

phương pháp: tuân thủ tiêu chuẩn chọn mẫu, đo đạc, thu thập số liệu theo đúng phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 18.0. Chúng tôi ghi nhận các kết quả sau:

- Các số đo cân nặng, chiều cao đứng, vòng ngực 1, vòng ngực 2, vòng ngực 3 đều tăng dần theo lứa tuổi, ở nam cao hơn nữ.

- Chỉ số Pignet trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức rất yếu là nhiều như vậy chiều cao đứng của trẻ ngày càng được cải thiện.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vi Văn An, et al. (2010)**, "Cộng đồng các dân tộc Việt Nam". NXB Giáo Dục, Hà Nội: Tr. 89-91.
2. **Phan Văn Duyệt, Lê Nam Trà (1996)**, "Một số vấn đề chung về phương pháp luận trong nghiên cứu các chỉ tiêu sinh học", Kết quả bước đầu nghiên cứu một số chỉ tiêu sinh học người Việt Nam, NXB Y Học, tr.13-16.
3. **Nguyễn Thị Giao Hạ (2015)**, Nghiên cứu một số số đo và chỉ số nhân trắc của học sinh từ 6-17 tuổi ở thành phố Cần Thơ, Luận văn thạc sỹ Y học, trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
4. **Hoàng Thị Mai Hoa (2012)**, Nghiên cứu một số chỉ số sinh học hình thể của học sinh Trường THCS xã Lam Hạ, thành phố Phú Lý, Hà Nam, Luận văn thạc sĩ sinh học thực nghiệm, Trường Đại học khoa học tự nhiên Hà Nội, Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Thúy Hiệp (2015)**, "Nghiên cứu một số chỉ số thể lực của học sinh trung học cơ sở ở tỉnh Bình Dương", Tạp chí Đại học Thủ Dầu Một, 6 (25).
6. **Mai Văn Hưng, Trần Long Giang (2013)**, "Nghiên cứu một số đặc điểm nhân trắc cơ bản của học sinh trung học phổ thông tại Hà Nội", Tạp chí Khoa học Đại học Quốc gia Hà Nội, 29 (1), tr.39-47.
7. **Trần Thị Loan, Lê Thị Tám (2012)**, "Nghiên cứu một số chỉ số thể lực của học sinh 12-18 tuổi ở huyện Hàm Yên, tỉnh Tuyên Quang, Báo cáo khoa học nghiên cứu và giảng dạy sinh học ở Việt Nam, tr.147
8. **Nguyễn Quang Quyền (1974)**, Nhân trắc học và sự ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam, NXB Y học, Hà Nội.
9. **Lê Đình Văn và cộng sự (2009)**, "Các yếu tố ảnh hưởng đến chiều cao, cân nặng, BMI thanh thiếu niên Việt Nam", Tạp chí Y Dược học quân sự, 34 (1), tr. 42-47.

## THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG ĐÔNG Ở BỆNH NHÂN RUNG NHĨ KHÔNG DO BỆNH VAN TIM ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Mai Văn Toàn<sup>1</sup>, Vũ Thanh Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc kháng đông ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 51 BN rung nhĩ không do bệnh van tim đến khám tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Kết quả nghiên cứu:** có 23 BN tuổi dưới 65 chiếm 45%, số BN nam 39%, nữ chiếm 61%. 90,2% số BN rung nhĩ mạn tính với các nguy cơ thường gặp là rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp. Có 54,9% số BN được sử dụng Sintrom phòng huyết khối với tỷ lệ đạt ngưỡng INR là 32,1%, số còn lại dùng Aspirin hoặc NOAC. Xuất huyết xảy ra ở 6/51 BN chủ yếu ở nhóm dùng Sintrom quá liều, tuy nhiên hầu hết xuất huyết nhẹ dưới da, niêm mạc, không xảy ra xuất huyết với nhóm BN dùng NOAC. **Kết luận:** các BN rung nhĩ không do bệnh van tim đến khám tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình đã được chỉ định dự phòng huyết khối với các thuốc thích hợp. Cần theo dõi INR thường xuyên với BN dùng

Sintrom để đề phòng biến chứng xuất huyết.

