

trung bình là 30,0±11,1 tháng chúng tôi ghi nhận có 31 bệnh nhân (23,8%) tử vong với thời gian sống thêm toàn bộ là 48,5 tháng (CI 95%: 44,7 - 52,4 tháng). Tỷ lệ sống sót tích lũy tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 95,4%, 89,4% và 88,4%. Đáp ứng sau 1 tháng và tiền sử đã điều trị là những yếu tố có liên quan đến tỷ lệ sống còn của bệnh nhân.

**Lời cảm ơn:** Nghiên cứu được thực hiện với sự hỗ trợ và giúp đỡ của các bác sĩ và điều dưỡng khoa Tiêu hóa, khoa Chẩn đoán hình ảnh, khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Bạch Mai.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN 2012** [online] Available at, [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx) [Accessed 27th July 2015]
2. **Bruix J, Sherman M;** American Association for the Study of Liver Diseases (2011). Management of

hepatocellular carcinoma, an update. *Hepatology*, 53(3), 1020 -2

3. **European Association for Study of Liver,** European Organisation for Research and Treatment of Cancer (2012). EASL- EORTC clinical practice guidelines, management of hepatocellular carcinoma. *Eur J Cancer*, 48(5), 599 - 641
4. **Omata M, Lesmana LA, Tateishi R et al (2010).** Asian Pacific Association for the Study of the Liver consensus recommendations on hepatocellular carcinoma. *Hepatology Int*, 4(2), 439 -74.
5. **Đào Văn Long, Đỗ Nguyệt Anh (2007).** Bước đầu đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt sóng cao tần (RFA) tại khoa tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, 2 (5): 284 - 90
6. **Lưu Minh Diệp, Đào Văn Long, Trần Minh Phương (2007).** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, alphafeto protein và hình ảnh ung thư biểu mô tế bào gan sau điều trị bằng nhiệt tần số radio. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 53 (5), 23-29.
7. **Bộ y tế (2012).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát.

## MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA CÁC HỆ THỐNG PHÂN LOẠI THỊ TRƯỜNG TRONG BỆNH GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

Hoàng Thanh Tùng\*, Bùi Văn Anh\*\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh các hệ thống phân loại giai đoạn tổn thương thị trường trên bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát (GGMNP). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 55 bệnh nhân (90 mắt) đến khám và điều trị tại Bệnh viện mắt Trung Ương từ 9/2016 - 9/2017. **Kết quả:** 38% các đối tượng tham gia nghiên cứu thuộc lứa tuổi trung niên và chủ yếu là nữ với số lượng chiếm trên 50%. Trong 90 mắt được khám trên 55 bệnh nhân, các chỉ số trung bình của thị trường lần lượt là MD -11:49 dB, PSD 5.85 dB, VFI 74.2%. Trong chẩn đoán xác định, HPA và mGSS đồng nhất với AGIS ở mức cao ( $K > 0.6$ ) và cao hơn mức đồng nhất của eGSS với AGIS (0.073 và 0.75 so với 0.399) với  $p < 0.001$ . Trong chẩn đoán giai đoạn, HPA và mGSS có mức đồng nhất cao ( $K > 0.6$ ) với AGIS còn eGSS đạt mức đồng nhất với ( $K < 0.4$ ). HPA, eGSS và mGSS tương quan rất chặt với AGIS ( $\rho > 0.8$ ) nhưng mức tương quan của HPA và mGSS với AGIS cao hơn eGSS. **Kết luận:** mGSS và HPA có xu hướng cho kết quả phân loại gần với các phân loại chuẩn nhiều hơn so với eGSS. Nên sử dụng phân loại mGSS cho thực hành lâm sàng và nghiên cứu khoa học.

