SỐC NHIỄM KHUẨN DO STREPTOCOCCUS THORALTENSIS NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Trần Đình Thăng[1], Nguyễn Sơn Nam[1], Nguyễn Thị Thuần[1], Vũ Thị Hồng Lý[1], Lê Minh Đại[1], Mai Xuân Long[1], Lê Văn Tuấn[1], Nguyễn Thanh Hương[1], Đoàn Ngọc Long[1], Lê Thị Thịnh[2], Trần Thùy Dương[3], Đoàn Bình Tĩnh[1]

TÓM TẮT

Streptococcus thoraltensis là liên cầu khuẩn cư trú trên động vật, hiếm khi gây bệnh ở người và chưa có báo cáo ghi nhận gây ra sốc nhiễm khuẩn. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng do S. thoraltensis ở một nam thanh niên có nguy cơ cao do tiếp xúc với động vật, đồng thời tổng hợp các dữ liệu y văn hiện có. **Phương pháp:** Báo cáo được trình bày theo CARE (CAse REport) Guideline. Các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh, điều trị và kết quả được thu thập hồi cứu. Tổng quan tài liệu được thực hiện trên Google Scholar, PubMed và Scopus bằng các từ khóa liên quan. **Kết quả:** Bệnh nhân nam 32 tuổi, tiền sử đái tháo đường và lạm dụng rượu, có tham gia chế biến lợn bệnh, nhập viện với triệu chứng sốt cao và ban xuất huyết, nhanh chóng tiến triển sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng. Cấy máu định danh phát hiện S. thoraltensis. Bệnh nhân được can thiệp hồi sức, lọc máu liên tục và kháng sinh theo kháng sinh đồ; hồi phục sau 21 ngày. **Bàn luận:** S. thoraltensis có thể gây bệnh cảnh nguy kịch ở người. Lâm sàng tương đồng với nhiễm S. suis. Kiểm soát huyết động sớm, tích cực và tối ưu kháng sinh là yếu tố quyết định. **Kết luận:** Báo cáo góp phần bổ sung thêm phổ lâm sàng của nhiễm trùng do S. thoraltensis. Dù hiếm gặp, S. thoraltensis có thể gây nhiễm khuẩn huyết nặng, đặc biệt khi tiếp xúc với động vật nhiễm bệnh.

Từ khóa: Streptococcus thoraltensis, sốc nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết, bệnh lây truyền từ động vật, liên cầu khuẩn, báo cáo ca bệnh

SUMMARY

SEPTIC SHOCK CAUSED BY STREPTOCOCCUS THORALTENSIS: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Streptococcus thoraltensis is an animal-associated streptococcus that rarely causes disease in humans, and has not yet been reported to cause septic shock. We describe a case of septic shock and multi-organ failure caused by S. thoraltensis in a young adult male with high-risk animal exposure, along with a review of the existing literature. **Methods:** This case report follows the CARE (CAse REport) Guideline. Clinical data, laboratory results, imaging, treatment details, and outcomes were retrospectively collected. A literature review was conducted using relevant keywords in Google

[1]*Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
[2]*Khoa Vi sinh, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính**:** BSCKII. Đoàn Bình Tĩnh
Email: doanbinhtinh@gmail.com
SĐT: 0392737323
Ngày nhận bài: 03/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 01/4/2025
Ngày duyệt bài: 02/5/2025

Scholar, PubMed, and Scopus. **Results:** A 32-year-old male with a history of type 2 diabetes and alcohol abuse, who had recently processed sick pigs, was admitted with high fever and purpura, rapidly progressing to septic shock and multi-organ failure. Blood cultures identified S. thoraltensis. He was treated with oxygen supplement, vasopressors, continuous renal replacement therapy, and targeted antibiotics. Full recovery was achieved after 21 days of hospitalization. **Discussion:** S. thoraltensis can cause severe disease in humans. The clinical presentation closely resembled S. suis infection. Early diagnosis and aggressive treatment were critical for a favorable outcome. **Conclusion:** This case adds to the limited clinical data on S. thoraltensis infections. Although rare, it can lead to life-threatening sepsis, particularly in individuals exposed to infected animals.

Keywords: Streptococcus thoraltensis, septic shock, bacteremia, zoonotic disease, streptococcus, case report.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Streptococcus thoraltensis là một liên cầu khuẩn Gram dương, thuộc nhóm liên cầu viridans (Streptococcus sensu stricto), được Devriese và cộng sự mô tả lần đầu tiên vào năm 1997 khi phân lập từ dịch âm đạo và đường ruột của lợn nái [1] sau đó được phát hiện trong phân thỏ và hệ vi sinh vật thường trú ở người [2], [3]. Ngày càng có bằng chứng cho thấy đây là một tác nhân cơ hội hiếm, nhưng có thể gây nhiễm khuẩn xâm lấn. Hiện y văn thế giới ghi nhận một số ca nhiễm S. thoraltensis đơn lẻ. Các bệnh cảnh bao gồm: nhiễm khuẩn huyết, viêm nội tâm mạc, viêm phổi, nhiễm khuẩn sơ sinh, áp xe tử cung [4], [5], [6], [7], [8]. Một số báo cáo gợi ý khả năng lây truyền từ động vật sang người, khi có yếu tố tiếp xúc với lợn [9] và thỏ [7]. Tại Việt Nam, đã có báo cáo về một trường hợp viêm nội tâm mạc van tim nhân tạo do S. thoraltensis ở bệnh nhân nam 68 tuổi vào năm 2020 [5].

Do đó, chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng hiếm gặp về sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng do Streptococcus thoraltensis ở một bệnh nhân nam trẻ tuổi, có yếu tố dịch tễ. Mục tiêu của báo cáo là mô tả chi tiết về ca bệnh, từ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, diễn biến, điều trị, đến kết quả, đồng thời tổng quan y văn cập nhật về tác nhân S. thoraltensis nhằm bổ sung cho dữ liệu lâm sàng, nâng cao cảnh giác về khả năng gây bệnh và tiềm năng lây truyền của vi khuẩn này.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Thông tin bệnh nhân

Bệnh nhân nam 32 tuổi, sống tại ngoại ô Hà Nội, nhập viện ngày 04/11/2024 với lý do sốt cao rét run và xuất hiện ban xuất huyết ở vùng ngực và tay chân. Bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường type II 2 năm nay, đang điều trị bằng insulin, kèm theo tình trạng tăng men gan. Bệnh nhân cũng có tiền sử lạm dụng rượu trong nhiều năm, với lượng uống khoảng 300 ml mỗi ngày. Về tiền sử dịch tễ, gia đình bệnh nhân có chăn nuôi gia súc và trong vòng một tuần trước khi nhập viện, có nhiều con trong đàn lợn bị ốm chết không rõ nguyên nhân. Đáng chú ý, một ngày trước khi khởi phát, bệnh nhân tham gia giết mổ lợn bệnh, nhưng không trực tiếp tiêu thụ thịt.

Triệu chứng lâm sàng

Bệnh khởi phát vào sáng ngày 04/11/2024 với sốt cao, rét run, mệt mỏi và đau đầu, chưa đầy 24 giờ sau khi tiếp xúc nguồn bệnh nghi ngờ. Bệnh nhân không có triệu chứng ho hay khó thở ban đầu. Khi nhập khoa HSTC, bệnh nhân được ghi nhận

tình trạng sốc nhiễm khuẩn với mạch nhanh (140 lần/phút), huyết áp 100/60 mmHg (duy trì với noradrenalin), viêm phổi, suy hô hấp, vàng da và ban xuất huyết **(Hình 1).**



Hình 1: Ban xuất huyết (các mũi tên) tại thời điểm nhập viện

Bệnh nhân được điều trị hồi sức tích cực với hỗ trợ vận mạch, liệu pháp oxy và lọc máu cấp cứu. Phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm được mở rộng với Meropenem, Levofloxacin và Vancomycin. Sau 3 ngày nhập viện, kết quả cấy máu xác định Streptococcus thoraltensis cùng kháng sinh đồ.

Bệnh nhân tiếp tục có các đợt sốt tái diễn và triệu chứng tiêu hóa tăng nặng, bao gồm đau bụng và tiêu chảy. Ngày 09/11, kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cho thấy dấu hiệu viêm phúc mạc và dịch tự do, ghi nhận dịch màu vàng khi chọc hút dưới siêu âm. Kết quả cấy máu tìm vi khuẩn lần 2 cho kết quả âm tính. Ngày 10/11, phác đồ kháng sinh được điều chỉnh thành Tigecycline, Linezolid và duy trì Meropenem. Bệnh nhân hết sốt sau 10 ngày điều trị và dừng Meropenem sau 3 ngày.

Tiếp cận chẩn đoán

Về cận lâm sàng, bệnh nhân nhập viện với các chỉ số rối loạn nghiêm trọng, bao gồm bạch cầu tăng cao, giảm tiểu cầu nặng, rối loạn đông máu, thiếu máu, toan chuyển hóa và tăng lactat. Tình trạng suy hô hấp được xác định qua chỉ số P/F, đồng thời có biểu hiện suy đa tạng gồm suy thận cấp, suy gan, và đái tháo đường không kiểm soát. Cấy máu xác định Streptococcus thoraltensis là tác nhân gây bệnh, nhạy với nhiều kháng sinh. Các thăm dò chẩn đoán hình ảnh cho thấy tổn thương phổi và viêm phúc mạc. Siêu âm tim khảo sát sau khi có kết quả vi sinh không phát hiện viêm nội tâm mạc hay bất thường van tim, cấu trúc và chức năng tim bình thường **(Bảng 1).**

Bảng 1: Các bất thường cận lâm sàng chính

Loại xét nghiệm	Kết quả	Tham chiếu	Mức độ
Huyết học			
Bạch cầu	27,73 G/L (90% neutrophil)	4,0-10,0 G/L	Tăng rất cao
Tiểu cầu	21 G/L	150-450 G/L	Giảm rất nặng
Hemoglobin	80-81 g/L	130-170 g/L	Giảm trung bình
Đông máu			
PT%	24%	70-120%	Giảm nặng
INR	3,2	0,8-1,2	Tăng nặng
Khí máu động mạch (khi vào HSCC)			
pH	7,33	7,35-7,45	
HCO3-	10,8 mmol/L	22-26 mmol/L	
Lactat	11,2 mmol/L	0,5-2,2 mmol/L	Tăng rất cao
Vi sinh			
Cấy máu (ngày 04/11)	Streptococcus thoraltensis **Nhạy cảm:** Ampicillin, Chloramphenicol, Cefotaxim, Linezolid, Tigecycline, Ceftriaxone, Levofloxacin và Vancomycin **Kháng:** Clindamycin và Tetracyline		
Cấy máu (ngày 09/11)	Không phát hiện vi khuẩn gây bệnh		
Chẩn đoán hình ảnh			
X-quang ngực	Đám mờ ở thùy dưới phổi phải, gợi ý viêm phổi		
Siêu âm tim	Không có bất thường, không thấy sùi van tim		
CLVT ổ bụng	Dấu hiệu viêm phúc mạc, dịch tự do trong khoang phúc mạc		

Chẩn đoán xác định là sốc nhiễm khuẩn do Streptococcus thoraltensis, biến chứng suy đa tạng (hô hấp, tuần hoàn, thận, gan và rối loạn đông máu) với bệnh nền đái tháo đường type II và lạm dụng rượu. Chẩn đoán này dựa trên biểu hiện lâm sàng, kết quả cấy máu dương tính với S. thoraltensis, mối liên hệ dịch tễ khi tiếp xúc trực tiếp với thịt sống, nội tạng lợn bệnh trước khi khởi phát.

Can thiệp điều trị

Bệnh nhân được phát hiện sốc kịp thời, hỗ trợ huyết động bằng vận mạch, liều điều chỉnh theo đáp ứng và giảm dần sau vài ngày. Hỗ trợ hô hấp bằng liệu pháp oxy. Do suy thận cấp, bệnh nhân được lọc máu liên tục sớm, trong nhiều ngày.

Về liệu pháp kháng sinh, bệnh nhân được khởi trị với Ceftriaxone và Levofloxacin. Khi bệnh biến và có sốc nhiễm khuẩn, phác đồ được tăng cường với Meropenem, Levofloxacin và Vancomycin. Sau khi có kết quả cấy máu kèm theo tình trạng bệnh nhân sốt dai dẳng tái diễn và có các triệu chứng mới (nghi ngờ viêm phúc mạc), phác đồ

được điều chỉnh theo kháng sinh đồ với Tigecycline, thay Vancomycin bằng Linezolid và tiếp tục Meropenem. Bệnh nhân cũng được hỗ trợ bằng các chế phẩm máu, liệu pháp insulin để kiểm soát đường huyết, hỗ trợ dinh dưỡng và quản lý cân bằng dịch, điện giải.

Theo dõi và kết quả

Tình trạng sốc và suy đa tạng của bệnh nhân được kiểm soát dần trong vòng 24-48 giờ sau khi bắt đầu điều trị tích cực. Sau khi kiểm soát được nhiễm trùng, các chỉ số huyết học, đông máu và chức năng các tạng dần hồi phục. Bệnh nhân xuất viện sau 21 ngày và tái khám đánh giá định kì (lưu ý biến chứng tim mạch và thính lực).

III. BÀN LUẬN

Về căn nguyên S. thoraltensis, việc định danh chính xác có thể khó khăn nếu chỉ dựa vào các phương pháp sinh hóa thường quy; các hệ thống định danh tự động như Vitek 2 được sử dụng giúp phát hiện kết quả nhanh và chính xác [5], [6].

Trên y văn, các bệnh cảnh đã được ghi nhận bao gồm sốt không rõ nguyên nhân [4], viêm nội tâm mạc [5], [6], [7], viêm phổi [8], viêm màng ối [9] và áp xe tử cung [10]. Ca bệnh của chúng tôi là trường hợp sốc nhiễm khuẩn điển hình với diễn biến nhanh, có suy đa tạng, tương tự như mô tả trong báo cáo của Petridis và cộng sự [4]. Tuy nhiên, khác với ca bệnh đó, bệnh nhân có yếu tố phơi nhiễm khá rõ ràng.

Các yếu tố nguy cơ nhiễm S. thoraltensis xâm lấn bao gồm suy giảm miễn dịch hoặc các bệnh lý nền như đái tháo đường như bệnh nhân của chúng tôi và trong báo cáo của Hai và cộng sự [5], lạm dụng rượu và COPD [6], tình trạng hậu sản [8], hoặc các yếu tố nguy cơ khác như sử dụng ma túy đường tĩnh mạch (IVDU) [7] và có van tim nhân tạo [5]. Bệnh nhân của chúng tôi có cả đái tháo đường và tiền sử lạm dụng rượu, có thể là những yếu tố thuận lợi làm tăng tính cảm nhiễm và mức độ nặng.

Phân tích mối liên hệ dịch tễ học trong ca bệnh này dựa trên các tiêu chí Bradford Hill cho thấy một bằng chứng khá thuyết phục về khả năng lây truyền từ lợn sang người. Tiêu chí về tính thời gian được đáp ứng một cách rõ ràng: bệnh nhân khởi phát triệu chứng cấp tính (<24 giờ) sau khi giết mổ lợn bệnh. Tính hợp lý sinh học cũng được ủng hộ bởi việc S. thoraltensis được biết là cư trú ở lợn [1] và đường lây truyền qua da bị tổn thương trong quá trình giết mổ là hoàn toàn khả thi, tương tự như cơ chế lây nhiễm của Streptococcus suis. Mặc dù tiêu chí về tính nhất quán còn yếu do chưa có báo cáo nào khác xác nhận đường lây truyền này cho S. thoraltensis, nhưng sự kết hợp của các yếu tố khác (thời gian, hợp lý sinh học, tương đồng) tạo nên lập luận nhân quả tương đối tin cậy.

Đặc điểm lâm sàng nổi bật trong ca bệnh này là tình trạng sốc nhiễm khuẩn diễn biến nhanh chóng kèm theo ban xuất huyết lan tỏa và rối loạn đông máu nặng. Các biểu hiện này, đặc biệt là ban xuất huyết và rối loạn đông máu, khá giống với bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết do S. suis, càng làm tăng nghi ngờ về nguồn gốc lây nhiễm từ lợn. Tuy

nhiên, cần lưu ý rằng viêm nội tâm mạc, một biến chứng thường gặp trong nhiễm khuẩn huyết do liên cầu, không có trên bệnh nhân này. Tổn thương thính lực hay gặp ở S.suis cũng chưa được ghi nhận.

Về phương diện điều trị, kết quả kháng sinh đồ của chủng S. thoraltensis phân lập được cho thấy độ nhạy cảm với nhiều nhóm kháng sinh phổ biến, bao gồm cả Vancomycin. Kết quả này nhìn chung phù hợp với phần lớn các báo cáo trước đây [5], [7], [8]. Bệnh nhân sốt kéo dài dai dẳng trong khoảng 10 ngày đầu điều trị tại khoa HSTC dù đã được sử dụng phác đồ kháng sinh phổ rộng phù hợp kháng sinh đồ. Các báo cáo về chủng S. thoraltensis kháng hoặc giảm nhạy cảm với Vancomycin [6] và kháng Ceftriaxone [5] là thông tin quan trọng. Hơn nữa, ngay cả khi nhạy cảm in vitro, hiệu quả in vivo của vancomycin có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác như khả năng hình thành biofilm của vi khuẩn. Do đó, chúng tôi đã đặt ra nghi vấn về hiệu quả lâm sàng thực sự của vancomycin, quyết định chuyển phác đồ sang linezolid, một kháng sinh nhóm oxazolidinone có hoạt tính tốt chống lại nhiều vi khuẩn Gram dương (bao gồm cả các chủng kháng vancomycin hoặc dung nạp vancomycin) và khả năng thâm nhập mô tốt. Các biện pháp hồi sức như duy trì huyết động bằng vận mạch, hỗ trợ hô hấp và đặc biệt là lọc máu liên tục từ sớm để kiểm soát suy thận cấp và loại bỏ các cytokine tiền viêm.

Hạn chế của báo cáo này là chúng tôi không thể phân lập được S. thoraltensis từ mẫu bệnh phẩm của lợn bệnh để khẳng định chắc chắn nguồn lây. Ngoài ra, việc định danh vi khuẩn dựa trên hệ thống Vitek 2 kết hợp BD BACTEC FX40 (Becton Dickinson). Do vậy, mặc dù kết quả có sớm, chính xác và độ tin cậy cao, nhưng lý tưởng nhất nên được xác nhận bằng giải trình tự gen 16S rRNA.

IV. KẾT LUẬN

Ca bệnh của chúng tôi đã cung cấp thêm bằng chứng lâm sàng và dịch tễ học mạnh mẽ, dù là gián tiếp, ủng hộ giả thuyết về nguy cơ gây bệnh cảnh nặng như sốc nhiễm khuẩn và khả năng lây truyền S. thoraltensis từ lợn sang người. Việc chẩn đoán chính xác loài vi khuẩn và thực hiện kháng sinh đồ là tối cần thiết để hướng dẫn điều trị hiệu quả. Để hiểu rõ hơn về đặc tính gây bệnh của S. thoraltensis tại Việt Nam, cần có thêm các nghiên cứu sâu hơn về vi khuẩn này trên cả gười và động vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **L. A. Devriese et al.,** "Streptococcus hyovaginalis sp. nov. and Streptococcus thoraltensis sp. nov., from the genital tract of sows," Int J Syst Bacteriol, vol. 47, no. 4, pp. 1073–1077, Oct. 1997, doi: 10.1099/ 00207713-47-4-1073.
2. **S. Borø, C. A. McCartney, T. J. Snelling, H. J. Worgan, and N. R. McEwan,** "Isolation of Streptococcus thoraltensis from rabbit faeces," Curr Microbiol, vol. 61, no. 4, pp. 357–360, Oct. 2010, doi: 10.1007/s00284-010-9619-0.

3. **S. S. AlWakeel,** "Microbiological and molecular identification of bacterial species isolated from nasal and oropharyngeal mucosa of fuel workers in Riyadh, Saudi Arabia," Saudi J Biol Sci, vol. 24, no. 6, pp. 1281–1287, Sep. 2017, doi: 10.1016/j.sjbs.2015.12.001.
4. **N. Petridis, A. Apsemidou, G. Kalopitas, G. Pilianidis, and I. Avramidis,** "Streptococcus thoraltensis Bacteremia: First Described Case as a Fever of Unknown Origin in Human," Case Rep Infect Dis, vol. 2018, p. 7956890, 2018, doi: 10.1155/2018/7956890.
5. **P. D. Hai, P. N. Son, N. Thi Thu Huong, N. Thanh Binh, L. Thi Viet Hoa, and N. Manh Dung,** "A Case of Streptococcus thoraltensis Bacteremia and Prosthetic Valve Endocarditis in a 68-Year-Old Vietnamese Man," Am J Case Rep, vol. 21, p. e925752, Nov. 2020, doi: 10.12659/AJCR.925752.
6. **R. M. Chiorescu, S. B. Buksa, A. Botan, M. Mocan, C. Costache, and D. A. Toc,** "Vancomycin - Resistant Streptococcus thoraltensis: A Case Report of Bacterial Endocarditis and Review of Literature on Infections Caused by This Pathogen," Microorganisms, vol. 12, no. 3, p. 566, Mar. 2024, doi: 10.3390/microorganisms 12030566.
7. **S. Abid, A. Stolear, M. Dulgher, S. Sethi, and S. Zarich,** "A Rare Case of Acute Bacterial Native Valve Endocarditis Caused by Streptococcus thoraltensis," Cureus, vol. 16, no. 10, p. e70934, Oct. 2024, doi: 10.7759/cureus.70934.
8. **M. Wazir, M. Grewal, A. G. Jain, and G. Everett,** "Streptococcus thoraltensis Bacteremia: A Case of Pneumonia in a Postpartum Patient," Cureus, vol. 11, no. 9, p. e5659, Sep. 2019, doi: 10.7759/cureus.5659.
9. **M. Vukonich, H. Moline, M. Chaussee, B. Pepito, and M. K. Huntington,** "Case Report: Chorioamnionitis Attributed to Streptococcus thoraltensis," S D Med, vol. 68, no. 7, pp. 298–299, Jul. 2015.
10. **J. Gónzalez Arceo and G. A. Robles Rojo,** "Abscess in the posterior region of the uterus due to Streptococcus thoraltensis in 38-year-old female: A case report," Med Int (Lond), vol. 5, no. 2, p. 16, 2025, doi: 10.3892/mi.2025.215.

GIÁ TRỊ CỦA CHỈ SỐ SVO2 ĐO ĐƯỢC BẰNG CATHETER SWAN-GANZ Ở BỆNH NHÂN SỐC TIM DO NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Nguyễn Duy Minh[1], Nguyễn Hữu Quân[1,2], Bùi Thị Hương Giang[1,2,3], Phạm Xuân Thắng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả giá trị của chỉ số SvO2 và các yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim có biến chứng sốc tim.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo nghiên cứu mô tả cắt ngang, quan sát trên 16 bệnh nhân nhồi máu cơ tim có biến chứng sốc tim được thăm dò huyết động bằng catheter Swan- Ganz và sử dụng protocol điều chỉnh thuốc vận mạch dựa trên mục tiêu SvO2 tại bệnh viện Bạch Mai. Các thông số huyết động được đo tại các thời điểm T0, T3 và Toff. Số liệu sau đó được đưa vào phần tích bằng phần mềm SPSS.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy giá trị trung bình của SvO2 đo được bằng catheter Swan-Ganz tăng dần qua các thời điểm T0, T6 và Toff với giá trị lần lượt là là 59.06 ± 10.47%; 63.3 ± 12.5%; 65.06 ± 10.78%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị SvO2 ở nhóm sống sót và nhóm tử vong 52.71 ± 10.22 so với 64.00 ± 8.03 với mức ý nghĩa p= 0.027. Gía trị SvO2 đo được ở thời điểm T0 cũng có tương quan thuận chặt chẽ với giá trị chỉ số tim theo phương trình tuyến tính y= 0.05X +0.5 (y là CI, x là SvO2).

Kết luận: Theo dõi chỉ số SvO2 đo được bằng catheter Swan-Ganz như là một phương thức chuẩn để hồi sức bệnh nhân nhồi máu- sốc tim cơ tim ngày nay.

Từ khóa: Swan- Ganz, nhồi máu cơ tim, bão hòa oxy tĩnh mạch trộn (SvO2), sốc tim, chỉ số tim (CI).

SUMMARY

THE VALUE OF SVO_2 MEASURED BY SWAN-GANZ CATHETER IN PATIENTS WITH CARDIOGENIC SHOCK DUE TO ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Objective: This study aimed to evaluate mixed venous oxygen saturation (SvO_2) values and associated factors in patients with myocardial infarction complicated by cardiogenic shock.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 16 patients with myocardial infarction and cardiogenic shock at Bach Mai Hospital. All patients underwent hemodynamic monitoring using a Swan-Ganz catheter, with vasopressor therapy adjusted according to a protocol targeting SvO_2 levels. Hemodynamic parameters were recorded at three time points: T0 (baseline), T6 (six hours post-baseline), and Toff (therapy discontinuation). Data was analyzed using SPSS software.

Results: The study demonstrated a progressive increase in mean SvO_2 values

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Trung tâm cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai*
[3]*Bộ môn Hồi sức cấp cứu Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Minh
Email: duyminh131098@gmail.com
SĐT: 0349244848
Ngày nhận bài: 03/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 01/4/2025
Ngày duyệt bài: 02/5/2025

measured via the Swan-Ganz catheter across the time points: T0**:** 59.06 ± 10.47%, T6**:** 63.3 ± 12.5%, Toff**:** 65.06 ± 10.78%

A statistically significant difference in SvO_2 values was observed between survivors (52.71 ± 10.22%) and non-survivors (64.00 ± 8.03%; p = 0.027). Baseline SvO_2 (T0) was strongly positively correlated with cardiac index (CI), as expressed by the linear equation: y = 0.05x + 0.5, where y represents the cardiac index and x represents SvO_2.

Conclusion: Monitoring SvO_2 via Swan-Ganz catheter represents a valuable and standardized approach in guiding hemodynamic resuscitation in the management of cardiogenic shock.

Keywords: Swan-Ganz catheter, myocardial infarction, mixed venous oxygen saturation (SvO_2), cardiogenic shock, cardiac index (CI).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc tim là tình trạng giảm tưới máu hệ thống mô do suy chức năng bơm máu của thất trong điều kiện thể tích tuần hoàn bình thường. Nguyên nhân thường gặp nhất gây sốc tim là nhồi máu cơ tim. Trong chiến lược chẩn đoán và điều trị sốc tim cần nhanh chóng giải quyết nguyên nhân sốc tim và hồi phục tưới máu mô. Trong đó, để đảm bảo tưới máu mô tối ưu, cần sử dụng đúng loại đúng thời điểm dịch truyền, thuốc vận mạch, tăng co bóp cơ tim và các biện pháp hỗ trợ tuần hoàn cơ học ngắn hạn. Vì nhu cầu thực tiễn đó, catheter Swan- Ganz được khuyến cáo cho các trường hợp sốc tim phức tạp do khả năng theo dõi liên tục các thông số về thể tích, áp lực buồng tim, đặc biệt là chỉ số SvO2 ở các thế hệ catheter Swan- Ganz mới. Sốc tim làm giảm cung lượng tim do đó phải tăng phân tách oxy mô để đảm bảo đủ nhu cầu oxy mô và hậu quả làm giảm SvO2. Sự sụt giảm SvO2 liên quan mật thiết tới chức năng co bóp tống máu của tim và tiên lương tử vong của bệnh nhân. Tuy nhiên trên thực tế vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá giá trị tiên lượng của chỉ số SvO2 ở bệnh nhân sốc tim do nhồi máu cơ tim. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài đề tài nghiên cứu: "Giá trị của chỉ số Svo2 đo được bằng catheter Swan-Ganz ở bệnh nhân sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp" với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp được theo dõi bằng catheter Swan-Ganz tại bệnh viện Bạch Mai.

2. Nhận xét giá trị của chỉ số SvO2 và các yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Được chẩn đoán nhồi máu cơ tim- sốc tim và được thăm dò huyết động bằng catheter Swan- Ganz. Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Bạch Mai.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/1/2024 tới 1/4/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: Tiến hành thu thập số liệu trên toàn bộ bệnh nhân nhồi máu cơ tim, sốc tim được thăm dò huyết động bằng catheter Swan- Ganz. Trên thực tế chúng tôi đã lựa chọn được 16 bệnh nhân vào nghiên cứu.

- Chọn mẫu: chọn toàn bộ bệnh nhân đạt tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Quy trình tiến hành nghiên cứu:

o Thu thập thông tin bệnh nhân và số liệu từ hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

o Hiệu chỉnh lại các thông số huyết động (SvO2) trên máy mornitor kết nối với catheter theo kết quả xét nghiệm mỗi 24h.

o Ghi lại các thông số số huyết động đo được bằng catheter Swan- Ganz (SvO2, CI) tại các thời điểm sau khi đặt T0 (sau khi đặt Swan-Ganz), T6 và T0ff (thời điểm dừng vận mạch hoặc thời điểm bệnh nhân tử vong, dừng điều trị).

- Xử lí số liệu: Thu thập và xử lí số liệu bằng phần mềm quản lí bệnh viện, Excel, SPSS.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả thông tin thu thập được chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và được bảo mật. Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh viện Bạch Mai, hội đồng khoa học Trường Đại Học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/1/2024 tới 1/4/2025, nghiên cứu thu thập được 16 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu. Kết quả được trình bày trong các bảng, biểu sau:

Bảng 1: Đặc điểm giới tính và độ tuổi (n=16)

Giới / Tuổi	Nam	Nữ
< 60 tuổi	2 (12.5%)	0 (0.0%)
≥ 60 tuổi	10 (62.5%)	4 (25.0%)
Tuổi nhỏ nhất	41	67
Tuổi lớn nhất	82	98
Tuổi trung bình chung	72.5 ± 14.67	

Nhận xét: Đa phần đối tượng nghiên cứu đều trên 60 tuổi (87.5%) và nam giới chiếm tỉ lệ lớn trong nghiên cứu (75%). Tuổi trung bình chung của các bệnh nhân là 72.5 ± 14.67. Trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 41 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 98.

Bảng 2: Các bệnh đồng mắc với nhồi máu cơ tim.

Bệnh đồng mắc	Tỉ lệ mắc
Suy thận mạn	23.1%
Suy tim	53.8%
Bệnh mạch vành	23.1%
Tăng huyết áp	84.6%
Rung nhĩ	7.7%

Nhận xét: Bệnh đồng mắc phổ biến nhất trong nghiên cứu là tăng huyết áp (84.6%) và 23.1% ca bệnh có tiền sử bệnh mạch vành xơ vữa. Bệnh đồng mắc ít gặp nhất là rung nhĩ (7.7%).

Bảng 3: Phân nhóm sốc tim theo thang điểm SCAI

			Hình thái ECG		Tổng
			STEMI	NSTEMI	
Phân độ sốc tim theo thang điểm SCAI	C	Số lượng	2	2	4
		Tỉ lệ	12.5%	12.5%	25.0%
	D	Số lượng	4	3	7
		Tỉ lệ	25.0%	18.8%	43.8%
	E	Số lượng	4	1	5
		Tỉ lệ	25.0%	6.3%	31.3%
Tổng		Số lượng	10	6	16
		Tỉ lệ	62.5%	37.5%	100.0%

Nhận xét: Dạng nhồi máu cơ tim-sốc tim hay gặp nhất là nhồi máu cơ tim có ST chênh lên (62.5%). Giai đoạn sốc tim phân bố từ SCAI C tới SCAI E với tỉ lệ lớn nhất là SCAI D (43.8%), tỉ lệ nhỏ nhất là SCAI E (31.2%), SCAI C (25%).

Bảng 4: Dạng tổn thương mạch vành

Mạch vành	Tần suất	Tỉ lệ
LAD	3	18.8
2 thân	6	37.5
3 thân	5	31.3
Không rõ	2	12.5
Tổng số	16	100.0

Nhận xét: Có 2 ca (12.5%) không được chụp mạch vành. Tổn thương mạch vành hay gặp nhất là tổn thương 2 thân động mạch (37.5%), tổn thương đơn độc một nhánh mạch vành gây sốc tim chỉ có tổn thương nhánh LAD (18.8%).

Bảng 5: Giá trị của chỉ số SvO2 tại các thời điểm T0, T6, Toff

Thông số	SvTo	SvT6	SvToff
Trung bình	59.06	63.30	65.06
Độ lệch chuẩn	10.47	12.51	10.78
Nhỏ nhất	32.00	41.00	45.00
Lớn nhất	75.00	79.00	78.00
SvO2 ≤ 65%	81.3	37.5	31.3

Nhận xét: Chỉ số SvO2 tăng dần từ T0 tới Toff. Gía trị Sv02 trung bình ở thời điểm T0 là 59.06%, ở thời điểm sau 6 giờ là 63.30 % và ở thời điểm kết thúc theo dõi là 65.06%.

Bảng 6: Giá trị của chỉ số CI tại các thời điểm T0, T6, Toff

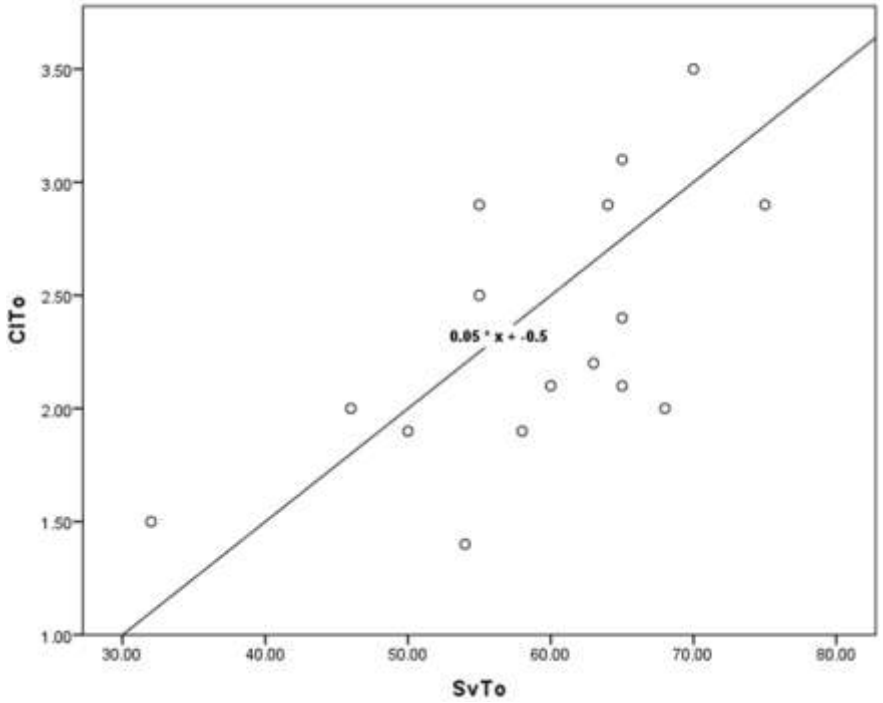
Thông số	CITo	CIT6	CIToff
Trung bình	2.33 ± 0.59	2.60 ± 0.67	2.80 ± 0.90
Nhỏ nhất	1.40	1.80	1.50
Lớn nhất	3.50	3.70	4.70

Nhận xét: Chỉ số CI tăng dần từ thời điêm T0 tới T6 và thời điểm Toff với giá trị lần lượt là 2.33 ± 0.59, 2.60 ± 0.67, 2.80 ± 0.90. Tại cả 3 thời điểm giá trị CI nhỏ nhất là 1.4, giá trị CI lớn nhất là 4.7.

Bảng 7: Giá trị của chỉ số SvO2 giữa 2 nhóm sống sót và tử vong

	Kết quả lâm sàng	N	Mean	p (t-test)
SvTo	Sống sót	9	64.00 ± 8.03	0.027
	Tử vong	7	52.71 10.22	

Nhận xét: Tại thời điểm T0, giá trị SvO2 trung bình ở nhóm sống sót và nhóm tử vong lần lượt là 64.00 ± 8.03 và 52.71 ± 10.22. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giá trị SvO2 trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân sốc tim nhồi máu cơ tim với mức ý nghĩa 0.027.



Biểu đồ 1: Tương quan Pearson giữa SvO2 và CI ở thời điểm T0

Nhận xét: Tại thời điểm T0, chỉ số SvO2 và chỉ số tim CI có mối tương quan thuận chặt chẽ với nhau với mức ý nghĩa p = 0.011. Quan hệ tuyến tính được biểu diễn theo phương trình hồi quy y= 0.05.x + 0.5 với CI là trục Y, SvO2 là trục X.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện từ tháng 1/1/2024 tới 1/4/2025. Tất cả các đối tượng được chẩn đoán nhồi máu cơ cấp biến chứng sốc tim đều được thăm dò huyết động bằng catheter Swan- Ganz, theo dõi chỉ số SvO2, CI, PAOP, RAP. Từ đó, điều chỉnh thuốc vận mạch, thuốc tăng co bóp cơ tim theo phác đồ để tối ưu hóa oxy mô với đích SvO2 > 65%. Đặc biệt chỉ số SvO2 được theo dõi liên tục bằng đầu cảm biến quang học trong động mạch phổi, đây là điểm khác biệt lớn so với các nghiên cứu trước đây, khi độ bão hòa oxy tĩnh mạch trộn được đo bằng cách xét nghiệm máu động mạch phổi.

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 72.5 ± 14.67. Độ tuổi này tương tự so với độ tuổi của một số nghiên cứu về nhồi máu cơ tim trước đây như nghiên cứu TAPAS là 63±13, nghiên cứu TASTE là 66.5±15, nghiên cứu của Lê Cao Phương Duy là 60.5±14.3[1,2]. Như vậy có thể thấy, tương tự các nghiên cứu khác, nhóm

đối tượng trung niên, cao tuổi là nhóm có nguy cơ cao nhồi máu cơ tim cấp.

Trong các đặc điểm về tiền căn bệnh lý và yếu tố nguy cơ tim mạch thì tăng huyết áp (84%) và đái tháo đường (69%) chiếm tỉ lệ cao nhất. Các tỷ lệ này cao hơn tỉ lệ trong các nghiên cứu trước đây như TOTAL (50.3% và 50%), TASTE (42.7% và 42.1%)[3]. Giải thích cho điều này, chúng tôi có tình trạng chuyển dịch mô hình dịch tễ theo hướng gia tăng các bệnh lý không lấy nhiễm tại các nước Châu Á.

Trong nghiên cứu, dạng tổn thương nhiều thân mạch vành chiếm tỉ lệ cao 2 thân (37.5%), 3 thân (31.3%). Trong đó động mạch liên thất trước là động mạch thủ phạm chiếm tỉ lệ cao nhất gây nhồi máu cơ tim biến chứng sốc tim. Điều này cũng phù hợp với y văn và tương tự các nghiên cứu trước đây do động mạch liên thất trươc cấp máu cho thành trước thất trái, phần trước vách liên thất và một phần mỏm tim[4,5,6,7].

Chỉ số SvO2 biểu thị lượng dự trữ oxy còn lại sau khi mô cơ quan đã sử dụng cho các nhu cầu chuyển hóa. Ở nhưng bệnh nhân có cung lượng tim giảm, để cung cấp đủ oxy cho mô chuyển hóa, tế bào phải tăng phân tách oxy-hemoglobine dẫn tới hậu quản giảm SvO2. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 81.3% giá trị Sv02 T0 dưới 65%, giá trị thấp nhất là 32% và giá trị trung bình SvO2 T0 là 59.06%. Trong một số nghiên cứu trước đây về chỉ số SvO2 ở bệnh nhân sốc tim cũng ghi nhận tình trạng sụt giảm độ bão hòa oxy tĩnh mạch trộn. Cụ thể ở nghiên cứu của M. Poli và các cộng SvO2 trung bình là 68.2±11.8 ở nhóm bệnh nhân sốc tim- NSTEMI dùng dobutamin; nghiên cứu của Romain Gallet De Saint-Aurin cũng trên đối tượng sốc tim, SvO2 trung bình trong 24 giờ đầu tiên là 60±12%[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị SvO2 T0 thấp hơn đáng kể so với giá trị trong các nghiên cứu trên. Điều này bởi đa phần các đối tượng trong nghiên cứu đều trong tình trạng sốc nặng (43.8% SCAI D, 31% SCAI E). Gía trị SvO2To ở nhóm tử vong là 52.71 ± 10.22, ở nhóm sống sót là 64.00 ± 8.03. Sự khác biệt này có ý nghĩa thông kê với p=0.027. Nghiên cứu của Holm và cộng sự đã chứng tỏ những bệnh nhân có giá trị SvO2 < 60% thường có kết quả ngắn và dài hạn là không tốt, có tần suất cao hơn xuất hiện các biến chứng ở giai đoạn sau phẫu thuật tim[9]. Một cách trực quan có thể thấy giá trị SvO2 và CI tại các thời điểm trong nghiên cứu tăng dần cùng nhau từ thời điểm T0 tới Toff. Theo thống kê tương quan Pearson, 2 chỉ số này có tương quan chặt với nhau với mức ý nghĩa p=0.011. Sự tương quan này là phù hợp với y văn, vì giá trị của chỉ số SvO2 là hiệu giữa cung cấp oxy và tiêu thụ oxy, do đó khi lượng oxy cung cấp tăng lên thì giá trị SvO2 sẽ tăng lên tương ứng. Trong nghiên cứu của Ramakrishna, SvO2 và CI tương quan chặt với nhau theo chiều thuận với r >0.7 ở cả 3 nhóm bệnh nhân có cung lượng tim thấp, trung bình và cao[10]. Từ sự quan sát trên, có thể thấy giá trị SvO2 đo được bằng catheter Swan-Ganz có rất nhiều ý nghĩa trong theo dõi huyết động và tiên lượng, điều trị ở bệnh nhân sốc tim.