**Từ khóa:** rung nhĩ, chống đông, không do bệnh van tim, Sintrom

### SUMMARY

#### STATUS OF USING ANTICOAGULANTS IN PATIENTS WITH NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the status of anticoagulation in atrial fibrillation (AF) patients with non-valvular lesion treated at Thaibinh Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study in 51 non-valvular AF patients treated at Thaibinh Medical University Hospital. **Results:** there were 23 patients under 65 yrs, accounting for 45%, male patients 39%, female patients accounted for 61%. 90.2% of chronic AF patients have common risks of dyslipidemia and hypertension. There were 54.9% of patients using Sintrom to prevent thrombosis with the rate of reaching the INR threshold of 32.1%, the rest using Aspirin or NOAC. Minor bleeding under the skin and mucous membranes occurred in 6/51 patients, mainly in the Sintrom overdose group, and did not occur with the group of patients receiving NOAC. **Conclusions:** non-valvular AF patients treated in Thai Binh Medical University were prescribed appropriate drugs to

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình

Email: thanhbinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

prevent thrombosis. Regular INR monitoring was required in patients receiving Sintrom to prevent bleeding complications.

**Keywords:** atrial fibrillation, anticoagulation, non-valvular heart disease, Sintrom

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là một kiểu rối loạn nhịp tim thường gặp trên lâm sàng. Rung nhĩ làm tăng nguy cơ tắc mạch hệ thống do đó làm tăng tỉ lệ tử vong do. Những nghiên cứu gần đây cho thấy 20-30% bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não có mắc rung nhĩ và rung nhĩ tăng tỉ lệ đột quỵ thiếu máu não gấp 5 lần so với nhóm không có rung nhĩ [1]. Tồn thương nhồi máu não, giảm khả năng nhận thức, thay đổi tính cách, giảm chất lượng cuộc sống rất thường gặp ở bệnh nhân rung nhĩ, khoảng 10-40% bệnh nhân rung nhĩ nhập viện mỗi năm [1].

Việc dùng thuốc kháng đông ở những bệnh nhân bệnh nhân rung nhĩ do bệnh van tim là chỉ định bắt buộc, với những bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim thì thuốc kháng đông được chỉ định ở những bệnh nhân có nguy cơ đột quỵ cao. Phân tầng nguy cơ này dựa vào thang điểm CHA2DS2 – VASc. Tùy thuộc vào phân tầng nguy cơ, bệnh nhân được dùng kháng đông đường uống, chống ngưng tập tiểu cầu hay không cần dùng kháng đông. Trên thực tế lâm sàng, thuốc kháng đông đường uống loại kháng vitamin K hay được sử dụng, ngoài ra có nhóm thuốc kháng đông đường uống thế hệ mới (NOAC).

Để nắm bắt thực trạng dùng thuốc và tiên lượng nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch: chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc kháng đông ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ. Cỡ mẫu này được tính theo công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu mô tả.

### \*Tiêu chuẩn chọn BN:

- + Rung nhĩ không do bệnh van tim
- + Thuộc mọi lứa tuổi và giới tính
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu

### \*Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Rung nhĩ do bệnh van tim: hẹp hai lá, van nhân tạo, vòng van nhân tạo.
- + Có chống chỉ định với các thuốc chống

đông: các bệnh về máu, xơ gan mất bù, suy thận mạn có rối loạn đông cầm máu...

- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Nội dung nghiên cứu và các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán rung nhĩ dựa vào điện tâm đồ bề mặt theo Trần Đỗ Chinh 2007 [2].

+ Đánh giá nguy cơ huyết khối theo thang điểm CHA2DS2 – VASc [3].

+ Chỉ số INR với van tự nhiên: chưa đạt khi < 2, đạt là từ 2-3, quá liều: > 3.

+ Các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm: tuổi từ 65 trở lên, tình trạng thừa cân, béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp, tăng mỡ máu, hút thuốc lá, suy tim.

