in the psychological dimension. Additionally, the study also showed that the surgical method had a statistically significant relationship with changes in overall quality of life scores, including in the physical disorder, psychological, and bowel function dimensions before and 8 weeks after surgery. **Conclusions:** Factors such as educational level, occupation, age, income, and surgical method all have statistically significant associations with improvements in patients' quality of life

**Keywords:** Hemorrhoids, quality of life, HEMO-FISS-QoL.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là bệnh thường gặp ở vùng hậu môn trực tràng. Bệnh trĩ gây ra nhiều triệu chứng khó chịu như chảy máu, đau rát, và ngứa vùng hậu môn, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh (NB)[8]. Phương pháp phẫu thuật (PT) điều trị bệnh trĩ rất đa dạng nhưng việc lựa chọn phương pháp không phù hợp có thể dẫn đến những biến chứng nặng nề hơn [8], gây ảnh hưởng đến CLCS của NB.

Sự thay đổi CLCS sau PT là một chỉ số quan trọng để đánh giá hiệu quả của quá trình điều trị. Các thang đo như SF-12, SF-36, EQ-5D, WHOQOL-BREF, HEMO-FISS QoL,...[1-7] được sử dụng để đánh giá CLCS trước và sau điều trị.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, Đại học Y Dược TPHCM

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Anh

Email: anh.ntt02@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024