V. KẾT LUẬN

Độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trộn SvO2 là chỉ số huyết động quan trọng để đánh giá tình trạng tưới máu mô trong hồi sức bệnh nhân sốc tim. Giá trị SvO2 liên tục đo được bằng catheter Swan-Ganz ở nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim biến chứng sốc tim tương quan chặt chẽ với cung lượng tim và có liên quan tới tiên lượng kết cục điều trị bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thrombus Aspiration during ST-Segment Elevation Myocardial Infarction |** New England Journal of Medicine. Accessed May 8, 2025.
2. **Lê Cao Phương Duy NQT, Phạm Thái Giang.** Nghiên cứu kết quả của phương pháp can thiệp mạch vành qua da thì đầu có kết hợp hút huyết khối ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên.
3. **Society of Thoracic Surgeons Blood Conservation Guideline Task Force, Ferraris VA, Ferraris SP, et al.** Perioperative blood transfusion and blood conservation in cardiac surgery: the Society of Thoracic Surgeons and The Society of Cardiovascular Anesthesiologists clinical practice guideline. Ann Thorac Surg. 2007;83(5 Suppl):S27-86.
4. **Comparison of Successful Myocardial Reperfusion and Adverse Events in Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction Who Underwent Rescue Percutaneous Coronary Intervention After Failed Fibrinolytic Therapy With Versus Without Manual Coronary Thrombus Aspiration - American Journal of Cardiology.** Accessed May 8, 2025.
5. **Large intracoronary thrombus and its management during primary PCI - ScienceDirect.** Accessed May 8, 2025.
6. **Woo SI, Park SD, Kim DH, et al.** Thrombus aspiration during primary percutaneous coronary intervention for preserving the index of microcirculatory resistance: a randomised study.
7. **Thrombus Aspiration during Primary Percutaneous Coronary Intervention |** New England Journal of Medicine. Accessed May 8, 2025.
8. **Balci K, Erbay İ, Demirkan B, Balci MM, Temizhan A.** The association of hemodynamic markers of right ventricular dysfunction with SII index and clinical outcomes in reduced ejection fraction heart failure. Medicine (Baltimore). 2023;102(34): e34809.
9. **Markers of Hemodynamic State and Heart Failure as Predictors for Outcome in Cardiac Surgery - With Special Reference to Mixed Venous Oxygen Saturation and Natriuretic Peptides - ProQuest.** Accessed May 8, 2025.
10. **Ramakrishna MN, Hegde D.** Correlation of mixed venous and central venous oxygen saturation and its relation to cardiac index. Published online February 4, 2007. Accessed May 8, 2025.

THỰC TRẠNG VÀ NHẬN THỨC VỀ VIÊM DA TIẾP XÚC NGHỀ NGHIỆP CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI ĐƠN VỊ HỒI SỨC CẤP CỨU

Trần Thùy Dương[2], Trần Đình Thăng[1], Đỗ Tiến Sơn[3], Phạm Thị Thu Phương[1], Trần Thị Lan Hương[1], Nguyễn Thị Linh Phương[1], Đoàn Bình Tĩnh[1], Nguyễn Thanh Hương[1]

TÓM TẮT

Giới thiệu: Viêm da tiếp xúc nghề nghiệp là vấn đề sức khỏe phổ biến ở nhân viên y tế, đặc biệt với điều dưỡng hồi sức cấp cứu. Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng, nhận thức và thực hành chăm sóc da tay của điều dưỡng Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, khảo sát toàn bộ 20 điều dưỡng tại Khoa HSCC (03-04/2025) bằng bảng hỏi trực tuyến. Dữ liệu được phân tích bằng thống kê mô tả và kiểm định Fisher's Exact Test.

Kết quả: 100% điều dưỡng có triệu chứng (khô, ngứa, đỏ da) sau ca làm việc và 80% báo cáo có VDTXNN trong 6 tháng gần nhất, chủ yếu ở mức độ nhẹ. Các yếu tố nguy cơ chính được tự nhận định gồm dung dịch sát khuẩn (81,3%), rửa tay thường xuyên (43,8%) và đeo găng tay kéo dài (43,8%). Mặc dù 100% nhận thức nguy cơ VDTXNN cao/rất cao, nhưng 40% không bao giờ sử dụng kem dưỡng da tay và chỉ 35% sử dụng khi có triệu chứng trong ca làm việc. Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố khảo sát với VDTXNN hay mức độ nhận thức (p>0,05).

Kết luận: VDTXNN rất phổ biến ở nhóm điều dưỡng HSCC khảo sát, liên quan đến các yếu tố phơi nhiễm nghề nghiệp. Tồn tại khoảng cách đáng kể giữa nhận thức nguy cơ và thực hành chăm sóc da tay. Cần có các biện pháp can thiệp nhằm cải thiện thực hành và đảm bảo sự sẵn có của sản phẩm dưỡng ẩm tại nơi làm việc.

Từ khóa: viêm da tiếp xúc nghề nghiệp, điều dưỡng, hồi sức cấp cứu

SUMMARY

CURRENT STATUS AND AWARENESS OF OCCUPATIONAL CONTACT DERMATITIS AMONG NURSES IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Introduction: Occupational contact dermatitis (OCD) is a common health issue among healthcare workers, especially emergency resuscitation nurses. This study aimed to describe the status, awareness, and hand care practices regarding OCD among nurses in Intensive Care Unit, Ha Dong General Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study surveyed the entire population of 20 nurses in the Emergency Resuscitation Department (Mar-Apr 2025) using an online questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Fisher's Exact Test.

Results: 100% of nurses experienced symptoms (dryness, itching, redness) after their

[1]*Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[3]*Bệnh viện Nhi Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hương
Email: uyennhi04102012@gmail.com
SĐT: 0978110126
Ngày nhận bài: 03/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 01/4/2025
Ngày duyệt bài: 02/5/2025

shifts, and 80% reported OCD within the last 6 months, mostly mild. The main self-perceived risk factors included antiseptic solutions (81.3%), frequent hand washing (43.8%), and prolonged glove use (43.8%). Although 100% perceived their OCD risk as high/very high, 40% never used hand cream, and only 35% used it when experiencing symptoms during shifts. No statistically significant association was found between the surveyed factors and OCD or awareness level ($p>0.05$).

Conclusion: OCD is highly prevalent among the surveyed intensive care nurses, related to occupational exposures. A significant gap exists between risk awareness and hand care practices. Interventions are needed to improve practices and ensure the availability of moisturizing products in the workplace.

Keywords: occupational contact dermatitis, nurses, intensive care unit

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da tiếp xúc nghề nghiệp (VDTXNN), gồm viêm da tiếp xúc kích ứng và dị ứng, là vấn đề sức khỏe nghề nghiệp thường gặp, đặc biệt ở nhân viên y tế, nhất là điều dưỡng [1]. Điều dưỡng có nguy cơ VDTXNN cao nhất [2], với tỷ lệ hiện mắc ước tính 18-30% trước đại dịch [2]. Đại dịch COVID-19 làm gia tăng đột biến tỷ lệ này do tăng cường vệ sinh tay (VST) và sử dụng trang bị bảo hộ cá nhân [3]. Môi trường Hồi sức Cấp cứu (HSCC) có thể làm tăng nguy cơ do yêu cầu VST nghiêm ngặt hơn, thời gian đeo găng dài và tiếp xúc nhiều hóa chất [4], tạo thách thức trong việc cân bằng giữa VST và bảo vệ da.

Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm tần suất VST (>8-10 lần/ngày) [4], rửa tay bằng xà phòng (nguy cơ cao hơn dung dịch VST chứa cồn) [5], "công việc ẩm ướt" [6], đeo găng kéo dài [1], và tiền sử cơ địa dị ứng [2]. Hậu quả của VDTXNN gồm các triệu chứng khó chịu, giảm chất lượng cuộc sống và năng suất [1]. Nghiêm trọng hơn, da tổn thương dễ bị vi khuẩn khu trú và làm giảm tuân thủ VST do đau, ngứa, tạo vòng luẩn quẩn làm tăng nguy cơ lây truyền nhiễm khuẩn bệnh viện [2].

Dù VDTXNN đã được nghiên cứu nhiều trên thế giới, dữ liệu cho điều dưỡng HSCC tại Việt Nam còn hạn chế. Quan trọng hơn, nhận thức (kiến thức, thái độ, thực hành) của điều dưỡng về tình trạng da, nguyên nhân, hậu quả và rào cản phòng ngừa chưa được tìm hiểu sâu [6]. Nhận thức này ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi phòng ngừa và tuân thủ VST [1].

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu **"Thực trạng và nhận thức về tổn thương da tay của điều dưỡng tại đơn vị Hồi sức cấp cứu"** với mục tiêu:

- Đánh giá thực trạng tổn thương da tay ở điều dưỡng làm việc tại khoa Hồi sức Cấp cứu của Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.
- Đánh giá nhận thức và hiểu biết về chăm sóc da tay của điều dưỡng tại đơn vị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, thực hiện dưới hình thức khảo sát toàn bộ (census).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ điều dưỡng hiện đang công tác tại Khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Hà Đông trong thời gian thực hiện nghiên cứu, thỏa mãn các tiêu chí: đồng ý tham gia và hoàn thành đầy đủ bảng khảo sát.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

• Thời gian: Từ tháng 03 năm 2025 đến tháng 04 năm 2025.

• Địa điểm: Khoa Hồi sức Cấp cứu , Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

2.4. Cỡ mẫu của nghiên cứu

Tổng số điều dưỡng tham gia khảo sát là 20 người, tương ứng với toàn bộ điều dưỡng đang làm việc tại khoa trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập qua bảng khảo sát tự điền, thiết kế dưới dạng Google Biểu mẫu. Trước khi khảo sát, các đối tượng được cung cấp thông tin nghiên cứu và ký cam kết đồng ý tham gia.

2.6. Phương pháp phân tích dữ liệu

Dữ liệu được phân tích bằng Microsoft Excel. Thống kê mô tả: Tính tần suất, tỉ lệ %. So sánh giữa 2 nhóm: Sử dụng kiểm định **Fisher's Exact Test** cho biến phân loại do cỡ mẫu nhỏ (n=20). Mức ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Tất cả các điều dưỡng tham gia đều được cung cấp thông tin đầy đủ và tự nguyện ký cam kết đồng ý tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Mẫu khảo sát (n=20) chủ yếu gồm điều dưỡng nữ trẻ (75% nữ, 70% <35 tuổi), tuy vậy có thâm niên trong nghề, với đặc điểm nổi bật là tần suất rửa tay cao (55% >30 lần mỗi ca) và số lượng ca trực đêm nhiều (55% > 12 ca trực/tháng) **(Bảng 1).**

Bảng 1: Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

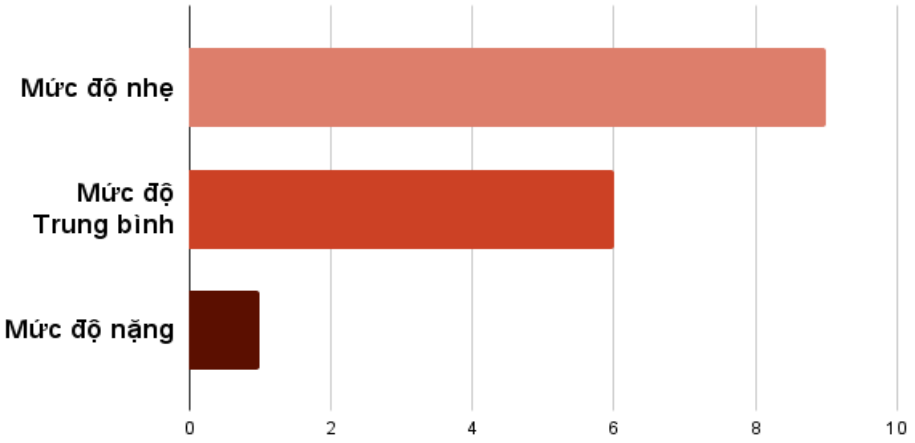
Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ
Giới tính: Nữ	15	75%
Tuổi: Dưới 35 tuổi	14	70%
Thâm niên công tác: Dưới 5 năm	5	25%
Thời gian tại HSCC: Dưới 3 năm	4	20%
Số ca trực đêm trung bình: Dưới 12 ca	9	45%
Tiền sử viêm da cơ địa: Có	3	15%
Tiền sử dị ứng khác: Có	7	35%
Rửa tay thường quy trên 30 lần/ca	11	55%

3.2. Tỉ lệ tổn thương da tay

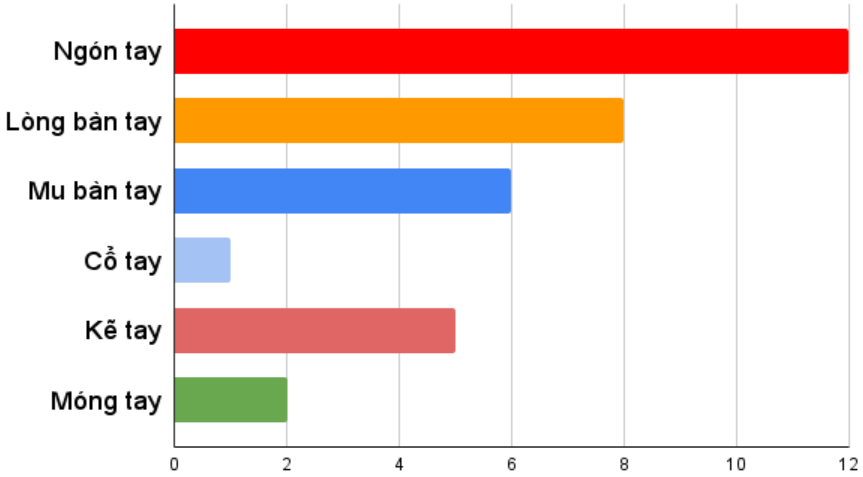
Toàn bộ (100%) điều dưỡng tham gia khảo sát báo cáo đã trải qua các triệu chứng như khô da, đỏ da, hoặc ngứa sau ca làm việc. Trong số đó, 70% cho biết các triệu chứng này xuất hiện thường xuyên.

Tám mươi phần trăm (80%) điều dưỡng báo cáo có tổn thương da tay trong vòng 6 tháng gần nhất với các mức độ và vị trí khác nhau **(Hình 1-3).** Trong nhóm 16 điều dưỡng có tiền sử VDTXNN (đã đề cập trước đó), 43,75% (7/16) đã đến khám tại chuyên khoa Da liễu.

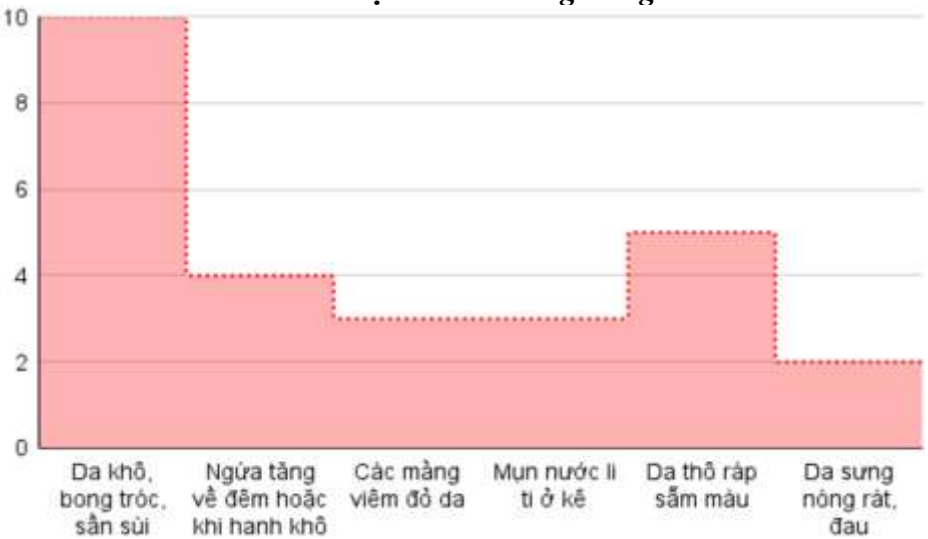
Đối với nhóm 16 điều dưỡng có VDTXNN, các phương pháp điều trị đã được sử dụng bao gồm: Sử dụng kem dưỡng ẩm/chất làm mềm da: 13/16 người; Sử dụng liệu pháp corticosteroid (dạng kem bôi tại chỗ hoặc đường uống): 5/16 người.



Hình 1: Phân bố mức độ tổn thương VDTXNN



Hình 2: Phân bố vị trí tổn thương trong VDTXNN



Hình 3: Phân bố dấu hiệu của VDTXNN

3.3. Nhận thức và hiểu biết của điều dưỡng về chăm sóc da tay

Hiện tại, kem dưỡng da tay không được trang bị tại đơn vị HSCC khảo sát. Dung dịch sát khuẩn tay nhanh đang sử dụng có thành phần bao gồm Chlorhexidine gluconate 0,1% (kl/tt) trong dung môi ethanol 79% (tt/tt), được bổ sung các chất dưỡng ẩm như glycerin, diisobutyl adipate và allantoin. Kết quả khảo sát cho thấy 40% (8/20) nhân viên y tế không bao giờ sử dụng kem dưỡng da tay, trong đó 10% (2/20) không biết về sự hiện hữu của sản phẩm này trên thị trường. Về thời điểm sử dụng, 20% (4/20) sử dụng sau ca làm việc và 45% (9/20) sử dụng trước khi đi ngủ.

Toàn bộ (100%, 20/20) nhân viên y tế tham gia khảo sát đánh giá nguy cơ mắc VDTXNN của điều dưỡng HSCC ở mức từ cao đến rất cao. Trong số 16 người đã từng có biểu hiện VDTXNN, các yếu tố được cho là nguyên nhân bao gồm: sử dụng dung dịch sát khuẩn tay nhanh (81,3%, 13/16), đeo găng tay trong thời gian dài (43,8%, 7/16), rửa tay thường xuyên (43,8%, 7/16) và dị ứng hóa chất (31,3%, 5/16).

Liên quan đến việc sử dụng găng tay, 10% (2/20) nhân viên y tế có quan tâm đến việc lựa chọn loại găng ít gây kích ứng hơn, tuy nhiên không có sẵn lựa chọn thay thế cho loại găng tay tiêu chuẩn được cung cấp. Khi xuất hiện các triệu chứng nghi ngờ VDTXNN (ngứa, khô da) trong ca làm việc, chỉ 35% (7/20) có sử dụng kem dưỡng da tay để xử trí, trong khi 50% (10/20) tiếp tục công việc mà không có can thiệp cụ thể. Về việc báo cáo tình trạng tổn thương da, 85% (17/20) sẵn sàng báo cáo cho quản lý và 100% (20/20) sẵn sàng chia sẻ với trưởng ca hoặc đồng nghiệp.

Khi cần điều trị VDTXNN, 75% (15/20) nhân viên y tế cho biết sẽ tìm kiếm sự tư vấn từ bác sĩ chuyên khoa Da liễu. Không có trường hợp nào lựa chọn tìm kiếm thông tin tư vấn qua mạng xã hội hoặc các kênh bán hàng.

3.4. Một số yếu tố liên quan

Phân tích so sánh các yếu tố về nhân khẩu học, tiền sử dị ứng và thực hành công việc (rửa tay, đeo găng, dùng kem dưỡng) không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05) giữa nhóm điều dưỡng có biểu hiện VDTXNN (VDTXNN, n=16) và nhóm không có biểu hiện (n=4) **(Bảng 2).**

Tương tự, không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê (p>0,05) nào được ghi nhận giữa các đặc điểm giới tính, tuổi, thâm niên công tác với mức độ nhận thức (tốt/chưa tốt) về VDTXNN của các điều dưỡng trong mẫu khảo sát (n=20) **(Bảng 3).**

Bảng 2: Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ đến VDTXNN

Yếu tố	Bị VDTXNN n=16	Không VDTXNN n=4	p-value
Nam	3	2	0,21
Tuổi < 35 tuổi	12	4	0,53
Thâm niên nghề < 5 năm	4	1	1,0
Thâm niên HSCC > 3 năm	14	2	0,49
Không bôi kem tay	5	2	0,65
Cơ địa dị ứng	7	1	1,0
Trực > 12 buổi	9	2	1,0
Rửa tay > 30 lần	8	3	0,58
Đeo găng tay > 10 phút	10	2	1,0

Bảng 3: Mối liên quan giữa các yếu tố đến mức độ nhận thức

Yếu tố	Nhận thức VDTXNN tốt (n=9)	Nhận thức VDTXNN chưa tốt (n=11)	p-value
Giới nam	1	4	0,342
Tuổi < 35 tuổi	8	8	0,341
Thâm niên > 5 năm	7	8	1,0
Thâm niên HSCC > 3 năm	7	9	1,0

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này ghi nhận tỉ lệ rất cao các triệu chứng tổn thương da tay (100%) và báo cáo có VDTXNN trong 6 tháng qua (80%) ở nhóm điều dưỡng tại Khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. Tỉ lệ này cao hơn đáng kể so với một số nghiên cứu quốc tế, ví dụ như nghiên cứu tại Úc cho thấy tỉ lệ VDTXNN trong 12 tháng là 50% ở điều dưỡng [7], hay một tổng quan hệ thống ghi nhận tỉ lệ này là 22% ở nhân viên y tế [8]. Tuy nhiên, tỉ lệ này cũng tương đồng với một số báo cáo khác, đặc biệt trong bối cảnh tần suất vệ sinh tay và sử dụng trang bị bảo hộ gia tăng [9]. Các yếu tố được điều dưỡng cho là nguyên nhân bao gồm dung dịch sát khuẩn tay nhanh (81,3%), rửa tay thường xuyên (43,8%) và đeo găng tay kéo dài (43,8%), đều là những yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận rộng rãi [8]. Tần suất rửa tay cao (>30 lần/ca ở 55% đối tượng) là một yếu tố nguy cơ quan trọng, với các nghiên cứu chỉ ra rằng rửa tay trên 10-20 lần/ngày làm tăng đáng kể nguy cơ VDTXNN [8].

Điểm đáng lo ngại là sự mâu thuẫn giữa nhận thức và thực hành chăm sóc da tay. Mặc dù 100% điều dưỡng nhận thức được nguy cơ mắc VDTXNN từ mức cao đến rất cao, nhưng thói quen thực hành chưa tương xứng. Có đến 40% điều dưỡng không bao giờ sử dụng kem dưỡng da tay. Ngay cả khi xuất hiện các triệu chứng nghi ngờ VDTXNN trong ca làm việc, chỉ có 35% sử dụng kem dưỡng da tay, trong khi 50% tiếp tục công việc mà không có can thiệp khác. Như vậy, dù nhận thức được nguy cơ, nhưng việc chuyển hóa nhận thức thành hành động bảo vệ cụ thể còn hạn chế. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra các rào cản trong việc tuân thủ sử dụng kem dưỡng ẩm tại nơi làm việc [10]. Dù vậy, điểm tích cực là đa số điều dưỡng sẵn sàng báo cáo cho quản lý hoặc đồng nghiệp và ưu tiên tìm kiếm tư vấn từ bác sĩ chuyên khoa.

Phân tích các yếu tố về nhân khẩu học, tiền sử dị ứng và thâm niên không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng VDTXNN hay mức độ nhận thức trong nghiên cứu này, tuy nhiên kết quả này cần được diễn giải cẩn trọng do cỡ mẫu nhỏ (n=20).

V. KẾT LUẬN

Viêm da tiếp xúc nghề nghiệp là một vấn đề sức khỏe rất phổ biến trong nhóm điều dưỡng HSCC được khảo sát, với tỉ lệ triệu chứng và tổn thương da tay cao. Tồn tại một khoảng cách đáng kể giữa nhận thức về nguy cơ và thực hành chăm sóc. Cần có các biện pháp can thiệp thiết thực, tập trung vào việc cải thiện thói quen chăm sóc da tay và cần có các sản phẩm dưỡng ẩm phù hợp tại nơi làm việc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **T. K. Karagounis and D. E. Cohen,** "Occupational Hand Dermatitis," Curr Allergy Asthma Rep, vol. 23, no. 4, pp. 201–212, 2023, doi: 10.1007/s11882-023-01070-5.
2. **I. Madan et al.,** "A behavioural change package to prevent hand dermatitis in nurses working in the national health service (the SCIN trial): study protocol for a cluster randomised controlled trial," Trials, vol. 17, p. 145, Mar. 2016, doi: 10.1186/s13063-016-1255-y.
3. **H. Tang et al.,** "Contact dermatitis caused by prevention measures during the COVID-19 pandemic: a narrative review," Front Public Health, vol. 11, p. 1189190, Jul. 2023, doi: 10.3389/fpubh.2023.1189190.
4. **H. P. Lampel, N. Patel, K. Boyse, S. H. O'Brien, and M. J. Zirwas,** "Prevalence of hand dermatitis in inpatient nurses at a United States hospital," Dermatitis, vol. 18, no. 3, pp. 140–142, Sep. 2007, doi: 10.2310/6620.2007.06024.
5. **M. O. Visscher and R. Randall Wickett,** "Hand hygiene compliance and irritant dermatitis: a juxtaposition of healthcare issues," Int J Cosmet Sci, vol. 34, no. 5, pp. 402–415, Oct. 2012, doi: 10.1111/j.1468-2494.2012.00733.x.
6. **A. Guertler et al.,** "Onset of occupational hand eczema among healthcare workers during the SARS-CoV-2 pandemic: Comparing a single surgical site with a COVID-19 intensive care unit," Contact Dermatitis, vol. 83, no. 2, pp. 108–114, Aug. 2020, doi: 10.1111/cod.13618.
7. **D. R. Smith, W. Smyth, P. A. Leggat, and R.-S. Wang,** "Prevalence of hand dermatitis among hospital nurses working in a tropical environment," Aust J Adv Nurs, vol. 22, no. 3, pp. 28–32, 2005.
8. **M. Enggalhardjo, A. D. Setiawan, and P. N. L. O. Christianto,** "Prevalence and Risk Factors of Occupational Contact Dermatitis in Healthcare Workers," JKM, vol. 13, no. 3, p. 185, Sep. 2024, doi: 10.19166/med. v13i3.8886.
9. **A. S. T. Loi, Z. M. Aribou, and Y. T. Fong,** "Improving Recovery of Irritant Hand Dermatitis in Healthcare Workers With Workplace Interventions During the COVID-19 Pandemic," Front Public Health, vol. 10, p. 844269, 2022, doi: 10.3389/fpubh.2022. 844269.
10. **K. M. Burke, A. J. Wright, V. Parsons, and I. Madan,** "Influences on use of hand moisturizers in nurses," Occup Med (Lond), vol. 68, no. 5, pp. 340–342, Jun. 2018, doi: 10.1093/occmed/kqy068.

TOAN CHUYỂN HÓA NẶNG LIÊN QUAN ĐẾN METFORMIN BÁO CÁO CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Đỗ Tiến Sơn[2], Đoàn Bình Tĩnh[1], Nguyễn Thị Thuần[1], Nguyễn Sơn Nam[1], Trần Đình Thăng[1]

TÓM TẮT

Toan chuyển hóa lactic liên quan đến metformin (MALA) là một biến chứng hiếm gặp nhưng có tỷ lệ tử vong cao của metformin, đặc biệt khi có các yếu tố nguy cơ như suy thận hoặc bệnh cấp tính. Chẩn đoán sớm và điều trị tích cực, bao gồm lọc máu cấp cứu (RRT), là yếu tố then chốt cải thiện tiên lượng.

Mục tiêu: Trình bày hai trường hợp MALA nặng điều trị thành công tại khoa Hồi sức Cấp cứu – Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, đồng thời tổng quan y văn về sinh lý bệnh, yếu tố nguy cơ, chẩn đoán, xử trí và liên hệ với các ca bệnh đã được báo cáo tại Việt Nam.

Trình bày ca bệnh: Ca 1: Bệnh nhân nam 62 tuổi, đái tháo đường týp 2, lạm dụng rượu, nhập viện vì MALA nặng (pH 6.88, lactate 20.52 mmol/L), khởi phát cùng nhiễm khuẩn tiêu hóa. Ca 2: Bệnh nhân nữ 65 tuổi, đái tháo đường týp 2, nhập viện vì MALA nặng (pH 6.57-6.8, lactate 15 mmol/L) sau khi dùng NSAID, tiêu chảy và nôn. Cả hai bệnh nhân đều có suy thận cấp và được điều trị thành công bằng siêu lọc-thẩm tách máu tĩnh mạch-tĩnh mạch liên tục (CVVHDF).

Tổng quan y văn và Bàn luận: Bài viết tổng hợp các kiến thức cập nhật về MALA, nhấn mạnh vai trò của suy thận, các yếu tố nguy cơ và tầm quan trọng của RRT. So sánh với các ca MALA tại Việt Nam cho thấy sự tương đồng về mức độ nặng, các yếu tố nguy cơ phổ biến và vai trò quyết định của RRT.

Kết luận: MALA là một cấp cứu nội khoa nghiêm trọng. Việc cảnh giác, nhận diện sớm, xử trí sớm với lọc máu cấp cứu (như CVVHDF) cải thiện tiên lượng điều trị.

Từ khóa: Toan chuyển hóa lactic liên quan metformin, MALA, Metformin, Lọc máu, Hồi sức cấp cứu

SUMMARY

SEVERE METABOLIC ACIDOSIS ASSOCIATED WITH METFORMIN: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Metformin-associated lactic acidosis (MALA) is a rare but highly fatal complication of metformin, especially when risk factors such as renal impairment or acute illness are present. Early diagnosis and aggressive treatment, including emergency renal replacement therapy (RRT), are key to improving prognosis.

Objectives: To present two cases of severe MALA successfully treated at the Intensive Care Unit of Ha Dong General Hospital, and to provide a literature review on the pathophysiology, risk factors, diagnosis,

[1]*Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*

[2]*Trung tâm Nội tiết, Chuyển hóa, Di truyền và Liệu pháp phân tử, Bệnh viện Nhi Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Thăng

Email: thangdt0204@gmail.com

SĐT: 0392737323

Ngày nhận bài: 03/3/2025

Ngày phản biện khoa học: 01/4/2025

Ngày duyệt bài: 02/5/2025

management, and comparison with previously reported cases in Vietnam.

Case Presentation: Case 1: A 62-year-old male patient with type 2 diabetes mellitus and alcohol abuse was admitted for severe MALA (pH 6.88, lactate 20.52 mmol/L), triggered by a gastrointestinal infection. Case 2: A 65-year-old female patient with type 2 diabetes mellitus was admitted for severe MALA (pH 6.57-6.8, lactate 15 mmol/L) after using NSAIDs, experiencing diarrhea, and vomiting. Both patients had acute kidney injury and were successfully treated with continuous veno-venous hemodiafiltration (CVVHDF).

Literature Review and Discussion: This article synthesizes current knowledge on MALA, emphasizing the role of renal impairment, precipitating factors, and the importance of RRT. Comparison with MALA cases in Vietnam reveals similarities in severity, common risk factors, and the decisive role of RRT.

Conclusion: MALA is a serious medical emergency. Vigilance, early recognition, and prompt management with emergency RRT (such as CVVHDF) improve treatment outcomes.

Keywords: Metformin-associated lactic acidosis, MALA, Metformin, Renal Replacement Therapy, Intensive Care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Metformin là thuốc điều trị đái tháo đường type 2 (ĐTĐ2) phổ biến toàn cầu do hiệu quả, ít nguy cơ hạ đường huyết và chi phí hợp lý [1]. Tuy nhiên, toan chuyển hóa lactic liên quan đến metformin (MALA) là một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng, tỷ lệ tử vong cao (30-50%) nếu không can thiệp kịp thời, đặc biệt khi có yếu tố nguy cơ như suy thận, suy gan, suy tim hoặc tình trạng cấp tính gây giảm tưới máu mô [2].

Chẩn đoán MALA thường dựa vào tiền sử dùng metformin, toan chuyển hóa nặng với khoảng trống anion tăng và lactate máu cao, dù triệu chứng ban đầu không đặc hiệu, đòi hỏi cảnh giác cao [2]. Điều trị thay thế thận (RRT) đóng vai trò then chốt trong xử trí MALA nặng, giúp loại bỏ metformin, lactate và điều chỉnh rối loạn chuyển hóa [3]. Báo cáo trình bày hai ca MALA nặng điều trị thành công, tổng quan y văn về sinh lý bệnh, nguy cơ, chẩn đoán, xử trí và liên hệ thực tế tại Việt Nam.

II. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Ca bệnh 1: Bệnh nhân DVV

Bệnh nhân nam 62 tuổi, tiền sử ĐTĐ2 (điều trị với metformin 2000mg/ngày), uống rượu nhiều năm (dừng cách vào viện 3 ngày) và từng điều trị viêm tụy cấp cách 10 năm, nhập viện vì ăn uống kém, tiêu chảy và đau bụng thượng vị trong 3 ngày. Tại thời điểm nhập khoa Cấp cứu, bệnh nhân tỉnh, mệt, thể trạng béo (BMI=25 kg/m^2), da tái, không sốt, không xuất huyết dưới da. Bệnh nhân suy tuần hoàn với các dấu hiệu mạch nhanh , huyết áp tụt, SpO2 95% (oxy gọng 3 lít/phút). Bệnh nhân có dấu hiệu mất nước rõ (khát nước, môi khô, da khô) và vô niệu. Xét nghiệm ban đầu cho thấy rối loạn toan chuyển hoá nặng kèm suy thận, không tăng glucose máu (5.0 mmol/L). Ceton niệu âm tính. Bạch cầu tăng (17.3 G/L). CLVT ổ bụng có hình ảnh gan nhiễm mỡ, không ghi nhận bất thường cấp khác.

Chẩn đoán xác định là Toan chuyển hóa do ngộ độc Metformin - Suy thận cấp – Đái

tháo đường - Viêm phổi. Bệnh nhân được chuyển khoa HSTC lúc 21h38 cùng ngày, bắt đầu lọc máu liên tục CVVHDF. Điều trị bao gồm bù bicarbonat, điều trị tăng kali máu, kiểm soát huyết động và kháng sinh phổ rộng.

Diễn biến điều trị tại HSTC: Bệnh nhân được điều trị tích cực bằng lọc máu liên tục trong 57 tiếng và hỗ trợ vận mạch. Sau 3 ngày điều trị tại HSTC, bệnh nhân đã ngừng được vận mạch, tình trạng toan chuyển hóa được giải quyết hoàn toàn chức năng thận bắt đầu cải thiện (Creatinine 333 µmol/L, bắt đầu tiểu được), và tiếp tục phục hồi tốt trong những ngày sau đó cho đến khi xuất viện **(Bảng 1).**

Bảng 1: Diễn biến cận lâm sàng bệnh nhân DVV

	pH	HCO3-	Lactat	Anion gap	Creatinin	Kali
Ngày 1	6,883	2,3	20,52	60,5	599	5,8
Ngày 2	7,3	10,6	10,98	33,2	419	3,8
Ngày 3	7,4	20	2,4	-	333	3,3
Ngày 4	7,494	23,7	2,29	16,5	465	3,2
Ngày 5	7,491	27,5	3,06	18,4	-	-
Ngày 7	-	-	-	-	129	4,3
Ngày 11	-	-	-	-	76	4,3

Ca bệnh 2: Bệnh nhân LTT

Bệnh nhân nữ 65 tuổi, tiền sử ĐTĐ2 10 năm, kiểm soát với metformin (2000mg/ ngày) và xẹp cột sống thắt lưng, nhập viện ngày 15/09/2024 với các triệu chứng khởi phát 3 ngày trước: mệt mỏi, đau lưng, đau bụng, đại tiện phân lỏng và buồn nôn. Bệnh nhân khám và tiêm thuốc giảm đau NSAID tại Phòng khám tư, sau dùng thuốc thấy mệt, vật vã, nề nhẹ mi mắt, được chuyển tới Bệnh viện. Tại khoa Cấp cứu, bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc chậm, tinh thần hoảng loạn, phù nhẹ mí mắt, không sốt, diễn biến nhanh nhanh: lơ mơ, huyết áp tụt huyết áp tụt 60/40 mmHg, nhịp nhanh xoang (tần số 110-125 lần/phút), SpO2 88% (khí trời), thở nhanh sâu. Khí máu động mạch cấp cứu ghi nhận toan chuyển hóa nặng tăng anion gap tăng lactate. Bên cạnh đó, kali máu tăng cao, suy thận cấp (creatinine 615 µmol/L), glucose máu ổn định (7 mmol/L) với HbA1c 8.3%. Chỉ số viêm tăng cao (bạch cầu 19.7 G/L, Pro-calcitonin 24 ng/mL). Bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu Theo dõi Phản vệ độ III - Toan chuyển hóa nặng nghi do ngộ độc Metformin - Suy thận cấp - Tăng kali máu - Đái tháo đường typ 2, xử trí phản vệ, sau đó chuyển khoa Hồi sức tích cực. Tại HSTC, bệnh nhân được bù natri bicarbonat, lợi tiểu, điều trị tăng kali máu, kiểm soát huyết động và lọc máu liên tục (CVVHDF). Sau 1 ngày, huyết động cải thiện, bệnh nhân tiểu được, khí máu xu hướng cải thiện, dừng lọc máu (28 giờ) và cắt vận mạch. Sau 3 ngày, tình trạng bệnh nhân cải thiện tốt, chức năng thận phục hồi vào Ngày 8 **(Bảng 2).**

Bảng 2: Diễn biến cận lâm sàng bệnh nhân LTT

	pH	HCO3-	Lactat	Anion gap	Kali	Creatinin
Ngày 1	6,57	1,5	15	50,6	7,4	615
Ngày 2	7,19	10	9	34,5	4,5	267
Ngày 3	7,42	22	2,2	20,9	3,9	204
Ngày 4	7,51	31,7	2,25	4,1	3,1	229
Ngày 6	-	-	-	-	3,9	108
Ngày 8	-	-	-	-	3,8	66

III. TỔNG QUAN Y VĂN VÀ BÀN LUẬN

Toan chuyển hóa lactic liên quan đến metformin (MALA) là một biến chứng y khoa nghiêm trọng [3]. Metformin hạ đường huyết bằng cách giảm sản xuất glucose ở gan và tăng nhạy cảm insulin, được thải trừ chủ yếu qua thận. MALA xảy ra do tích lũy metformin, thường do suy thận, dẫn đến ức chế chuỗi hô hấp ty thể, buộc tế bào chuyển hóa yếm khí, tăng sản xuất lactate; metformin cũng có thể làm giảm thanh thải lactate ở gan, thường kết hợp với tình trạng tăng sản xuất/giảm thanh thải lactate do bệnh lý cấp tính [2], [4].

MALA có tỷ lệ mắc thấp (1-9/100.000 bệnh nhân) nhưng tỷ lệ tử vong cao (30-50%), nhất là ở bệnh nhân nặng tại HSCC [3]. Các yếu tố nguy cơ chính gồm suy thận (cấp/mạn), tuổi cao, suy gan, suy tim nặng, tình trạng giảm tưới máu mô/thiếu oxy (sốc, suy hô hấp), lạm dụng rượu, dùng thuốc cản quang iod, quá liều metformin, mất nước, một số thuốc dùng kèm (ức chế H2, ribociclib, NSAID), thủ thuật xâm lấn hoặc bệnh lý cấp tính [3], [5]. Biểu hiện lâm sàng MALA thường không đặc hiệu: rối loạn tiêu hóa, mệt mỏi, yếu cơ, thở nhanh sâu, thay đổi tri giác hoặc các dấu hiệu tiêu hoá như tình trạng bụng cấp tính [3], [6]. Dấu hiệu sinh tồn có thể là tụt huyết áp, rối loạn nhịp tim, thiểu/vô niệu, hạ thân nhiệt [3]. Chẩn đoán dựa vào bộ ba: tiền sử dùng metformin, toan chuyển hóa nặng với khoảng trống anion tăng (pH < 7.35, HCO3- giảm, AG tăng), và lactate máu cao (> 5 mmol/L) [3], [5]. Đo nồng độ metformin máu giúp xác định chẩn đoán nhưng không phổ biến và không có vai trò trong chẩn đoán ban đầu [2]. Chẩn đoán phân biệt rất quan trọng, cần loại trừ toan lactic type A (do giảm tưới máu mô: sốc, ngộ độc CO/Cyanide), type B (không do giảm tưới máu rõ rệt: suy gan, bệnh ác tính, ngộ độc ethanol/methanol, thuốc), và nhiễm toan ceton do đái tháo đường [3]. Toan lactic type A thường có refill time > 3 giây, ScvO2 < 70%, hoặc ScvO2 ≥ 70% kết hợp với khoảng cách CO_2 (chênh lệch giữa áp suất riêng phần CO_2 tĩnh mạch trung tâm và động mạch) > 6 mmHg.