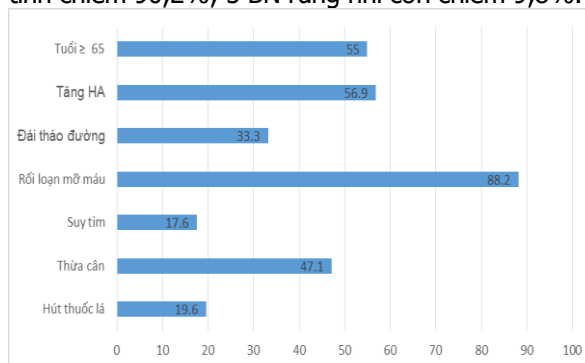
+ Biến chứng xuất huyết khi điều trị dự phòng huyết khối gồm: xuất huyết dưới da, niêm mạc, xuất huyết phủ tạng, xuất huyết não.

- **Thời gian nghiên cứu:** tháng 7/2019 – 6/2020

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm Epi.info 3.3.2, EPICALC 2000.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

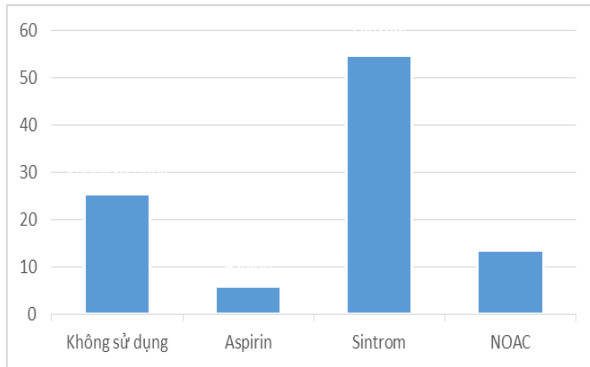
**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong 51 BN nghiên cứu có 23 BN tuổi dưới 65 chiếm 45%; 19 BN tuổi từ 65-75 chiếm 37%; có 9 BN tuổi trên 75 chiếm 18%. Số BN nam là 20 người chiếm 39%; số BN nữ 31 người chiếm 61%. Tỷ lệ BN nữ lớn hơn BN nam có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Có 46 BN rung nhĩ mạn tính chiếm 90,2%; 5 BN rung nhĩ cơn chiếm 9,8%.



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh nhân nghiên cứu (n = 51)**

Rối loạn mỡ máu chiếm tỷ lệ cao nhất, 88%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp là tăng huyết áp (56,9%) và tuổi ≥ 65 (55%).

## 2. Thực trạng sử dụng thuốc chống đông của đối tượng nghiên cứu



**Biểu đồ 2. Loại thuốc sử dụng phòng huyết khối ở đối tượng nghiên cứu**

Có 54,9% được điều trị bằng thuốc kháng đông kháng vitamin K (Sintrom); 5,9% BN được sử dụng Aspirin; 13,7% được sử dụng thuốc chống đông đường uống thế hệ mới (NOAC). Có 25,5% số BN không sử dụng kháng đông.

**Bảng 1. Tỷ lệ sử dụng thuốc kháng đông theo CHA2DS2 -VASc**

Điều trị	Chung n (%)	CHA2DS2 -VASc	
		< 2	≥ 2
Không điều trị	13 (25,5)	11 (84,6)	2 (5,3)
Aspirin	03 (5,9)	02 (15,4)	1 (2,6)
Sintrom	28 (54,9)	0	28 (73,7)
NOAC	07 (13,7)	0	7 (18,4)
<b>Tổng</b>	<b>51 (100)</b>	<b>13 (100)</b>	<b>38 (100)</b>

Trong 51 BN rung nhĩ, có 38 BN CHA2DS2 -VASc ≥ 2, trong đó được điều trị chủ yếu bằng Sintrom là 28 BN (chiếm 73,7%); ở nhóm BN CHA2DS2 -VASc < 2 chủ yếu không điều trị, số BN còn lại được sử dụng Aspirin.