**Từ khóa:** phân loại thị trường, glôcôm, so sánh, đồng nhất.

\*Trường Đại học Y Hà Nội

\*\*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thanh Tùng

Email: tungthanhoanghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 29.12.2017

#### SUMMARY

#### COMPARING FUNCTION STAGING SYSTEMS IN GLAUCOMA

**Objective:** To compare visual field staging classifications in patients with primary open angle glaucoma (POAG). **Patients and Methods:** Cross-section study on 55 patients (90 eyes) examined and treated in Vietnam National Institute of Ophthalmology from 9/2016 - 9/2017. **Results:** 38 patients were at the middle age and female was predominant with more than 50%. Mean visual field indexes were -11.49 dB (MD), 5.85 dB (PSD), 74.2% (VFI). In terms of definitive diagnosis, HPA and mGSS showed a substantial agreement ( $K > 0.6$ ) with AGIS which is higher than that between eGSS and AGIS (retrospectively 0.773 and 0.75 vs 0.399) with  $p < 0.001$ . In terms of staging detection, the agreement between HPA & mGSS and AGIS was substantial ( $K > 0.6$ ) while that between eGSS and AGIS was fair ( $K < 0.4$ ). All systems had significant correlations with AGIS ( $\rho > 0.8$ ); the correlation between HPA & mGSS and AGIS were higher than that between eGSS and AGIS. **Conclusion:** mGSS and HPA tend to show the stronger agreement with the standard classification than eGSS. mGSS should be used in clinical practice and research.

**Keywords:** categorical classification system, glaucoma, compared, agreement

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ khi hệ thống phân loại giai đoạn tổn thương thị trường của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ lần đầu tiên được công bố vào năm 1958, cho tới nay đã có hơn 20 hệ thống phân loại ra đời

nhưng chưa có phân loại nào được coi là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá mức độ nặng của tổn thương thị trường. Năm 2013, một nhóm tác giả Nhật đã công bố phân loại cải biên modified Glaucoma Staging System (mGSS) dựa trên ngưỡng của chỉ số thị trường (VFI) và được cải tiến từ Bascom Palmer GSS của Mills. [1] Sau đó, phân loại nhận được sự quan tâm từ giới chuyên môn bởi khả năng đánh giá chính xác cũng như cách thức phân chia đơn giản của nó. Tuy nhiên liệu mGSS có thực sự tốt hơn các phân loại trước đây như Hodapp – Parrish – Anderson (HPA) và enhanced Glaucoma Staging Systems (eGSS) không?

Để phân nào làm sáng tỏ giả thiết nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 3 hệ thống phân loại glôcôm: HPA, eGSS và mGSS với mục tiêu: So sánh các hệ thống phân loại giai đoạn tổn thương thị trường trên bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát (GGMP) đến khám mới/đang được theo dõi tại Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 9/2016 – 9/2017

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi từ 18 đến 80, đã được chẩn đoán xác định GGMP hoặc tăng nhãn áp đơn thuần.
- Thị lực > ĐNT 2m; đồng ý tham gia nghiên cứu, hợp tác tốt.
- Kết quả đo thị trường phải đảm bảo có các chỉ số tin cậy như mất định thị, lỗi dương tính giả, lỗi âm tính giả < 20%.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người ốm yếu, có bệnh mạn tính lâu ngày, rối loạn tâm thần không đủ điều kiện sức khỏe

để đo thị trường. Bệnh nhân phối hợp không tốt (nhận thức kém).

- Bệnh nhân đục thể thủy tinh độ 4 và 5; bị các bệnh nội nhãn ảnh hưởng tới thị trường (u tuyến yên, bệnh võng mạc đáy tháo đường ...), sử dụng các thuốc ảnh hưởng tới thị trường và mù màu.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu:

### 2.3. Cách thức nghiên cứu

**Hỏi bệnh:** họ tên, tuổi, giới, lý do đến khám, tiền sử gia đình, tiền sử bản thân.

### Khám lâm sàng

- Đánh giá thị lực bằng bảng Snellen.
- Đo nhãn áp bằng nhãn áp hơi.
- Khám sinh hiển vi bán phần trước (giác mạc, tiền phòng, góc tiền phòng, mống mắt, thủy tinh thể), bán phần sau (đánh giá tổn hại đầu thị thần kinh).

**Cận lâm sàng:** Đo thị trường bằng thị trường Humphrey 24 – 2 test SITA (Swedish Interactive Threshold Algorithm Standard) để chẩn đoán xác định, chẩn đoán giai đoạn và xác định giá trị VFI. Kết quả tổn thương thị trường sẽ được phân loại theo hệ thống HPA, eGSS, mGSS và AGIS (Advance Glaucoma Intervention Study) (phân loại chuẩn làm căn cứ so sánh 3 phân loại được nghiên cứu). Các phân loại khác nhau này sẽ được ứng dụng trên cùng một bản ghi thị trường.