Các xét nghiệm cần thiết gồm công thức máu, chức năng thận, điện giải đồ, đường huyết, chức năng gan, khí máu động mạch, ceton máu/niệu [3].

Nguyên tắc xử trí MALA là ngừng ngay metformin, tiếp cận hồi sức theo ABC, xem xét RRT sớm và điều trị các yếu tố khởi phát (bệnh cấp tính) [3]. Vai trò của Bicarbonate còn tranh cãi; có thể cân nhắc khi pH rất thấp

(< 6.9-7.0) hoặc rối loạn huyết động nặng, nhưng ưu tiên vẫn là thanh thải metformin và lactate. Điều trị thay thế thận là then chốt, chỉ định khi toan máu nặng (pH < 7.0-7.1), lactate rất cao (> 15-20 mmol/L), suy thận, rối loạn huyết động không đáp ứng, rối loạn tri giác nặng, suy đa tạng, hoặc nồng độ metformin máu cao [3]. Có thể chỉ định sớm hơn ở nhóm bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ [2]. Lựa chọn phương thức RRT gồm lọc máu ngắt quãng (IHD) hoặc liên tục (CRRT - ưu tiên khi huyết động không ổn định). RRT cần bắt đầu sớm nhất có thể và duy trì đến khi toan máu (pH > 7.3), lactate (< 3-4 mmol/L) cải thiện, chức năng thận hồi phục, lâm sàng ổn định [3], [7]. Cần theo dõi sát và xét nghiệm lại để phát hiện MALA tái phát do metformin tái phân bố từ các mô vào không gian nội mạch [2].

Dù có nhiều tiến bộ, MALA vẫn có tỷ lệ tử vong cao (30-50%). Tiên lượng phụ thuộc nhiều yếu tố, bao gồm mức độ và thời điểm bắt đầu điều trị. Việc xem xét dùng lại metformin sau MALA cần thận trọng, đảm bảo hết toan lactic, chức năng thận ổn định, yếu tố nguy cơ được kiểm soát, nên bắt đầu với liều thấp và theo dõi sát.

Hai ca MALA nặng (DVV: pH 6.883, lactate 20.52 mmol/L; LTT: pH 6.57-6.8, lactate 15 mmol/L) đều điển hình với toan chuyển hóa nặng, lactate rất cao, khoảng trống anion tăng, và suy thận cấp, cùng các yếu tố thúc đẩy rõ ràng (DVV: nghiện rượu, nhiễm khuẩn tiêu hóa; LTT: mất nước, dùng NSAID). Cả hai bệnh nhân phục hồi hoàn toàn nhờ chẩn đoán sớm và điều trị CVVHDF kịp thời.

Khi đối chiếu với các trường hợp MALA đã được báo cáo tại Việt Nam, chúng ta có thể thấy một số điểm tương đồng và khác biệt, cũng như những thách thức đặc thù trong bối cảnh lâm sàng tại Việt Nam. Dưới đây là bảng so sánh tóm tắt các đặc điểm chính của hai ca bệnh chúng tôi báo cáo với ba trường hợp/chuỗi trường hợp từ y văn Việt Nam **(Bảng 3).** Các ca MALA tại Việt Nam [8], [9] và hai trường hợp báo cáo đều có đặc điểm chung là toan chuyển hóa nặng (pH 6.8-6.9, lactate >15-20 mmol/L) và suy thận cấp; RRT đóng vai trò then chốt để cứu sống bệnh nhân. Các yếu tố thúc đẩy thường là triệu chứng tiêu hoá, mất nước, nhiễm khuẩn và thuốc. Một vấn đề đặc biệt tại Việt Nam là ngộ độc biguanide từ thuốc giả danh thuốc đông dược (dạng bột, viên không rõ thành phần phối trộn), gây MALA với tỷ lệ tử vong cao (33.3%) [10].

IV. KẾT LUẬN

Toan chuyển hóa lactic liên quan đến metformin (MALA) là biến chứng nguy hiểm, đe dọa tính mạng, đòi hỏi chẩn đoán và xử trí cấp, với lọc máu cấp cứu là mấu chốt cải thiện tiên lượng. Cần cảnh giác MALA ở bệnh nhân ĐTĐ2 dùng metformin có toan chuyển hóa nặng, suy thận hoặc yếu tố nguy cơ; chẩn đoán nhanh dựa vào tam chứng kinh điển và loại trừ. Xử trí gồm ngừng metformin, hồi sức và RRT sớm.

V. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin gửi lời cảm ơn chân thành đến tập thể y bác sĩ Bệnh viện Đa khoa Hà Đông đã đóng góp trong công tác chẩn đoán, can thiệp điều trị và chăm sóc cho hai bệnh nhân được trình bày trong báo cáo này.

Bảng 3. So sánh các trường hợp MALA được báo cáo tại Việt Nam

Đặc điểm	Ca DVV	Ca LTT	Ca VN1 [8]	Loạt ca VN2 [10]	Ca VN3 [9]
Tuổi/Giới	62/Nam	65/Nữ	76/Nam	59,5 (IQR 40-75) 61,1% Nữ	66/Nam
ĐTĐ2 & Metformin	Có	Có	Có	Có (biguanide)	Có
Bệnh nền khác	Lạm dụng rượu	Thoái hoá CSTL	Tăng huyết áp	39,9% có bệnh mạn tính	Tăng huyết áp
Suy thận mạn	Không	Không	Không	Không	Không
Yếu tố thúc đẩy	Tiêu chảy, mất nước	Tiêu chảy, mất nước, NSAID	Nôn, tiêu chảy, mất nước, COVID-19	Không rõ	Tiêu chảy, mất nước, tự tăng liều
Triệu chứng tiêu biểu	Tiêu chảy, đau bụng, lơ mơ	Đau bụng, tiêu chảy, nôn, lơ mơ	Nôn, đau bụng, tiêu chảy, lơ mơ	Rối loạn tiêu hóa, sốc, suy đa tạng	Nôn, tiêu chảy, mất nước
Suy tuần hoàn	Có	Có	Không rõ	Có	Có
Bài niệu	Vô niệu	Vô niệu	Không rõ	Không rõ	Thiểu niệu
pH	6,883	6,57	6,75	6,85 ± 0,22	6,94
HCO3-	2,3 mmol/l	1,5	1,8	4,4 ± 2,6	3
Lactate	20,5 mmol/l	15	23,4	~21,7 ± 8,2	15
Anion Gap	60,5	50,6	Tăng cao	Tăng cao	48
Creatinine	599 µmol/L	615	653,7	Không rõ (có suy thận)	819
Kali (mmol/L)	Bình thường	7,4	4,45	Không rõ	4,7
Dừng Metformin	Có	Có	Có	Có	Có
RRT	CVVHDF	CVVHDF	CRRT	IHD hoặc CRRT	CRRT
Bicarbonat	Có	Có	Có	Không rõ (chung)	Có
Sống/Tử vong	Sống	Sống	Sống	Tử vong 33,3%	Sống
Nằm viện (ngày)	13	11	15	Không rõ	11
Chức năng thận	Hồi phục	Hồi phục	Không rõ	Không rõ	Hồi phục

Chú thích từ viết tắt: CSTL: Cột sống thắt lưng; CRRT: Điều trị thay thế thận liên tục; CVVHDF: Siêu lọc-thẩm tách máu tĩnh mạch-tĩnh mạch liên tục; ĐTĐ2: Đái tháo đường type 2; IHD: Lọc máu ngắt quãng; IQR: Khoảng tứ phân vị; NSAID: Thuốc chống viêm không steroid; RRT: Điều trị thay thế thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Solini and D. Tricò,** "Clinical efficacy and cost-effectiveness of metformin in different patient populations: A narrative review of real-world evidence," Diabetes Obes Metab, vol. 26 Suppl 3, pp. 20–30, Aug. 2024, doi: 10.1111/dom.15729.
2. **K. C. See,** "Metformin-associated lactic acidosis: A mini review of pathophysiology, diagnosis and management in critically ill patients," World J Diabetes, vol. 15, no. 6, pp. 1178–1186, Jun. 2024, doi: 10.4239/wjd.v15.i6.1178.
3. **N. Dyatlova, N. V. Tobarran, L. Kannan, R. North, and B. K. Wills,** "Metformin-Associated Lactic Acidosis (MALA)," in StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Accessed: May 08, 2025. [Online]. Available: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580485/
4. **Blough, A. Moreland, and A. Mora,** "Metformin-induced lactic acidosis with emphasis on the anion gap," Proc (Bayl Univ Med Cent), vol. 28, no. 1, pp. 31–33, Jan. 2015, doi: 10.1080/08998280.2015.11929178.
5. **C.-C. Yang, S.-F. Weng, K.-L. Tseng, and C.-H. Ho,** "Clinical presentations and prognosis of metformin-associated lactic acidosis patients in the intensive care unit: A 20-year survey," Medicine, vol. 101, no. 27, p. e29918, Jul. 2022, doi: 10.1097/MD.0000000000029918.
6. **K. Pokharel, L. Wagle, and D. A. Suffredini,** "Metformin Toxicity Masquerading As Acute Abdomen: A Clinical Reminder of Metformin-Associated Lactic Acidosis and Its Management," Cureus, vol. 17, no. 2, p. e79573, doi: 10.7759/cureus.79573.
7. **E. De Simone et al.,** "Efficacy of continuous venovenous hemodiafiltration in patients with metformin associated lactic acidosis and acute kidney injury," Sci Rep, vol. 15, no. 1, p. 8636, Mar. 2025, doi: 10.1038/s41598-025-87624-1.
8. **Thế A. P., Thanh T. T., and Phương O. N. T.,** "NHÂN TRƯỜNG HỢP NHIỄM TOAN LACTIC LIÊN QUAN METFORMIN," TC YDTH 175, no. 34, Art. no. 34, 2023, doi: 10.59354/ydth175.2023.210.
9. **P. D. Hai, N. T. Thu, L. L. Phuong, N. Van Manh, and L. T. V. Hoa,** "Unusual Case of Metformin-Associated Lactic Acidosis in Patient with Type 2 Diabetes Mellitus," Am J Case Rep, vol. 23, pp. e937865-1-e937865-4, Nov. 2022, doi: 10.12659/AJCR.937865.
10. **U. V. Doan, T. T. T. Nguyen, T. A. Nguyen, V. H. Lam, D. T. Truong, and X. T. Phan,** "Lactic acidosis had developed in diabetic patients receiving herbal therapy," MedPharmRes, vol. 5, no. 2, pp. 22–28, 2021, doi: 10.32895/UMP.MPR.5.2.5.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: HẠ THÂN NHIỆT Ở BỆNH NHÂN NGỪNG TUẦN HOÀN DO SÉT ĐÁNH

Vũ Duy Đông[1], Nguyễn Thị Thu Hà[1], Đoàn Mạnh Tuấn[1]

TÓM TẮT

Tổng quan: Những bệnh nhân sống sót sau khi ngừng tuần hoàn hay ngừng tim thường bị rối loạn chức năng thần kinh nghiêm trọng vì tổn thương não do thiếu oxy và chết tế bào não do tái tưới máu. Quản lý nhiệt độ mục tiêu đã trở thành nền tảng của việc chăm sóc sau ngừng tim cho những bệnh nhân vẫn không phản ứng sau khi tuần hoàn tự nhiên trở lại kể từ khi các thử nghiệm ban đầu vào năm 2002 phát hiện ra rằng hạ thân nhiệt điều trị nhẹ giúp cải thiện kết quả thần kinh. Đây là báo cáo trường hợp của một bệnh nhân nữ 31 tuổi bị ngừng tim ngoài bệnh viện do sét đánh và được hồi sinh sau thời gian hồi sức tim phổi kéo dài.

Từ khoá: Ngừng tim, hạ thân nhiệt chỉ huy, hồi sức tim phổi

SUMMARY

CLINICAL CASE REPORT: THERAPEUTIC HYPOTHERMIA IN A PATIENT WITH CARDIAC ARREST DUE TO LIGHTNING STRIKE

Overview: Survivors of cardiac arrest often suffer from significant neurological dysfunction due to brain injury caused by hypoxia and reperfusion-related cell death. Targeted temperature management (TTM) has become a cornerstone of post-cardiac arrest care for unresponsive patients following return of spontaneous circulation (ROSC), ever since early trials in 2002 showed that mild therapeutic hypothermia improved neurological outcomes. This case report presents a 31-year-old female patient who suffered an out-of-hospital cardiac arrest due to a lightning strike and was resuscitated after prolonged cardiopulmonary resuscitation (CPR).

Keywords: Cardiac arrest, targeted hypothermia, cardiopulmonary resuscitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mỗi năm có khoảng 350.000 người ở Hoa Kỳ bị ngừng tim ngoài bệnh viện và chỉ 10% trong số đó sống sót khi xuất viện [18]. Mặc dù tỷ lệ sống sót tại bệnh viện của những người nhập viện sau ngừng tim ngoài bệnh viện đã cải thiện gần 12% từ năm 2001 đến năm 2009, tỷ lệ tử vong tại bệnh viện vẫn ở mức gần 60%. Ngay cả sau khi tuần hoàn tự phát trở lại (ROSC) thành công sau ngừng tim ngoài bệnh viện, khoảng 80% bệnh nhân vẫn hôn mê và phần lớn các trường hợp tử vong sau ROSC là do tổn thương thần kinh. Một số lượng đáng kể những người sống sót sau khi bị ngừng tim ngoài bệnh viện sau đó bị suy giảm nhận thức, thể chất và cảm xúc, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như chức năng cá nhân và xã hội của họ. Liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu cho những người vẫn hôn mê khi ROSC thành công sau ngừng tim có khả

[1]*Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Duy Đông
Email: dongdz2791997@gmail.com
SĐT: 0399622497
Ngày nhận bài: 03/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 01/4/2025
Ngày duyệt bài: 02/5/2025

năng làm giảm tỷ lệ tử vong và giảm tổn thương thần kinh. Hiện là một phần của các khuyến nghị chăm sóc thần kinh sau hồi sức tim phổi, liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu có mức độ sử dụng khác nhau và vẫn còn gây tranh cãi trong việc thực hiện [21]. Mục đích của việc trình bày trường hợp này là để nhấn mạnh và khuyến khích việc sử dụng kịp thời các lợi ích tiềm năng của liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu có thể được áp dụng trong trường hợp ngừng tim không thể sốc điện với thời gian ngừng tim kéo dài.

Ngừng tim là tình trạng ngừng hoạt động đột ngột của tim do rung thất, vô tâm thu hoặc hoạt động điện vô mạch. Nguyên nhân phổ biến nhất gây ngừng tim là bệnh tim thiếu máu cục bộ. Tỷ lệ sống sót sau khi ngừng tim là rất thấp, tỷ lệ tử vong lên tới hơn 90%. Liệu pháp can thiệp duy nhất bảo vệ não đã được nghiên cứu cho đến nay trong các thử nghiệm ngẫu nhiên là điều trị hạ thân nhiệt [20], [26].

Khi tim ngừng đập, lượng máu cung cấp cho các cơ quan trong cơ thể giảm đáng kể, thậm chí dừng lại. Thiếu máu cục bộ toàn bộ cơ thể khiến các quá trình chuyển hóa năng lượng trong cơ thể thành chuyển hóa kỵ khí, dẫn đến việc tiết ra các sản phẩm oxy hóa có hại như gốc tự do, axit amin và các sản phẩm gây viêm. Khi lưu lượng máu được phục hồi, bằng cả phương pháp hồi sức tim phổi và phương pháp tuần hoàn tự nhiên trở lại, sản phẩm phụ của tình trạng thiếu máu cục bộ lâu dài sẽ ảnh hưởng xấu đến các mô tim, là cơ quan tiêu thụ oxy chính. Điều này dẫn đến thiệt hại không thể khắc phục.

Liệu pháp hạ thân nhiệt đã được giới thiệu với thế giới vào đầu những năm 1950 sau những báo cáo ban đầu về lợi ích lâm sàng, cả về khả năng sống sót và kết cục thần kinh, ở một số bệnh nhân bị ngừng tim [3], [4]. Hạ thân nhiệt, theo phương pháp này, được thiết kế để giảm mức tiêu thụ oxy của các cơ quan cốt lõi, giảm các gốc tự do và bảo vệ màng tế bào để ngăn chặn quá trình oxy hóa nội bào.

II. TRƯỜNG HỢP CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 31 tuổi, chưa ghi nhận tiền sử bệnh lý gì đặc biệt, cách vào viện khoảng 30 phút bệnh nhân đang đi làm ngoài đồng bị tai nạn sét đánh, sau tai nạn bệnh nhân hôn mê, gọi hỏi không đáp, được người nhà sơ cứu sơ bộ, ép tim ngoài lồng ngực, gọi xe cấp cứu đến bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp khoa cấp cứu trong tình trạng ngừng tuần hoàn được ép tim, đặt ống nội khí quản, tiêm Adrenalin. Sau 20 phút, bệnh nhân hồi phục tuần hoàn tự nhiên , không phản ứng GCS 3 điểm và đồng tử giãn cố định, bệnh nhân được duy trì huyết áp bằng vận mạch Adrenalin liều 0,1 mcg/kg/phút. Bệnh nhân được chuyển lên khoa Hồi sức tích cực sau đó liệu pháp hạ thân nhiệt được thiết lập nhanh chóng bằng cách làm mát bề mặt bằng thiết bị để đạt nhiệt độ mục tiêu từ 33°C. Bệnh nhân được duy trì vận mạch Adrenalin liều 0,1 mcg/kg/phút, tình trạng bệnh nhân thiểu niệu kèm theo khí máu toan hỗn hợp mức độ nặng pH: 6,85 pO2: 229 mmHg pCO2: 69 mmHg HCO3-: 12mmol/L Lactat: 13.2 mmol/L. Với tình trạng huyết động chưa ổn định, bệnh nhân nhanh chóng được tiến hành lọc máu liên tục CVVHDF. Sau 24 giờ lọc máu liên tục tình trạng bệnh nhân cải thiện dần, bệnh nhân cắt được vận mạch khí máu trở lại bình thường và được kết thúc lọc máu liên tục. Liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu được tiếp tục trong 24 giờ và sau đó thực hiện làm ấm dần dần với tốc độ 0,25°C mỗi giờ. Không có thay đổi lớn về điện giải, không run hoặc rối loạn nhịp tim trong quá

trình hạ thân nhiệt mục tiêu và làm ấm lại. Sau đó, bệnh nhân tiếp tục được duy trì thân nhiệt 37°C trong 24 giờ. Sau khi kết thúc liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu, đã ngừng sử dụng thuốc an thần và bệnh nhân đã tỉnh lại với khả năng hồi phục thần kinh tốt. Bệnh nhân đã được cai máy thở thành công vào 2 ngày sau đó mà không bị suy giảm nhận thức, không bị yếu liệt. Bệnh nhân được chẩn đoán cuối cùng: Ngừng tuần hoàn ngoại viện do sét đánh.



Hình 1. Hạ thân nhiệt bề mặt kết hợp với lọc máu liên tục



Hình 2. Hình ảnh bệnh nhân sau quá trình điều trị tích cực

IV. BÀN LUẬN

Tổn thương thần kinh là nguyên nhân gây tử vong phổ biến nhất ở bệnh nhân ngừng tim ngoài bệnh viện và góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong và bệnh tật ở những bệnh nhân nội trú bị ngừng tim đã lấy lại được tuần hoàn tự nhiên (ROSC) [8], [10]. Khi kết hợp với chăm sóc tiêu chuẩn sau ngừng tim, việc hạ nhiệt độ cơ thể xuống khoảng 32°C đến 34°C trong những giờ đầu tiên sau khi ngừng tim sẽ cải thiện kết cục thần kinh so với việc không kiểm soát nhiệt độ cơ thể [3], [10]. Một thử nghiệm ngẫu nhiên lớn báo cáo những cải thiện tương tự về kết quả cho dù nhiệt độ được duy trì ở 33°C hay 36°C [4]. Tỷ lệ tử vong tăng khoảng 20% có liên quan đến việc trì hoãn bắt đầu hạ thân nhiệt mỗi giờ. Hạ thân nhiệt trị liệu đề cập đến việc quản lý nhiệt độ mục tiêu cho bệnh nhân sống sót sau khi ngừng tim, trong đó nhiệt độ cơ thể được hạ xuống để giảm nguy cơ tổn thương mô và thần kinh do thiếu lưu lượng máu ban đầu và sau đó do tái tưới máu [2].

Lợi ích và kiến thức về liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu đối với người sống sót sau ngừng tim đã được chứng minh ở khoa Hồi sức tích cực. Mặc dù vậy, áp dụng liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu trên lâm sàng vẫn còn hạn chế, đặc biệt là ở các nước đang phát triển, bao gồm cả Việt Nam, nơi đã có hướng dẫn cụ thể về hồi sức tim phổi cho đội ngũ y tế. Điều này cũng có thể một phần là do những người dù đã được đào tạo về hồi sức tim phổi vẫn thiếu nhận thức về thực hiện kỹ thuật này đúng phương pháp. Kết quả thần kinh tốt là mong muốn nhưng khó đạt được sau khi ngừng tim. Vài giờ sau ROSC và cả trong khi hồi sức tim phổi mục đích cần đạt được là bảo tồn não [2].

Hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ năm 2010 về chăm sóc sau ngừng tim đã nhấn mạnh vào việc sử dụng hạ thân nhiệt như một liệu pháp bảo vệ thần kinh ở những nạn nhân trưởng thành sau ngừng tim có nhịp tim ban đầu là rung thất/nhịp nhanh thất (VF/VT) và những người vẫn hôn mê (GCS < 8) sau ROSC (loại I, cấp độ B). Bằng chứng về hiệu quả của liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu sau vô tâm thu hoặc PEA vẫn chưa được tin cậy (loại IIb, cấp độ C). Tăng thân nhiệt sau khi ngừng tim liên quan đến kết quả thần kinh tồi tệ hơn [6].

Từ năm 2018 cho đến nay, các hướng dẫn thực hành khuyến nghị liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu ở bệnh nhân ngừng tim được hồi sức thành công với tình trạng hôn mê dai dẳng, là khuyến nghị Loại I nếu ngừng tim có nhịp nhanh thất ban đầu hoặc rung thất, và khuyến nghị Loại IIb đối với các loạn nhịp không thể sốc điện khác [9]. Hướng dẫn hồi sức của Hội đồng Hồi sức châu Âu khuyến nghị hạ thân nhiệt mục tiêu cho tất cả những người sống sót sau hôn mê do ngừng tim bất kể nhịp ban đầu, mặc dù các hướng dẫn này thừa nhận mức độ bằng chứng thấp hơn về liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu ở những bệnh nhân có ngừng tim do nhịp không thể sốc được.

Có 4 giai đoạn trong quá trình sau ngừng tim: giai đoạn một bao gồm khoảng thời gian ngay sau ROSC tối đa 20 phút. Nó được đặc trưng bởi rối loạn chức năng tim mạch, với tỷ lệ tử vong tương ứng là 63%. Giai đoạn thứ hai hoặc giai đoạn trung gian - 20 phút đến 6-12 giờ, sau ROSC có tổn thương thần kinh và các cơ quan khác và là nguyên nhân gây bệnh khi xuất viện. Giai đoạn thứ ba (từ 6-12 giờ đến 72 giờ) yêu cầu quản lý tích cực vì con đường tổn thương sau ROSC vẫn còn hoạt động. Cuối cùng, giai đoạn phục hồi sau 72 giờ là nguyên nhân gây tử vong do biến chứng nhiễm trùng và suy đa cơ quan. Nền

tảng của việc quản lý bệnh nhân bị ngừng tim sau khi ROSC là cố gắng đưa ra tiên lượng thần kinh tốt nhất có thể. Quản lý nhiệt độ mục tiêu có thể cải thiện khả năng phục hồi thần kinh của những bệnh nhân này. Mặc dù chưa hoàn toàn rõ ràng nhưng tác dụng bảo vệ thần kinh được cho là nhờ vào liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu có một số cơ chế phân tử và tế bào [1], [10]. Ví dụ, trong liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu xảy ra hiện tượng giảm mức các chất dẫn truyền thần kinh kích thích ở ngoại bào. Hạ thân nhiệt mang lại những tác dụng có lợi khác nhau trong quản lý sau ngừng tim như nó làm giảm hoạt động trao đổi chất, và có thể làm giảm tác động có hại của việc tái tưới máu [7].

a. Giảm 6-10% quá trình trao đổi chất của não mỗi khi nhiệt độ giảm xuống 1oC, do đó cho phép các cơ quan chịu đựng tình trạng thiếu máu cục bộ trong thời gian dài hơn mà không bị tổn thương không thể phục hồi.

b. Phòng ngừa dòng thác gây độc tế bào do các gốc oxy tự do gây ra, đặc biệt là tổn thương thần kinh gây ra do phóng thích của các chất trung gian gây viêm sau khi phục hồi lưu lượng máu.

c. Giảm hiện tượng chết theo chương trình (apoptosis) từ 48-72 giờ sau khi bị ngừng tim: làm mát, làm giảm sự kích hoạt các con đường apoptotic bên trong và bên ngoài, cũng như giảm thiểu tổn thương tái tưới máu, bằng cách bảo vệ tính toàn vẹn của màng lipoprotein và ngăn ngừa apoptosis.

d. Giảm phản ứng viêm não.

e. Bảo vệ hàng rào máu não.

Ngược lại, hạ thân nhiệt cũng làm giảm phản ứng viêm và giảm sự tăng áp lực nội sọ, cũng như nguy cơ sốt thứ phát do phản ứng viêm toàn thân. Hạ thân nhiệt có thể đạt được bằng phương pháp bên trong hoặc bên ngoài. Các phương pháp bên trong hay hạ thân nhiệt nội mạch bao gồm truyền dịch như dung dịch muối thông thường được làm lạnh đến 4°C hoặc qua ống thông làm mát qua đường nội mạch. Các phương pháp làm mát bên ngoài bao gồm chườm đá ở háng, nách, cổ hoặc sử dụng chăn làm mát. Run là một phản ứng phổ biến khi bị hạ thân nhiệt (thường xảy ra nhất trong quá trình kích thích hạ thân nhiệt mục tiêu và có thể gây gián đoạn liệu pháp do sinh nhiệt. Run có thể được loại bỏ bằng cách sử dụng thuốc an thần có hoặc không kèm thuốc phong tỏa thần kinh cơ[10]. Điều trị hạ thân nhiệt đòi hỏi nguồn lực đáng kể và đội ngũ y tế có trình độ cao. Nó hạn chế việc chăm sóc y tế trong 24-48 giờ đầu tiên và kèm theo nguy cơ nhiễm trùng huyết cao đáng kể. Hạ thân nhiệt có thể tạo ra một số tác động bất lợi có thể ảnh hưởng xấu đến kết quả của bệnh nhân. Liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu có thể dẫn đến tăng độ nhớt của máu gây huyết khối tĩnh mạch sâu, rối loạn đông máu dẫn đến chảy máu tạng, giảm cung lượng tim hoặc rối loạn nhịp tim, tăng tính nhạy cảm với nhiễm trùng (đặc biệt là phổi), lợi tiểu do lạnh dẫn đến rối loạn điện giải (hạ kali máu) và rối loạn chuyển hóa như tăng đường máu.

Cần phải theo dõi nhiệt độ liên tục để tránh sự dao động về nhiệt độ. Việc làm ấm lại nên được thực hiện từ từ với tốc độ khoảng 0,25°C đến 0,5°C mỗi giờ. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu không chỉ hữu ích trong trường hợp sau ngừng tim mà còn có thể đóng vai trò quan trọng trong nhiều tình trạng tổn thương não khác như chấn thương sọ não hoặc đột quỵ, trong đó cơ chế tổn thương thần kinh về cơ bản là tương tự.

Các nghiên cứu quan sát ban đầu vào đầu những năm 1990 cho thấy lợi ích thần kinh trong việc giảm áp lực nội sọ ở bệnh nhân sau chấn thương sọ não. Tuy nhiên, nhiều năm sau, một số nhà nghiên cứu này đã mâu thuẫn với phát hiện của chính họ khi không chứng minh được mối liên hệ trực tiếp [5], [10].

Lúc đầu, độ sâu làm mát mong muốn hoặc thời gian làm mát không rõ ràng. Các thí nghiệm ban đầu được thực hiện khi làm mát được đặt ở nhiệt độ lõi là 28-32°C. Kết quả ban đầu không chứng minh được lợi ích sống sót đáng kể và nhiều nghiên cứu đã từ bỏ phương pháp này. 15 năm sau, kỹ thuật này được tiếp tục tập trung vào việc làm mát ở mức cao hơn là 32-34°C. Kết quả của các thử nghiệm đầu tiên trên động vật rất hứa hẹn với tỷ lệ sống sót đáng kể và kết quả về thần kinh tốt hơn. Sau đó, hạ thân nhiệt trị liệu được phân thành 3 loại tùy thuộc vào độ sâu hoặc cường độ làm mát: 35-32°C, 31,9-30°C và 29,9-28°C, hoặc hạ thân nhiệt nhẹ, vừa phải và giảm sâu [9], [10].

Năm 2002, hai thử nghiệm ngẫu nhiên, từ Melbourne, Úc và châu Âu (đa trung tâm), cho thấy kết quả thần kinh tốt hơn và tỷ lệ sống sót cao hơn ở những bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp hạ thân nhiệt nhẹ. Thử nghiệm lớn hơn trong số hai thử nghiệm có sự tham gia của 136 bệnh nhân ở một số nước châu Âu và được thực hiện bởi một nhóm nghiên cứu so sánh những bệnh nhân hôn mê có tái lập tuần hoàn tự nhiên sau khi được hồi sức tim phổi bên ngoài bệnh viện khi rối loạn nhịp tim đầu tiên được quan sát là rung thất. Tỷ lệ sống sót sau 6 tháng nằm viện cao hơn ở những bệnh nhân được điều trị hạ thân nhiệt nhẹ so với những người không được điều trị (lần lượt là 41% và 55%, p = 0,02). Tổn thương thần kinh khi xuất viện nghiêm trọng hơn ở những bệnh nhân không được điều trị bằng hạ thân nhiệt (lần lượt là 39% và 55% cho kết quả thần kinh tốt, p = 0,002). Các nghiên cứu này cũng ghi nhận những bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu sau rung thất có được lợi ích cao hơn về khả năng sống sót sau 1 năm, trong khi những bệnh nhân bị vô tâm thu chỉ nhận được lợi ích khiêm tốn nếu họ dưới 65 tuổi. Kết luận rằng nên lưu ý đến tuổi và rối loạn nhịp tim nguyên phát để lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp. Kết quả tương tự đã được mô tả trong nghiên cứu của Úc [10]. Gần đây, trong các nghiên cứu người ta ghi nhận các bệnh nhân điều trị hạ thân nhiệt không chứng minh được lợi ích đáng kể về mặt cải thiện kết quả thần kinh.

Tuy nhiên, về mặt lâm sàng, dữ liệu hỗ trợ liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu trong việc hồi phục thần kinh ở những bệnh nhân đã tái lập tuần hoàn tự nhiên sau hồi sức tim phổi. Perman và cộng sự cũng cho thấy không chỉ sự cải thiện về thần kinh mà còn cho thấy tỷ lệ sống sót khi xuất viện cao hơn ở những bệnh nhân trải qua liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu so với những người không nhận được nó (17,6% so với 28,9%) [09]. Một phân tích tổng hợp lớn so sánh khả năng sống sót và phục hồi thần kinh khi xuất viện ở các nhóm trải qua liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu với các nhóm không nhận được nó, cho thấy bệnh nhân trong nhóm liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu có nhiều khả năng được xuất viện mà không có hoặc có rất ít di chứng thần kinh (RR 1,68 và giá trị p = 0,006); điều đáng nói là trong nghiên cứu này, các bệnh nhân được theo dõi trong 6 tháng và nhóm liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu có khả năng phục hồi thần kinh tốt hơn (RR 1,44 và giá trị p = 0,009)[8].

Schenone và cộng sự (2016) đã đánh giá

hệ thống và phân tích tổng hợp 24 bài viết liên quan đến bảo vệ thần kinh của liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu sau hồi sức tim phổi khi đã có tuần hoàn tự nhiên. 11 nghiên cứu đã được phân tích tổng hợp, khám phá tác động của tiêu chí mở rộng và nhiệt độ mục tiêu. Các tác giả này đã kết luận việc sử dụng liệu pháp hạ thân nhiệt mục tiêu sau ngừng tim ngoài bệnh viện có liên quan đến lợi ích sống sót và bảo vệ thần kinh, ngay cả khi bao gồm những bệnh nhân có nhịp không thể sốc điện, thời gian ngừng hoạt động nhẹ nhàng hơn, ngừng tim không có người chứng kiến và/hoặc sốc dai dẳng. Họ không tìm thấy bằng chứng nào ủng hộ nhiệt độ cụ thể này hơn nhiệt độ cụ thể khác trong quá trình hạ thân nhiệt.

V. KẾT LUẬN

Sự dễ dàng sử dụng và kết quả lâm sàng tích cực sẽ khuyến khích mọi người tận dụng phương thức này bằng cách kết hợp nó trong các hướng dẫn của bệnh viện để nó có thể được bắt đầu một cách kịp thời.Trường hợp này gợi ý chúng ta rằng, hạ thân nhiệt có thể cải thiện chức năng thần kinh ở những bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ambrosio, Giuseppe et al,** The relationship between oxygen radical generation and impairment of myocardial energy metabolism following post-ischemic reperfusion, 1991, 23(12), pp. 1359-1374.
2. **Arrich J et al,** Hypothermia for neuroprotection in adults after cardiopulmonary resuscitation, 2012 [Internet].
3. **Benson, Donald W et al,** The use of hypothermia after cardiac arrest, 1959, 38(6), pp. 423-428.
4. **D'Cruz, Brian J et al,** Hypothermic reperfusion after cardiac arrest augments brain-derived neurotrophic factor activation, 2002, 22(7), pp. 843- 851.
5. **Dunkley, Steven, McLeod, Anne,** Therapeutic hypothermia in patients following traumatic brain injury: a systematic review, J Nursing in Critical Care, 2017, 22(3), pp. 150-160.
6. **Gebhardt, Kory et al,** Prevalence and effect of fever on outcome following resuscitation from cardiac arrest, 2013, 84(8), pp. 1062-1067.
7. **González-Ibarra, Fernando Pavel, Varon, Joseph, López-Meza, Elmer G,** Therapeutic hypothermia: critical review of the molecular mechanisms of action, J Frontiers in neurology, 2011, 2, p. 4.
8. **Holzer, Michael et al,** Hypothermia for neuroprotection after cardiac arrest: systematic review and individual patient data meta-analysis, 2005, 33(2), pp. 414-418.
9. **Perman SM et al,** The Utility of Therapeutic Hypothermia for Post-Cardiac Arrest Syndrome Patients With an Initial Nonshockable Rhythm, Circulation, 2015, 132(22), pp. 2146-51.
10. **Koren O et al,** Therapeutic hypothermia after out of hospital cardiac arrest improve 1-year survival rate for selective patients, PLoS One, 2020, 15(1), p. e0226956.

SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA PHỐI HỢP THAY HUYẾT TƯƠNG VỚI ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA ĐƠN THUẦN TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP TĂNG TRIGLYCERIDE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Cao Đại Dương[1], Đoàn Bình Tĩnh[1], Nguyễn Sơn Nam[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tụy cấp do tăng triglyceride là nguyên nhân quan trọng và có tỷ lệ tiến triển nặng cao. Thay huyết tương (PEX) là phương pháp điều trị được khuyến cáo nhưng còn hạn chế ở một số cơ sở. Việc so sánh hiệu quả của thay huyết tương với điều trị nội khoa đơn thuần sẽ giúp tối ưu hóa lựa chọn điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh hiệu quả điều trị giữa hai nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride được điều trị bằng thay huyết tương và điều trị nội khoa đơn thuần.

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp có tăng triglyceride máu ≥11,3mmol/l điều trị tại khoa tại bệnh viện đa khoa Hà Đông.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, so sánh 2 nhóm bệnh nhân VTC do tăng TG (n=32): nhóm có thay huyết tương (n=16) và nhóm điều trị nội khoa (n=16). Các chỉ số được so sánh gồm: tình trạng lâm sàng, áp lực ổ bụng, các điểm APACHE II, SOFA, BISAP sau 48 giờ điều trị, tốc độ đạt TG mục tiêu < 5,1 mmol/L, và các biến chứng liên quan đến điều trị.

Kết quả: Nhóm thay huyết tương đạt hiệu quả hơn trong việc giảm triglyceride huyết tương (giảm trung bình 83,93% sau 2 lần PEX, p<0,05), cải thiện đau bụng (VAS giảm còn 3,0 so với 4,13 ở nhóm nội khoa, p<0,05), giảm áp lực ổ bụng (từ 18,38 xuống 15,69 cmH2O, p<0,05), và cải thiện các điểm tiên lượng (SOFA, APACHE II, BISAP) rõ rệt hơn so với nhóm nội khoa

Kết luận: Thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride giúp hạ triglyceride huyết tương nhanh chóng, cải thiện triệu chứng lâm sàng và các thang điểm tiên lượng nặng như APACHE II, SOFA, BISAP so với điều trị nội khoa đơn thuần, đặc biệt trong 48 giờ đầu, góp phần cải thiện tiên lượng và hạn chế biến chứng nặng.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, tăng triglyceride, thay huyết tương, điều trị nội khoa

SUMMARY

COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF PLASMA EXCHANGE COMBINED WITH CONVENTIONAL MEDICAL TREATMENT VERSUS MEDICAL TREATMENT ALONE IN ACUTE HYPERTRIGLYCERIDEMIC PANCREATITIS AT HÀ ĐÔNG GENERAL HOSPITAL

Background: Acute pancreatitis caused by hypertriglyceridemia is an increasingly important etiology with a high risk of severe progression. Plasma exchange (PEX) is a recommended treatment but is still limited in availability in

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Cao Đại Dương
SĐT: 0344022315
Email: daiduongcao96@gmail.com
Ngày nhận bài: 04/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 02/4/2025
Ngày duyệt bài: 05/5/2025

some facilities. Comparing the effectiveness of plasma exchange with conventional medical therapy alone may help optimize treatment strategies.

Objective: To compare the treatment outcomes between two groups of patients with acute pancreatitis due to hypertriglyceridemia: one treated with plasma exchange and the other with conventional medical therapy.

Subjects: Patients diagnosed with acute pancreatitis with serum triglyceride levels ≥11.3 mmol/L, treated at Ha Dong General Hospital.

Methods: Controlled interventional study with 32 patients, divided into two groups: plasma exchange (n=16) and medical treatment only (n=16). Evaluated indicators included clinical symptoms, intra-abdominal pressure, APACHE II, SOFA, and BISAP scores after 48 hours, rate of achieving target TG < 5.1 mmol/L, and treatment-related complications.

Results: The plasma exchange group demonstrated superior outcomes: a significant reduction in triglyceride levels (average reduction of 83.93% after two PEX sessions, $p<0.05$), improved abdominal pain scores (VAS reduced to 3.0 vs. 4.13 in the medical group, $p<0.05$), decreased intra-abdominal pressure (from 18.38 to 15.69 cmH2O, $p<0.05$), and greater improvements in prognostic scores (SOFA, APACHE II, BISAP) compared to the medical therapy group.

Conclusion: Plasma exchange is an effective and safe treatment option for acute hypertriglyceridemic pancreatitis, offering rapid reduction in triglyceride levels, improvement in symptoms, and enhanced prognostic scores, especially within the first 48 hours, compared to medical therapy alone.

Keywords: Acute pancreatitis; hypertriglyceridemia; plasma exchange; medical treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một trong những bệnh lý cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành tiêu hóa và hồi sức cấp cứu. Trong đó, tăng triglyceride máu là nguyên nhân đứng hàng thứ ba sau sỏi mật và rượu. Tỷ lệ bệnh nhân VTC do tăng triglyceride ngày càng tăng, đặc biệt ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam, do sự thay đổi về lối sống và chế độ ăn uống giàu chất béo, ít vận động.