**Bảng 2. Liều thuốc Sintrom sử dụng và tỷ lệ đạt ngưỡng INR (n = 28)**

Liều Sintrom (mg)	Min	Max	X ± SD
	0,25	3	1,42 ± 0,61
INR	Chưa đạt (< 2)	Đạt (2 - 3)	Quá liều (> 3)
Số lượng (tỷ lệ %)	13 (46,4)	9 (32,1)	6 (21,4)

Trong số 28 BN rung nhĩ được điều trị bằng Sintrom, liều Sintrom thấp nhất là 0,25mg; liều cao nhất là 3mg. Có 13 BN (chiếm 46,4%) chưa đạt liều, có 9 BN (chiếm 32,1%) đạt liều INR trong ngưỡng, có 6 BN (chiếm 21,4%) quá liều.

**Bảng 3. Biến chứng xuất huyết ở những bệnh nhân dùng thuốc phòng huyết khối (n = 38)**

Vị trí xuất huyết	Số lượng (tỷ lệ %)
Xuất huyết dưới da, niêm mạc	04 (10,5)
Xuất huyết tiêu hoá	02 (5,3)

Không xuất huyết	32 (84,2)
<b>Tổng</b>	<b>38 (100)</b>

Có 84,2% số BN không có biến chứng chảy máu khi điều trị dự phòng huyết khối; số còn lại bao gồm 04 BN (chiếm 10,5%) bị xuất huyết dưới da, niêm mạc; 02 BN (chiếm 5,3%) xuất huyết tiêu hóa. Không có BN nào bị xuất huyết xuất huyết não.

**Bảng 4. Mối liên hệ giữa các loại thuốc với biến chứng xuất huyết**

Thuốc	Xuất huyết SL (%)	Không xuất huyết SL (%)	Tổng SL (%)
Aspirin (n = 13)	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100)
Sintrom (n = 28)	5 (17,9)	23 (82,1)	28 (100)
NOAC (n = 7)	0 (0)	7 (100)	7 (100)

Tỷ lệ xuất huyết gặp nhiều nhất ở nhóm BN dùng Sintrom. Nhóm dùng NOAC không BN nào bị xuất huyết.

**Bảng 5. So sánh mối liên hệ giữa INR với tình trạng chảy máu (n = 28)**

	Xuất huyết SL (%)	Không xuất huyết SL (%)	Tổng	p
INR đạt hoặc chưa đạt	1 (3,6)	21 (75,0)	22 (78,6)	p < 0,05
INR quá ngưỡng	4 (14,3)	2 (7,1)	6 (21,4)	
<b>Tổng</b>	<b>5 (17,9)</b>	<b>23 (82,1)</b>	<b>28 (100)</b>	

Có sự khác biệt về INR với mức biến chứng xuất huyết. Cụ thể ở nhóm INR chưa hoặc đạt liều thì có 1 BN xuất huyết và 21 BN không xuất huyết. Tuy nhiên có 4 BN bị xuất huyết trong tổng số 6 BN quá ngưỡng INR.

#### IV. BÀN LUẬN

Qua phân tích 51 bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim đến khám tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình, chúng tôi có những bàn luận sau:

- **Loại thuốc sử dụng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 3/4 số bệnh nhân được sử dụng thuốc để dự phòng biến cố tắc mạch. Có thể là thuốc chống ngưng tập tiểu cầu (Aspirin); thuốc chống đông kháng vitamin K (Sintrom); hay thuốc chống đông đường uống thế hệ mới (NOAC). Việc sử dụng Aspirin hay thuốc kháng đông phụ thuộc chủ yếu vào thang điểm CHA2DS2 - VASc của bệnh nhân. Khi điểm CHA2DS2- VASc ≥ 2 điểm, việc sử dụng kháng đông để ngăn ngừa biến cố tắc mạch là cần