Tuy nhiên vì số lượng các giai đoạn trong mỗi hệ thống khác nhau nên, theo phân loại ICD 9 mới của Viện Hàn lâm Nhân khoa Hoa Kỳ và Hiệp hội Glôcôm Hoa Kỳ [2], đồng thời kế thừa từ ý tưởng của tác giả Brusini [3] nhóm nghiên cứu đề xuất một hệ thống phân loại tích hợp (intergrated classification – IC) đưa tất cả các hệ thống về một chung hệ quy chiếu gồm 4 mức độ để thuận tiện trong khảo sát các hệ thống.

		HPA	eGSS	mGSS	AGIS
IC1 (Bình thường)	Bình thường		0	0	1
			Ranh giới		
IC2(Nhẹ)	Giai đoạn sớm/Nhẹ	Sớm	1	1	2
			2	2	3
IC3 (Trung bình)	Trung bình	Trung bình	3	3	
			4	4	4
IC4 (Nặng)	Tiến triển/Trầm trọng/Tuyệt đối	Trầm trọng	4	4	
			5	5	5

**2.4 Xử lý số liệu:** Thống kê: tính tần số, tỷ lệ phần trăm; các test Chi - square, Fisher exact (đánh giá mức độ liên quan), Kappa (đánh giá mức độ đồng nhất – agreement), Spearman Rank (đánh giá mức độ tương quan). Mức ý nghĩa thống kê  $p < 0.05$  được sử dụng. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

**2.5 Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân

theo quy định về đạo đức trong nghiên cứu theo tuyên bố Helsinki, được Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Mắt Trung Ương chấp nhận. Bệnh nhân được giải thích kĩ càng trước khi tham gia và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào muốn.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân thuộc lứa tuổi trung niên từ 40 - 60 tuổi, chiếm 38%. Đây là lứa tuổi lao động, do vậy chẩn đoán sớm và quản lý glôcôm là rất cần thiết để giảm thiểu gánh nặng bệnh tật cho gia đình và xã hội.

- Nữ chiếm chủ yếu với số lượng trên 50%. Sự phân bố về giới này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam là tỉ lệ mắc glôcôm ở nữ cao hơn nam[4].

- Trong 90 mắt được khám trên 55 bệnh nhân, các chỉ số trung bình của thị trường lần lượt là MD -11.49 dB, PSD 5.85 dB, VFI 74.2%. Nghiên cứu Chung H J cũng cho ra những kết quả gần tương tự. [5]

**3.2. So sánh các phân loại:** Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành so sánh giữa HPA, eGSS và mGSS với các phân loại chuẩn để xem giữa 3 phân loại trên, phân loại gần với phân loại chuẩn (AGIS) hơn.

**Bảng 1. So sánh trong chẩn đoán xác định**

		HPA		eGSS		mGSS	
		Bất thường	Bình thường	Bất thường	Bình thường	Bất thường	Bình thường
AGIS	Bình thường	32	10	11	31	31	11
	Bất thường	0	48	0	48	0	48
		K = 0.773 (p = 0.000) Cramer's = 0.794 (p = 0.000)		K = 0.399 (p = 0.000) Cramer's = 0.399 (p = 0.000)		K = 0.75 (p = 0.000) Cramer's = 0.775 (p = 0.000)	

Trong chẩn đoán xác định, HPA và mGSS đồng nhất với AGIS ở mức cao (K > 0.6) và cao hơn mức đồng nhất của eGSS với AGIS (0.773 và 0.75 so với 0.399) với p < 0.001. Tỉ lệ bất đồng của eGSS với AGIS cao nhất (31/90 mắt) với mGSS (11/90 mắt) và HPA (10/90 mắt). Có sự liên quan chặt chẽ của 3 phân loại với AGIS với p < 0.001 trong đó mức độ liên quan của eGSS là thấp nhất. (Fisher exact test).