VTC do tăng TG thường có diễn tiến nặng, nguy cơ cao dẫn đến suy đa cơ quan và tử vong. Điều trị hiệu quả cần giảm nhanh nồng độ triglyceride về ngưỡng an toàn. Hiện nay, có hai hướng điều trị chính là nội khoa (bao gồm insulin, heparin, thuốc hạ lipid máu, dịch truyền...) và thay huyết tương (PEX).

Thay huyết tương giúp loại bỏ nhanh chóng các phân tử triglyceride và chylomicron trong huyết tương, nhưng cần trang thiết bị và nhân lực phù hợp. Trong khi đó, điều trị nội khoa đơn thuần phổ biến hơn nhưng hiệu quả hạ TG thường chậm và không đồng đều.

Do vậy, việc so sánh hiệu quả điều trị giữa PEX và nội khoa đơn thuần có ý nghĩa lâm sàng thực tiễn để lên kế hoạch điều trị hiệu quả, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp theo Atlanta hiệu chỉnh năm 2012 với nồng độ TG máu ≥ 11,3 mmol/l tại Khoa HSTC-

CĐ tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 01/01/2023 đến tháng 31/07/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

a. Chẩn đoán VTC: theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi năm 2012 Có hai trong ba đặc điểm sau:

(1) Triệu chứng lâm sàng: cơn đau bụng điển hình (xuất hiện đột ngột, đau dữ dội, tập trung ở vùng thượng vị, lan ra sau lưng hoặc lên ngực).

(2) Lipase và/ hoặc Amylase máu lớn hơn ít nhất trên 3 lần so với giá trị bình thường.

(3) Tổn thương viêm tụy cấp trên chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm cản quang và/hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) và/hoặc siêu âm ổ bụng.

b. Xét nghiệm TG ≥ 11,3 mmol/l (1000mg/dl).

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN < 18 tuổi
- VTC được chẩn đoán loại trừ do các nguyên nhân khác qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng: sỏi mật, giun chui ống mật, do chấn thương,....
- BN và/hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân tử vong trong vòng 24h từ khi vào viện

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên can thiệp có đối chứng.

Cách chọn mẫu nghiên cứu: Thuận tiện

Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê. Thống kê mô tả các biến số nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Hồi sức tích cực và Chống độc bệnh viện đa khoa Hà Đông

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/01/2023 đến tháng 31/07/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

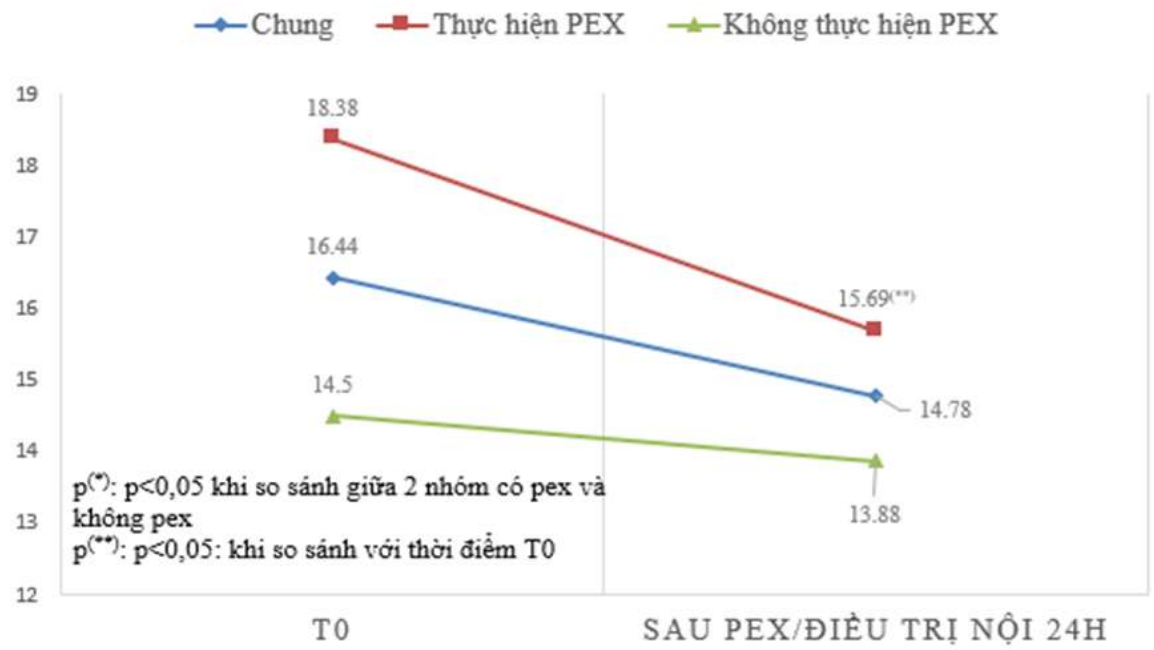
Bảng 1. So sánh triệu chứng lâm sàng của 2 nhóm

		Thực hiện PEX (n=16)	Không Thực hiện PEX (n=16)	P(*)
Tình trạng đau bụng	VAS trước điều trị	4,56±1,26	4,94±1,73	0,489
	VAS sau pex/ nội khoa 24h	3,00±0,73	4,13±1,41	0,008
Tình trạng chướng bụng	Trước điều trị	16 (100%)	13(81,2%)	
	sau pex/nội khoa 24h	8 (50%)	9 (56,2%)	0,72

$P^{(*)}$: thực hiện so sánh giữa nhóm thực hiện PEX và không thực hiện PEX

Nhận xét:

- Trước điều trị, (VAS, tình trạng chướng bụng) của nhóm PEX và không PEX lần lượt là (4,56±1,26, 100%) và (4,94±1,73; 81,2%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, p> 0,05.
- Sau điều trị 24h, VAS nhóm PEX là 3,00±0,73; nhóm không PEX là 4,13±1,41. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.
- Sau 24h điều trị, chướng bụng gặp ở nhóm PEX với tỷ lệ lần lượt là 50% và 56,2%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. P>0,05.



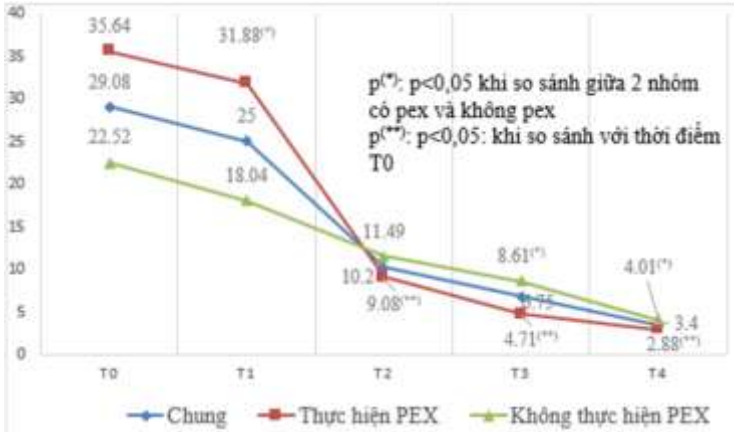
Biểu đồ 1. Thay đổi áp lực ổ bụng qua thời gian điều trị

Nhận xét:

- Áp lực ổ bụng trung bình giảm trong quá trình điều trị

- Ở nhóm bệnh nhân thực hiện PEX, áp lực ổ bụng giảm từ 18,38 xuống 15,69 sau PEX. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

- Không có sự khác biệt về thay đổi áp lực ổ bụng giữa nhóm PEX và nhóm nội khoa.



Chú thích:

	PEX	*Nội khoa*
T0	*Vào Viện*	
T1	*Trước PEX*	*Ngày 1*
T2	*Sau PEX lần 1*	*Ngày 2*
T3	*Sau PEX lần 2*	*Ngày 3*
T4	*Ra viện*	

Biểu đồ 2. Thay đổi nồng độ Triglycerid qua thời gian điều trị

Nhận xét:

- Trong quá trình điều trị, nồng độ Triglyceride giảm dần theo thời gian. So với thời điểm T0, sự giảm này có ý nghĩa thống kê với p**<0,05 ở các mốc T2, T3, T4.

- Sự giảm nồng độ Triglyceride huyết tương ở nhóm PEX nhanh hơn nhóm không PEX, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p*< 0,05.

Bảng 2. Thay đổi các thang điểm trước và sau PEX

	Trước	Sau	P
APACHEII	10,81±5,22	6,44±5,33	0,000
BISAP	1,31±0,87	0,69±0,24	0,035
SOFA	3,38±3,1	2,25±0,97	0,046

Nhận xét: Các điểm số APACHEII, BISAP, SOFA đều giảm sau khi PEX. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

Bảng 3. Thay đổi các thang điểm trước và sau điều trị 48h

	PEX	Nội khoa	p
APACHEII	3,35±2,34	2,35±2,10	0,56
BISAP	0,64±0,54	x	
SOFA	1,14±6,57	-(1,12±6,67)	0,000

Chú thích: Dấu (-) thể hiện cho sự tăng điểm so với trước điều trị

Nhận xét: Sau 48 giờ điều trị

- Điểm APACHE II của nhóm PEX giảm nhiều hơn so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần (Trung bình là 3,35 so với 2,35). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p >0,05.

- Điểm SOFA của nhóm điều trị nội khoa đơn thuần tăng điểm so với trước điều trị (1,12 điểm), trong khi nhóm kết hợp điều trị PEX giảm 1,14 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi so sánh kết quả điều trị bao gồm: thay đổi triệu chứng lâm sàng; sự thay đổi áp lực ổ bụng, sự giảm nồng độ triglycerid trong máu và sư thay đổi các điểm tiên lượng mức độ nặng của 2 nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp được điều trị bằng biện pháp kết hợp thay huyết tương (PEX) và biện pháp nội khoa không thực hiện PEX

Về sự thay đổi triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của viêm tụy cấp do tăng triglyceride là đau bụng và chướng bụng, đây cũng là hai biểu hiện được lựa chọn để so sánh trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trước điều trị, điểm đau bụng theo thang VAS ở hai nhóm bệnh nhân gần như tương đồng (PEX: 4,56 ± 1,26 so với nhóm không PEX: 4,94 ± 1,73; p > 0,05), cho thấy mức độ đau ban đầu là tương đương giữa hai nhóm. Tuy nhiên, sau 24 giờ điều trị, điểm VAS giảm rõ rệt hơn ở nhóm thực hiện PEX (3,00 ± 0,73) so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần (4,13 ± 1,41), và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Kết quả này cho thấy thay huyết tương giúp cải thiện triệu chứng đau bụng nhanh chóng hơn, có thể nhờ khả năng loại bỏ nhanh triglyceride máu và các cytokine gây viêm, từ đó làm giảm đáp ứng viêm toàn thân và triệu chứng tại chỗ.

Điều này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thanh Hòa[1], trong đó nhóm bệnh nhân được thực hiện thay huyết tương cũng ghi nhận cải thiện nhanh triệu chứng lâm sàng, đặc biệt là giảm đau bụng sớm trong 24 giờ đầu sau can thiệp. Tương tự, Nguyễn Huy Ngọc (2018)

cũng cho thấy cải thiện lâm sàng đáng kể sau 1–2 lần thay huyết tương ở bệnh nhân viêm tụy cấp tăng triglycerid, với thang điểm đau giảm rõ so với nhóm điều trị nội khoa [2].

Về triệu chứng chướng bụng, trước điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có chướng bụng ở nhóm PEX là 100%, cao hơn nhóm không PEX (81,2%). Sau 24 giờ điều trị, tỷ lệ này giảm xuống còn 50% ở nhóm PEX và 56,2% ở nhóm nội khoa, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,72). Tuy nhiên, do đây là triệu chứng mang tính chủ quan, phụ thuộc vào cảm nhận của người bệnh và đánh giá lâm sàng, tính đặc hiệu kém hơn so với đau bụng. Theo nhận định của Forsmark và cộng sự (2016), triệu chứng chướng bụng không phải lúc nào cũng phản ánh chính xác mức độ nặng của viêm tụy và có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau, bao gồm khí trong ruột, trướng bụng cơ năng, hoặc viêm phúc mạc thứ phát[3].

Về sự thay đổi áp lực ổ bụng

Áp lực ổ bụng (IAP – Intra-Abdominal Pressure) là một chỉ số quan trọng trong đánh giá mức độ nặng và diễn tiến lâm sàng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, do tình trạng viêm lan tỏa, phù nề tụy và rối loạn vi tuần hoàn có thể làm tăng áp lực ổ bụng, từ đó ảnh hưởng đến chức năng của các cơ quan trong ổ bụng và ngoài ổ bụng như gan, thận, hệ tuần hoàn, và hô hấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, áp lực ổ bụng trung bình giảm ở cả hai nhóm điều trị, nhưng sự cải thiện rõ rệt hơn được ghi nhận ở nhóm thay huyết tương (PEX). Cụ thể, ở nhóm PEX, IAP giảm từ 18,38 cmH_2O xuống 15,69 cmH_2O sau thay huyết tương. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), trong khi nhóm điều trị nội khoa không ghi nhận thay đổi rõ rệt.

Điều này cho thấy rằng PEX không chỉ giúp hạ triglyceride nhanh chóng mà còn góp phần cải thiện tình trạng viêm tụy toàn thể, phù nề tụy và dịch ổ bụng, từ đó làm giảm IAP. Cơ chế này có thể lý giải qua việc loại bỏ nhanh chylomicron, cytokine và các sản phẩm trung gian gây viêm khỏi huyết tương, làm giảm hiện tượng thoát dịch mao mạch và phù mô kẽ quanh tụy – yếu tố chính làm tăng áp lực trong ổ bụng.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Huy Ngọc (2018), trong đó nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp nặng được điều trị thay huyết tương ghi nhận áp lực ổ bụng giảm từ 30 cmH_2O xuống 20,2 cmH_2O sau điều trị[2]. Dù mức giảm trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, nhưng điều này có thể phản ánh mức độ bệnh nặng ban đầu nhẹ hơn, hoặc thời gian theo dõi ngắn hơn (24 giờ).

Ngoài ra, một yếu tố cần lưu ý là IAP không chỉ bị ảnh hưởng bởi phù tụy mà còn bởi lượng dịch truyền, liệt ruột, và các yếu tố nội khoa khác, do đó sự thay đổi này cần được đánh giá trong mối liên hệ đa yếu tố. Tuy nhiên, kết quả vẫn cho thấy xu hướng cải thiện đáng kể hơn ở nhóm PEX, khẳng định lợi ích lâm sàng rõ ràng của phương pháp này đối với những bệnh nhân có biểu hiện viêm tụy nặng có tăng IAP.

Tuy nhiên, nghiên cứu chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh mức độ thay đổi IAP giữa nhóm PEX và nhóm nội khoa, có thể do cỡ mẫu còn nhỏ (n = 16) và thời gian theo dõi ngắn, chưa phản ánh đầy đủ tiến trình hồi phục.

Về sự thay đổi triglycerid trong viêm tụy cấp:

Viêm tụy cấp do tăng triglyceride (TG) là một trong những thể viêm tụy có nguy cơ tiến triển nặng cao. Việc giảm nhanh nồng độ triglyceride trong máu là mục tiêu điều trị ưu tiên nhằm hạn chế các biến chứng nặng như hoại tử tụy, suy đa cơ quan và tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả hai nhóm điều trị (PEX và nội khoa) đều ghi nhận sự giảm nồng độ triglyceride huyết tương qua thời gian, tuy nhiên nhóm thực hiện thay huyết tương đạt hiệu quả tốt hơn cả về tốc độ lẫn mức độ giảm.

Cụ thể, nồng độ TG trung bình ở nhóm PEX giảm từ 35,64 ± 26,1 mmol/L xuống 9,08 ± 5,09 mmol/L (giảm 68,95%) sau lần thay huyết tương đầu tiên và tiếp tục giảm xuống 4,71 ± 1,38 mmol/L sau lần thay thứ hai (tổng mức giảm đạt 83,93%, $p < 0,05$). Trong khi đó, nhóm điều trị nội khoa chỉ ghi nhận mức giảm khiêm tốn hơn. Sau 48 giờ điều trị, nhóm PEX giảm trung bình 86,78%, trong khi nhóm không PEX chỉ giảm 34,76% — sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự của Lê Hữu Nhương (84%)[4], Nguyễn Gia Bình (82%)[5], cao hơn của Đỗ Thanh Hòa (77%)[1]

Việc đạt nồng độ TG <5,6 mmol/L (500 mg/dL) là mốc an toàn để làm giảm nguy cơ tiếp diễn hoặc tái phát viêm tụy. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm PEX đã đạt mục tiêu này sau trung bình hai lần thay huyết tương, trong khi nhóm nội khoa thường cần thời gian dài hơn và một số trường hợp không đạt mục tiêu khi ra viện.

Về sự thay đổi các điểm tiên lượng mức độ nặng

Các thang điểm tiên lượng như APACHE II, SOFA và BISAP được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng nhằm đánh giá mức độ nặng và dự báo nguy cơ tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Việc theo dõi sự thay đổi của các thang điểm này trong quá trình điều trị không chỉ phản ánh hiệu quả can thiệp, mà còn giúp hướng dẫn xử trí và tiên lượng kết cục.

Trong nhóm bệnh nhân thực hiện thay huyết tương (PEX):

- APACHE II giảm rõ rệt từ 10,81 ± 5,22 xuống 6,44 ± 5,33 sau PEX ($p < 0,05$).
- SOFA giảm từ 3,38 ± 3,1 xuống 2,25 ± 0,97 ($p < 0,05$).
- BISAP cũng cải thiện từ 1,31 ± 0,87 xuống còn 0,69 ± 0,24 ($p < 0,05$).

Điều này cho thấy PEX mang lại hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện toàn trạng và giảm mức độ tổn thương đa cơ quan, ngay cả trong thời gian ngắn (48 giờ). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hà Mạnh Hùng 10,8 ± 4,8[6], cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình 6,1 ± 5,19[5]

Khi so sánh giữa hai nhóm sau 48 giờ điều trị (Bảng 3):

- APACHE II ở nhóm PEX giảm trung bình 3,35 điểm so với 2,35 điểm ở nhóm nội khoa ($p = 0,56$), tuy chưa đạt ý nghĩa thống kê nhưng vẫn cho thấy xu hướng cải thiện tốt hơn ở nhóm PEX.
- Đáng chú ý, SOFA ở nhóm PEX giảm 1,14 điểm, trong khi nhóm điều trị nội khoa lại tăng 1,12 điểm, và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đây là chỉ dấu quan trọng cho thấy thay huyết tương không chỉ cải thiện triệu chứng mà còn ngăn chặn tiến triển nặng lên của bệnh.

Điểm BISAP, vốn được thiết kế để đánh giá nhanh nguy cơ tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện, cũng cho thấy sự giảm đáng kể sau PEX. Mặc dù BISAP ít nhạy hơn so với APACHE II và SOFA trong các ca diễn tiến nặng, nhưng kết quả này vẫn củng cố cho nhận định rằng PEX cải thiện nhanh toàn trạng ngay từ giai đoạn sớm.

Tóm lại, sự cải thiện đồng thời của ba thang điểm tiên lượng ở nhóm PEX khẳng định tính hiệu quả và an toàn của phương pháp này trong kiểm soát viêm tụy cấp do tăng triglyceride. Đặc biệt, việc giảm điểm SOFA – chỉ báo cho tổn thương đa cơ quan – mang ý nghĩa quyết định trong tiên lượng sống còn, nhất là với những bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nặng.

V. KẾT LUẬN

Thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride giúp hạ triglyceride huyết tương nhanh chóng, cải thiện triệu chứng lâm sàng và các thang điểm tiên lượng nặng như APACHE II, SOFA, BISAP so với điều trị nội khoa đơn thuần, đặc biệt trong 48 giờ đầu, góp phần cải thiện tiên lượng và hạn chế biến chứng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thanh Hòa.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của liệu pháp thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108; 2020.
2. **Huy Ngọc Nguyễn.** Đánh Giá Hiệu Quả Thay Huyết Tương Trong Điều Trị Viêm Tụy Cấp Tăng Triglyceride Máu Tại Bệnh Viện Đa Khoa Phú Thọ. Vol Tập 462(số 2). Tạp chí Y học Việt Nam; 2018.
3. **Forsmark CE, Vege SS, Wilcox CM.** Acute Pancreatitis. N Engl J Med. 2016;375(20): 1972-1981. doi:10.1056/NEJMra1505202
4. **Lê Hữu Nhượng.** Nhận Xét Kết Quả Thay Huyết Tương Trong Điều Trị Viêm Tụy Cấp Tăng Triglycerid.; 2018.
5. **Hoàng Đức Chuyên, Nguyễn Gia Bình.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng và Điều Trị Viêm Tụy Cấp Tăng Triglycerid. Luận văn Thạc sĩ Y học; 2012.
6. **Hà Mạnh Hùng, Nguyễn Công Tấn.** Hiệu quả điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglyceridemáu bằng biện pháp thay thế huyết tương với dung dịch albumin 5% tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023; 521(1). doi:10.51298/vmj. v521i1.3976

RỐI LOẠN TÂM THẦN Ở NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC THUỐC VÀ HÓA CHẤT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Bùi Thị Minh Thư[1], Trần Nguyễn Ngọc[1,2], Đoàn Thị Huệ[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm các rối loạn tâm thần ở nhóm người bệnh ngộ độc thuốc và hóa chất điều trị nội trú tại trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 141 người bệnh được chẩn đoán ngộ độc thuốc và hóa chất điều trị nội trú tại Trung tâm chống độc - BV Bạch Mai từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu chủ yếu là nữ (57,45%), với độ tuổi trung bình là 35,84 ± 16,93 tuổi, trong đó 37,59% có tiền sử rối loạn tâm thần và 29,79% từng có hành vi tự sát. Các sang chấn cấp tính chiếm 57,45% chủ yếu do mâu thuẫn gia đình (52,48%), mâu thuẫn bạn bè (26,24%), áp lực kinh tế (6,38%). Tỷ lệ rối loạn trầm cảm và rối loạn lo âu cao ở nhóm nghiên cứu lần lượt là 76,6% và 40,43%. Tuy nhiên chỉ có 41,13% người bệnh được can thiệp điều trị tâm thần sau chẩn đoán, với kết quả điều trị đa số ở mức thuyên giảm ít (21,28%). **Kết luận:** Rối loạn tâm thần chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt ở nữ dưới 30 tuổi, với tiền sử rối loạn tâm thần và hành vi tự sát đáng kể, nhấn mạnh vai trò của gia đình trong tiến triển bệnh. Các sang chấn cấp tính và rối loạn trầm cảm, lo âu là yếu tố nổi bật. Việc can thiệp điều trị sau chẩn đoán còn hạn chế và thuyên giảm chưa tối ưu, đòi hỏi sự quan tâm toàn diện đến cả vấn đề tâm thần và yếu tố gia đình để nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khoá: rối loạn tâm thần, ngộ độc thuốc và hóa chất, sang chấn tâm lý, can thiệp điều trị.

SUMMARY

PSYCHIATRIC DISORDERS IN PATIENTS WITH MEDICATION AND CHEMICAL POISONING TREATED INPATIENT AT THE POISON CONTROL CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of psychiatric disorders among patients with medication and chemical poisoning treated inpatient at the Poison Control Center Of Bach Mai Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 141 inpatients diagnosed with medication and chemical poisoning, receiving inpatient care at the Poison Control Center, Bach Mai Hospital, from October 2024 to April 2025. **Results:** The female accounted for 57.45% of the total. The average age is 35.84 ± 16.93 years. Of total, 37.59% had a prior history of psychiatric disorders and 29.79% had previous self-harm episodes. Patients with acute stressors accounted for 57.45%, mainly due to family conflicts (52.48%), peer conflicts (26.24%), and financial pressure (6.38%). The prevalence of depression and anxiety disorders was high, at 76.6% and

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Thư
SĐT: 0961663036
Email: buiminhthu01111998@gmail.com
Ngày nhận bài: 04/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 02/4/2025
Ngày duyệt bài: 05/5/2025

40.43%, respectively. However, 41.13% of diagnosed patients received psychiatric intervention, predominantly with minimal improvement (21.28%). Conclusion: Psychiatric disorders are highly diagnosed, particularly among females under 30 years, with significant histories of psychiatric conditions and self-harm, emphasizing the role of family in disease progression. Acute stressors and depression/anxiety disorders are prominent factors. Psychiatric intervention remains limited among those patients, with suboptimal recovery rates. It is necessary that a comprehensive approach should be established to address both mental health issues and family dynamics to improve treatment effectiveness.

Keywords: psychiatric disorders, drug and chemical poisoning, psychological trauma, treatment intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự sát đang trở thành một vấn đề rất đáng lo ngại của xã hội phát triển hiện nay. Ở Hoa Kỳ, tự sát là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hằng đầu và tỉ lệ tự sát ngày càng gia tăng trong những năm gần đây[1]. Trong đó tự sát bằng thuốc và hóa chất, sử dụng thuốc quá liều, đặc biệt là nhóm thuốc trừ sâu là một trong những phương pháp tự sát hàng đầu, chiếm 14-20% số vụ tự sát trên toàn cầu. 90% các vụ tự sát do thuốc trừ sâu trên toàn thế giới xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình ở Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương.

Hành vi tự sát bằng thuốc trừ sâu và hóa chất, và sử dụng các loại thuốc quá liều thường gặp trong các vụ tự sát không có kế hoạch trước. Hành vi tự sát không chỉ để lại hậu quả cho chính nạn nhân mà nó còn gây tác động sâu sắc về tâm lý cho gia đình và xã hội. Khi một người tự sát có thể gây ảnh hưởng tâm lý tới ít nhất 6 người, thường là những người thân gần gũi với nạn nhân.

Vấn đề tự sát đã được đánh giá là một vấn đề nghiêm trọng và cần được quan tâm chú ý, hiện nay đã và đang được nghiên cứu ở nhiều nước trên thế giới. Năm 2012, Hiệp hội Phòng chống tự sát quốc tế (International Association for Suicide Prevention) và Tổ chức Y tế Thế giới đã lựa chọn ngày 10/9 hàng năm là "Ngày Thế giới phòng chống tự sát". Việc hiểu biết về các rối loạn tâm thần ở những người bệnh này giúp các bác sĩ có thể nhận biết được sớm và có can thiệp kịp thời, ngăn chặn hành vi tự sát, giảm thiểu nguy cơ tử vong. Tuy nhiên ở Việt Nam chỉ mới có số ít nghiên cứu về vấn đề tự sát ở người Việt Nam nói chung và chưa thực sự có nhiều nghiên cứu đề cập tới vấn đề tự sát ở người bệnh ngộ độc thuốc và hóa chất. Do đó, để góp phần nâng cao hiểu biết và ngăn chặn các hành vi tự sát bằng thuốc và hóa chất, chúng tôi tiến hành đề tài "Rối loạn tâm thần ở người bệnh ngộ độc thuốc và hóa chất điều trị nội trú tại trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai" với mục tiêu ***"Mô tả đặc điểm các rối loạn tâm thần ở nhóm người bệnh này".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: 141 người bệnh được chẩn đoán ngộ độc thuốc và hóa chất điều trị nội trú tại Trung tâm chống độc- BV Bạch Mai từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán ngộ độc thuốc và hóa chất được chẩn đoán bởi các bác sĩ chuyên khoa. Gia đình và bản thân người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh mắc các tình trạng bệnh thực thể nặng hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang.

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của lãnh đạo Trung tâm Chống độc, Bệnh viện Bạch Mai thông qua.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu bệnh nhân nghiên cứu (n=141)

Đặc điểm		Số lượng	%
Giới	Nam	60	42,55
	Nữ	81	57,45
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	35	24,82
	Lao động chân tay	48	34,04
	Học sinh/ sinh viên	41	29,08
	Khác	17	12,06
Trình độ học vấn	Tiểu học	2	1,42
	THCS	24	17,02
	THPT	60	42,55
	Trung cấp, cao đẳng, đại học	47	33,33
	Sau đại học	8	5,68
Khu vực sinh sống	Nông thôn	89	63,12
	Thành thị	52	36,88
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	66	46,81
	Độc thân	60	42,55
	Ly hôn	15	10,64
Tuổi	Nhỏ hơn 30 tuổi	59	41,84
	Từ 30 đến 50 tuổi	56	39,72
	Trên 50 tuổi	26	18,44
	Tuổi trung bình	35,84 ± 16,93	

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu chủ yếu là nữ chiếm 57,45%, tuổi trung bình là 35,84 ± 16,93 (tuổi), trong đó phần lớn là nhỏ hơn 30 tuổi (41,84%). Tình trạng hôn nhân của nhóm nghiên cứu hầu hết là kết hôn (46,81%). Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Wenjing Zheng thực hiện nghiên cứu trên 151 bệnh nhân ngộ độc trong đó phần lớn đối tượng là nữ giới chiếm 58,9%, tuổi trung bình là 31.53 ± 14.72, kết hôn (50,3%), nghiên cứu của tác giả Suthimon Thumtecho thì đối tượng hầu hết là nữ giới từ 11-30 tuổi.[2] Điều này cho thấy nữ giới trong độ tuổi lao động có gia đình là đối tượng có khả năng tự ngộ độc cao. Phần lớn nhóm nghiên cứu có trình độ học vấn là THPT (42,55%) và sống ở nông thôn (63,12%), trong khi kết quả của

Wenjing Zheng phần lớn là trình độ học vấn là đại học (38,4%) và sống ở thành phố (67,5%), sự khác biệt này phần nhiều nghĩ đến do bối cảnh nông thôn ở Việt Nam, khả năng tiếp cận giáo dục hạn chế và tỷ lệ ngộ độc thuốc trừ sâu là chủ yếu.[3] Nghề nghiệp chủ yếu của nhóm nghiên cứu là lao động chân tay chiếm 34,04%.

Bảng 3.2. Đặc điểm về tiền sử hành vi tự sát trước đây và tiền sử gia đình (n=141)

Đặc điểm			Số lượng	%
Tiền sử bản thân	Rối loạn tâm thần	Có	53	37,59
		Không	88	62,41
	Hành vi tự sát	Có	42	29,79
		Không	99	70,21
Tiền sử gia đình	Mắc rôi loạn tâm thần	Có	34	24,11
		Không	107	75,89
	Có hành vi tự sát	Có	14	9,93
		Không	127	90,07

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu có 37,59% có tiền sử rối loạn tâm thần trước đây và 29,79% đã có hành vi tự sát trước đây. Nghiên cứu của tác giả Suthimon Thumtecho, hầu hết bệnh nhân (86,4%) có rối loạn tâm thần tiềm ẩn và trầm cảm nặng là chủ yếu[2], phần nhiều nghĩ đến là do trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào tiền sử đã được chẩn đoán trước đó. Một nghiên cứu khác của tác giả Maja Lumpe tìm thấy cũng có tỷ lệ rối loạn tâm thần trước đây cao hơn của chúng tôi là 64,7% và 32% có hành vi liên quan đến tự sát trước đây.[4] Sự khác biệt này chủ yếu do đối tượng nghiên cứu của Maja Lumpe là lao động trí óc và được thực hiện tại trung tâm đô thị lớn khả năng chẩn đoán tâm thần phát triển. Tiền sử gia đình có người mắc rối loạn tâm thần và đã từng có hành vi tự sát ở mức cao lần lượt là 24,11% và 9,93%, điều này cho thấy vai trò của di truyền và môi trường gia đình, nhấn mạnh cần đánh giá yếu tố gia đình để can thiệp tâm lý hiệu quả.

3.2. Đặc điểm rối loạn tâm thần ở nhóm người bệnh ngộ độc thuốc và hóa chất

Bảng 3.3. Các yếu tố sang chấn tâm lý thúc đẩy hành vi tự sát (n=141)

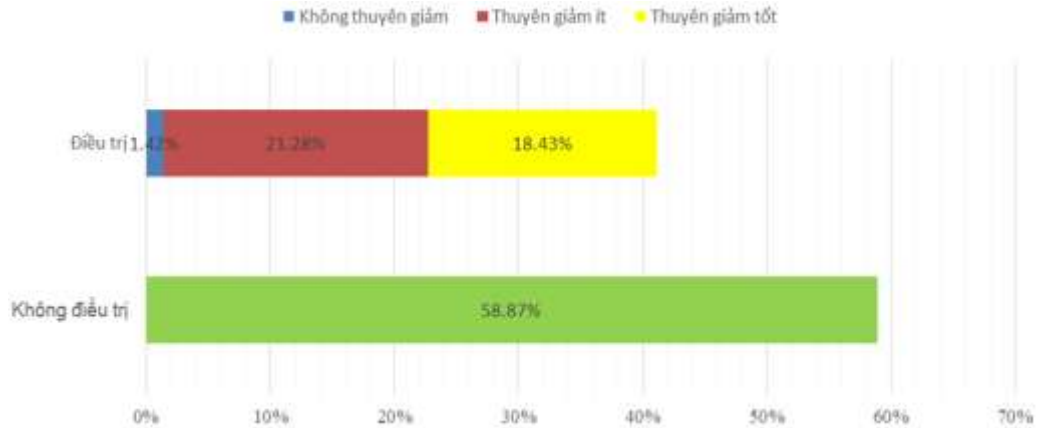
Sang chấn tâm lý		Số lượng	%
Đặc điểm	Sang chấn cấp tính	81	57,45
	Sang chấn trường diễn	60	42,55
Các loại sang chấn	Mâu thuẫn bạn bè	37	26,24
	Mâu thuẫn gia đình	74	52.48
	Mâu thuẫn tình cảm	7	4,96
	Công việc/học tập	7	4,96
	Tiền bạc	9	6,38
	Bạo lực học đường	2	1,42
	Khác	15	10,64

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy các sang chấn phần lớn là cấp tính chiếm 57,45% trong đó chủ yếu là mâu thuẫn gia đình (52,48%), mâu thuẫn bạn bè (26,24), áp lực kinh tế (6,38%). Kết quả tương tự cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Konradsen khi các sang chấn chủ yếu là xung đột/ bạo lực gia đình, mâu thuẫn tình cảm và áp lực kinh tế và tác giả Konradsen cũng cho rằng các yếu tố kích hoạt tự ngộ độc thường liên quan đến sự kiện căng thẳng tức thời phù hợp với các sang chấn chủ yếu là cấp tính của chúng tôi.[5]

Bảng 3.4. Các rối loạn tâm thần ở nhóm nghiên cứu (n=141)

Các rối loạn tâm thần		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rối loạn trầm cảm (theo DASS)	Mức độ nhẹ	10	7,09
	Mức độ vừa	28	19,86
	Mức độ nặng	39	27,66
	Mức độ rất nặng	31	21,99
Rối loạn lo âu (theo DASS)	Mức độ nhẹ	29	20,57
	Mức độ trung bình	21	14,89
	Mức độ nặng	4	2,84
	Mức độ rất nặng	3	2,13
Rối loạn loạn thần		2	1,42
Rối loạn sử dụng chất		11	7,80

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn trầm cảm cao ở nhóm nghiên cứu chiếm 76,6%, trong đó phần lớn là từ mức độ trầm cảm nặng – rất nặng chiếm 49,65%. Tỷ lệ rối loạn lo âu của nhóm nghiên cứu là 40,43% phần lớn là rối loạn lo âu mức độ nhẹ – trung bình chiếm 35,46%. kết quả tương tự tìm thấy trong nghiên cứu của tác giả Wenjing Zheng với tỷ lệ rối loạn trầm cảm là 68,9%, chủ yếu là trầm cảm vừa – rất nặng chiếm 57,6%, tuy nhiên tỷ lệ rối loạn lo âu lại cao hơn chiếm 68,2% và tỷ lệ đồng đều từ mức độ lo âu nhẹ - nặng.[3] Sự khác nhau nghĩ nhiều do bộ công cụ đánh giá của chúng tôi sử dụng là DASS trong khi của Wenjing Zheng là GAD-7 và PHQ-9. Tỷ lệ rối loạn loạn thần và sử dụng chất trong nhóm nghiên cứu lần lượt là 1,42% và 7,8%. Kết quả tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Nguyen Van Tuan với tỷ lệ loạn thần và sử dụng chất lần lượt là 2,9% và 7,8%.[6]



Biểu đồ 3.1. Điều trị sau khi được chẩn đoán rối loạn tâm thần

Nhận xét: Phần lớn nhóm nghiên cứu không được điều trị sau khi được chẩn đoán rối loạn tâm thần chiếm 58,87%, nguyên nhân chủ yếu do sự từ chối điều trị từ người bệnh và gia đình, phần khác do người bệnh không được tiếp cận đúng chuyên khoa, sự giải thích hợp lý từ nhân viên y tế. Một nghiên cứu khác của tác giả Pushpakumara tỷ lệ không được can thiệp điều trị sau chẩn đoán lên tới 76,4% điều này có thể nghĩ phần nhiều do địa điểm thực hiện của tác giả là Sri Lanka một vùng nông thôn với nhận thức của người dân chưa cao.[7] Trong nhóm người bệnh được điều trị rối loạn tâm thần đa số ở mức thuyên giảm ít (21,28%) cho thấy hiệu quả điều trị chưa cao.

IV. KẾT LUẬN

Rối loạn tâm thần ở người bệnh ngộ độc thuốc và hóa chất chiếm tỷ cao, đặc biệt ở nữ giới dưới 30 tuổi với tỷ lệ tiền sử bản thân và gia đình được chẩn đoán rối loạn tâm thần và có hành vi tự sát trước đây cũng ở mức cao, đánh giá vai trò của gia đình trong tiến triển bệnh. Các sang chấn phần nhiều là cấp tính chủ yếu là mâu thuẫn gia đình, mâu thuẫn bạn bè và áp lực kinh tế. Trầm cảm và lo âu là các rối loạn được ghi nhận nhiều nhất ở nhóm người bệnh. Kết quả điều trị tâm thần sau chẩn đoán chưa cao và tỷ lệ thuyên giảm điều trị tâm thần mới chỉ ở mức thuyên giảm ít. Do vậy cần quan tâm không chỉ các vấn đề tâm thần của người bệnh mà còn yếu tố gia đình để can thiệp điều trị một cách toàn diện và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Searles Quick VB, Davis JM**. Chapter 56 - Suicidal Behavior and Prescription Opioid Medication. In: Preedy VR, ed. Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse. Academic Press; 2016: 555-566. doi:10.1016/B978-0-12-800634-4.00056-1
2. **Spiller HA, Ackerman JP, Smith GA, et al**. Suicide attempts by self-poisoning in the United States among 10-25 year olds from 2000 to 2018: substances used, temporal changes and demographics. Clin Toxicol Phila Pa. 2020;58(7):676-687. doi:10.1080/15563650.2019.1665182
3. **Zheng W, Han L, Fan Y, et al.** Association of mental health status between self-poisoning suicide patients and their family members: a matched-pair analysis. BMC Psychiatry. 2023;23:294. doi:10.1186/s12888-023-04779-9
4. **Lumpe M, Schurr J, Rabe C, et al.** Socio-demographic and psychiatric profile of patients hospitalized due to self-poisoning with suicidal intention. Ann Gen Psychiatry. 2022;21(1): 16. doi:10.1186/s12991-022-00393-3
5. **Konradsen F, Hoek W van der, Peiris P.** Reaching for the bottle of pesticide--a cry for help. Self-inflicted poisonings in Sri Lanka. Soc Sci Med 1982. 2006;62(7):1710-1719. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.020
6. **Tuan NV, Dalman C, Thiem NV, et al.** Suicide attempts by poisoning in Hanoi, Vietnam: methods used, mental problems, and history of mental health care. Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. 2009; 13(4): 368-377. doi:10.1080/13811110903266657
7. **Pushpakumara PHGJ, Dawson AH, Adikari AMP, et al.** Exploration of associations between deliberate self-poisoning and psychiatric disorders in rural Sri Lanka: A case-control study. PloS One. 2021;16(8): e0255805. doi:10.1371/journal.pone.0255805

TỔNG QUAN VỀ NHỒI MÁU NÃO CHUYỂN DẠNG XUẤT HUYẾT

Nguyễn Thế Anh[1]

TÓM TẮT

Chuyển dạng xuất huyết (CDXH) có triệu chứng là một trong những biến chứng dễ dẫn đến tử vong ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp. CDXH sau đột quỵ nhồi máu cục bộ cấp tính được chẩn đoán khi một số vùng nhất định của nhồi máu não xuất hiện xuất huyết não trên hình ảnh học sọ não. Cơ chế của nó thường được giải thích là do sự phá vỡ hàng rào máu não và tổn thương do tái tưới máu gây rò rỉ các tế bào máu ra ngoại vi. Trong nhồi máu não do thiếu máu cục bộ, CDXH có thể là tiến triển tự nhiên của đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp tính và cũng có thể tăng nguy cơ do liệu pháp tái tưới máu. Do đó sự xuất hiện CDXH trong đột quỵ cấp tính là một yếu tố quan trọng được các bác sĩ xem xét để quyết định liệu có nên thực hiện liệu pháp tái thông mạch hay không. Bài tổng quan này nhằm mục đích minh họa các cơ chế sinh lý bệnh, các yếu tố liên quan đến CDXH sau khi điều trị tái tưới máu, và mô tả các chiến lược phòng ngừa sự xuất hiện và mở rộng của CDXH, và phương pháp điều trị chuyển dạng xuất huyết

Từ khóa: Nhồi máu não chuyển dạng xuất huyết, xuất huyết não, tái tưới máu

SUMMARY

OVERVIEW OF HEMORRHAGIC TRANSFORMATION AFTER ISCHEMIC STROKE

Symptomatic hemorrhagic transformation (HT) is one of the complications lead to death in patients with acute ischemic stroke. HT after acute ischemic stroke is diagnosed when certain areas of cerebral infarction appear as cerebral hemorrhage on radiological images. Its mechanisms are usually explained by disruption of the blood-brain barrier and reperfusion injury that causes leakage of peripheral blood cells. In ischemic infarction, HT may be a natural progression of acute ischemic stroke and can be facilitated or enhanced by reperfusion therapy. Therefore HT occurrence in acute stroke settings is an important factor to be considered by physicians to determine whether recanalization therapy should be performed. This review aims to illustrate the pathophysiological mechanisms of HT, related factors after reperfusion therapy, and describe prevention strategies for the occurrence and enlargement of HT, and HT therapeutic

Keywords: hemorrhagic transformation (HT), cerebral heamorrhage, reperfusion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạng xuất huyết (CDXH) hay xuất huyết trong ổ nhồi máu xảy ra sau huyết khối tĩnh mạch hoặc thuyên tắc và huyết khối động mạch [1,2]. Các nghiên cứu khám nghiệm tử thi đã báo cáo tỷ lệ CDXH trong đột quỵ thiếu máu não cấp do tắc động mạch là 18– 42% [1,3] được báo cáo chủ yếu trong các nghiên cứu lâm sàng sử dụng chẩn đoán

[1]*Bệnh viện Thanh Nhàn*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh
Email: bsnguyentheanh@gmail.com
SĐT: 0983656828
Ngày nhận bài: 14/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 11/4/2025
Ngày duyệt bài: 14/5/2025

hình ảnh sọ não như chụp cắt lớp vi tính sọ não (CT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI), hơn là nghiên cứu giải phẫu bệnh học [4]. Chẩn đoán hình ảnh điện quang của CDXH được phân loại bởi Hiệp hội nghiên cứu đột quỵ cấp Châu Âu (ECASS). Trên hình ảnh CT, mức độ nghiêm trọng của CDXH được chia thành hai giai đoạn: xuất huyết trong ổ nhồi máu (HI - hemorrhagic infarction) và xuất huyết trong nhu mô (PH - parenchymal hemorrhage) có hoặc không có hiệu ứng choáng chỗ [7]. Mỗi giai đoạn được chia thành hai nhóm phụ. Mỗi đặc điểm được trình bày trong bảng 1 [8].