thiết. Tuy nhiên việc sử dụng kháng đông kháng vitamin K là chủ yếu chiếm 54,9%, chỉ có 7 BN (tương ứng 13,7%) được sử dụng chống đông đường uống thế hệ mới (NOAC). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sử dụng NOAC thấp hơn hẳn các nghiên cứu khác. Nguyên nhân chủ yếu là do giá thành thuốc khá đắt với điều kiện của người dân nên việc sử dụng Sintrom được ưu tiên hàng đầu. Theo nghiên cứu của tác giả Grond và cs, tỉ lệ rung nhĩ cơn được phát hiện khi đeo Holter điện tim 48 giờ tăng lên, đồng thời với đó bệnh nhân rung nhĩ có điểm CHA2DS2 – VASc trên 2 điểm cũng tăng lên đáng kể. Và tỉ lệ sử dụng kháng đông kháng vitamin K (Sintrom, Warfarin) là 24,6%. NOAC được sử dụng chiếm 39,8% [1].

**- Liều Sintrom.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều Sintrom thấp nhất là 0,25mg (tương ứng 1/8 viên Sintrom 4mg), liều cao nhất là 3mg (tương đương ¾ viên Sintrom 4mg). Liều Sintrom trung bình là  $1,42 \pm 0,61$  mg. Nghiên cứu của chúng tôi liều Sintrom thấp hơn nghiên cứu của tác giả Menke và cs, liều Sintrom là  $2,05 \pm 0,95$  [4]. Liều Sintrom trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả nguyên nhân chủ yếu do thể trạng của người Việt Nam nhỏ hơn so với người châu Âu. Việc sử dụng Sintrom dựa vào các khuyến cáo của ACC/AHA, Hội tim mạch học Việt Nam.

**- Ngưỡng điều trị.** Trong số 28 bệnh nhân sử dụng Sintrom để dự phòng tắc mạch, có tới một nửa số BN chưa đạt liều (INR < 2); tỉ lệ bệnh nhân đạt liều và quá liều tương ứng là 32,1% và 21,4%. Trên thực tế, hiệu quả điều trị của Sintrom phụ thuộc rất nhiều vào khả năng chỉnh liều của thầy thuốc, cách sử dụng thuốc của BN, và đặc biệt là chế độ ăn uống của BN. Các thực phẩm giàu vitamin K như trái bơ, sữa đậu nành, nhân sâm, các loại rau xanh, củ quả có nhiều màu xanh (rau dền, cải lá xoăn, rau bó xôi, rau xà lách xanh, ngô tay, rau diếp, rau muống, rau lang, măng tây, cải thảo, súp lơ xanh, đậu bắp, đậu Hà Lan, hành), gia vị, rau thơm như kinh giới, bạc hà, rau húng, cần tây, rau mùi... làm giảm tác dụng của Sintrom, tức làm giảm INR. Ngược lại, các loại rau cải làm giảm khả năng chống đông (tăng INR). Đây cũng là một trong những nhược điểm lớn nhất của kháng đông kháng Vitamin K. Trong nghiên cứu của tác giả Gladstone và cs, tỉ lệ đạt liều Sintrom trong ngưỡng INR từ 2-3 cũng chỉ đạt được 50% số BN nghiên cứu [5]. Do nhược điểm của Sintrom khó chỉnh liều nên xu hướng sử dụng NOAC trong điều trị dự phòng tắc mạch do rung

nhĩ không do van tim được ưu tiên trong các khuyến cáo 2016.

**- Biến chứng khi dùng Sintrom.** Trong số 28 BN được sử dụng Sintrom, phần lớn BN không có biến chứng khi dùng, 23 BN (chiếm 82,1%), chỉ có 1 BN bị xuất huyết tiêu hoá, 4 BN xuất huyết dưới da. Và đặc biệt không có bệnh nhân nào bị xuất huyết nghiêm trọng như xuất huyết não, màng não.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ BN bị biến chứng khi dùng Sintrom thấp có lẽ là do chưa tối ưu liều Sintrom, lượng BN quá liều chống đông gặp không nhiều nên tỉ lệ biến chứng cũng được giảm đi đáng kể. Nghiên cứu của tác giả Gladstone và cs thấy rằng tỉ lệ bệnh nhân bị xuất huyết não và xuất huyết trong ổ nhồi máu tương đối nhiều (15,2%), biến cố xuất huyết nhẹ cũng tương ứng như nghiên cứu của chúng tôi (18,4%) [5].