**Bảng 2 So sánh trong chẩn đoán giai đoạn**

		HPA				eGSS				mGSS			
		IC1	IC2	IC3	IC4	IC1	IC2	IC3	IC4	IC1	IC2	IC3	IC4
AGIS	IC1	32	10	0	0	11	14	17	0	31	11	0	0
	IC2	0	9	5	0	0	0	11	3	0	9	5	0
	IC3	0	2	11	1	0	0	3	11	0	1	12	1
	IC4	0	0	1	19	0	0	0	20	0	0	3	17
		K = 0.706 (p = 0.000) Cramer's = 0.794 (p = 0.000)				K = 0.204 (p = 0.000) Cramer's = 0.399 (p = 0.002)				K = 0.678 (p = 0.000) Cramer's = 0.775 (p = 0.000)			

Trong chẩn đoán giai đoạn, HPA và mGSS có mức đồng nhất cao (K > 0.6) với AGIS còn eGSS đạt mức đồng nhất vừa (K < 0.4). Có sự liên quan giữa AGIS và các phân loại HPA, eGSS và mGSS với p < 0.001 trong đó HPA và mGSS có mức liên quan với AGIS chặt chẽ hơn so với eGSS. (Fisher exact test).

**Bảng 3. Tương quan giữa các phân loại với AGIS**

SpearmanRank (p)	HPA	eGSS	mGSS
AGIS	0.927	0.858	0.921
p	0.000	0.000	0.000

HPA, eGSS và mGSS tương quan rất chặt với AGIS (p > 0.8) nhưng mức tương quan của HPA và mGSS với AGIS cao hơn eGSS.

Cũng giống như HPA và mGSS, AGIS quan tâm tới tổn thương thị trường ở cả khu vực ngoại vi và trung tâm (phía mũi, hai nửa thị trường) và đánh giá dựa vào ngưỡng tổn thương của từng điểm. Do vậy dễ hiểu vì sao HPA và mGSS có

mức độ đồng nhất và liên quan với AGIS cao hơn eGSS (chỉ dựa vào MD, PSD; dễ bị ảnh hưởng bởi các dao động ngắn hạn; dễ bị ảnh hưởng bởi các giá tổn thương trên thị trường). Kết quả này cho thấy nên sử dụng mGSS trong lâm sàng do khả năng chẩn đoán giai đoạn và theo dõi tổn thương tốt. HPA tuy đồng nhất với AGIS và DDLS nhưng quá đơn giản, chỉ có 3 giai đoạn nên sẽ không đánh giá được những biến đổi nhỏ của tổn thương thị trường. Còn eGSS tuy đơn giản dễ sử dụng nhưng không có khả năng chẩn đoán xác định, lại có xu hướng làm tổn thương nặng hơn so với thực tế. Tuy nhiên, không có phân loại nào hoàn hảo nên khi chẩn đoán xác định và phân loại thị trường, kể cả sử dụng mGSS thì vẫn phải kết hợp với đánh giá bản ghi thị trường (thang xám, độ lệch khu trú) và sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương thị trường glôcôm của Anderson và Patella.

## V. KẾT LUẬN

Giữa 3 phân loại được nghiên cứu, mGSS và HPA có xu hướng cho kết quả phân loại giống nhau và gần với các phân loại chuẩn nhiều hơn so với eGSS. Nên sử dụng phân loại mGSS cho thực hành lâm sàng và nghiên cứu khoa học.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hirasawa K, Shoji N., Morita T., Shimizu K. (2013). A modified glaucoma staging system based on visual field index. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* **251**, 2747-2752.

2. American Academy of Ophthalmology. Know the New Glaucoma Staging Codes: American Academy of Ophthalmology; 2011 [Available from: <https://www.aao.org/eyenet/article/know-new-glaucoma-staging-codes>].
3. Brusini P., Tosoni C. (2003). Staging of functional damage in glaucoma using frequency doubling technology. *J Glaucoma.* **12**, 417-426.
4. Cook C., Foster P. (2012). Epidemiology of glaucoma: what's new? *Can J Ophthalmol.* **47**, 223-226.
5. Chung H.J., Choi J.H., Lee Y.C., Kim S.Y. (2016). Effect of Cataract Opacity Type and Glaucoma Severity on Visual Field Index. *Optom Vis Sci.* **93**, 575-578.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CANXI HÓA ĐỘNG MẠCH VÀNH BẰNG CHỤP VI TÍNH ĐA LÁT CẮT TIM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ BIẾN CHỨNG BỆNH MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI

Phạm Quốc Toàn\*\*, Cao Tấn Phước\*, Hoàng Trung Vinh\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm canxi hóa động mạch vành (ĐMV) dựa vào chụp vi tính đa lát cắt tim (MSCT) ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 biến chứng bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMTGDCC) có so sánh với nhóm chứng bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 73 BN đái tháo đường typ 2 có biến chứng bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thuộc nhóm nghiên cứu và 68 BN bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối do các nguyên nhân khác thuộc nhóm chứng bệnh, điều trị tại Bệnh viện Trưng Vương từ tháng 03/2011 đến tháng 04/2015. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm thường quy, xét nghiệm phospho, PTH máu; chụp vi tính đa lát cắt tim. Điểm canxi hóa động mạch vành được xác định dựa vào nguyên lý tính điểm Agatston sử dụng phần mềm Smart Score có sẵn trên máy chụp MSCT. **Kết quả:** Tỷ lệ BN có canxi hóa động mạch vành ở nhóm ĐTD biến chứng BTMTGDCC (89,1%) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (42,6%). Tỷ lệ BN theo các mức điểm CACS ở nhóm bệnh (44,6%; 32,3%; 23,1%) khác biệt chưa có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (58,6%; 27,6%; 13,8%). Sự xuất hiện canxi hóa ĐMV ở BN ĐTD có biến chứng BTMTGDCC liên quan có ý nghĩa với giảm canxi máu, liên quan chưa có ý nghĩa với các yếu tố tuổi  $\geq 60$ , thời gian STM  $\geq 2$  năm, thời gian THA  $\geq 5$  năm, tăng phospho, PTH máu. **Kết luận:** Canxi hóa động mạch vành phát hiện dựa vào chụp MSCT gặp với tỷ lệ cao hơn ở bệnh nhân đái tháo đường có bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối so với bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối do các nguyên nhân khác. Đặc điểm canxi hóa ĐMV ở nhóm

đái tháo đường khác biệt chưa có ý nghĩa so với nhóm BTMTGDCC do các nguyên nhân khác. Giảm canxi máu liên quan có ý nghĩa tới sự xuất hiện canxi hóa ĐMV ở BN ĐTD biến chứng BTMTGDCC trong khi các yếu tố tuổi  $\geq 60$ , thời gian STM  $\geq 2$  năm, thời gian THA  $\geq 5$  năm, tăng phospho, PTH máu liên quan chưa có ý nghĩa.

**Từ khóa:** canxi hóa ĐMV, đái tháo đường, bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, MSCT

## SUMMARY

### THE CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY CALCIFICATION BY CARDIAC MSCT IN DIABETIC END-STAGE KIDNEY DISEASE PATIENTS

**Objective:** The survey of the characteristics of the coronary arteries calcification by using cardiac MDCT in diabetic end-stage kidney disease patients. **Subjects and methods:** cross-sectional description, comparison between 73 diabetic end-stage kidney disease patients (diabetic group) and 68 end-stage kidney disease patients (control group). All patients were clinically examined and measured serum biochemical indices. Cardiac MDCT was performed for all patients. **Result:** The rate of patients who had coronary arteries calcification in diabetic group (89,1%) was significant higher than in control group (42,6%). The mean of CACSs in diabetic group were significant higher than in control group. The proportion of CACS levels in diabetic group (44,6%; 32,3%; 23,1%) was not significant to control group (58,6%; 27,6%; 13,8%). The proportion of CACS of coronary arterial branches in diabetic group was not significant to control group. Coronary arteries calcification in diabetic group was significantly related with and hypocalcemia but not significantly related with and aging  $\geq 60$  years old, period of kidney failure  $\geq 2$  years, period of hypertension  $\geq 5$  years, elevated serum phosphor and PTH concentration. **Conclusion:** The rate of the coronary arteries calcification was significant higher in diabetic end-stage of chronic

\*Bệnh viện Trưng Vương – TP. HCM

\*\*Học viện quân y

Chủ trách nhiệm chính: Phạm Quốc Toàn

Email: toannephro@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.10.2017

Ngày phân biên khoa học: 11.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017