Bảng 1. Đặc điểm CDXH (HT) theo Hiệp hội Nghiên cứu Đột quỵ cấp Châu Âu (ECASS)

Phân loại HT	Hiệu ứng choáng chỗ	Định nghĩa
Xuất huyết trong ổ nhồi máu - type 1 (HI-1)	Không có hiệu ứng choáng chỗ	Đốm xuất huyết nhỏ dọc theo bờ vùng nhồi máu
Xuất huyết trong ổ nhồi máu - type 2 (HI-2)		Đốm xuất huyết kết hợp trong vùng nhồi máu
Xuất huyết trong nhu mô - type 1 (PH-1)	Hiệu ứng choáng chỗ nhẹ	Tụ máu <30% diện tích vùng nhồi máu
Xuất huyết trong nhu mô - type 2 (PH-2)	Có hiệu ứng choáng chỗ xác định	Tụ máu > 30% diện tích vùng nhồi máu.

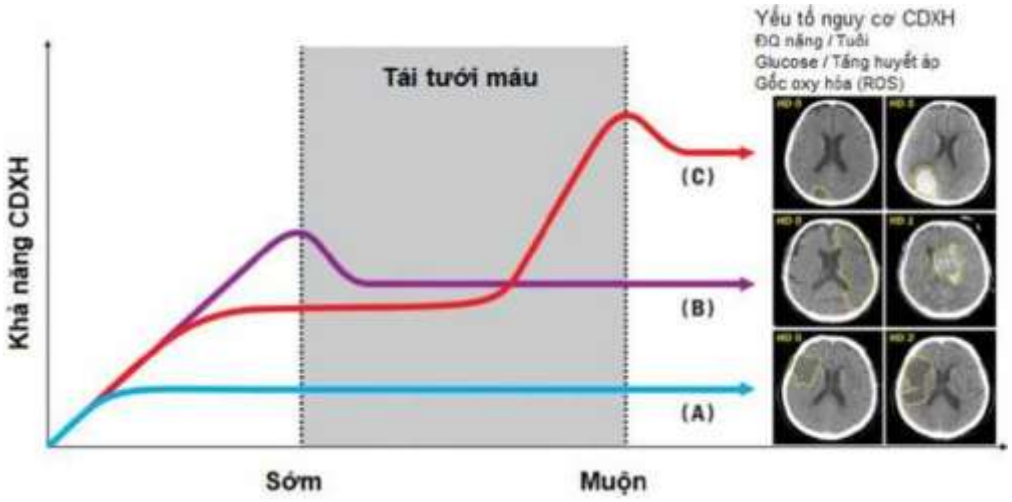
Gần đây dù các bác sỹ đã đạt được nhiều tiến bộ trong liệu pháp tái tưới máu đường tĩnh mạch hoặc can thiệp nội mạch cho các trường hợp đột quỵ thiếu máu não cấp [4], tuy nhiên cơ chế xuất huyết não hoặc tụ máu sau đột quỵ ở từng bệnh nhân vẫn còn chưa được hiểu rõ. Xuất huyết nội sọ sau đột quỵ thiếu máu não cấp ảnh hưởng đáng kể đến tiến triển của bệnh nhân [3] và kiểm soát nguy cơ chảy máu đóng một vai trò quan trọng trong việc xác định xem có nên tiến hành tái thông mạch máu hay không [1]. Khối máu tụ lớn trong nhu mô và xuất huyết nội sọ có triệu chứng có tỷ lệ tử vong cao và chiếm đến 6% bệnh nhân sau tiêu huyết khối tĩnh mạch [4]. Ngoài ra, CDXH trên bệnh nhân nhồi máu tiến triển có thể dẫn đến xấu đi đáng kể chức năng thần kinh [3,4]. Tần suất CDXH có liên quan đến các yếu tố khác nhau, chẳng hạn như các yếu tố dịch tễ học (ví dụ: tuổi, tiền sử điều trị đột quỵ và tình trạng bệnh), đặc điểm của vùng nhồi máu (kích thước vùng lõi thiếu máu cục bộ và thời gian thiếu máu cục bộ), kỹ thuật tái tưới máu trong giai đoạn cấp tính (tiêu huyết khối qua tĩnh mạch, lấy huyết khối cơ học hoặc kết hợp), chẩn đoán hình ảnh (CT hoặc MRI) và sử dụng thuốc chống huyết khối sau giai đoạn cấp tính [9].

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC CDXH

Nhiều tiêu chí khác nhau đã được áp dụng để xác định liệu xuất huyết trong ổ nhồi máu có triệu chứng hay không; tuy nhiên, chỉ có khối máu tụ trong nhu mô được báo cáo là có liên quan đến tình trạng trầm trọng và tiên lượng xấu [3]. Nhiều trường hợp CDXH, bao gồm đốm xuất huyết không có triệu chứng [4]. Chỉ xuất huyết nội sọ có triệu chứng (tụ máu trong nhu mô) mới biểu hiện rõ ràng trên lâm sàng và thường biểu hiện tình trạng thần kinh xấu đi nhanh chóng [3]. Ở những bệnh nhân không được điều trị, CDXH hiếm

khi xảy ra trong 6 giờ đầu. Nó thường xuất hiện trong vài ngày đầu, hầu hết trong vòng 4 ngày sau nhồi máu. Những bệnh nhân đã được điều trị bằng phương pháp tiêu huyết khối hoặc can thiệp lấy huyết khối thường bị chảy máu 24 giờ sau khi khởi phát đột quỵ (CDXH sớm) [3].

Các nhà nghiên cứu bệnh học theo truyền thống gọi đốm CDXH là "red softening". Đốm CDXH là do (a) tưới máu không đủ từ các mạch máu lân cận hoặc (b) tái tưới máu các mô bị nhồi máu với mạch máu yếu (sự thoát mạch).[4] Phần (a) giải thích tại sao CDXH xảy ra ở những bệnh nhân bị tắc mạch kéo dài [30], trong khi phần (b) giải thích tại sao tỷ lệ bệnh nhân mắc CDXH ở những người được điều trị tái tưới máu cao hơn ở những người không được điều trị tái tưới máu [9].



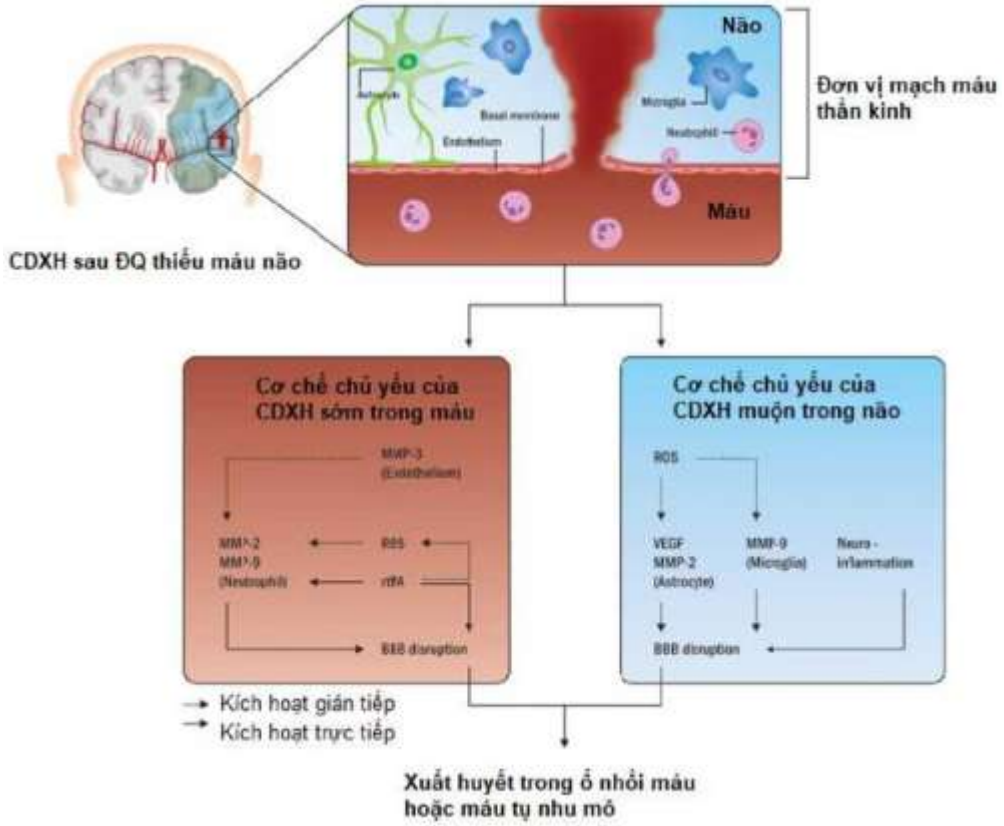
Hình 1: Mô tả mối liên quan giữa CDXH và thời gian tái tưới máu sau ĐQ thiếu máu não

Hình 1 cho thấy mối quan hệ giữa khả năng CDXH và tái tưới máu sau đột quỵ thiếu máu cục bộ. Các đặc điểm hình ảnh học của đốm xuất huyết vùng nhồi máu khác với các đặc điểm của xuất huyết trong nhu mô [9]. Xuất huyết trong ổ nhồi máu thường xuất hiện dưới dạng dấu chấm nhỏ xuất huyết và thường không thu xếp riêng lẻ [6]. Trong tụ máu hoặc xuất huyết nhu mô, các đặc điểm chẩn đoán hình ảnh bao gồm cả CT và MRI biểu hiện các đặc điểm của thiếu máu cục bộ và xuất huyết não chồng lấp lên nhau [7].

III. CƠ CHẾ CDXH SAU TỔN THƯƠNG ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO

Hàng rào máu não (HRMN) là hàng rào sinh lý giữa nhu mô não và tuần hoàn não, có tác dụng nuôi dưỡng mô não, lọc các chất khác nhau từ não vào máu và bảo vệ não [4]. HRMN bao gồm các tế bào nội mô, màng đáy, tế bào ngoại vi và tế bào hình sao, được gọi chung là đơn vị mạch máu thần kinh và liên kết với các tế bào máu ngoại vi đang lưu thông [4]. Sự gián đoạn sớm của HRMN đóng vai trò then chốt trong việc hình thành CDXH trong đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp tính [7]. Các loại bạch cầu và các phân tử khác nhau có liên quan đến CDXH sau đột quỵ do thiếu máu não cục bộ [4]. Bạch cầu trung tính và mô não là nguồn cung cấp chất nền metallicoproteinase-9 (MMP-9) chính trong vòng 18–24 giờ đầu sau đột quỵ [4]. Truyền tĩnh mạch chất kích hoạt

plasminogen mô ngoại sinh (tPA) có thể làm tăng nồng độ MMP-9 bằng cách kích hoạt bạch cầu trung tính [4], và tPA nội sinh có thể làm tăng nồng độ MMP-3 bằng cách tác động lên protein thụ thể lipoprotein của tế bào nội mô (LRP) [4], và có thể tăng nồng độ MMP-2 bằng cách kích hoạt yếu tố tăng trưởng có nguồn gốc từ tiểu cầu-CC như một chất kích hoạt thông qua thụ thể A của yếu tố tăng trưởng có nguồn gốc từ tiểu cầu hình sao [43]. Hình 2 cho thấy cơ chế có thể xảy ra đối với CDXH sớm và CDXH muộn.



Hình 2: Cơ chế có thể xảy ra trong CDXH sớm và muộn

Về mặt lý thuyết, nhồi máu não không xảy ra cho đến khi lưu lượng máu não giảm đến ngưỡng tối thiểu, không thể đảm bảo đủ oxy và glucose [4]. Giống như các cơ quan khác, mô não bị nhồi máu có xu hướng chảy máu và xuất huyết não có thể dẫn đến suy giảm thần kinh nghiêm trọng [7]. Các cơ chế liên quan đến CDXH có thể được xem xét từ nhiều góc độ khác nhau, chẳng hạn như thay đổi mô học, tắc mạch, tuần hoàn bàng hệ, gián đoạn HRMN và kích thước vùng nhồi máu [4,7].

Thiếu máu não cấp tính dẫn đến tổn thương đáng kể các tế bào mao mạch, làm tăng tính thấm thành mạch và thoát mạch trong nhu mô não [4,7]. Hai yếu tố chính được mô tả trong quá trình này là áp lực oxy hóa và tổn thương tái tưới máu, gây tổn thương mạch máu thông qua các cơ chế tổn thương khác nhau, chẳng hạn như viêm, thâm nhiễm bạch cầu, kích hoạt mạch máu và phân giải protein ngoại bào [4,7]. Hậu quả là sự phá hủy lớp nền và các mối nối chặt chẽ của nội mạc [4].

IV. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CDXH SAU ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO

Các yếu tố liên quan đến CDXH sau đột quỵ do thiếu máu cục bộ được trình bày chi tiết trong

Bảng 2. Các yếu tố liên quan CDXH [4]

Yếu tố liên quan	Nguy cơ cao	Nguy cơ thấp
Yếu tố lâm sàng		
Tuổi	Già	Trẻ
Giới	Nam	Nữ
Cân nặng	Béo phì	Bình thường
Nhiệt độ	Sốt	Bình thường
Glucose	Tăng đường huyết	Bình thường
Huyết áp	Tăng huyết áp	Bình thường
Huyết áp dao động	Có	Không
Đột quỵ nghiêm trọng	NIHSS > 22 điểm	NIHSS 1-5 điểm
Kích thước/dạng của nhồi máu	Tắc mạch/vùng nhồi máu lớn (MCA, ACA)	Bệnh mạch máu nhỏ/ lỗ khuyết
Rung nhĩ	Có	Không
Suy tim sung huyết	Có	Không
Suy giảm chức năng thận	Có	Không
Tiền sử đột quỵ	Có	Không
Đái tháo đường	Có	Không
Số lượng tiểu cầu	Thấp	Không
Fibrinogen	Thấp	Cao
Ferritin	Cao	Thấp
Yếu tố FXII	Thấp	Cao
Yếu tố FXII V34L	Cao	Thấp
Biểu hiện hình ảnh học		
Dấu hiệu sớm của thiếu máu não	Có	Không
Giảm đậm độ khu trú, phù nề, khối choáng chỗ	Có	Không
Giảm đậm độ chất trăng (Leukoaraiosis)	Có	Không
Tính thấm HRMN	Có	Không
Các vùng giảm tưới máu trên chụp cắt lớp vi tính tưới máu	Có	Không
Dấu hiệu tổn thương cấp tính tăng cường	Có	Không
Vùng tăng tương phản MRI	Có	Không
Dòng tuần hoàn phụ	Thấp	Cao
Giá trị ADC	Thấp	Cao
Lưu lượng hoặc thể tích máu não	Cao	Thấp
Thể tích nhồi máu não trên DW	Lớn	Nhỏ

Điểm đánh giá tổng hợp		
HAT (0-5 điểm)	Cao	Thấp
MSS (0-4 điểm)	Cao	Thấp
SITS-SICH (0-12 điểm)	Cao	Thấp
SEDAN (0-5 điểm)	Cao	Thấp
GRASPS GWTG (0-101 điểm)	Cao	Thấp
SPAN-100 (0-1 điểm)	Cao	Thấp
THRIVE (0-9 điểm)	Cao	Thấp

V. ĐIỀU TRỊ CDXH

Đảo ngược rối loạn đông máu bằng các yếu tố khác nhau

Mặc dù việc điều chỉnh rối loạn đông máu vẫn là phương pháp điều trị chính sau khi truyền tPA, nhưng không có thuốc cụ thể nào được cho là có hiệu quả nhất trong việc xử lý tình trạng tăng CDXH nguy hiểm, bao gồm xuất huyết nội sọ có triệu chứng [86]. Ở những bệnh nhân xuất huyết nội sọ có triệu chứng xảy ra trong vòng 36 giờ sau khi truyền tPA, có một số gợi ý có thể được xem xét tùy thuộc vào cơ chế hoạt động của các thuốc đảo ngược rối loạn đông máu [7].

Phòng ngừa CDXH lan rộng

Khối máu tụ lan rộng hoặc xuất huyết nội sọ là yếu tố dự báo chính về tử vong và tàn tật ở bệnh nhân đột quỵ cấp tính CDXH [3]. Do đó, ngoài việc đảo ngược tích cực tình trạng rối loạn đông máu, các chiến lược khác để ngăn chặn sự lan rộng khối máu tụ cũng như trong điều trị xuất huyết não. Huyết áp cao và dao động có liên quan đến tăng nguy cơ lan rộng khối máu tụ ở bệnh nhân xuất huyết nội sọ tự phát trong các nghiên cứu quan sát [7]. Ở những bệnh nhân xuất huyết nội sọ tự phát, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng kiểm soát huyết áp tâm thu tích cực, hạ huyết áp xuống 140mmHg là tương đối an toàn, nhưng trong trường hợp này hiệu quả không rõ ràng so với hạ huyết áp tâm thu xuống 180 mmHg [9]. Mặc dù mục tiêu tối ưu để kiểm soát huyết áp trong xuất huyết nội sọ vẫn chưa rõ ràng, mục tiêu điều trị là cung cấp đủ lưu lượng máu đến vùng thiếu máu cục bộ, giảm áp lực lên não do suy giảm cơ chế tự điều hòa và cuối cùng là giảm nguy cơ lan rộng khối máu tụ [9]. Tuy nhiên, hiệu quả của huyết áp đối với sự lan rộng khối máu tụ là đối với xuất huyết nội sọ nguyên phát, là yếu tố độc lập với CDXH sau đột quỵ do thiếu máu cục bộ. Mặc dù, thử nghiệm ENCHANTED (Enhanced Control of Hypertension and Thrombolysis Stroke Study) gần đây đã chỉ ra rằng kiểm soát huyết áp tích cực có khả năng làm giảm nguy cơ xuất huyết nội sọ nặng ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp tính được điều trị tiêu huyết khối qua đường tĩnh mạch [9].

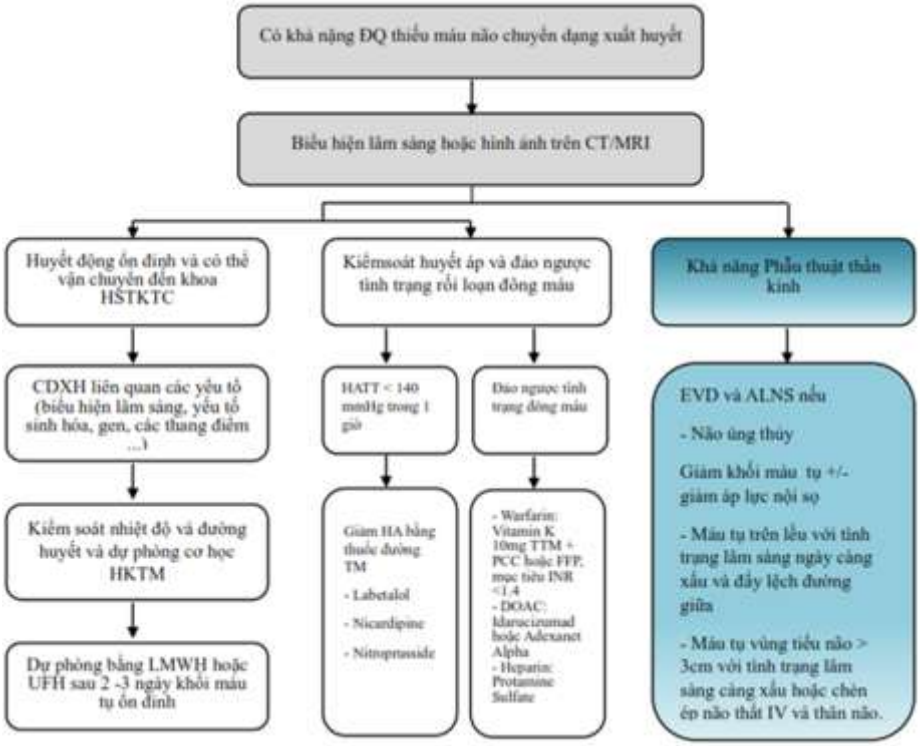
Kiểm soát huyết áp sau khi lấy huyết khối để ngừa CDXH

Các nghiên cứu quan sát cho thấy nguy cơ CDXH tăng lên ở bệnh nhân huyết áp cao và mức dao động huyết áp cao, cho thấy mối quan hệ chặt chẽ giữa huyết động và CDXH [4]. Sự dao động huyết áp cao được coi là yếu tố nguy cơ cao gây phù não và CDXH sau đột quỵ, vì huyết áp thay đổi nhanh chóng có thể dễ dàng làm vỡ các mạch máu vốn đã bị tổn thương do thiếu máu cục bộ [9]. Các khuyến cáo hiện tại khuyến nghị duy trì huyết áp dưới ngưỡng 180/105 mmHg trong ít nhất 24 giờ, bất kể can thiệp tiêu huyết khối hay can thiệp nội mạch [9]. Một

nghiên cứu gần đây tại Mỹ đã báo cáo rằng huyết áp tâm thu cao nhất là 158 mmHg trong 24 giờ đầu sau khi điều trị nội mạch sẽ phân biệt tốt nhất kết cục tốt và xấu [4]. Một thử nghiệm ngẫu nhiên tiến cứu đã cho ra kết quả trung gian (neutral results) khi xác định liệu huyết áp tâm thu mục tiêu < 130 mmHg sau khi tái tưới máu nội mạch có thể làm giảm nguy cơ xuất huyết nội sọ hay không [4]. Do đó, việc hạ thấp mục tiêu huyết áp sau tái tưới máu được xem xét để ngăn ngừa tổn thương tái tưới máu và thúc đẩy phục hồi mô ở vùng thiếu máu cục bộ tranh tối tranh sáng (penumbra) [4].

Điều trị nội khoa và cân nhắc phẫu thuật thần kinh

Có thể nghi ngờ nhồi máu não CDXH dựa trên biểu hiện lâm sàng (tình trạng thần kinh xấu đi theo thang điểm NIHSS) và kết quả hình ảnh CT hoặc MRI trong vòng 48 giờ [4]. Đầu tiên, cần thực hiện ổn định huyết động, sau đó chuyển đến đơn vị chăm sóc tích cực về thần kinh (Neuro - ICU) nếu có. Để đánh giá các cơ chế của CDXH, cần phân tích các yếu tố liên quan đến CDXH chẳng hạn như đặc điểm lâm sàng, yếu tố sinh hóa, di truyền, kết quả hình ảnh và điểm đánh giá tổng hợp. Sau đó nên thực hiện kiểm soát nhiệt độ và đường huyết, điều trị dự phòng cơ học đối với huyết khối tĩnh mạch sâu [5]. Thứ hai, kiểm soát huyết áp và điều chỉnh các rối loạn đông máu phải là nền tảng của điều trị CDXH [2]. Cuối cùng, cần cân nhắc phẫu thuật thần kinh càng sớm càng tốt nếu nghi ngờ CDXH nguy hiểm [1]. Một lưu đồ tiếp cận lâm sàng thích hợp điều trị đột quỵ do thiếu máu cục bộ CDXH được mô tả trong Hình 4 [4]



Hình 4: Lưu đồ điều trị nội khoa hay phẫu thuật thần kinh cho bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não CDXH

ĐQ: Đột quỵ, HSTKTC: Hồi sức thần kinh tích cực, HA: Huyết áp, CDXH: CHDXH, HKTM: Huyết khối tĩnh machj, DLNT: Dẫn lưu não thất, ALNS: Áp lực nội sọ

VI. KẾT LUẬN

Xuất huyết nội sọ có triệu chứng là một biến chứng đe dọa tính mạng cần điều trị nội khoa và phẫu thuật cấp cứu ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp tính. Vì vậy chúng ta cần hiểu các cơ chế có thể xảy ra và điều trị biến chứng nghiêm trọng tiềm ẩn này bằng các lưu đồ có hệ thống để điều trị đột quỵ trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lodder J, Krijne-Kubat B, Brockman J.** Cerebral Hemorrhagic Infarction at Autopsy, Cardiac embolic cause and the relationship to the cause of death. Stroke. (1986) 17:626-9.
2. **Okada Y, Yamaguchi T, Minematsu K, Miyashita T, Sawada T, Sadoshima S, et al.** Hemorrhagic transformation in cerebral embolism. Stroke. (1989) 20:598-603. doi: 10.1161/01.STR.20.5.598
3. **England TJ, Bath PM, Sare GM, Geeganage C, Moulin T, O'Neill D, et al.** Asymptomatic hemorrhagic transformation of infarction and its relationship with functional outcome and stroke subtype: assessment from the Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial. Stroke. (2010) 41:2834-9. doi: 10.1161/STROKEAHA. 109.573063
4. **Lee J-H.** Hemorrhagic transformation after acute ischemic stroke;prevalence predictive factors, and mechanisms./Neurocrit Care. (2013) 6:59-66.
5. **Van Kranendonk KR, Trcurnict KM, Boers AMM, Bcrkhcmcr OA, Coutinho JM, Lingsma HF, et al.** Added prognostic value of hemorrhagic transformation quantification in patients with acute ischemic stroke. Front Neurol. (2020) 11:582767. doi: 10.3389/fheur.2020.5 82767
6. **Fiorelli M BS, von Kummer R, del Zoppo GJ, Larrue V, Lesaffre E, Ringleb AP, et al.** Hemorrhagic transformation within 36 hours of a cerebral infarct relationships with early clinical deterioration and 3-month outcome in the European Cooperative Acute Stroke Study I (ECASS I) cohort. Stroke. (1999) 30:2280-4. doi: 10.1161/01.STR .30.11.2280
7. **Valentino F, Gentile L, Terruso V, Mastrilli S, Aridon P, Ragonese P, et al.** Frequency and determinants for hemorrhagic transformation of posterior cerebral stroke: posterior ischemic stroke and hemorrhagic transformation. BMC Res Notes. (2017) 10:592.
8. **Marcell Läszlö J, Hortobagyi T.** Hemorrhagic transformation of ischemic stroke. Vase Dis Therap. (2017)2:1-25. doi: 10.15761/VDT.1000130
9. **Berge E, Whiteley W, Audebert H, De Marchis GM, Fonseca AC, Padiglioni C, et al.** European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. Eur Stroke J. (2021) 6:I-LXII. doi: 10.1177/2396987321989865

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG CẤP 2 VÀ HIỆU QUẢ TƯ VẤN ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP NĂM 2023

Trần Thị Lan[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não (NMN) là một thể của của đột quỵ não, chiếm khoảng 80–85%, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, tàn tật tại Việt Nam và trên thế giới. Tỷ lệ tái phát cao, khoảng 25%, và việc tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2 hiện còn thấp (30–50%), làm tăng nguy cơ tái phát. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng và hiệu quả của can thiệp tư vấn đối với tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2 ở người bệnh NMN. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp với 232 người bệnh NMN ≥18 tuổi, điều trị nội/ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp từ 08/2023–12/2023. Thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi tiêu chuẩn trong đó có sử dụng thang điểm Morisky-8 để đánh giá tuân thủ dùng thuốc. Xử lý số liệu: Epidata 3.1 và STATA 16.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình người bệnh: 73,3 ± 9,2; nam giới chiếm 55,6%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc là 79,7%; không dùng thuốc (ăn uống, sinh hoạt, tái khám…) 48,3%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung 41,0%. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ gồm: trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, thời gian chờ khám, sự tư vấn của cán bộ y tế. Sau can thiệp tư vấn sức khỏe, tỷ lệ tuân thủ điều trị chung tăng từ 41,0% lên 78,5% (p<0,001). **Kết luận:** Người bệnh NMN có mức tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2 chưa cao, đặc biệt ở các biện pháp không dùng thuốc. Tư vấn thay đổi hành vi là can thiệp hiệu quả, giúp cải thiện rõ rệt mức độ tuân thủ, góp phần giảm nguy cơ tái phát.

Từ khóa: Nhồi máu não, tuân thủ điều trị, điều trị dự phòng cấp 2, tư vấn y tế, đột quỵ não, Morisky-8.

SUMMARY

STATUS OF SECONDARY PREVENTION THERAPY ADHERENCE AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT COUNSELING IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE AT NONG NGHIEP GENERAL HOSPITAL IN 2023

Background: Ischemic stroke (IS) is a subtype of cerebral stroke, accounting for approximately 80–85% of cases, and is the leading cause of mortality and disability in Vietnam and worldwide. The recurrence rate is high, around 25%, and adherence to secondary prevention treatment remains low (30–50%), increasing the risk of recurrence. This study was conducted to assess the current status and effectiveness of counseling interventions on adherence to secondary prevention treatment in IS patients. Methods: A cross-sectional descriptive study with intervention was conducted on 232 IS patients aged ≥18 years, receiving inpatient or outpatient treatment at the Agricultural General Hospital from August 2023 to December 2023. Data were collected through

[1]*Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lan
Email: tranlantknoi@gmail.com
SĐT: 0972941808
Ngày nhận bài: 04/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 02/4/2025
Ngày duyệt bài: 05/5/2025

interviews using a standardized questionnaire, including the Morisky-8 scale to assess medication adherence. Data were processed using Epidata 3.1 and STATA 16.0. **Results:** The average age of patients was 73.3 ± 9.2 years; males accounted for 55.6%. The rate of medication adherence was 79.7%; non-medication adherence (diet, lifestyle, follow-up visits, etc.) was 48.3%. The overall treatment adherence rate was 41.0%. Factors related to adherence included education level, occupation, duration of illness, waiting time for examination, and counseling by healthcare staff. After health counseling intervention, the overall treatment adherence rate increased from 41.0% to 78.5% (p<0.001). **Conclusion:** IS patients have a suboptimal level of adherence to secondary prevention treatment, especially regarding non-medication measures. Behavioral change counseling is an effective intervention, significantly improving adherence levels and contributing to reducing the risk of recurrence.

Keywords: Ischemic stroke, treatment adherence, secondary prevention, medical counseling, cerebral stroke, Morisky-8

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não là một thể của đột quỵ não, chiếm khoảng 80- 85%. Nhồi máu não là một trong những nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu trên thế giới cũng như ở Việt Nam.[1]

Nhồi máu não có nguy cơ tái phát cao, có khoảng một phần tư người bệnh đột quỵ sẽ bị tái phát.[2] Tỉ lệ nhồi máu não tái phát dường như không thay đổi trong nhiều thập kỉ qua mặc dù biện pháp phòng ngừa thứ cấp ngày càng được sử dụng nhiều hơn.[3]

Nhồi máu não tái phát có thể dự phòng hiệu quả. Tuy nhiên, việc tuân thủ điều trị dự phòng nhồi máu não tái phát (điều trị dự phòng cấp 2) ở người bệnh thường không tối ưu, chỉ đạt 30-50%[4], dẫn đến tỉ lệ tái phát nhồi máu não cao.

Để đánh giá sự tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2 nhằm mang lại những thông tin quan trọng trong quản lý người bệnh nhồi máu não tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2 và một số yếu tố liên quan ở người bệnh nhồi máu não tại Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp năm 2023.

2. Đánh giá kết quả tư vấn điều trị của nhóm người bệnh nghiên cứu.

II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

2.1. Tổng quan Nhồi máu não

Nghiên cứu của Feigin, V. L và cộng sự (2021): ĐQN là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn thế giới, NMN là một thể của ĐQN, chiếm khoảng 80%.[5]

Nghiên cứu của Gorelick, P. B (2019): Theo báo cáo thống kê của Hiệp hội Tim mạch học Hoa Kỳ mỗi năm Hoa Kỳ có khoảng 795.000 người bị ĐQN, 185.000 bị ĐQN tái phát, với 87% là NMN. Chi phí y tế hàng năm liên quan đến ĐQN tăng từ 71,55 tỷ đô la Mỹ vào năm 2012 lên 183,13 tỷ đô la vào năm 2030.[6]

Khoảng 90% đột quỵ có thể được ngăn ngừa thông qua việc tối ưu hóa các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi, tuy nhiên có đến 50% NB không dùng thuốc theo chỉ định

Nghiên cứu của Mia Kolmos và cộng sự (2021): NMN tái phát vẫn là một thách thức mặc dù việc phòng ngừa thứ phát được bắt đầu ngay sau đột quỵ. Tỉ lệ tái phát dao động từ 5,7- 51,3%.[3]

Theo thông tin từ Bộ Y tế, mỗi năm có khoảng 200.000 người bị đột quỵ và là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu.

2.2. Các nghiên cứu về tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2 ở người bệnh nhồi máu não

Theo tác giả Widjaja KK và cộng sự (Indonesia) trên 215 người sống sót sau cơn đột quỵ, thì có 52,1% có mức độ tuân thủ thuốc từ thấp đến trung bình.[1]

Nghiên cứu của Emmanouela Cheiloudaki và cộng sự tại Hy Lạp (2016), cho kết quả là 68,6% NB NMN tuân thủ là tối ưu.[7]

Trong nghiên cứu của tác giả Phùng Văn Ngọc và cộng sự thì tỉ lệ tuân thủ thuốc điều trị thuốc là 59,9%.[8]

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

232 NB từ 18 tuổi trở lên đã được chẩn đoán NMN đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp từ tháng 08 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. NB được chọn tham gia vào nghiên cứu được phỏng vấn để thu thập thông tin qua bộ câu hỏi soạn sẵn. Xử lí và phân tích số liệu: Số liệu đã thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê STATA 16.0.

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Thực trạng tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2 và một số yếu tố liên quan của NB NMN

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=232)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Giới		
Nam	129	55,6
Nữ	103	44,4
Nhóm tuổi		
47 – 65	40	17,2
66 – 80	142	61,2
Hơn 80	50	21,6
Tuổi trung bình = 73,3 ± 9,2 (min=47; max=100)		
Trình độ học vấn		
Từ Trung học cơ sở trở xuống	151	65,1
Trung học phổ thông, trên Trung học phổ thông	81	34,9

Nhận xét: NB có độ tuổi trung bình 73,3± 9,2, Nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn với 55,6%. NB có trình độ học vấn từ trung học phổi thông trở lên chiếm 34,9%.

Bảng 2. Thông tin về tiếp cận dịch vụ y tế của người bệnh (n=232)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ(%)
Thời gian chờ khám trung bình		
Dưới 1 giờ	44	18,9
Trên 1 giờ	188	81,1
Tần suất được cán bộ y tế nhắc tuân thủ chế độ điều trị		
Thường xuyên (hàng tháng)/Thỉnh thoảng (3 – 4 tháng/lần)	191	82,3
Hiếm khi (1 – 2 lần/năm)/ Không được nhắc	41	17,7

Thông tin được nhận từ cán bộ y tế		
Chế độ dùng thuốc	194	83,6
Chế độ ăn uống, sinh hoạt, tập luyện	143	61,6
Chế độ khám bệnh định kỳ	207	89,2
Không hướng dẫn gì	3	1,3

Nhận xét: Có 81,1% NB phải chờ khám bệnh trên 1 giờ. 82,3% NB thường xuyên hoặc thỉnh thoảng được CBYT nhắc nhở về chế độ điều trị. Có 1,3 % NB không nhận được thông tin từ CBYT về chế độ điều trị cũng như tái khám định kỳ.

Bảng 3. Phân loại tuân thủ điều trị sử dụng thuốc của người bệnh (n=232)

Phân loại tuân thủ điều trị dùng thuốc	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tuân thủ kém/Không tuân thủ (0 – 5 điểm)	47	20,3
Tuân thủ điều trị (6 – 8 điểm)	185	79,7

Nhận xét: NB với điểm phân loại là ≥6, kết quả cho thấy có 79,7% NB tuân thủ điều trị thuốc.

Bảng 4. Phân loại tuân thủ điều trị không sử dụng thuốc của người bệnh

Phân loại tuân thủ điều trị không dùng thuốc	Số lượng	Tỉ lệ(%)
Không tuân thủ điều trị	120	51,7
Tuân thủ điều trị	112	48,3

Nhận xét: Số NB tuân thủ điều trị không sử dụng thuốc chiếm 48,3%.



Biểu đồ 1. Thực trạng tuân thủ điều trị chung

Nhận xét: NB tuân thủ điều trị chung là 41,0% và 59,0% không tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2

Bảng 5. Mối liên quan giữa một số đặc điểm thông tin chung và tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2 của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tuân thủ		Không tuân thủ		OR (95%CI)
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)	
Trình độ học vấn					
Trung học cở sở trở xuống	54	35,8	97	64,2	1
Trung học phổ thông	22	44,9	27	55,1	1,46(0,76 – 2,81)
Trên THPT	19	59,4	13	40,6	2,63(1,20 – 5,73)
Nghề nghiệp					
Làm ruộng	4	9,0	40	90,9	1
Lao động tự do	10	58,8	7	41,2	14,28(3,49 – 58,54)
Công nhân/Viên chức…	4	44,4	5	55,6	8,00(1,51 – 42,45)
Hưu trí	66	50,4	65	49,6	10,15(3,44 – 30,0)
Khác	11	35,5	20	64,5	5,5(1,55 – 19,47)

Nhận xét: Trình độ học vấn , nghề nghiệp là yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị…

4.2. Đánh giá kết quả tư vấn điều trị của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 6. Thực trạng tuân thủ điều trị sử dụng thuốc trước và sau can thiệp

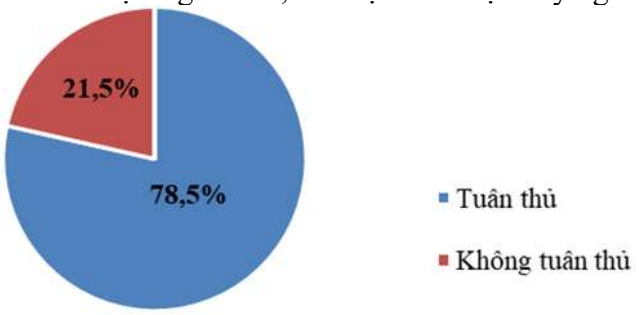
Phân loại tuân thủ điều trị dùng thuốc	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Tuân thủ kém/Không tuân thủ (0 – 5 điểm)	47	20,3	10	4,3	<0,001
Tuân thủ điều trị (6 – 8 điểm)	185	79,7	222	95,7	

Nhận xét: Trước can thiệp có 79,7% NB tuân thủ điều trị sử dụng thuốc và tỉ lệ này sau can thiệp tăng lên 95,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Thực trạng tuân thủ điều trị không sử dụng thuốc trước và sau can thiệp

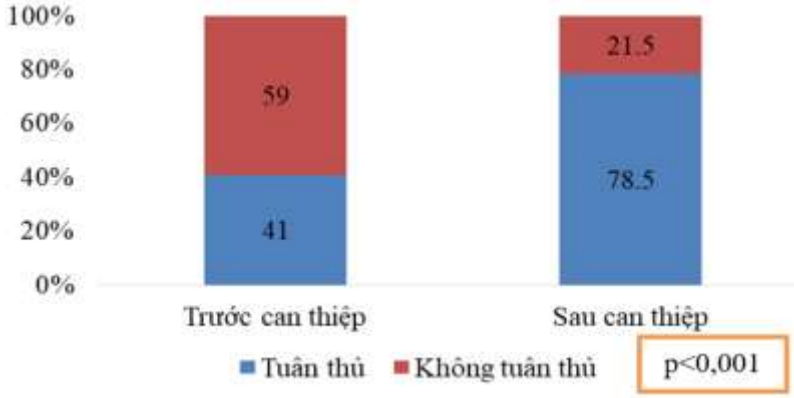
Phân loại tuân thủ điều trị không dùng thuốc	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Không tuân thủ điều trị	120	51,7	46	19,8	<0,001
Tuân thủ điều trị	112	48,3	186	80,2	

Nhận xét: Số NB tuân thủ điều trị không sử dụng thuốc trước can thiệp chiếm 48,3%, sau can thiệp số NB tuân thủ điều trị tăng lên 80,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 2. Phân loại tuân thủ điều trị chung của người bệnh sau can thiệp

Nhận xét: Sau can thiệp, NB tuân thủ điều trị chung là 78,5% và 21,5% NB không tuân thủ điều trị.