**- Mối liên hệ giữa INR và mức độ biến chứng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, INR lên quan chặt chẽ đến mức độ biến cố chảy máu của BN. Cụ thể ở nhóm INR đạt liều chỉ có 1 BN (tương ứng 11,1%) bị biến chứng chảy máu còn 8 BN (tương ứng 88,9%) không có biến cố chảy máu, trong khi đó ở nhóm INR quá liều (INR >3) thì có tới 4 BN chảy máu (tương ứng 66,7%).

Nghiên cứu của tác giả Watson và cs thấy rằng nếu quá liều chống đông thì tăng nguy cơ chảy máu với OR = 2,8 – 4,7 so với nhóm không quá liều INR [6]. Tuy nhiên trong nghiên cứu này của chúng tôi, do cỡ mẫu còn nhỏ, biến cố chưa nhiều nên tỉ lệ các biến cố chảy máu có khác các nghiên cứu khác.

**- Mối liên hệ giữa loại thuốc với mức độ biến chứng.** Trong nghiên cứu này của chúng tôi, bệnh nhân được sử dụng 3 loại thuốc để dự phòng tắc mạch gồm Aspirin, Sintrom và NOAC. Tuy nhiên chúng tôi không thấy được sự khác biệt giữa biến chứng xuất huyết với loại thuốc được sử dụng. Riêng nhóm NOAC không có bệnh nhân nào bị biến cố chảy máu, trong khi đó Aspirin có 1 BN (16,7%); Xuất huyết do dùng Sintrom tỉ lệ cao nhất là 5 BN (83,3%). Theo tác giả Hsu.HC và cs biến chứng chảy máu do NOAC cũng thấp hơn hẳn so với Sintrom (3,5% so với 26,1%) [7].

## V. KẾT LUẬN

Các BN rung nhĩ không do bệnh van tim đến khám tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình đã được chỉ định dự phòng huyết khối với các thuốc thích hợp. Cần theo dõi INR thường xuyên với BN dùng Sintrom để đề phòng biến chứng xuất huyết.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Grond, M., et al (2013)**, Improved Detection of Silent Atrial Fibrillation Using 72-Hour Holter ECG in Patients With Ischemic Stroke, A Prospective Multicenter Cohort Study, 2013. 44 (12): p. 3357-3364.
2. **Trần Đỗ Chinh, Trần Văn Đông (2007)**, Hướng dẫn đọc điện tim, Nhà xuất bản Y học.
3. **Olesen, J. B., Torp-Pedersen, C., Hansen, M. L. et al (2012)**, The value of the CHA2DS2-VASc score for refining stroke risk stratification in patients with atrial fibrillation with a CHADS2 score 0–1: a nationwide cohort study, Thrombosis and haemostasis, 107(06), 1172-1179.
4. **Menke, J. et al (2012)**, Thromboembolism in Atrial Fibrillation, American Journal of Cardiology, 105 (4): p. 502-510.
5. **Gladstone D.J, Bui E., Fang J. et al (2009)**, Potentially preventable strokes in high-risk patients with atrial fibrillation who are not adequately anticoagulated, Stroke, 2009 Jan;40(1):235-40. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.516344.
6. **Keeling D., Baglin T, Watson H. et al (2011)**, Guidelines on oral anticoagulation with warfarin – fourth edition, BJHaem, Volume154, Issue3, August 2011, Pages 311-324
7. **Chien KL, S.T., Hsu HC, et al (2010)**, Atrial fibrillation prevalence, incidence and risk of stroke and all-cause death among Chinese, Int J. Cardiol, 2010. 139 (2): p. 173-180.