Biểu đồ 3. Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh trước và sau can thiệp

Nhận xét: Trước can thiệp có 41,0% NB tuân thủ điều trị, sau can thiệp tỉ lệ tăng lên 78,5%

V. BÀN LUẬN

Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

NB NMN trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ phân bố giới tính nam là 55,6%, cao hơn NB nữ, kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới.[7,8] NMN gặp nhiều hơn ở NB nam trong nghiên cứu lý do có thể đến từ việc NB nam có những hành vi nguy cơ nhiều hơn. NB có tuổi trung bình trong nghiên cứu là 73,3, kết quả tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Saade.[9]

Thực trạng tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu

Thực trạng tuân thủ điều trị dùng thuốc

Điểm trung bình theo thang điểm tuân thủ điều trị sử dụng thuốc Morisky-8 của NB trong nghiên cứu là 6,5 ± 1,6, với tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc là 79,7%, cao hơn so với nghiên cứu của Widjaja [1] , Lý Ngọc Tú[10] . Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số NB mắc bệnh mạn tính như ĐTĐ, THA … những bệnh đang được quản lý tại bệnh viện, hơn nữa đa số NB trong nghiên cứu này đều có bảo hiểm y tế đăng kí ban đầu tại bệnh viện, chính vì thế việc tuân thủ điều trị thuốc đạt tỉ lệ cao .

Thực trạng tuân thủ điều trị không sử dụng thuốc

NB tuân thủ điều trị dự phòng không sử dụng thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 48,3%, trong khi số NB NMN tham gia nghiên cứu mắc thêm ít nhất một bệnh mạn tính khác chiếm tỉ lệ tương đối lớn, điều này càng làm nổi bật thêm vấn đề tuân thủ kém trong điều trị dự phòng không sử dụng thuốc, vốn cũng là một khía cạnh quan trọng và có hiệu quả trong phòng ngừa đột quỵ

Thực trạng tuân thủ điều trị chung

Trong nghiên cứu này, mặc dù tỉ lệ NB tuân thủ dùng thuốc cao (79,7%) nhưng việc tuân thủ điều trị không sử dụng thuốc thấp (48,3%) dẫn đến làm giảm tỉ lệ tuân thủ điều trị chung của NB xuống còn 41%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Lý Ngọc Tú (48,2%).[10]

Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2 của NB NMN

Một số yếu tố đặc điểm thông tin chung, đặc điểm về bệnh và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của NB đã được ghi nhận là có mối liên quan với việc tuân thủ điều trị của NB trong nghiên cứu này. Những NB có học vấn trên Trung học phổ thông có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn nhóm NB có trình độ học vấn thấp, kết quả này tương tự với một số NC của các tác giả khác trên thế giới cũng như ở Việt Nam

NB có thời gian bị bệnh dưới 1 năm hoặc từ 1 đến 5 năm tuân thủ điều trị cao hơn NB bị bệnh trên 5 năm. NB mắc bệnh lâu năm hơn có thể gặp rào cản trong việc tuân thủ lối sống do tuổi cao, hoặc do biến chứng của bệnh, hoặc do phụ thuộc vào người chăm sóc

Một số yếu tố về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và sự giao tiếp giữa nhân viên y tế - NB đã được ghi nhận là có liên quan đến tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2 của NB. Thời gian chờ khám nhanh hơn là yếu tố làm tăng sự tuân thủ ở NB. Điều này tương đồng

với một số nghiên cứu trên thế giới.

Hiệu quả cải thiện mức độ tuân thủ điều trị sau can thiệp tư vấn sức khoẻ.

Sau can thiệp (tư vấn sức khoẻ), điểm tuân thủ điều trị sử dụng thuốc theo thang đo Morisky-8 tăng từ 6,5 lên đến 7,4, cao hơn so với một vài nghiên cứu về tuân thủ điều trị thuốc đã được thực hiện trước. Sở dĩ tỉ lệ tuân thủ điều trị trong nghiên cứu này cao do NB chủ yếu có bảo hiểm y tế, đa phần trong số họ lớn tuổi, có mắc bệnh đồng nhiễm khác như THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu…, thời gian đánh giá lại sau 01 tháng (NB còn lưu tâm đến những thông tin tư vấn sức khoẻ của nhân viên y tế), các bệnh này lại đang được quản lý tại bệnh viện nơi chúng tôi tiến hành nghiên cứu vậy nên với các lí do đó khiến việc tuân thủ điều trị thuốc tăng cao.

Đối với điều trị dự phòng không sử dụng thuốc. Hiệu quả của can thiệp được thể hiện rõ ràng ở việc tỉ lệ tuân thủ của NB tăng từ 48,3% lên 80,2%. Lối sống đóng một vai trò rất quan trọng trong việc điều trị và dự phòng những bệnh lý mạn tính.

Việc tuân thủ sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị không dùng thuốc đều tăng cũng dẫn đến tỉ lệ tuân thủ chung điều trị dự phòng NMN của NB trong nghiên cứu có cải thiện. Tỉ lệ NB tuân thủ điều trị trước can thiệp là 41% và sau can thiệp đã tăng đến 78,5%. Như vậy có thể thấy việc can thiệp tư vấn thay đổi hành vi đối với NB đột quỵ NMN là có hiệu quả, đặc biệt đối với tuân thủ điều trị sử dụng thuốc và thay đổi chế độ ăn, chế độ sinh hoạt và luyện tập.

VI. KẾT LUẬN – KIẾN NGHỊ

Thực trạng tuân thủ điều trị dự phòng cấp 2 và các yếu tố liên quan ở người bệnh nhồi máu não tại Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp

NB có điểm tuân thủ điều trị sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky-8 trong phân bố từ 1 đến 8 điểm với điểm trung bình là 6,5, độ lệch chuẩn là 1,6. Tỉ lệ NB tuân thủ điều trị sử dụng thuốc là 79,7%, tỉ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc là 48,3%, tỉ lệ tuân thủ điều trị chung là 41,0%. Các yếu tố liên quan đến TTĐT có ý nghĩa thống kê: Trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian bị bệnh, thời gian chờ khám bệnh, tần suất được CBYT nhắc tuân thủ điều trị, được CBYT cung cấp thông tin về chế độ dùng thuốc và chế độ khám bệnh định kỳ.

Kết quả tư vấn điều trị của nhóm người bệnh nghiên cứu

Can thiệp tư vấn thay đổi hành vi là có hiệu quả đối với việc cải thiện tuân thủ điều trị ở NB: Tỉ lệ tuân thủ điều trị sử dụng thuốc tăng từ 79,7% lên 95,7%, tỉ lệ tuân thủ điều trị không sử dụng thuốc tăng từ 48,3% lên 80,2%, tỉ lệ tuân thủ điều trị chung tăng từ 41,0% lên 78,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,001).

Kiến nghị: Tăng cường tuyên truyền, giáo dục nâng cao hiểu biết của NB về NMN và dự phòng NMN tái phát. Tại mỗi cơ quan, nên có nhiều buổi tập huấn nâng cao kỹ năng giao tiếp cho NVYT để nâng cao nhận thức của nhân viên về các vấn đề vốn có trong giao tiếp với NB

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Widjaja K. K., Chulavatnatol S., Suansanae T. et al** (2021). Knowledge of stroke and medication adherence among patients with recurrent stroke or transient ischemic attack in Indonesia: a multi-center, cross-sectional study. International journal of clinical pharmacy, 43, 666-672.
2. **Kwon Y. D., Yoon S. S., & Chang, H.** (2014). High total hospitalization cost but low cost of imaging studies in recurrent acute ischemic stroke patients. Plos one, 9(7), e101360.
3. **Kolmos, M., Christoffersen, L., & Kruuse, C.** (2021). Recurrent ischemic stroke–a systematic review and meta-analysis. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 30(8), 105935.
4. **Rothwell PM, Algra A, Chen Z** (2016). Effects of aspirin on risk and severity of early recurrent stroke after transient ischemic attack and ischemic stroke: time-course analysis of randomised trials. Lancet, 388(10042), 365-375.
5. **Feigin V. L., Stark B. A., Johnson C. O. et al** (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Neurology, 20(10), 795-820.
6. **Gorelick, P. B.** (2019). The global burden of stroke: persistent and disabling. The Lancet Neurology, 18(5), 417-418.
7. **Emmanouela Cheiloudaki , Evangelos. C, Alexopoulos** (2019). Adherence to treatment in stroke patients. Int J Environ Res Public Health, 16(2),196.
8. **Phùng Văn Ngọc** (2021). Khảo sát sự tuân thủ thuốc điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân tai biến mạch máu não và một số yếu liên quan, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Saade S., Kobeissy R., Sandakli S. et al** (2021). Medication adherence for secondary stroke prevention and its barriers among Lebanese survivors: a cross-sectional study. Clinical Epidemiology and Global Health, 9, 338-346.
10. **Lý Ngọc Tú** (2020). Đánh giá sự tuân thủ điều trị tăng huyết áp trong ngăn ngừa đột quỵ thiếu máu não tái phát tại tỉnh Sóc Trăng, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LẤY HUYẾT KHỐI Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO DIỆN RỘNG DO TẮC TUẦN HOÀN NÃO TRƯỚC TRONG 6 GIỜ ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Bùi Văn Quí[1], Nguyễn Anh Tuấn[1], Vương Xuân Trung[2], Phạm Thùy Dung[2], Vũ Thị Minh Thư[1], Đào Việt Phương[1,2,3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị lấy huyết khối ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng do tắc tuần hoàn não trước trong 6 giờ đầu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, quan sát.

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não diện rộng do tắc mạch lớn tuần hoàn não trước được can thiệp nội mạch lấy huyết khối tại trung tâm đột quỵ bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2024 đến hết tháng 1 năm 2025, được theo dõi kết cục lâm sàng sau khi ra viện 3 tháng.

Kết quả:

- Tổng số đối tượng nghiên cứu là 50 bệnh nhân
- Tuổi trung bình là 65,74±15,522 Trong đó tỷ lệ nam/nữ = 1,77:1.
- Trong các yếu tố nguy cơ, thường gặp nhất là tăng huyết áp 40%; Đái tháo đường 8%; Rung nhĩ 24%; Suy tim 10%;
- Điểm NIHSS trung bình tại thời điểm nhập viện 13,35± 4,071
- Tại thời điểm sau ra viện 3 tháng bệnh nhân phục hồi tốt có điểm mRS 0-2 chiếm 24.%, bệnh nhân tàn tật phụ thuộc vào người chăm sóc hoặc cần hỗ trợ chiếm tỷ lệ cao 46 %, và có 15 bệnh nhân tử vong, chiếm 30%

Kết luận: Kết quả điều trị can thiệp lấy huyết khối cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng do tắc tuần hoàn não trước hồi phục tốt với mRS 0-2 chiếm tỷ lệ 24%, tỷ lệ tử vong là 30%.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Trung tâm Đột quỵ - bệnh viện Bạch Mai*
[3]*Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Phương
Email: daovietphuong85@gmail.com
SĐT: 0988116685
Ngày nhận bài: 04/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 02/4/2025
Ngày duyệt bài: 05/5/2025

SUMMARY

OUTCOMES OF THROMBECTOMY IN PATIENTS WITH LARGE TERRITORY ISCHEMIC STROKE DUE TO ANTERIOR CIRCULATION OCCLUSION WITHIN THE FIRST 6 HOURS AT BACH MAI HOSPITAL

Results of treatment of endovascular therapy in patients with acute ischemic stroke with large infarct due to large anterior cerebral occlusion whithin 6 hours from onset at Bach Mai hospital.

Method: Patients had a large ischemic-core volume due to occlusion of large blood vessels in the anterior circulation who underwent endovascular thrombectomy at the Stroke Center of Bach Mai Hospital from January 2024 to January 2025, with clinical outcomes monitored up to 3 months after discharge.

Results: The total number of study subjects was 50 patients, in which the male/female ratio =

1.77/1. Mean age: 65,74±15,522. Among the risk factors, the most common were hypertension with 40%, following that was atrial fibrillation with 24%, diabetes mellitus with 8%. The median NIHSS score on admission was 13,35. At the time of hospital discharge 03 months, patients with good recovery who had mRS score 0-2, accounting for 24%, while disabled patients dependent on caregivers accounted for a high rate of 46%, and there were 15 death, equivalent to 30%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ thiếu máu não cấp là một nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong trên toàn thế giới, đặc biệt tại các nước phát triển. Gánh nặng của bệnh gây ra cho gia đình và xã hội là rất lớn. Trong đó đột quỵ thiếu máu não chiếm đến 60-80%[1,2]. Trong những năm gần đây, lấy huyết khối cơ học đã nổi lên như một phương pháp điều trị hiệu quả cho bệnh nhân đột quỵ não do tắc nghẽn mạch máu lớn. Can thiệp lấy huyết khối làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ bệnh nhân bị tàn tật tại thời điểm 90 ngày sau điều trị so với nhóm bệnh nhân không can thiệp (OR = 2,49; 95% khoảng tin cậy từ 1,76 tới 3,53, p < 0,0001).[3]

Tuy nhiên, vẫn còn nhiều thách thức liên quan đến can thiệp lấy huyết khối. Một trong số đó là việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp để tiến hành can thiệp. Các tiêu chí lựa chọn hiện tại dựa trên các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học, tuy nhiên chỉ một số ít bệnh nhân thỏa mãn các yêu cầu khắt khe của khuyến cáo đặc biệt là các bệnh nhân nhồi máu diện rộng.Trên thế giới đã có một số nghiên cứu như RESCUE; SELECT 2; ANGEL ASPECT đã chi ra rằng can thiệp nội mạch trên bệnh nhân nhồi máu não diện rộng làm cải thiện kết cục lâm sàng tốt hơn nhưng cũng làm gia tăng tỷ lệ biến chứng chảy máu nội sọ so với điều trị nội khoa đơn thuần[4–6]. Trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đột quỵ não của bộ y tế năm 2024 đã mở rộng chỉ định can thiệp lấy huyết khối cơ học được vơi người bệnh đột quỵ cấp trong cửa sổ 24 giờ với thể tích thiếu máu rộng (ASPECTS 3-5 hoặc V>50ml).

Tại bệnh viện Bạch Mai đã tiến hành can thiệp lấy huyết khối đối với nhóm bệnh nhân nhồi máu não diện rộng do tắc tuần hoàn não trước. Tuy nhiên chưa có tổng kết về kết quả điều trị cho nhóm bệnh nhân này, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***"Kết quả điều trị lấy huyết khối ở người bệnh nhồi máu não diện rộng do tắc tuần hoàn não trước trong 6 giờ đầu tại bệnh viện Bạch Mai".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não diện rộng do tắc mạch lớn tuần hoàn não trước được can thiệp nội mạch lấy huyết khối tại trung tâm đột quỵ bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2024 tới tháng 2 năm 2025

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các triệu chứng của đột quỵ từ lúc khởi phát đến lúc can thiệp trong 6 giờ.
- Điểm NIHSS ≥6.
- Tắc động mạch lớn tuần hoàn não trước bao gồm động mạch cảnh trong và động mạch não giữa đoạn M1 trên hình ảnh CLVT hoặc MRI
- ASPPECT từ 3 đến 5 trên CLVT hoặc DWI MRI

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chảy máu nội sọ bất kỳ
- Tàn tật nặng tại thời điểm nhập viện: mRS>2

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát mô tả - hồi cứu

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 1 năm 2025 tại bệnh viện Bạch Mai.

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.4. Các thang điểm đánh giá đầu ra trong nghiên cứu

Đầu ra tái thông mạch máu của can thiệp lấy huyết khối được đánh giá theo thang điểm điều trị thiếu máu não sửa đổi (điểm mTICI-modified Treatment In Cerebral Ischemia) gồm:

Độ 0: Không có tái thông mạch

Độ 1: Có dòng chảy đi qua vị trí tắc nhưng không có tưới máu nhánh xa

Độ 2a: Tái tưới máu xuôi dòng được ít hơn 50% ở vùng cấp máu của động mạch não giữa

Độ 2b: Tái tưới máu xuôi dòng được nhiều hơn 50% nhưng không hoàn toàn ở vùng cấp máu của động mạch não giữa

Độ 3: Tái tưới máu hoàn toàn ở vùng cấp máu động mạch não giữa

(Tái thông mạch máu thành công được định nghĩa là tái thông mức độ mTICI ≥ 2b trên chụp mạch máu số hoá xoá nền sau can thiệp lấy huyết khối.)

Đầu ra lâm sàng cuối cùng được đánh giá tại thời điểm 90 ngày sau can thiệp theo thang điểm Rankin sửa đổi (điểm mRS-modified Rankin Scale) gồm:

0: Không có bất kỳ triệu chứng gì

1: Không có tàn tật. Có thể thực hiện mọi hoạt động thường nhật mặc dù có triệu chứng nhẹ.

2: Tàn tật nhẹ. Có thể tự chăm sóc bản thân mà không cần hỗ trợ, nhưng không thể thực hiện toàn bộ hoạt động trước đây.

3: Tàn tật mức độ trung bình. Cần sự giúp đỡ nhưng vẫn có thể đi mà không cần giúp đỡ.

4: Tàn tật mức độ trung bình nặng. Không thể di chuyển cơ thể mà không có sự trợ giúp hoặc không thể đi mà không có sự trợ giúp.

5: Tàn tật nặng. Cần y tá chăm sóc thường xuyên, nằm tại giường.

6: Tử vong

(Đầu ra lâm sàng tốt được định nghĩa là điểm mRS ≤ 2 tại thời điểm 90 ngày sau điều trị)

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê. Thống kê mô tảcác biến sốnghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Người bệnh (N=50)
Đặc điểm chung	
Tuổi trung bình (Min-Max)	65,74±15,522 (29-93)
Nam giới (%)	32 (64%)
Đặc điểm tiền sử	
Tăng huyết áp	20 (40%)
Đái tháo đường	4 (8)
Rung nhĩ	12 (24)

Suy tim	5 (10%)
Đặc điểm NIHSS lúc nhập viện	
Điểm NIHSS trung bình	13,35±4,071
Median	12,5
Min-Max	6-28

Nhận xét:

- Độ tuổi trung bình là 65,74±15,52. Trong đó, thấp nhất là 29 tuổi và cao nhất là 98 tuổi. Bệnh nhân nam có 32 người, chiếm 64%

- Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 40%, rung nhĩ và suy tim cũng chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 24% và 10%

- Điểm NIHSS trung bình khi nhập viện của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 13,35± 4,071; trung vị là 12,5. Điểm NIHSS cao nhất là 28 điểm và thấp nhất là 6 điểm.

3.2. Đặc điểm hình ảnh học

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh học

Động mạch não bị thuyên tắc (N=50)	
Động mạch não giữa đoạn M1 (%)	18 (36%)
Động mạch cảnh trong (%)	21 (42%)
Tắc TANDEM (%)	11 (22%)
Điểm ASPECT lúc nhập viện (N=50)	
ASPECT 4 điểm (%)	8 (16%)
ASPECT 5 điểm (%)	42 (84%)
Điểm ASPECT trung bình khi nhập viện	4,84

Nhận xét:

- Bệnh nhân bị tắc động mạch nãogiữa đoạn M1 chiếm tỷ lệ 36%, trong đó tắc động mạch cảnh trong chiếm 42%.

- Tỷ lệ ASPECT 4 điểm tại thời điểm nhập viện chiếm 16%. Trong khi đó có 42 bệnh nhân có ASPECT 5 điểm, chiếm 84%.

3.3. Biến chứng sau can thiệp

Bảng 3: Tỷ lệ biến chứng chảy máu sau can thiệp

Biến chứng chảy máu chuyển dạng sau can thiệp (N=50)	
Không	20 (40%)
HI1	5 (10%)
HI2	4 (8%)
PH1	12 (24%)
PH2	9 (18)
Biến chứng chảy máu chuyển dạng có triệu chứng sau theo phân loại ECASS II[7]	
sICH	10 (20%)
Không sICH	40 (80%)

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ chuyển dạng chảy máu bất kỳ chiếm tới 60%, trong đó tỷ lệ chảy máu PH2 là 18%. Trong khi đó tỷ lệ không chuyển dạng chảy máu sau can thiệp là 40%. Biến chứng chảy máu chuyển dạng có triệu chứng (sICH) chiếm tỷ lệ 20%.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 4. Kết quả can thiệp

Kết quả tái thông sau can thiệp theo mTICI (N=50)	
mTICI 0	6 (12%)
mTICI 2a	2 (4%)
mTICI 2b	19 (38%)
mTICI 3	23 (46%)

Nhận xét: Tỷ lệ tái thông mạch máu thành công (mTICI từ 2b đến 3) chiếm 84%

Bảng 5: Kết cục lâm sàng theo thang điểm đánh giá tàn tật Rankin sửa đổi (mRS) tại thời điểm 90 ngày sau điều trị (N=50)

Điểm Mrs	N (%)
mRS 0	0
mRS 1	5(10%)
mRS 2	7(14%)
mRS 3	9(18%)
mRS 4	5(10%)
mRS 5	9(18%)
mRS 6	15(30%)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân phục hồi tốt sau can thiệp (mRS 0-2) là 24%. Mức tàn tật phụ thuộc vào người chăm sóc là 23 bệnh nhân, chiếm 46%. Có 15 bệnh nhân tử vong, chiếm 30%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh

- Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 65,74 tuổi, thấp hơn rõ rệt so với tuổi trung bình ở nhóm can thiệp của các thử ngiệm RESCURE (76,6 tuổi)[4], SELECT2 (66 tuổi)[6] và ANGEL ASPECT (68 tuổi)[5]. Điều này một phần cho thấy, tuổi mắc đột quỵ của người Việt Nam thấp hơn.

- Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết ápchiếm tỷ lệ cao nhất 40% Rung nhĩ, suy tim chiếm tỷ lệ thấp hơn với lần lượt là 24% và 10%. Trong nghiên cứu TENSION tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp lên đến 80%, rung nhĩ là 26%, đái tháo đường và suy tim cũng chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 23% và 10%[8]

- Tại thời điểm nhập viện, điểm NIHSS trung bình trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi là 13,35 điểm. Mức điểm này thấp hơn các nghiên cứu RESCUE (22 điểm)[4], SELECT2 (19 điểm)[6] và ANGEL ASPECT (16 điểm)[5].

4.2. Đặc điểm hình ảnh học

- Về vị trí tắc mạch, tắc đơn thuần đoạn M1 động mạch não giữa chiếm tỷ lệ là 36%. Trong khi đó ở cácnghiên cứu RESCUE, SELECT2, ANGEL ASPECT lần lượt là 73,1%; 51,3% và 63%[4–6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân tắc kiểu TANDEM chiếm 22%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu RESCUE (18%) nhưng thấp hơn nghiên cứu SELECT 2(31,5%).

4.3. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tái thông mạch máu thành công (mTICI từ 2b đến 3) chiếm 84%. Tỷ lệ tái thông không thành công chiếm 12% với 6 bệnh nhân.

- Về biến chứng sau can thiệp, tỷ lệ chảy

máu não bất kì sau can thiệp 24 giờ là 60%. Trong khi đó tỷ lệ chảy máu não bất kỳ ở các nghiên cứu RESCUE, ANGEL ASPECT lần lượt là 58% và 49,1%[4,5].

- Về mức độ phục hồi thần kinh theo thang điểm Rankin sửa đổi, tỷ lệ phục hồi tốt mRS 0-2 tại thời điểm 3 tháng sau can thiệp chiếm 24%. Kết quả này thấp hơn các nghiên cứu RESCUE (31%)[4]; SELECT2 (31,4%)[6] và ANGEL ASPECT (26,1%)[5]. Tử vong sau 3 tháng là 15/50 trường hợp, chiếm tỷ lệ 30%. Tỷ lệ này cao hơn ngiên cứu RESCUE (18%) và ANGEL ASPECT (21,7%), thấp hơn SELECT 2 (38,2%). Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân ở mỗi nghiên cứu là khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp lấy huyết khối đường động mạch bằng dụng cụ cơ học cho bệnh nhân nhồi máu não diện rộng do tắc mạch lớn tuần hoàn não trước tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ tái thông mạch máu thành công (mTICI từ 2b đến 3) chiếm 84%. Tỷ lệ xuất chảy máu não bất kỳ sau can thiệp chiếm 60%, tỷ lệ chảy máu chuyển dạng có triệu chứng sICH chiếm 20%. Mức độ hồi phục chức năng thần kinh tốt (mRS 0 –2) tại thời điểm 3 tháng sau can thiệp đạt 24%. Tử vong sau 3 tháng chiếm 30%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ton MD, Dao PV, Nguyen DT, et al.** Sex disparity in stroke outcomes in a multicenter prospective stroke registry in Vietnam. Int J Stroke. 2023;18(9):1102-1111. doi:10.1177/17474930231177893
2. **Mai DT, Dao XC, Luong NK, Nguyen TK, Nguyen HT, Nguyen TN.** Current State of Stroke Care in Vietnam. Stroke: Vascular and Interventional Neurology. 2022;2(2): e000331. doi:10.1161/SVIN.121.000331
3. **Goyal M, Menon BK, Zwam WH van, et al.** Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. The Lancet. 2016;387(10029):1723-1731. doi:10.1016/S0140-6736(16)00163-X
4. **Yoshimura S, Sakai N, Yamagami H, et al.** Endovascular Therapy for Acute Stroke with a Large Ischemic Region. New England Journal of Medicine. 2022;386(14):1303-1313. doi:10.1056/NEJMoa2118191
5. **Huo X, Ma G, Tong X, et al.** Trial of Endovascular Therapy for Acute Ischemic Stroke with Large Infarct. New England Journal of Medicine. 2023;388(14):1272-1283. doi:10.1056/NEJMoa2213379
6. **Sarraj A, Hassan AE, Abraham MG, et al.** Trial of Endovascular Thrombectomy for Large Ischemic Strokes. New England Journal of Medicine. 2023;388(14):1259-1271. doi:10.1056/NEJMoa2214403
7. **von Kummer R, Broderick JP, Campbell BCV, et al.** The Heidelberg Bleeding Classification. Stroke. 2015;46(10):2981-2986. doi:10.1161/STROKEAHA.115.010049
8. **Thomalla G, Fiehler J, Subtil F, et al.** Endovascular thrombectomy for acute ischaemic stroke with established large infarct (TENSION): 12-month outcomes of a multicentre, open-label, randomised trial. The Lancet Neurology. 2024;23(9):883-892. doi:10.1016/S1474-4422(24)00278-3

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG ĐA BỆNH LÝ Ở NGƯỜI CAO TUỔI NHỒI MÁU NÃO LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Thế Anh[1]

TÓM TẮT

Tình trạng đa bệnh lý ở người bệnh cao tuổi nhồi máu não lần đầu hiện chưa được đánh giá nhiều ở Việt Nam. Bởi vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang, 197 người bệnh cao tuổi mắc nhồi máu não lần đầu, điều trị nội trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn, từ tháng 01 đến tháng 7 năm 2023, nhằm xác định tình trạng đa bệnh lý và một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy, tỷ lệ đa bệnh lý là 69%, tăng HA là bệnh mắc kèm phổ biến nhất (79,1%). Chỉ số BMI cao, điểm NIHSS cao khi nhập viện (OR 1,99 95%CI 1,07-3,71), tình trạng suy giảm nhận thức(OR 2 95%CI 0,27-0,93), sử dụng nhiều thuốc (OR 25 95%CI 3,35-186,65) liên quan đến tỷ lệ gia tăng mắc đa bệnh lý ở người bệnh nhồi máu não cao tuổi. Như vậy, đa bệnh lý là vấn đề sức khỏe thường gặp ở người bệnh cao tuổi nhồi máu não lần đầu. Nên sàng lọc tình trạng đa bệnh lý ở các đối tượng cao tuổi mắc nhồi máu não lần đầu có BMI cao, có tình trạng suy giảm nhận thức và sử dụng nhiều thuốc để nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Đa bệnh lý, Nhồi máu não lần đầu

SUMMARY

ASSESSMENT OF MULTIMORBIDITY CONDITION IN ELDERLY PEOPLE WITH FIRST EVER ISCHEMIC STROKE AT THANH NHAN HOSPITAL

Multimorbidity of elderly patients with first-time ischemic stroke has not been evaluated much in Vietnam. Therefore, we conducted a cross-sectional descriptive study on 197 elderly inpatients with first –time ischemic stroke, treatment at Thanh Nhan Hospital from January to July 2023, to determine the multi-pathological condition and some related factors. The results showed that the rate of multiple diseases was 69%, hypertension was the most common comorbidities (79.1%). High BMI, high NIHSS score on admission (OR 1.99 95%CI 1.07-3.71), cognitive impairment (OR 2 95%CI 0,27-0,93), multiple drug use (OR 25 95%CI 3.35-186) ,65) is associated with an increased incidence of multiple diseases in elderly patients with ischemic stroke. Thus, multimorbidity is a common health problem in elderly patients with first-time ischemic stroke. It is recommended to screening for multiple diseases in elderly subjects with first-time ischemic stroke with high BMI, cognitive decline and using multiple drugs to improve the treatment effectiveness of treatment.

Keywords: Multimorbidity, first ever ischemic stroke

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thế giới đang phải đối mặt với vấn đề "già hóa dân số" Tỉ lệ người cao tuổi ngày một gia tăng cùng với các phương pháp điều trị các bệnh cấp tính ngày một cải thiện, điều đó làm cho tỉ lệ mắc các bệnh mạn tính cũng tăng theo đáng kể. Đa bệnh lý được định nghĩa là sự đồng xuất hiện của ít nhất hai

[1]*Bệnh viện Thanh Nhàn*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh
Email: bsnguyentheanh@gmail.com
SĐT: 0983656828
Ngày nhận bài: 14/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 11/4/2025
Ngày duyệt bài: 14/5/2025

bệnh mạn tính trên một người bệnh, nhưng có sự khác nhau về thời gian mắc, mức độ nghiêm trọng hoặc một nhóm các điều kiện được xem xét.[1] Tình trạng đa bệnh lý được chẩn đoán ở khoảng 95% nhóm dân số > 60 tuổi và tỉ lệ mắc tăng dần theo tuổi.[2] Có rất nhiều thước đo tình trạng đa bệnh lý, nhưng được sử dụng rộng rãi hơn cả là thang điểm CCI do Mary E. Charlson phát triển bao gồm 19 các mục tương ứng với các tình trạng bệnh đi kèm khác nhau.[3]

Đột quỵ não là một trong những căn bệnh gây nguy hiểm cho sức khỏe con người trên toàn thế giới, nó thường dẫn đến tàn tật nghiêm trọng với nguy cơ tái phát và tử vong cao. Đột quỵ rất phổ biến ở người cao tuổi, có khoảng 70,2 % đột quỵ xảy ra ở những người từ 65 tuổi trở lên và độ tuổi trung bình là 73 tuổi.[4] Thực tế cho thấy, những người bệnh cao tuổi sống sót sau đột quỵ thường có nhiều bệnh lý đi kèm, đó có thể là yếu tố nguy cơ dẫn đến đột quỵ hoặc có thể là các hậu quả sau khi trải qua đột quỵ cấp tính hoặc cũng có thể là một bệnh lý kèm theo khác.[2]

Tình trạng đa bệnh lý trên có thể thể gây trở ngại cho các phương pháp điều trị được khuyến nghị cũng như các liệu pháp phục hồi chức năng sau đột quỵ, làm tăng nguy cơ tương tác thuốc-thuốc. Theo đó, nó dẫn đến hiệu ứng cộng gộp của gánh nặng bệnh tật, làm cho sức khỏe của các người bệnh đột quỵ kém hơn, nguy cơ tử vong cao hơn, suy giảm chức năng cũng như tăng nhu cầu sử dụng các dịch vụ y tế.[5]

Chính vì vậy, việc hiểu rõ về mức độ phổ biến và thực trạng của tình trạng đa bệnh lý của người bệnh nhồi máu não là rất cần thiết để góp phần chăm sóc y tế một cách toàn diện và tốt nhất cho các người bệnh nhồi máu não cao tuổi. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu mô tả tình trạng đa bệnh lý ở người bệnh cao tuổi nhồi máu não lần đầu và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người bệnh từ 60 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 7 năm 2023

Được chẩn đoán nhồi máu não theo Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não của Bộ Y Tế ban hành năm 2020.[6]

Khởi phát nhồi não trước khi tham gia nghiên cứu trong vòng 1 tháng và không có tiền sử nhồi não trước đó hoặc không có bằng chứng nhồi máu não cũ trên phim chụp MRI sọ não.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Rối loạn ý thức, lú lẫn cấp ,mất thị lực và thính lực.

Đang mắc các bệnh cấp tính nặng (nhiễm khuẩn huyết, suy gan nặng, suy tim nặng, tăng áp lực thẩm thấu, nhiễm toan ceton…)

Không trả lời phỏng vấn được, từ chối tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Các biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá:

+ Tình trạng đa bệnh lý

Danh mục 17 bệnh mạn tính và điểm số tương ứng, theo nghiên cứu EMMA công bố năm 2017.[7] Thông tin thu thập qua khai thác tiền sử bệnh tật của người bệnh và tham khảo hồ sơ quản lý người bệnh ngoại trú.

Bảng 1: Danh mục các bệnh mạn tính mắc kèm

STT	Bệnh mạn tính	
1	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	1
2	Tăng huyết áp	1
3	Suy tim	1
4	Rung nhĩ	1
5	Rối loạn chuyển hóa lipid	1
6	ĐTĐ týp 2	1
7	Sa sút trí tuệ	1
8	Bệnh mạch máu ngoại vi	1
9	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	1
10	Bệnh mô liên kết	1
11	Loét	1
12	Khối u không di căn	2
13	Lơ-xê-mi	2
14	Đa u tủy xương	2
15	Bệnh lý gan	2
16	Khối u có di căn	6
17	AIDS	6
Tổng điểm CCI: 31 điểm		

+ Thang điểm NIHSS[8]: Thang điểm đánh giá mức độ nặng của đột quỵ cấp tính bao gồm 11 mục, cho điểm tương ứng từng mức độ, tổng 42 điểm

- < 5 điểm: mức độ nhẹ
- 5-15 điểm: mức độ vừa
- 16-25 điểm: mức độ năng
- 26-42 điểm: rất nặng

+ Suy giảm nhận thức: Sử dụng Test đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu MMSE[9]: bao gồm 30 câu hỏi thuộc các lĩnh vực nhận thức khác nhau, mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm

- >24 điểm: không suy giảm nhận thức
- ≤24 điểm: có suy giảm nhận thức
- + Các yếu tố liên quan: Tuổi, giới, chỉ số BMI (thiếu cân (BMI <18,5 kg/m2); bình thường (18,5 ≤ BMI <25 kg/m2); thừa cân, béo phì (BMI ≥ 25 kg/m2)), thời gian khởi phát nhồi máu não đến lúc nhập viện (trước 6 giờ; 6-24 giờ; sau 24 giờ), kích thước ổ nhồi máu não trên phim MRI sọ não (< 15mm; 15-50mm; >50mm), số thuốc đã sử dụng (≥5 thuốc; <5 thuốc), số ngày nằm viện…

Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến số định lượng trình bày và phân tích sự khác biệt trung bình, trình bày chỉ số trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến định tính trình bày theo tỷ lệ %, kiểm định χ^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ mô tả cắt ngang, không có bất kỳ can thiệp nào trên người bệnh, nhằm nâng cao chất lượng điều trị người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của người bệnh cao tuổi nhồi máu não lần đầu

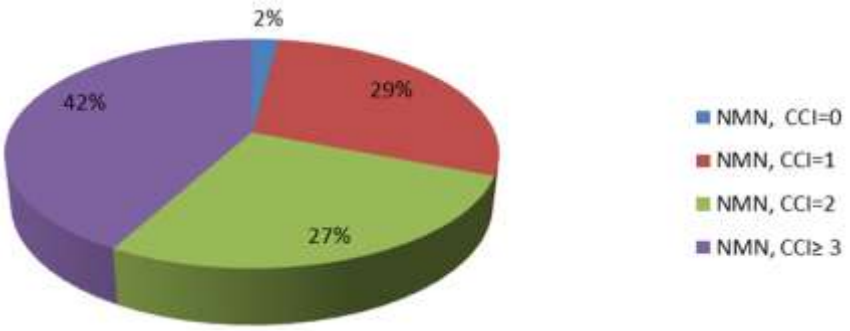
Bảng 2: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=197)

Biến số			Tần số	Tỉ lệ (%)
Đặc điểm chung	Tuổi (năm)	60-75	120	60,9
		>75	77	39,1
		Tuổi trung bình	73,2±8,4	
	Giới	Nam	91	46,2
		Nữ	106	53,8
	BMI (kg/m²)	Thiếu cân	12	6,1
		Bình thường	157	79,7
		Thừa cân, béo phì	28	14,2
		BMI trung bình	22,4±2,7	
Đặc điểm bệnh lý NMN	Thời gian khởi phát đột quỵ đến khi nhập viện (giờ)	Trước 6 giờ	34	17,3
		6-24 giờ	84	42,6
		Sau 24 giờ	79	40,1
	Điểm NIHSS lúc nhập viện	< 5 điểm	103	52,3
		5-15 điểm	91	46,2
		< 15 điểm	3	1,5
	Kích thước ổ nhồi máu não trên phim MRI (mm)	<15 mm	103	52,3
		15-50 mm	82	41,6
		>50mm	12	6,1

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là, 73,2±8,4 trong đó thấp nhất là 60 tuổi, cao nhất là 95 tuổi, nhóm tuổi chiếm đa số là từ 60-75 tuổi (60,9%). Nữ giới chiếm tỷ lệ 53,8%. Chỉ số BMI trung bình là 22,4±2,7 kg/m^2, nhóm BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất (79,7%), nhóm thừa cân béo phì chiếm 14,2%.

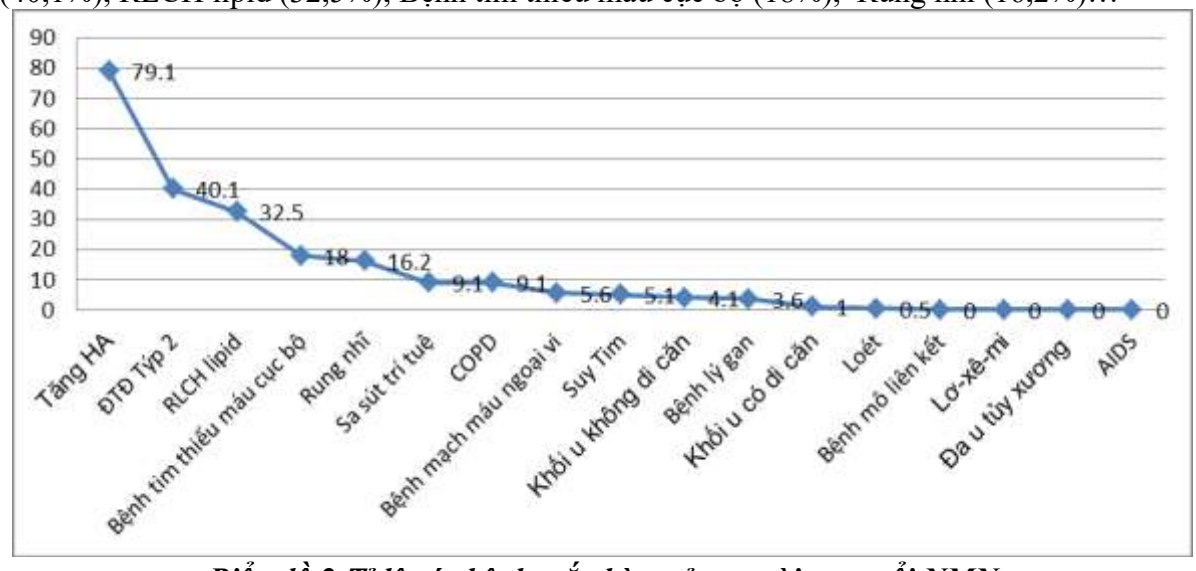
Trong số 197 đối tượng nghiên cứu, phần lớn người bệnh đến viện trong khoảng 6-24 giờ từ khi khởi phát triệu chứng nhồi máu não (42,6%), tiếp đến là nhóm đến viện sau 24 giờ (40,1%), nhóm đến viện sớm trước 6 giờ chỉ chiếm 17,3%. Điểm NIHSS lúc nhập viện của các người bệnh chủ yếu < 5 điểm (52,3%), điểm NIHSS mức độ nặng (> 15 điểm) chỉ có 3 người bệnh (1,5 %). Kích thước ổ nhồi máu não trên phim chụp MRI đa số < 15mm (52,3%), nhóm kích thước > 50 mm chiếm ít nhất (6,1%).

Tỉ lệ và đặc điểm đa bệnh lý ở người bệnh cao tuổi nhồi máu não lần đầu



Biểu đồ 1:Tỉ lệ mắc các bệnh mạn tính của người cao tuổi NMN

Có đến 98% người bệnh nhồi máu não cao tuổi có mắc kèm ít nhất một bệnh mạn tính, trong đó tỉ lệ mắc kèm đa bệnh lý chiếm đến 69% , có 42 % người bệnh đột quỵ mắc kèm từ 3 bệnh trở lên. Nhóm 5 bệnh có tần suất gặp phổ biến nhất là: Tăng HA (79,1%) , ĐTĐ Týp 2 (40,1%), RLCH lipid (32,5%), Bệnh tim thiếu máu cục bộ (18%), Rung nhĩ (16,2%)…



Biểu đồ 2:Tỉ lệ các bệnh mắc kèm của người cao tuổi NMN

Một số yếu tố liên quan đến tình trạng đa bệnh lý ở người bệnh cao tuổi nhồi máu não lần đầu

Bảng 3: Một số yếu tố liên quan đến đa bệnh lý ở người cao tuổi NMN lần đầu

Biến số		Không đa bệnh lý		Có đa bệnh lý		OR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
Tuổi	60-75	37	30,8	83	69,2	OR=0.98 (0,53-1,83)	0,96
	>75	24	31,2	53	68,8		
Giới	Nam	31	34,1	60	65,9	OR=1,31 (0,71-2,4)	0,38
	Nữ	30	28,3	76	71,7		
Suy giảm nhận thức	Không	39	37,9	64	62,1	OR=2 (0,27-0,93)	<0,05
	Có	22	23,4	72	76,6		
Sử dụng nhiều thuốc	Không	60	38,5	96	61,5	OR=25 (3,35-186,65)	<0,0001
	Có	1	2,4	40	97,6		

NIHSS Nhập viện	<5 Điểm	39	37,9	64	62,1	OR=1,99 (1,07-3,71)	<0,05
	≥5 Điểm	22	23,4	72	76,6		
Kích thước ổ NMN	<15mm	29	30,9	65	69,1	OR=0,99 (0,54-1,81)	0,97
	≥15mm	32	31,1	71	68,9		
Tuổi (TB±SD)		73,03± 7,72		73,23±8,65			0,88
BMI (TB±SD)		21,56±2,64		22,8±2,62			<0,05

Các yếu tố làm gia tăng tỷ suất chênh mắc đa bệnh lý ở đối tượng cao tuổi mắc nhồi máu não lần đầu bao gồm suy giảm nhận thức (OR 2 95%CI 0,27-0,93), sử dụng nhiều thuốc (≥5 loại thuốc (0R 25 95%CI 3,35-186,65), NIHSS cao khi nhập viện (>5 điểm) (OR 1,99 95%CI 1,07 – 3,71).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện sàng lọc gần 400 người bệnh cao tuổi nhập viện vì nhồi máu não, có tổng số 197 người bệnh nhồi máu não lần đầu được tuyển vào nghiên cứu. Đây là một điểm mạnh trong nghiên cứu vì các đối tượng là một quần thể thuần nhất về đặc điểm xuất hiện bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc đa bệnh lý là 69% và có đến 98% người bệnh có mắc kèm ít nhất một bệnh mạn tính. Tỉ lệ đa bệnh lý này tương đương với một số nghiên cứu lớn trên thế giới. Nghiên cứu của She và cộng sự (2022) cho thấy tỉ lệ người bệnh đột quỵ có bệnh mắc kèm là 91% và có 61,2% trong số đó mắc kèm đa bệnh.[5]

Như hầu hết các nghiên cứu khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng HA là bệnh mắc kèm phổ biến nhất, các bệnh thường gặp tiếp theo là: ĐTĐ Typ 2, RLCH lipid, Bệnh tim thiếu máu cục bộ, Rung nhĩ…[10,11] Điều này hoàn toàn dễ hiểu bởi các bệnh này đều là những yếu tố nguy cơ dẫn đến nhồi máu não. Theo đó, trong thực hành lâm sàng, việc kiểm soát tốt các bệnh mạn tính (cũng như các yếu tố nguy cơ) có thể phần nào hạn chế sự xuất hiện các cơn đột quỵ cấp cho người bệnh.

Chỉ số BMI trung bình của nhóm mắc đa bệnh lý cao hơn nhóm không mắc đa bệnh lý một cách có ý nghĩa thông kê. Theo đó, việc duy trì hoặc chuyển về BMI bình thường có thể can thiệp được bằng chế độ dinh dưỡng. Tầm soát dinh dưỡng cho người bệnh để phòng tránh đột quỵ, đặc biệt là đối tượng người cao tuổi, cho thấy ý nghĩa quan trọng của việc đánh giá lão khoa toàn diện trong thực hành lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 52,3% người bệnh có điểm NIHSS nhập viện mức độ nhẹ (<5 điểm), chiếm đa số, chỉ có 3 người bệnh (1,5%) nặng (NIHSS >15 điểm). Tỉ lệ đột quỵ nhẹ cao hơn các nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Mai Duy Tôn năm 2023 trên 680 người bệnh nhập viện vì nhồi máu não cấp, tỉ lệ nhóm có NIHSS< 5 là 36,1%.[12] Sở dĩ có điều này là vì các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi được lựa chọn đều phải có khả năng giao tiếp, trả lời phỏng vấn, nên các người bệnh nặng (NIHSS >15) thường mất khả năng giao tiếp sẽ bị loại khỏi nghiên cứu. Các người bệnh nhập viện với tình trạng nặng sẽ có nguy co mắc đa bệnh cao gấp đôi nhóm nhập viện trong tình trạng nhẹ hơn. Điều này cho thấy những người bệnh mắc đa bệnh lý khi bị đột quỵ mức độ sẽ nặng hơn nhóm không mắc đa bệnh lý, việc quản lý tốt các bệnh mạn tính sẽ góp phần làm giảm nguy cơ tử vong cũng như mức độ tàn tật cho các người bệnh đột quỵ.

Tỉ lệ người bệnh có kích thước ổ tổn

thương não trên MRI <15mm chiếm đa số (52,3%), Không tìm thấy mối liên quan về tỉ lệ mắc đa bệnh giữa các nhóm người bệnh có kích thước tổn thương não trên MRI khác nhau. Một phần lý do có thể lý giải cho điều này là vì kích thước được thu thập là kích thước lớn nhất đo được trên vùng tổn thương, không có giá trị tiên lượng mức độ nặng nhẹ của nhồi máu não bởi nó còn phụ thuộc vào vị trí của vùng tổn thương trên nhu mô não. Một đột quỵ não tại vùng hố sau có thể gây nguy hiểm lớn cho tính mạng bệnh nhân mặc dù vùng tổn thương trên phim chỉ <15mm. Đây cũng là một mặt hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Đa bệnh lý là vấn đề rất thường gặp ở những người cao tuổi nhồi máu não lần đầu, tỉ lệ mắc đa bệnh lý chiếm 69%, tăng huyết áp là căn bệnh mắc kèm phổ biến nhất (79,1%). Chỉ số BMI, điểm NIHSS khi nhập viện cao, tình trạng suy giảm nhận thức, việc sử dụng nhiều thuốc là những yếu tố có liên quan đến gia tăng tỷ lệ mắc đa bệnh lý ở người bệnh nhồi máu não cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Johnston MC, Crilly M, Black C, Prescott GJ, Mercer SW.** Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. European journal of public health. 2019;29(1):182-189.
2. **Gallacher KI, Jani BD, Hanlon P, Nicholl BI, Mair FS.** Multimorbidity in Stroke. Stroke. Jul 2019;50(7):1919-1926. doi:10. 1161/STROKEAHA.118.020376
3. **Charlson ME, Carrozzino D, Guidi J, Patierno C.** Charlson Comorbidity Index: A Critical Review of Clinimetric Properties. Psychotherapy and psychosomatics. 2022;91(1):8-35.
4. **Investigators ERoS.** Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century. Stroke. 2009;40(5):1557-1563.
5. **She R, Yan Z, Hao Y, et al.** Comorbidity in patients with first-ever ischemic stroke: Disease patterns and their associations with cognitive and physical function. Frontiers in Aging Neuroscience. 2022;14:887032.
6. **Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não** (Số: 5331/QĐ-BYT 2020).
7. **Castro HH, Alencar AP, Benseñor IM, Lotufo PA, Goulart AC.** Multimorbidities are associated to lower survival in Ischaemic stroke: Results from a Brazilian stroke cohort (EMMA Study). Cerebrovascular Diseases. 2017;44(3-4):232-239.
8. **Adams HP, Davis P, Leira E, et al.** Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: a report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). Neurology. 1999;53(1): 126-126.
9. **Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.** "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research. 1975;12(3):189-198.
10. **Mai Duy Tôn NDC, Hoàng Bùi Hải.** Kết quả điều trị nhồi máu não cấp và yếu tố tiên lượng tử vong tại một số đơn vị đột quỵ não ở Hà Nội. Tạp chí nghiên cứu y học. 2023;TCNCYH 167 (6):79-86.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY NHỒI MÁU NÃO CẤP, BÁN CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA MỸ ĐỨC

Lê Thị Hoa[1], Phạm Thị Kim Thoa[1], Nguyễn Văn Hải[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ gây nhồi máu não cấp, bán cấp, đề xuất giải pháp cấp cứu ban đầu tối ưu cho người bệnh nhồi máu não cấp và bán cấp tại bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Đức.

Đối tượng và phương pháp: Gồm 50 Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị nhồi máu não cấp và bán cấp tại khoa Hồi sức cấp cứu- Bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Đức từ ngày 01/09/2023 đến 31/08/2024.

Kết quả: Tỷ lệ nam/ nữ là 1.63/1, thường gặp nhất là từ 60-80 tuổi chiếm tỷ lệ 48%. Tỷ lệ người bệnh có tiền sử tăng huyết áp chiếm 70% là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất gây nhồi máu não. Tỷ lệ người bệnh có hút thuốc là 48%. Thời gian nhập viện trong thời gian vàng < 4.5 giờ đạt 36% là yếu tố quyết định đến sự tái thông mạch máu não. Thang điểm Nihss từ 5 điểm đến 25 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất 56% là khoảng điểm có chỉ định can thiệp tiêu sợi huyết trong giờ vàng.

Kết luận: Nhồi máu não cấp là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, vì vậy cần triển khai sớm kỹ thuật tiêm tiêu sợi huyết trong nhồi máu não cấp dưới 4,5 giờ tại các cơ sở y tế tuyến huyện. Truyền thông giáo dục sức khỏe cho toàn dân nhận biết dấu hiệu sớm của nhồi máu não cấp và các yếu tố nguy cơ gây nhồi máu não cấp.

Từ khóa: Nhồi máu não cấp, yếu tố nguy cơ

[1]*Bệnh viện Đa khoa huyện Mỹ Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hoa
Email: Bupchiu0632@gmail.com
SĐT: 0971040632
Ngày nhận bài: 05/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 03/4/2025
Ngày duyệt bài: 06/5/2025

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL PROFILES AND RISK FACTORS OF ACUTE AND SUBACUTE ISCHEMIC STROKE AT MY DUC GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the clinical and paraclinical characteristics, risk factors of acute and subacute ischemic stroke, and to propose optimal initial emergency management strategies for patients with acute and subacute ischemic stroke at My Duc District General Hospital.

Subjects and methods: A total of 50 patients diagnosed and treated for acute and subacute ischemic stroke at the Emergency and Intensive Care Department, My Duc District General Hospital, from September 1, 2023, to August 31, 2024.

Results: The male-to-female ratio was 1.63:1. The most common age group was 60–80 years, accounting for 48%. A history of hypertension was the most prevalent risk factor, observed in 70% of patients. Smoking history was present in 48% of patients. The proportion of patients admitted within the golden time (< 4.5 hours) was 36%, which is a critical factor for cerebral reperfusion. NIHSS scores ranging from 5 to 25 points were most common (56%), representing the range for which thrombolytic therapy is indicated within the golden time.

Conclusion: Acute ischemic stroke is a leading cause of mortality. Early implementation of thrombolytic therapy within 4.5 hours is

essential at district-level healthcare facilities. Public health education should be strengthened to raise awareness about early signs of acute ischemic stroke and its associated risk factors.

Keywords: Acute ischemic stroke, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong các nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 3 sau bệnh tim mạch và ung thư, đồng thời là nguyên nhân gây tàn tật hàng đầu tại các nước phát triển. Gánh nặng do đột quỵ não liên tục gia tăng, tập trung chủ yếu ở các nước đang phát triển, với tỷ lệ tử vong chiếm 75.2% toàn thế giới, trong đó có Việt Nam. Vì vậy, mục tiêu làm giảm tỷ lệ tử vong, tàn tật do đột quỵ não luôn mang tính thời sự cao và thách thức cả toàn xã hội [1].

Để có đánh giá sâu sắc hơn và nhằm nâng cao hiệu quả trong phát hiện, điều trị tốt đột quỵ nhồi máu não, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***"Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ gây nhồi máu não cấp và bán cấp tại Bệnh viện Đa khoa huyện Mỹ Đức" [2].***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 50 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị Nhồi máu não cấp và bán cấp tại Khoa hồi sức cấp cứu- Bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Đức từ ngày 01/09/2023 đến 31/08/2024.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Nhồi máu não cấp và bán cấp với đầy đủ triệu chứng lâm sàng điển hình

+ Khởi phát đột ngột dưới một tuần

+ Có triệu chứng tổn thương não, rối loạn chức năng thần kinh.

+ Không do chấn thương

+ Triệu chứng cận lâm sàng:

Có hình ảnh nhồi máu não trên phim CLVT hoặc không có tổn thương não trên phim CLVT nhưng có triệu chứng lâm sàng tổn thương thần kinh rõ ràng. [2].

- Tiêu chuẩn loại trừ: Xuất huyết não, U não, Co giật, động kinh, Hạ đường huyết lúc vào viện, Tổn thương nội sọ do chấn thương sọ não, Có tiền sử rối loạn tâm thần, Hôn mê do nguyên nhân khác ngoài não, Viêm não, viêm màng não, Nhồi máu não sau 7 ngày.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ ngày 01/09/2023 đến 31/08/2024 tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Đức.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp với tiến cứu

Cỡ mẫu: Toàn bộ; phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện.

2.3.2. Biến số nghiên cứu

- Các đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, thời gian xuất hiện triệu chứng lâm sàng, đều được chụp CLVT không tiêm thuốc cản quang.

- Khám lâm sàng bao gồm: đánh giá mức độ suy giảm thần kinh theo thang điểm Nihss, điểm hôn mê Glasgow, mạch, nhiệt độ, huyết áp, BMI, triệu chứng khởi phát thường gặp,...

- Đặc điểm kết quả cận lâm sàng: CLVT sọ não không tiêm thuốc cản quang, Lipid máu, Glucose máu, công thức máu, điện giải đồ, chức năng gan, thận, siêu âm tim, điện tim.

- Xử trí và điều trị tại viện: chuyển viện, nặng xin về, chuyển viện, tử vong.

2.3.3. Xử lý số liệu: Bằng phương pháp thống kê SPSS 16.0

2.3.4. Đạo đức nghiên cứu: Được thông qua hội đồng y đức bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của bệnh nhân nghiên cứu

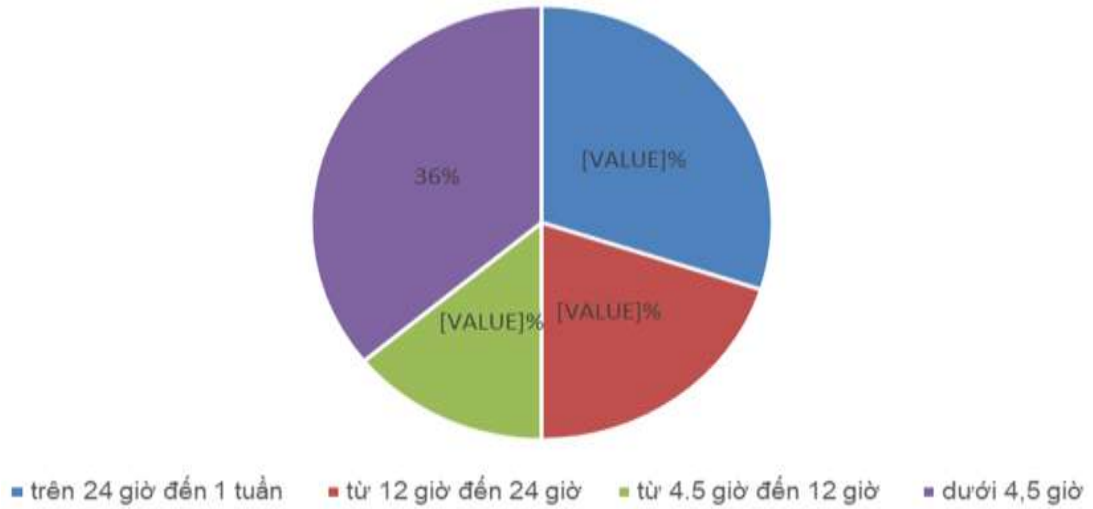
Giới / Tuổi	Nam	Nữ	n =50
Dưới 40	0% (0)	0%	0%
Từ 40 đến 60 tuổi	8% (4)	4% (2)	12% (6)
Từ 60-80 tuổi	36% (19)	12% (6)	48% (24)
Trên 80 tuổi	18% (9)	22% (11)	40% (20)
n = 50	62% (31)	38% (19)	100% (50)

Nhận xét: Tỷ lệ nam/ nữ là 1.63/1, Độ tuổi từ 60-80 chiếm tỷ lệ cao nhất 48%, từ 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ 12%, dưới 40 tuổi là 0%

Bảng 3.2. Yếu tố nguy cơ nhồi máu não

Yếu tố nguy cơ	Có	Không
Tăng huyết áp	70% (35)	30% (15)
Đái tháo đường	14% (7)	86% (43)
Rối loạn chuyển hóa lipid	28% (14)	72% (36)
Suy tim	10% (5)	90% (45)
Đột quỵ não	16% (8)	84% (42)
Bệnh van tim, rung nhĩ	8% (4)	92% (46)
Thiếu máu não thoáng qua	62% (31)	38% (19)
Tiền sử hút thuốc	48% (24)	52% (26)

Nhận xét: Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 70%, rối loạn chuyển hoa lipid chiếm tỷ lệ 28%, tỷ lệ người bệnh có tiền sử hút thuốc 48%, tỷ lệ người bệnh có bệnh van tim, rung nhĩ chiếm tỷ lệ thấp nhất 8%.



Biểu đồ 3.1. Thời gian nhập viện

Nhận xét: Tỷ lệ thời gian nhập viện dưới 4.5 giờ là 36% chiếm tỷ lệ cao nhất, từ 4.5 giờ đến 12 giờ chiếm tỷ lệ thấp nhất 14%

Bảng 3.3. Thang điểm Nihss

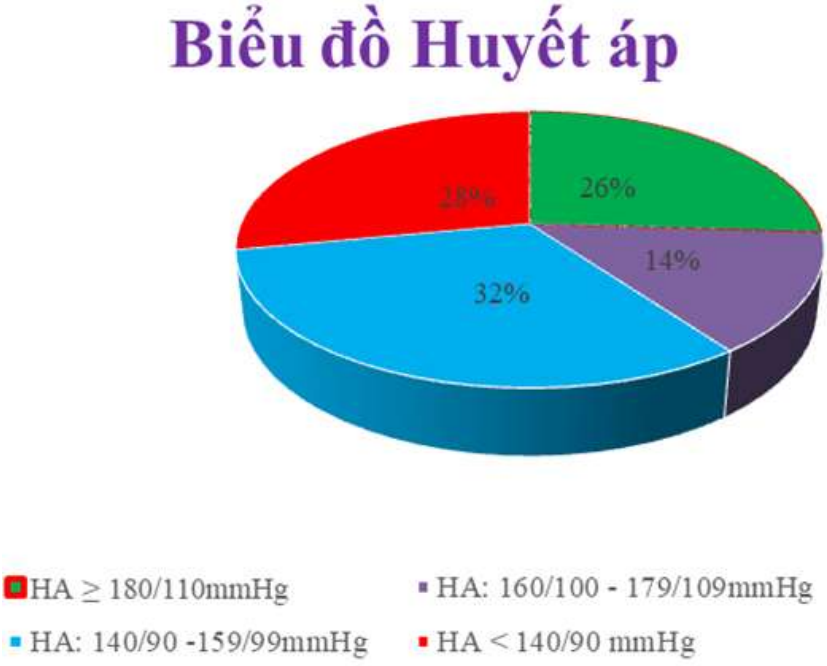
Điểm Nihss	n=50
0 đến 4 điểm	42% (21)
Từ 5 điểm đến 25 điểm	56% (28)
Từ 26 điểm đến 42 điểm	2% (1)

Nhận xét: Thang điểm Nihss từ 0-4 điểm chiếm tỷ lệ 42%, từ 5 đến 25 điểm chiếm tỷ lệ 56%, từ 26 đến 42 điểm chiếm tỷ lệ 2%.

Bảng 3.4. Các triệu chứng khởi phát thường gặp

Triệu chứng	Có	Không
Đau đầu	42% (21)	58% (29)
Chóng mặt	36% (18)	64% (32)
Liệt VII	48% (24)	52% (26)
Rối loạn ngôn ngữ	36% (18)	64% (32)
Rối loạn cảm giác	24% (12)	76% (38)
Yếu và liệt nửa người	52% (26)	48% (24)
Mất, giảm thị lực một bên	14% (7)	82% (41)
Mất, giảm thị lực hai bên	4% (2)	
Nhìn Đôi	0% (0)	100% (50)

Nhận xét: Yếu và liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất 52%, nhìn đôi chiếm tỷ lệ 0%



Biểu đồ 3.2. Huyết áp thời điểm nhập viện

Nhận xét: Tỷ lệ huyết áp tăng tại thời điểm nhập viện chiếm tỷ lệ cao nhất 68%.

Bảng 3.5. Kết quả chụp CT sọ não người bệnh nhồi máu não

Hình thái tổn thương nội sọ	N=50
Nhồi máu não mới không kèm tổn thương cũ	56% (28)
Tổn thương mới kèm tổn thương cũ	8% (4)
Tổn thương cũ	26% (13)
Không có tổn thương	10% (5)
Tổng N=50	100% (50)

Nhận xét: Tỷ lệ kết quả CT sọ não có tổn thương nhồi máu não mới chiếm tỷ lệ 64%, không có tổn thương chiếm tỷ lệ 10%

Bảng 3.6. Kết quả siêu âm tim lúc nhập viện hoặc trong vòng 6 tháng

Hình ảnh siêu âm	n=50
Có bệnh lý hẹp van tim, suy giảm chức năng tâm thu thất trái	20% (10)
Không có bất thường	36% (18)
Không có siêu âm tim	44% (22)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có hẹp van tim, suy giảm chức năng tâm thu thất trái là 20%

Bảng 3.7. Xét nghiệm máu lúc nhập viện

Xét nghiệm	Tăng	Giảm	Bình thường	Không thực hiện
Glucose mao mạch	20% (10)	2% (1)	46% (23)	32% (16)
Triglycerid máu	32% (16)	0% (0)	28% (14)	40% (20)
Cholesterol	34% (17)	0% (0)	26% (13)	40% (20)
Ure	10% (5)	2% (1)	58% (29)	30% (15)
Creatinin	20% (10)	20% (10)	50% (25)	30% (15)
AST	10% (5)	0% (0)	60% (30)	30% (15)
ALT	8% (4)	0% (0)	62% (31)	30% (15)
Kali	0% (0)	24% (12)	42% (21)	34% (17)
Natri	0% (0)	2% (1)	76% (38)	34% (17)
Clo	2% (1)	8% (4)	56% (28)	34% (17)
RBC	4% (2)	12% (6)	54% (27)	30% (15)
HGB	2% (1)	10% (5)	58% (29)	30% (15)
WBC	18% (9)	2% (1)	50% (25)	30% (15)
TC	4% (2)	4% (2)	62% (31)	30% (15)

Nhận xét: Tăng Triglycerid trong các đối tượng được xét nghiệm chiếm tỷ lệ cao 53,33%; Tăng Cholesterol là 56.66%; Tăng glucose là 29.4%; Tăng tiểu cầu là 5.7%.

Bảng 3.8. Kết quả điện tim lúc nhập viện

Điện tim	n = 50
Có rung nhĩ	12% (6)
Không rung nhĩ	88% (44)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có rung nhĩ là 12%.

Bảng 3.9. Hướng xử trí

Hướng xử trí	n=50
Nhập Viện điều trị	64% (32)
Nặng xin về	2% (1)
Chuyển viện	34% (17)
Tử vong	0% (0)

Bảng 3.10. Tỷ lệ chuyển viện trong giờ vàng

	Chuyển viện < 4.5 giờ	Chuyển viện ≥ 4.5 giờ
Tỷ lệ	76,47% (13/17)	23,53% (4/17)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân chuyển viện là 34% trong đó có 76.47% chuyển viện trong giờ vàng dưới 4.5 giờ

IV. BÀN LUẬN

- Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị Nhồi máu não cấp và bán cấp tại Khoa hồi sức cấp cứu- Bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Đức từ ngày 01/09/2023 đến 31/08/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi, giới

Kết quả nghiên cứu trên 50 người bệnh bị Nhồi máu não có độ tuổi trung bình là 75,38 (tuổi thấp nhất là 46 tuổi, tuổi cao nhất là 93 tuổi); Nhóm tuổi từ 60-80 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 48%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1,63/1.

- Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Chu Văn Vinh, Nguyễn Anh Tuấn năm 2022 nghiên cứu bệnh viện Việt Đức. Trong 42 đối tượng nghiên cứu, tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 59.5%, tỷ lệ Nam/nữ là 1.8/1 [3]. Đồng thời kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vương Quang Vinh, Hoàng Thị Hoài, Lê Minh Thi tại bệnh viện Trưng Vương 2023 kết quả tỷ lệ người bệnh giới tính nam 61.6% cao hơn giới tính nữ 38.4% đa số gặp ở nhóm người từ trên 60 tuổi với tỷ lệ 62.3% [4]

4.1.2. Tiền sử bản thân, yếu tố nguy cơ gây nhồi máu não

- Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 70%, sau đó là thiếu máu não thoáng qua 62%, người bệnh mắc bệnh van tim, rung nhĩ chiếm tỷ lệ thấp nhất 8%. Người bệnh hút thuốc chiếm 48%. Tỷ lệ này khác với kết quả nghiên cứu của Hà Quang Bình, Dương Phúc Lam năm 2020-2021 bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng là tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 98.7%, Rung nhĩ 1.9% (Tạp chí y học Cần Thơ số 41-2021) [5]

- Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Chu Văn Vinh, Nguyễn Anh Tuấn nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức, trong 42 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 73,8%, rối loạn chuyển hóa lipid chiếm 21.4%, các bệnh lý Đái tháo đường, suy tim, bệnh lý van tim-rung nhĩ, chiếm tỷ lệ thấp dưới 20% [3]

4.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Thời gian nhập viện

- Tỷ lệ người bệnh nhập viện trong giờ vàng dưới 4.5 giờ là 36%, Tỷ lệ nhập viện trên 4.5 giờ là 64%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Vương Quang Minh và Hoàng Thị Hoài tại bệnh viện Trưng Vương (BV hạng I) năm 2023 là thời gian khởi phát khởi 4.5 giờ là 17.9%, từ 4.5 giờ đến 12 giờ là 36.4%, trên 12 giờ là 45.7% [4]. Bệnh viện

đa khoa Huyện Mỹ đức là bệnh viện Hạng II, tuyến huyện, nơi tiếp nhận người bệnh ban đầu, nên tỷ lệ người bệnh nhập viện trong giờ vàng sẽ nhiều hơn các nghiên cứu của bệnh viện tuyến trên.

4.2.2. Triệu chứng lâm sàng của nhồi máu não

A. Thang điểm Nihss

Trong 50 đối tượng nghiên cứu điểm Nihss từ 0 điểm đến 4 điểm chiếm tỷ lệ 42% Nihss từ 5 điểm đến 25 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất 56%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mai Duy Tôn, Nguyễn Duy Trinh, Hoàng Bùi Hải năm 2020 tại bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện đại học Y hà nội, Bệnh viện 103 là: Nihss từ 0-4 điểm chiếm tỷ lệ 36.1%, Nihss từ 5-25 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất 61.8%, Nihss từ 26-42 điểm chiếm tỷ lệ thấp nhất 2.1% [6]. Nihss từ 5 đên 25 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất 56% là khoảng điểm có chỉ định can thiệp tiêu sợi huyết trong giờ vàng.

B. Các triệu chứng lâm sàng khởi phát

Trong nhóm 50 đối tượng nghiên cứu, các triệu chứng lâm sàng khởi phát thường gặp nhận thấy rằng: Yếu liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất 52%, Liệt dây thần kinh số VII chiếm tỷ lệ 48%, Rối loạn ngôn ngữ chiếm tỷ lệ 36%, Triệu chứng nhìn đôi chiếm tỷ lệ thấp nhất 0%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Hà Quang Bình, Dương Phúc Lam năm 2020-2021 tại bệnh viện đa khoa Sóc Trăng triệu chứng chủ yếu là liệt nửa người chiếm tỷ lệ 90.9%, rối loạn ngôn ngữ chiếm tỷ lệ 74.8%, rối loạn cảm giác 66.7%, liệt dây thần kinh số VII 61.3% [5]. Kết quả này cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Chu Văn Vinh, Nguyễn Anh Tuấn năm 2022 tại bệnh viện Việt Đức liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất 83.3%, liệt dây thần kinh số VII chiếm tỷ lệ 59.5%, Rối Loạn ngôn ngữ 59.5% [3]

C. Chỉ số huyết áp thời điểm nhập viện

Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp chiếm đa số 72%, Trong đó Tăng huyết áp độ III chiếm tỷ lệ 26%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thế Anh năm 2018, Viện nghiên cứu y dược lâm sàng 108: Tỷ lệ người bệnh nhồi máu não có tăng huyết áp thời điểm nhập viện là 66%, Tỷ lệ người bệnh nhồi máu não không có tăng huyết áp thời điểm nhập viện là 34% [7]

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh nhồi máu não

4.3.1. Kết quả CT sọ não của người bệnh nhồi máu não

- Tỷ lệ kết quả CT sọ não có tổn thương nhồi máu não mới chiếm tỷ lệ cao nhất 64%. Chỉ có tổn thương cũ chiếm tỷ lệ 26%. Không có tổn thương trên CT sọ não chiếm tỷ lệ 10%

- Khác so với kết quả nghiên cứu của Phùng Anh Tuấn và Nguyễn Đăng Hải năm 2020 tại bệnh viện quân y 103 là có 20.5% (15BN) có phát hiện có dấu hiệu tổn thương sớm của nhồi máu não trên CT sọ não, 79.5% (58 BN) không phát hiện tổn thương trên CT sọ não [8]

4.3.2. Kết quả xét nghiệm máu lúc nhập viện

Trong nhóm 50 đối tượng nghiên cứu tỷ lệ người bệnh tăng Triglycerid chiếm tỷ lệ cao 53.33% (16/30), tăng Cholesterol chiếm tỷ lệ cao 56.66% (17/30), tăng glucose máu chiếm tỷ lệ 29.4% (10/34), tăng tiểu cầu chiếm tỷ lệ 5.7% (2/35), kết quả xét nghiệm này là yếu tố nguy cơ gây nhồi máu não.

4.3.3. Kết quả siêu âm tim và điện tim

Trong nhóm 50 đối tượng nghiên cứu có 56% người bệnh có kết quả siêu âm tim trong đó:

- Tỷ lệ người bệnh có bệnh lý hẹp van tim, suy giảm chức năng tâm thu thất trái 35.7%, không có bất thường siêu âm tim là 64.3%

- Tỷ lệ người bệnh có điện tim rung nhĩ chiếm tỷ lệ 12%. Tương đồng với nghiên cứu của Chu Văn Vinh, Nguyễn Anh Tuấn tại bệnh viện Việt Đức năm 2022: Tỷ lệ người bệnh có rung nhĩ là 16.7% [3]

4.4. Hướng xử trí và điều trị tại viện

- Tỷ lệ nhập viện điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất 64%.

- Tỷ lệ chuyển tuyến trên chiếm tỷ lệ 34% trong đó tỷ lệ chuyển viện <4.5 giờ là 76.47%

- Không có người bệnh tử vong tại viện.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nam/ nữ là 1.63/1, trong đó độ tuổi thường gặp nhất là từ 60-80 tuổi chiếm tỷ lệ 48%. Tỷ lệ người bệnh có tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 70% là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất gây nhồi máu não. Tỷ lệ người bệnh có hút thuốc là 48%. Thời gian nhập viện trong thời gian vàng < 4.5 giờ chiếm tỷ lệ 36% là yếu tố quyết định đến sự tái thông mạch máu não. Thang điểm Nihss từ 5 điểm đến 25 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất 56% là khoảng điểm có chỉ định can thiệp tiêu sợi huyết trong giờ vàng. Nhồi máu não cấp là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, vì vậy cần triển khai sớm kỹ thuật tiêm tiêu sợi huyết trong nhồi máu não cấp dưới 4,5 giờ tại các cơ sở y tế tuyến huyện. Truyền thông giáo dục sức khỏe cho toàn dân nhận biết dấu hiệu sớm của nhồi máu não cấp và các yếu tố nguy cơ gây nhồi máu não cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Phước Sứng** (2019): Kết quả điều trị nhồi máu não trong giai đoạn từ 3 đến 4,5 giờ bằng thuốc tiêu huyết khối Altepase liều thấp.
2. **Bộ Y tế** (2020)" Hướng Dẫn Chẩn Đoán Và Xử Trí Đột Quỵ Não"
3. **Chu Văn Vinh, Nguyễn Anh Tuấn** (2022): Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực tế áp dụng tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quỵ não ở Việt Nam trên bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tại Bệnh viện Việt Đức
4. **Vương Quang Minh, Hoàng Thị Hoài, Lê Minh Thi** (2023): Chất lượng xử trí đột quỵ não tại bệnh viện Trưng Vương năm 2023
5. **Hà Quang Bình, Dương Phúc Lam** (2021): Nghiên cứu tình hình đột quỵ não, yếu tố liên quan và đánh giá kết quả can thiệp quản lý điều trị ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tại bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2020-2021
6. **Mai Duy Tôn, Nguyễn Duy Trinh, Hoàng Bùi Hải** (2020): Kết quả điều trị nhồi máu não cấp và yếu tố tiên lượng tử vong tại một số đơn vị đột quỵ não ở Hà nội.
7. **Nguyễn Thế Anh** (2018): Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi có bệnh đái tháo đường.
8. **Phùng Anh Tuấn, Nguyễn Đăng Hải** (2020): Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CHẢY MÁU NÃO NẶNG Ở BỆNH NHÂN DÙNG EDOXABAN: BÀI HỌC RÚT RA TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG?

Phạm Thuỳ Dung[1], Mai Duy Tôn[1,2], Đào Thị Hương[2,3]

TÓM TẮT

Bài báo trình bày một trường hợp bệnh nhân nam 67 tuổi có tiền sử rung nhĩ không do bệnh van tim, tăng huyết áp, chảy máu não cũ năm 2017 và bệnh mạch vành chưa can thiệp. Bệnh nhân đang điều trị kháng đông bằng edoxaban 60 mg/ngày sau khi chuyển từ dabigatran. Vào tháng 9/2024, bệnh nhân nhập viện trong tình trạng hôn mê do chảy máu cầu não. Mặc dù đã được điều trị hồi sức tích cực, bao gồm thở máy xâm nhập, kiểm soát huyết áp và chống phù não, bệnh nhân tử vong sau 9 ngày. Bài báo thảo luận về các yếu tố nguy cơ liên quan đến chảy máu, phân tích vị trí chảy máu, việc thay đổi thuốc kháng đông và sự thiếu hụt thuốc giải độc đặc hiệu cho edoxaban tại Việt Nam.

Từ khoá: Chảy máu não, thuốc chống đông, edoxaban.

SUMMARY

A CASE OF SEVERE INTRACEREBRAL HEMORRHAGE IN A PATIENT ON EDOXABAN: LESSONS LEARNED FOR CLINICAL PRACTICE?

This article presents a case of a 67-year-old male patient with a history of non-valvular atrial fibrillation, hypertension, a previous intracranial hemorrhage in 2017, and untreated coronary artery disease. The patient was on anticoagulation therapy with edoxaban 60 mg/day after transitioning from dabigatran. In September 2024, the patient was admitted in a comatose state due to pontine hemorrhage. Despite intensive care treatment, including mechanical ventilation, blood pressure control, and cerebral edema management, the patient passed away after 9 days. The article discusses the risk factors associated with bleeding, analyzes the location of the hemorrhage, the change in anticoagulant therapy, and the lack of an antidote for edoxaban in Vietnam.

Keywords: Hemorrhage, anticoagulation, edoxaban.

I. GIỚI THIỆU

Chảy máu não là một biến chứng nghiêm trọng và thường gây tử vong ở những bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc kháng đông, trong đó có các thuốc kháng đông đường uống trực tiếp (DOACs)[1]. Mặc dù các thuốc này đã mang lại nhiều lợi ích rõ rệt trong phòng ngừa đột quỵ do huyết khối ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim – một tình trạng ngày càng phổ biến trong cộng đồng dân số già hóa – thì nguy cơ chảy máu, đặc biệt là chảy máu nội sọ, vẫn luôn là một thách thức lâm sàng lớn. Các thuốc DOACs

[1]*Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Bạch Mai*
[2]*Bộ môn Đột quỵ và Bệnh lý Mạch máu não, Đại học Y Dược, Trường Đại học Quốc gia Hà Nội*
[3]*Khoa cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thùy Dung
Email: bsphamthuydung@gmail.com
SĐT: 0986206610
Ngày nhận bài: 05/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 03/4/2025
Ngày duyệt bài: 06/5/2025

như dabigatran, rivaroxaban, apixaban và edoxaban đã trở thành lựa chọn điều trị tiêu chuẩn, thay thế dần các thuốc kháng vitamin K như warfarin nhờ hiệu quả tương đương hoặc vượt trội, cùng với hồ sơ an toàn được cải thiện và không cần theo dõi INR thường xuyên[2]. Tuy nhiên, lợi ích này không hoàn toàn miễn nhiễm với nguy cơ chảy máu nặng, nhất là ở những bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ đi kèm[1].

Edoxaban, một chất ức chế chọn lọc yếu tố Xa, là một trong những DOACs được chứng minh hiệu quả và độ an toàn trong phòng ngừa đột quỵ ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim, qua các nghiên cứu quy mô lớn như ENGAGE AF-TIMI 48[3]. Một nghiên cứu tổng hợp (meta-analysis) đã so sánh nguy cơ chảy máu nội sọ giữa các DOACs và thuốc kháng vitamin K (VKA). Kết quả cho thấy edoxaban có nguy cơ chảy máu nội sọ thấp hơn so với VKA, với tỷ lệ nguy cơ (risk ratio - RR) là 0.44 (95% CI 0.29–0.67)[1]. Tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ cao như tiền sử chảy máu nội sọ, tăng huyết áp kéo dài và khó kiểm soát, bệnh lý mạch máu não hoặc bệnh tim mạch đồng thời, việc sử dụng edoxaban cần hết sức thận trọng. Nguy cơ chảy máu ở những đối tượng này không chỉ còn là lý thuyết, mà đã được ghi nhận trong thực hành lâm sàng, với hậu quả đôi khi rất nghiêm trọng nếu không được can thiệp kịp thời[1]. Đặc biệt, trong các tình huống khẩn cấp khi xảy ra chảy máu nặng, việc không có thuốc giải độc đặc hiệu để đảo ngược tác dụng kháng đông là một điểm yếu lớn trong điều trị.