## PHÂN LOẠI TNM TRONG UNG THƯ PHỔI PHIÊN BẢN 8 – NHỮNG ĐIỂM CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CẦN LƯU Ý

**Cung Văn Công\***

**TÓM TẮT**

Hệ thống phân loại ung thư TNM (T: viết tắt của từ Tumor có nghĩa là U; N: viết tắt của Node có nghĩa là hạch; và M: viết tắt của từ Metastasis, có nghĩa là di căn) được IUAC (Union International Against Cancer) giới thiệu lần đầu tiên từ những năm 1944 của thế kỷ trước, và được chính thức xuất bản dưới dạng sách giấy vào năm 1968. Hệ thống phân loại này từ khi đặt ra gồm 5 mục tiêu, cho đến nay vẫn không thay đổi: (1) Hỗ trợ trong lập kế hoạch điều trị; (2) Tiên lượng tình trạng bệnh; (3) Đánh giá kết quả điều trị; (4) Giúp việc trao đổi, so sánh thông tin giữa các cơ sở điều trị thuận tiện hơn (do sử dụng chung một hệ thống thống nhất); (5) Làm cơ sở để góp phần nghiên cứu các bệnh lý ác tính. Từ năm 1987, UIAC kết hợp với AJCC (American Joint Committee on Cancer) để tiếp tục nghiên cứu, cải tiến hệ thống phân loại TNM, biến nó thành một hệ thống phân loại tiêu chuẩn thế giới trong ung thư, trong đó có ung thư phổi. Các phiên bản TNM chính thức đã được công bố bao gồm: 5; 6; 7; 8. Phiên bản 8 được công bố 2017 và vẫn đang được sử dụng từ đó cho đến nay. Bài viết này sẽ phân giải cụ thể các tình huống hình ảnh nhằm mục tiêu thống nhất cách sử dụng trong thực hành lâm sàng.

**Từ khóa:** Phân loại TNM, phân loại giai đoạn ung thư phổi, ung thư phổi.

**SUMMARY****TNM CLASSIFICATION IN LUNG CANCER 8<sup>TH</sup> VERSION – DIAGNOSTIC IMAGING TO NOTE**

The TNM cancer classification system (T: stands for Tumor, meaning U; N: stands for Node, means

lymph nodes; and M: stands for Metastasis, meaning metastasis) is UIAC (Union International Against Cancer) was first introduced in 1944 of the last century, and was officially published as a paper book in 1968. This classification system since its inception includes 5 goals, so far still unchanged: (1) Assistance in treatment planning; (2) Prognosis of disease condition; (3) Evaluation of treatment results; (4) Make it easier to exchange and compare information between treatment facilities (due to the common use of a unified system); (5) As a basis to contribute to the study of malignancies. Since 1987, UIAC has cooperated with AJCC (American Joint Committee on Cancer) to continue to research and improve the TNM classification system, turning it into a world standard classification system in cancer, including lung cancer. The official TNM versions that have been announced include: 5; 6; 7; 8. Version 8 was announced in 2017 and has been in use ever since. This article will specifically interpret imaging situations in order to unify their use in clinical practice.

**Keyword:** TNM classification, lung cancer staging, lung cancer.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đối với ung thư phổi, từ 1997 trở lại đây, đã có 4 hệ thống phân loại giai đoạn TNM được sử dụng gồm các phiên bản 5, 6, 7 và 8. Phiên bản 5 sử dụng các dữ liệu nghiên cứu thuần tập trên 5319 BN trong giai đoạn 1975-1988, và được xuất bản chính thức năm 1997. Phiên bản 6 được xuất bản chính thức năm 2002 nhưng không có thay đổi so với phiên bản 5. Phiên bản 7 được giới thiệu lần đầu năm 2007 bởi UICC và AJCC, sau đó được xuất bản chính thức năm 2010. Phiên bản 8 được giới thiệu vào ngày 1 tháng 1 năm 2017.<sup>1</sup>

Phiên bản 5 và 6: (1) Dữ liệu sử dụng tập

\*Bệnh viện Phổi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.5.2022

Ngày duyệt bài: 24.5.2022