Tại Việt Nam, hiện chỉ mới có idarucizumab – thuốc giải độc đặc hiệu dành cho dabigatran – được lưu hành và sử dụng trong thực hành lâm sàng. Trong khi đó, andexanet alfa – thuốc giải độc đặc hiệu cho các chất ức chế yếu tố Xa như edoxaban, rivaroxaban và apixaban – vẫn chưa được phân phối và sử dụng rộng rãi. Điều này khiến cho việc xử trí các ca chảy máu nghiêm trọng do edoxaban vẫn chủ yếu dựa vào các biện pháp hồi sức hỗ trợ không đặc hiệu như kiểm soát huyết áp, chống phù não, thở máy, và truyền các chế phẩm máu như PCC, vốn chỉ có tác dụng gián tiếp và không đảo ngược hoàn toàn tác dụng kháng đông.

Bài báo này trình bày một ca lâm sàng điển hình về chảy máu não nặng ở một bệnh nhân lớn tuổi đang sử dụng edoxaban và diễn tiến đến tử vong, nhằm nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá kỹ lưỡng nguy cơ chảy máu trước khi chỉ định thuốc kháng đông, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có tiền sử chảy máu não và tăng huyết áp kéo dài. Đồng thời, ca bệnh này cũng làm nổi bật nhu cầu cấp thiết trong việc cập nhật và trang bị các thuốc giải độc đặc hiệu cho DOACs tại Việt Nam, nhằm nâng cao khả năng xử trí kịp thời các biến chứng nguy hiểm do thuốc kháng đông gây ra.

II. CA LÂM SÀNG

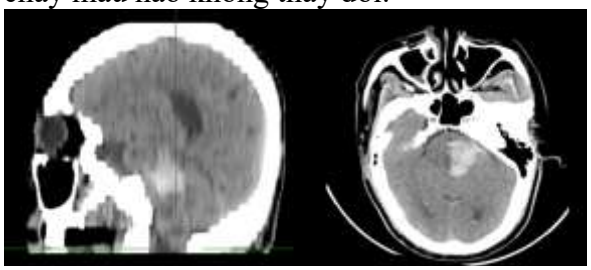
Bệnh nhân nam 67 tuổi, có các tiền sử:

- Rung nhĩ không do bệnh van tim, đang điều trị bằng edoxaban 60 mg/ngày (sau khi chuyển từ dabigatran 110 mg/ngày từ tháng 2/2024), lần cuối dung edoxaban là 20 giờ ngày 31/8/2024. Bệnh nhân cũng dùng cordaron (amiodarone) 300 mg/ngày và betalok zok (metoprolol succinate) 25mg để kiểm soát nhịp.
- Tăng huyết áp nhiều năm, huyết áp thường xuyên dao động 160–170 mmHg, điều trị hàng ngày đã đổi từ natrixam (amlodipine, indapamin) bằng twysta (telmisatan/amlodipine) 5/80 mg.

• Chảy máu não cũ năm 2017, điều trị nội khoa, không để lại di chứng, mRS = 0 điểm.

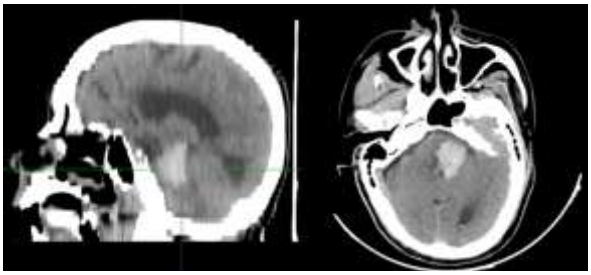
• Hẹp 40% động mạch vành nhánh LAD, chưa can thiệp, đang điều trị rosuvastatin 10 mg/ngày.

Theo lời vợ bệnh nhân kể, bệnh nhân sau ăn sáng cùng gia đình, đang đi chơi thể thao, lúc 7 giờ 30 phút ngày 1/9/2024 đột ngột đau đầu, nôn nhiều rồi hôn mê. Bệnh nhân được đưa nhập bệnh viện Bạch Mai lúc 10 giờ 28 phút cùng ngày bởi xe cứu thương 115 và gia đình. Dấu hiệu sinh tồn khi nhập viện: mạch 92 lần/ phút, huyết áp 200/120 mmHg, nhịp thở 22 lần/phút, SpO2 95%, nhiệt độ 27 độ C. Stroke-code được khởi động ngay lập tức, qua thăm khám bệnh nhân được đánh giá: hôn mê (GCS= 8 điểm: E2 V4 M2), đồng tử hai bên co nhỏ, phản xạ ánh sáng yếu, liệt tứ chi cơ lực 1/5 (NIHSS= 31 điểm, 322 201 4444 02322), Babinski 2 bên âm tính, thở nhanh và có ứ đọng đờm dãi, tim nhịp đều, bụng mềm, da niêm mạc hồng và không có chảy máu dưới da cũng như vết thương khác. Bệnh nhân được xử trí cấp cứu bằng đặt nội khí quản bảo vệ đường thở và kiểm soát huyết áp. Kết quả chụp cắt lớp vi tính mạch máu não là hình ảnh chảy máu cầu não kích thước 36 x 28 x22mm, thể tích máu nhu mô theo tính toán khoảng 12 ml tuy nhiên phân loại theo thang điểm Chung Park là loại 2, có lan vào não thất IV và sừng chẩm não thất bên và ít máu dưới nhện. Cắt lớp vi tính mạch máu não cũng phát hiện 01 phình mạch não vị trí đoạn M1 trái kích thước 2,2 x 2,1 mm, cổ 2,2 mm, núm phình nhỏ và vị trí không liên quan đến chảy máu não. Bệnh nhân tiếp tục được điều trị nội khoa tối ưu, chụp cắt lớp vi tính sọ não sau 24 giờ, vị trí chảy máu não không thay đổi.



Hình 1: Phim chụp sọ não ngày vào viện

Hình ảnh chảy máu cầu não kích thước 36x28x22mm phân loại II theo thang điểm Chung Park- chảy máu não thất IV, sừng chẩm não thất bên



Hình 2: Phim chụp sọ não sau 01 ngày

Hình ảnh chảy máu cầu não kích thước thay đổi không đáng kể- chảy máu não thất IV, sừng chẩm não thất bên

Xét nghiệm

Loại xét nghiệm	Chỉ số	Kết quả	Đánh giá
Công thức máu	Số lượng hồng cầu	4,83 T/l	Bình thường
	HCT	147 g/l	Bình thường
	Số lượng bạch cầu	10 G/l	Bình thường
	Số lượng tiểu cầu	133 G/l	Giảm nhẹ
Sinh hoá máu	Ure	5,5 mmol/l	Bình thường
	Creatinin	76 mcmol/l	Bình thường
	GOT		Bình thường

	GPT		Bình thường
	Natri/ Kali	138/3,8 mmol/l	Bình thường
	Glucose	6,7 mmol/l	Bình thường
Đông máu	PT	78%	Bình thường
	INR	1,18%	Bình thường
	APTT bệnh/chứng	0,97	Bình thường
	Fibrinogen	2/8 g/l	Bình thường
Điện tâm đồ		Rung nhĩ, tần số thất 92 lần/phút	Đã ghi nhận trong tiền sử bệnh

Nhận xét: Các xét nghiệm công thức máu và sinh hoá máu về cơ bản trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm đông máu ở bệnh nhân với các chỉ số được làm trong giới hạn bình thường, tuy nhiên cơ chế của edoxaban có thể không ảnh hưởng quá nhiều với các chỉ số trên, trong đó, ta lại không định lượng được yếu tố Xa hay nồng độ edoxaban trong máu.

Điều trị

Ngay sau nhập viện, bệnh nhân được ngừng edoxaban. Vì thời gian từ lần cuối dung edoxaban đến khi nhập viện đã quá 2 giờ nên biện pháp rửa dạ dày đã không được áp dụng. Do hôn mê và ứ đọng đờm dãi, bệnh nhân được đặt nội khí quản và thở máy xâm nhập. Huyết áp được kiểm soát bằng truyền tĩnh mạch nicardipin liên tục với mục tiêu duy trì huyết áp tối đa trong khoảng 130–150 mmHg. Các biện pháp chống phù não bao gồm nằm đầu cao, duy trì PaCO2 ở mức bình thường, truyền mannitol 20% ngắt quãng, điều chỉnh dịch truyền, kiểm soát thân nhiệt bằng thuốc hạ sốt khi thân nhiệt trên 38,5 độ C.

Dù điều trị tích cực, bệnh nhân ghi nhận sốt từ ngày thứ 2, tình trạng sốt đáp ứng một phần với thuốc hạ sốt acetaminophen truyền tĩnh mạch. Đánh giá các nguyên nhân nhiễm trùng có thể loại trừ, nghĩ nhiều đến rối loạn thân nhiệt do tổn thương cầu não. Bệnh nhân tử vong sau 9 ngày do suy đa cơ quan.

III. BÀN LUẬN

Chảy máu não và thuốc kháng đông

Chảy máu não là một biến chứng nghiêm trọng và có tỷ lệ tử vong cao ở bệnh nhân sử dụng thuốc kháng đông đường uống trực tiếp (DOACs)[1]. Trong trường hợp này, bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ rõ ràng, bao gồm tiền sử chảy máu não (năm 2017), tăng huyết áp không kiểm soát tốt với huyết áp thường xuyên dao động 160–170 mmHg, và rung nhĩ không do bệnh van tim – chỉ định bắt buộc phải dùng thuốc kháng đông. Theo thang điểm HAS-BLED, bệnh nhân này có điểm số cao (≥3), cảnh báo nguy cơ chảy máu nghiêm trọng.

Mặc dù việc sử dụng kháng đông như edoxaban là cần thiết để phòng ngừa đột quỵ do huyết khối ở bệnh nhân rung nhĩ, nhưng các yếu tố nguy cơ kể trên đặc biệt làm tăng khả năng xảy ra chảy máu não. Huyết áp cao là yếu tố được xác định có liên quan chặt chẽ với nguy cơ chảy máu nội sọ trong các nghiên cứu lớn, và trong ca bệnh này, dù đã

dùng thuốc hạ áp, huyết áp không ổn định có thể là yếu tố then chốt thúc đẩy biến cố chảy máu.

Phân tích về vị trí chảy máu

Chảy máu cầu não là một thể chảy máu não hiếm gặp nhưng đặc biệt nghiêm trọng do đặc điểm giải phẫu và chức năng sinh lý của vùng này. Cầu não là một phần của thân não, nằm giữa hành tủy và trung não, đóng vai trò sống còn trong việc điều phối các chức năng cơ bản như hô hấp, điều hòa huyết áp, nhịp tim, ý thức và thân nhiệt. Các nhân thần kinh sọ, các đường dẫn truyền thần kinh quan trọng (bao gồm cả bó vỏ – gai và bó vỏ – hành) đều đi qua hoặc nằm tại cầu não. Vì vậy, bất kỳ tổn thương nào tại đây, đặc biệt là tổn thương do chảy máu, đều có thể gây ra hậu quả lâm sàng rất nặng nề và nhanh chóng[4].

Trong ca bệnh này, bệnh nhân bị chảy máu nhu mô cầu não kích thước 36 x 28 mm, kèm theo lan vào não thất và một ít máu dưới nhện, cho thấy mức độ lan rộng và phức tạp của tổn thương. Chảy máu tại cầu não dễ gây hôn mê sâu ngay từ đầu do ảnh hưởng đến lưới hoạt hóa thân não (reticular activating system), đồng thời làm mất các phản xạ sống còn như điều hòa hô hấp và tim mạch. Chính vì vậy, bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng khởi phát rất đột ngột với hôn mê sâu, rối loạn nhịp thở, liệt tứ chi, và sau đó là rối loạn thân nhiệt không đáp ứng hoàn toàn với điều trị hạ sốt thông thường – một dấu hiệu gợi ý tổn thương các trung tâm điều nhiệt tại cầu não.

Mặt khác, tình trạng huyết áp của bệnh nhân không được kiểm soát tốt trước đó, với mức huyết áp dao động thường xuyên 160–170 mmHg, và tăng vọt đến 200/120 mmHg tại thời điểm khởi phát triệu chứng, có thể đã thúc đẩy hoặc làm vỡ các vi phình mạch hoặc mạch máu yếu trong nhu mô cầu não. Cộng hưởng giữa vị trí tổn thương đặc biệt nguy hiểm và các yếu tố huyết động không ổn định khiến cho chảy máu tiến triển nặng, nhanh chóng dẫn đến suy đa cơ quan và tử vong.

Việc lựa chọn phương pháp điều trị nội khoa hỗ trợ trong những trường hợp này là cần thiết nhưng thường không đủ, do cầu não là vùng không thể can thiệp phẫu thuật hoặc dẫn lưu máu tụ một cách an toàn như với thùy trán hoặc tiểu não[4]. Chính vì vậy, phòng ngừa vẫn là chiến lược tối ưu, trong đó kiểm soát huyết áp và đánh giá nguy cơ chảy máu phải được đặt lên hàng đầu khi sử dụng thuốc kháng đông, đặc biệt ở bệnh nhân có tiền sử chảy máu não như trường hợp này.

Phân tích về việc thay đổi thuốc kháng đông

Bệnh nhân đã được điều trị bằng dabigatran với liều 110 mg/ngày – liều thường được sử dụng cho các đối tượng có nguy cơ chảy máu cao, như người cao tuổi hoặc có tiền sử chảy máu não[5]. Tuy nhiên, từ tháng 2/2024, bệnh nhân được chuyển sang sử dụng edoxaban liều tiêu chuẩn 60 mg/ngày. Việc thay đổi từ một thuốc ức chế thrombin trực tiếp (dabigatran – yếu tố IIa sang một thuốc ức chế yếu tố Xa (edoxaban) là thay đổi từ thuốc chống đông có chất giải độc đặc hiệu (Idarucizumab giải độc đặc hiệu cho Dabigatran[6]) sang thuốc chống đông

chưa có thuốc giải độc đặc hiệu ở Việt Nam, đồng thời thay đổi cơ chế tác động trên hệ thống đông máu. Trong quá trình chuyển đổi, đặc biệt nếu không có khoảng nghỉ (wash-out period) rõ ràng hoặc không đánh giá lại toàn diện tình trạng lâm sàng và nguy cơ chảy máu (thông qua thang điểm HAS-BLED), bệnh nhân có thể rơi vào tình trạng mất cân bằng nội môi đông máu tạm thời, làm tăng nguy cơ biến cố chảy máu, đặc biệt là trong những ngày đầu sau khi chuyển thuốc.

Hơn nữa, liều edoxaban 60 mg/ngày là liều chuẩn, áp dụng cho bệnh nhân có chức năng thận bình thường, cân nặng >60 kg và không dùng thuốc tương tác[7]. Tuy nhiên, bệnh nhân trong ca này đang sử dụng đồng thời amiodarone (Cordaron) – một thuốc có khả năng ức chế mạnh P-glycoprotein, là chất vận chuyển đóng vai trò quan trọng trong việc loại bỏ edoxaban khỏi tế bào. Khi P-glycoprotein bị ức chế, nồng độ edoxaban trong huyết tương có thể tăng cao hơn dự kiến, làm kéo dài thời gian tác dụng kháng đông và tăng nguy cơ chảy máu, đặc biệt là ở các vị trí nhạy cảm như nhu mô não. Một nghiên cứu cho thấy khi sử dụng đồng thời edoxaban 60 mg với amiodarone 400 mg, diện tích dưới đường cong nồng độ-thời gian (AUC) của edoxaban tăng 39,8%, trong khi nồng độ tối đa (Cmax) tăng 66%. Tuy nhiên, nồng độ đỉnh trong 24 giờ (C24) của edoxaban giảm 25,7% khi sử dụng đồng thời với amiodarone[8].

Tác động cộng hưởng giữa việc chuyển đổi thuốc kháng đông không kèm theo đánh giá lại toàn diện, sử dụng edoxaban ở liều chuẩn trong bối cảnh có tương tác thuốc tiềm tàng, và sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ rõ rệt như tiền sử chảy máu não, tăng huyết áp không kiểm soát, đã tạo nên một nền tảng nguy cơ cao cho biến cố chảy máu nghiêm trọng. Từ đó, trường hợp này nhấn mạnh vai trò thiết yếu của việc cá thể hóa điều trị kháng đông – không chỉ dựa vào chỉ định rung nhĩ không do bệnh van tim, mà còn phải cân nhắc toàn diện các yếu tố nguy cơ, tương tác thuốc và đặc điểm lâm sàng cụ thể của từng bệnh nhân.

Điều trị chảy máu não ở bệnh nhân dùng edoxaban và thuốc giải độc đặc hiệu andexanet alpha

Về điều trị với trường hợp chảy máu não ở bệnh nhân đang dùng edoxaban, ngoài các phương pháp điều trị tích cực cho chảy máu não như kiểm soát huyết áp, chống phù não, đảm bảo thông khí, đường huyết,… hướng dẫn của ASA 2022 chỉ ra các biện pháp như rửa dạ dày đối với trường hợp vào viện sớm trong 2 giờ, thuốc giải độc đặc hiệu andexanet alfa (khuyến cáo 2a), hay các chế phẩm máu PCC 4 yếu tố (4F-PCC) hoặc activated PCC (aPCC – FEIBA) [9]. Tuy nhiên, bệnh nhân

Một điểm hạn chế lớn trong xử trí chảy máu nặng do edoxaban là thiếu thuốc hóa giải đặc hiệu. Hiện nay, andexanet alfa là thuốc giải độc được FDA và EMA phê duyệt để đảo ngược tác dụng của các thuốc ức chế yếu tố Xa như edoxaban, rivaroxaban và apixaban[10].

Andexanet alfa là một protein tái tổ hợp của yếu tố Xa người, được biến đổi để không

còn hoạt tính xúc tác, nhưng có khả năng gắn kết với các thuốc kháng yếu tố Xa và trung hòa chúng[10]. Các nghiên cứu như ANNEXA-A và ANNEXA-4 đã chứng minh hiệu quả nhanh chóng của andexanet alfa trong việc đảo ngược tác dụng kháng đông và kiểm soát chảy máu nặng.

Tuy nhiên, tại Việt Nam, andexanet alfa hiện chưa được lưu hành, dẫn đến việc không có phương tiện hóa giải khi bệnh nhân chảy máu nghiêm trọng do edoxaban. Trong trường hợp này, việc thiếu thuốc giải độc khiến mọi biện pháp điều trị trở nên hỗ trợ thuần túy, làm giảm đáng kể khả năng cứu sống bệnh nhân.

Trong điều trị chảy máu não nghiêm trọng ở bệnh nhân đang sử dụng edoxaban, đặc biệt khi không có thuốc giải độc đặc hiệu như andexanet alfa, việc sử dụng các chế phẩm bổ sung yếu tố đông máu như PCC 4 yếu tố (4F-PCC) hoặc activated PCC (aPCC – FEIBA) trở nên quan trọng[9]. PCC 4 yếu tố cung cấp các yếu tố đông máu II, VII, IX và X, giúp cải thiện tình trạng rối loạn đông máu do thuốc ức chế yếu tố Xa, dù không đặc hiệu. Nhiều khuyến cáo và nghiên cứu đã ủng hộ việc sử dụng PCC liều 25–50 IU/kg trong các trường hợp chảy máu nặng do DOACs, với một số bằng chứng cho thấy khả năng cải thiện lâm sàng và kiểm soát chảy máu.

Trong khi đó, aPCC là dạng hoạt hóa, có tác dụng cầm máu mạnh hơn và có thể được xem xét khi không có PCC hoặc khi cần hiệu quả nhanh hơn[9]. Tuy nhiên, do nguy cơ cao hơn về biến chứng huyết khối, aPCC thường được sử dụng thận trọng và có giới hạn, đặc biệt ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tim mạch như trong ca bệnh này.

Ở trường hợp bệnh nhân nam 67 tuổi trên, bị chảy máu cầu não khi đang dùng edoxaban, thời gian từ lần cuối dung thuốc tới khi nhập viện đã quá 2 giờ, không thể áp dụng biện pháp rửa dạ dày; việc không sử dụng 4F-PCC hoặc aPCC là một hạn chế quan trọng trong quá trình điều trị. Với vị trí chảy máu nguy hiểm và diễn tiến nhanh, một can thiệp tích cực hơn như truyền PCC có thể giúp kiểm soát sớm tình trạng chảy máu và cải thiện tiên lượng. Tuy nhiên, chúng ta cũng biết, trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam việc có sẵn chế phẩm PCC 4 yếu tố hay aPCC Trong điều kiện chưa có andexanet alfa tại Việt Nam, cần cân nhắc đưa 4F-PCC và aPCC vào phác đồ điều trị chuẩn cho các trường hợp chảy máu nghiêm trọng do edoxaban, đồng thời đào tạo cán bộ y tế về chỉ định và theo dõi nguy cơ huyết khối khi sử dụng các chế phẩm này.

IV. KẾT LUẬN

Việc sử dụng thuốc kháng đông ở bệnh nhân rung nhĩ cần được cá thể hóa, đặc biệt ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ chảy máu não. Trường hợp này cho thấy hậu quả nghiêm trọng của việc không có thuốc giải độc đặc hiệu, và nhấn mạnh sự cần thiết của đánh giá nguy cơ chảy máu kỹ lưỡng, theo dõi sát và can thiệp sớm khi có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lv M, et al.** Risk of Intracranial Hemorrhage

Caused by Direct Oral Anticoagulants for Stroke Prevention in Patients With Atrial Fibrillation (from a Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials). Am J Cardiol. 2022 Jan 1; 162:92-99. doi: 10.1016/j.amjcard.2021.09.011. Epub 2021 Oct 29. PMID: 34756593

2. **Joglar, J.A., 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): p. e1-e156.
3. **Giugliano RP, Ruff CT, et al.** Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2013;369(22): 2093-2104. doi:10.1056/NEJMoa13109.
4. **Behrouz R.** Prognostic factors in pontine haemorrhage: A systematic review. Brain Inj. 2018; 32(3):1-6. doi:10.1177/ 2396987317752729.
5. **An J, Cheetham TC, Luong T, et al.** Effectiveness and safety of Dabigatran 110 mg versus 150 mg for Stroke Prevention in Patients with Atrial Fibrillation at High Bleeding Risk. Clin Ther. 2023 Jul;45(7): e151-e158. doi: 10.1016/j.clinthera.2023. 05.007. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37380555
6. **Pollack CV, Reilly PA, Eikelboom JW, et al.** Idarucizumab for Dabigatran Reversal — Full Cohort Analysis. N Engl J Med. 2017;377(5):431-441.
7. **Zimerman A, Braunwald E, et al.** Dose Reduction of Edoxaban in Patients 80 Years and Older With Atrial Fibrillation: Post Hoc Analysis of the ENGAGE AF-TIMI 48 Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiol. 2024 Sep 1;9(9):817-825. doi: 10.1001/ jamacardio.2024.1793. PMID: 38985461; PMCID: PMC11238063.
8. **Mendell J, Zahir H, et al.** Drug-drug interaction studies of cardiovascular drugs involving P-glycoprotein, an efflux transporter, on the pharmacokinetics of edoxaban, an oral factor Xa inhibitor. Am J Cardiovasc Drugs. 2013 Oct;13(5):331-42. doi: 10.1007/s40256-013-0029-0. PMID: 23784266; PMCID: PMC3781304.
9. **Hemphill JC 3rd, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, Cushman M, Fung GL, et al.** Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: AHA/ASA 2022 update. Stroke. 2022;53(7):e282-e361. doi:10.1161/STR.0000000000000407.
10. **U.S. Food and Drug Administration.** Andexanet alfa. Approved May 3, 2018. Available from: https://www.fda.gov/drugs/ drug-approvals-and-databases/andexanet-alfa

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NÃO CÓ XƠ GAN

Trần Văn Bạch[1,2], Mai Duy Tôn[1,3,4], Ngô Đức Ngọc[4], Phạm Thuỳ Dung[3]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quỵ não và xơ gan là hai bệnh lý phổ biến, có tỷ lệ tử vong và tàn phế cao. Ở bệnh nhân có xơ gan, các yếu tố như rối loạn đông máu, giảm dự trữ gan, biến đổi huyết động và viêm mạn tính có thể ảnh hưởng đáng kể đến diễn tiến và tiên lượng đột quỵ. Tuy nhiên, hiện nay tại Việt Nam vẫn còn thiếu các nghiên cứu đánh giá cụ thể mối liên hệ này.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân đột quỵ não có kèm theo xơ gan.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện tại Trung tâm Đột quỵ – Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2024 đến 4/2025. Bệnh nhân ≥18 tuổi, được chẩn đoán nhồi máu não cấp và đã xác định có xơ gan. Thu thập dữ liệu lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh học, thang điểm đánh giá đột quỵ (NIHSS, ICH, mRS), thang điểm phân loại xơ gan(CHILD-PUGH) và kết quả điều trị.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng lâm sàng quan trọng về ảnh hưởng của xơ gan đối với diễn tiến và kết cục điều trị đột quỵ não, từ đó định hướng các biện pháp can thiệp phù hợp cho nhóm bệnh nhân nguy cơ cao này.

Từ khóa: Đột quỵ não, xơ gan.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES IN STROKE PATIENTS WITH CIRRHOSIS

Introduction: Stroke and cirrhosis are two common diseases with high mortality and disability rates. In patients with cirrhosis, factors such as coagulation disorders, reduced liver reserves, hemodynamic changes, and chronic inflammation can significantly affect the progression and prognosis of stroke. However, currently, in Vietnam, there is a lack of specific studies assessing this relationship.

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of patients with stroke associated with cirrhosis.

Methods: Cross-sectional descriptive study conducted at the Stroke Center – Bach Mai Hospital from January 2024 to April 2025. Patients aged 18 years and older diagnosed with acute ischemic stroke and confirmed with cirrhosis were included. Data collected include clinical information, laboratory tests, imaging results, stroke severity scales (NIHSS, ICH, mRS), CHILD-PUGH liver cirrhosis grading scale and treatment outcomes.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Khoa Hồi sức tích cực - chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh*
[3]*Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Bạch Mai*
[4]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Mai Duy Tôn
SĐT: 0983668829
Email: Tonresident@gmail.com
Ngày nhận bài: 05/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 03/4/2025
Ngày duyệt bài: 06/5/2025

Conclusion: The results of this study will provide important clinical evidence on the impact of cirrhosis on the progression and treatment outcomes of stroke, thereby guiding appropriate intervention strategies for this high-risk group.

Keywords: Stroke, cirrhosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não tiếp tục là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế, đặc biệt tại các nước đang phát triển, nơi tỷ lệ mắc bệnh và mức độ ảnh hưởng ngày càng gia tăng. Trong khi đó, xơ gan – hậu quả cuối cùng của nhiều bệnh lý gan mạn tính – vẫn là một trong những nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ tử vong cao trên toàn cầu, xếp thứ 11 trong số các nguyên nhân gây tử vong phổ biến nhất [1], [2]. Xơ gan gây ra hàng loạt rối loạn nghiêm trọng trong cơ thể, đáng chú ý nhất là rối loạn đông máu và biến chứng huyết khối – hai yếu tố có thể trực tiếp dẫn đến đột quỵ.

Bệnh nhân xơ gan thường xuyên đối mặt với tình trạng giảm tiểu cầu, suy giảm chức năng gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa, khiến nguy cơ xuất huyết não tăng cao. Đồng thời, rối loạn chuyển hóa lipid, cùng với tăng huyết áp, cũng góp phần làm gia tăng nguy cơ đột quỵ, đặc biệt là ở những bệnh nhân mắc xơ gan tiến triển. Một số nghiên cứu gần đây đã chỉ ra mối liên hệ chặt chẽ giữa xơ gan và nguy cơ đột quỵ não, không chỉ khiến bệnh nhân có nguy cơ cao hơn mà còn làm diễn tiến bệnh trở nên phức tạp hơn [3], [4], [5]. Đáng chú ý, nghiên cứu trên hơn 1,6 triệu người cho thấy bệnh nhân xơ gan có nguy cơ đột quỵ cao hơn 40% so với người không mắc bệnh [3], và tỷ lệ đột quỵ xuất huyết ở nhóm này cũng cao hơn đáng kể do rối loạn đông máu kéo dài [4].

Tuy nhiên, dù có những phát hiện quan trọng trên thế giới, mối liên hệ này chưa được làm rõ và ứng dụng đầy đủ trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam. Do đó, việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của đột quỵ não ở bệnh nhân mắc xơ gan không chỉ mang ý nghĩa khoa học mà còn có giá trị thực tiễn trong công tác chẩn đoán và điều trị. Hiểu rõ mối tương quan giữa xơ gan và nguy cơ đột quỵ sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng đánh giá đúng tình trạng bệnh, dự báo tiên lượng và cá thể hóa chiến lược điều trị nhằm nâng cao hiệu quả và giảm thiểu biến chứng cho bệnh nhân.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đột quỵ não có xơ gan.

2. Đánh giá kết quả điều trị sau đột quỵ ở bệnh nhân có xơ gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu – tiến cứu kết hợp.

Địa điểm: Trung tâm Đột quỵ – Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian: 1/2024 – 4/2025.

Đối tượng: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, chẩn đoán nhồi máu não cấp trong vòng 72 giờ và bệnh nhân đã được chẩn đoán xơ gan.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có đột quỵ cũ với mRS >1, có u não, rối loạn tâm thần, hoặc các chẩn đoán thần kinh khác.

Các biến số nghiên cứu chính: Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả điều trị.

Phân tích số liệu: sử dụng SPSS 20.0, với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 39 trường hợp đã và đang được chẩn đoán đột quỵ não có xơ gan với đầy đủ dữ liệu từ 1/2024 – 4/2023 được đưa vào khảo sát

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất - Giá trị lớn nhất	
Giới			Nam:100%
Tuổi trung bình (năm)	57,8 ± 10,3	42 - 82	
BMI trung bình (kg/m2)	22,4 ± 2,3	17 - 26	
Glasgow	10,4 ± 3,9	3 - 15	
Hồng cầu (T/l)	3,86 ± 0,71	2,55 - 5,54	
Hb (g/l)	126 ± 19	84 - 168	
Bạch cầu (G/l)	9,7 ± 5,2	2,1 – 23,8	
Tiểu cầu (G/L)	125 ± 72	3 - 275	
IRN	1,38 ± 0,36	0,9 - 2,54	
Glucose(mmol/l)	10.3 ± 5.5	5.7 - 29.9	
Creatinin	81 ± 46	42 - 322	
Bilirubin toàn phần	58,9 ± 69,9	6,8 - 334	
GOT (u/l)	141 ± 170	24 - 1039	
GPT (U/l)	71 ± 156	9.6 - 988	
Na (mmol/l)	136 ± 4.0	122 - 144	
K (mmol/l)	3.6 ± 0.6	2.7 - 5.5	

Bảng 2. Tiền sử các bệnh đồng mắc

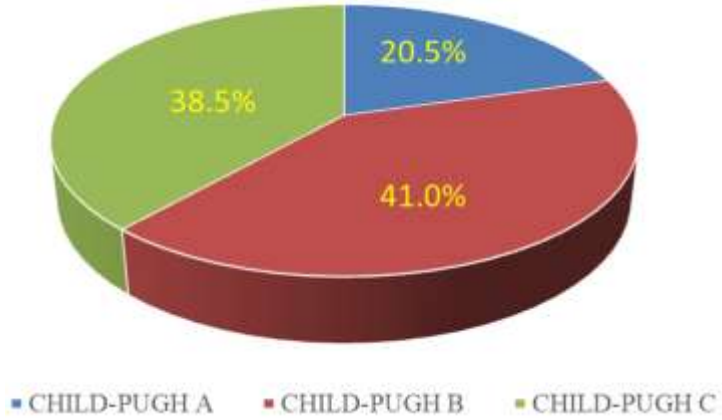
Bệnh đồng mắc	Số trường hợp (n=39)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	28	71.8
Đái tháo đường	7	17.9
Xuất huyết tiêu hóa	13	34.2
Ung thư gan	4	12.1
Viêm gan virus	5	16.7
Lạm dụng rượu	11	30.6

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh đồng mắc là tăng huyết áp chiếm 71.8% số trường hợp đột quỵ não có xơ gan



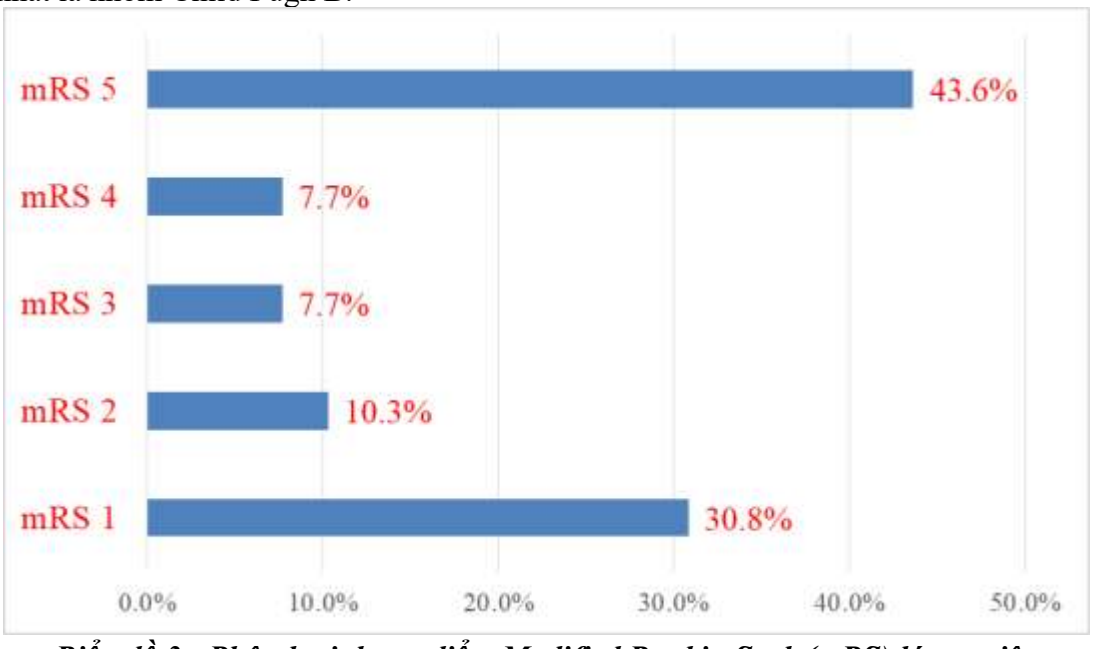
Biểu đồ 1. Các thể đột quỵ não

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đột quỵ não có xơ gan là thể chảy máu não (33/39)



Biểu đồ 2. Phân loại CHILD-PUGH (n=39)

Nhận xét: Phân loại xơ gan theo Child- Pugh của các bệnh nhân được nghiên cứu, tỷ lệ cao nhất là nhóm Child Pugh B.



Biểu đồ 3: Phân loại thang điểm Modified Rankin Scale(mRS) lúc ra viện

Nhận xét: 58.9% bệnh nhân đột quỵ não kèm xơ gan có kết cục lâm sàng xấu với mRS từ 3-5 điểm, chúng tôi chưa ghi nhận ca bệnh nào tử vong tại viện.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Tỷ lệ giới tính nam là 100% có sự khác biệt so với nghiên cứu "Sự chênh lệch giới tính trong kết quả đột quỵ trong sổ đăng ký đột quỵ triển vọng đa trung tâm tại Việt Nam" của tác giả Mai Duy Tôn tỷ lệ nam giới chỉ chiếm 61,3% [6]. Trong nghiên cứu độ tuổi trung bình 57,8 ± 10,3 tuổi, thấp hơn so với các nghiên cứu khác, cho thấy bệnh nhân xơ gan có thể gặp đột quỵ sớm hơn. Chỉ số BMI trung bình là 22,4 ± 2,3 kg/m², tuy nhiên, tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân gan mạn tính có thể không được phản ánh chính xác qua BMI (Bảng 1).

Tình trạng thần kinh và huyết học khi nhập viện: Điểm Glasgow trung bình là 10,4 ± 3,9, cho thấy đa phần bệnh nhân có đột quỵ nặng. Thiếu máu nhẹ đến trung bình và giảm tiểu cầu là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan, làm tăng nguy cơ xuất huyết.

Xét nghiệm đông máu và sinh hóa: Chỉ số INR trung bình là 1,38 ± 0,36, cho thấy tình trạng rối loạn đông máu. Glucose máu cao là phản ứng stress cấp hoặc đái tháo đường chưa kiểm soát. Creatinin cao phản ánh suy thận, phổ biến trong hội chứng gan-thận.

Chức năng gan và điện giải: Men gan tăng cao, Na trung bình là 136 mmol/L, trong khi kali thấp, dẫn đến tăng nguy cơ loạn nhịp và tử vong. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến, cùng với đái tháo đường, xuất huyết tiêu hóa, lạm dụng rượu, và viêm gan virus.

Trong nghiên cứu này chảy máu não chiếm 84,6% trường hợp khác biệt đáng kể so với nghiên cứu "Long-term risk of recurrent stroke after a first-ever stroke. The Oxfordshire Community Stroke Project" của J. Burn và cộng sự tỷ lệ chảy máu não chỉ chiếm 10-15% trường hợp [7], do rối loạn đông máu và thành mạch yếu trong xơ gan. Nhiều nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tỷ lệ chảy máu não ở bệnh nhân xơ gan mất bù cao hơn đáng kể so với các nhóm bệnh nhân khác. Một phần lý do là do tình trạng suy gan làm giảm tổng hợp các yếu tố đông máu, đồng thời làm suy yếu khả năng cầm máu. Điều này khiến việc điều trị đột quỵ xuất huyết ở nhóm bệnh nhân này gặp nhiều khó khăn, do phải cân nhắc giữa nguy cơ xuất huyết kéo dài và nguy cơ hình thành huyết khối khi sử dụng các biện pháp điều trị can thiệp.

Về phân loại mức độ bệnh nhân xơ gan theo thang điểm Child-Pugh, có đến 79,5% bệnh nhân thuộc nhóm B và C, tức là xơ gan đã tiến triển và bước vào giai đoạn mất bù. Điều này có tác động đáng kể đến tỷ lệ xuất huyết não cao cũng như khả năng hồi phục hạn chế của các bệnh nhân (Biểu đồ 1 và 3). Nhóm bệnh nhân này thường gặp nhiều biến chứng phối hợp, làm suy giảm nặng chức năng gan, ảnh hưởng đến khả năng đông máu và làm trầm trọng hơn tiên lượng sống còn. Cụ thể, những bệnh nhân xơ gan Child- Pugh B và C không chỉ có rối loạn đông máu kéo dài mà còn đối mặt với tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, dẫn đến nguy cơ xuất huyết nội sọ cao hơn. Ngoài ra, sự mất cân bằng trong hệ thống điều hòa huyết áp và chuyển hóa lipid ở nhóm bệnh nhân này cũng làm tăng nguy cơ hình thành huyết khối, không chỉ trong tuần hoàn hệ thống mà còn tại các mạch máu não. Những yếu tố này tạo nên một vòng xoắn bệnh lý, khiến đột quỵ ở bệnh nhân xơ gan tiến triển trở thành một thách thức lớn đối với các bác sĩ lâm sàng.

Tàn phế sau đột quỵ: 58,9% bệnh nhân có di chứng nặng (mRS ≥ 3), do tình trạng gan mất bù, xuất huyết não và các rối loạn khác làm nặng thêm tổn thương thần kinh (Biểu đồ 3). Tình trạng suy giảm chức năng gan trong nhóm bệnh nhân xơ gan mất bù còn ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả điều trị và tiên lượng sống còn. Các bệnh nhân này thường có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn, rối loạn chuyển hóa nghiêm trọng hơn, và giảm khả năng đáp ứng với các phác đồ điều trị thông thường. Việc cá thể hóa chiến lược điều trị là điều cần thiết để tối ưu hóa kết quả và giảm nguy cơ biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân đột quỵ có xơ gan cần được theo dõi kỹ lưỡng về huyết động, đông máu, và can thiệp sớm để giảm thiểu nguy cơ xuất huyết và cải thiện tiên lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F. Vl et al.,** "Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010," Lancet Lond. Engl., vol. 383, no. 9913, Jan. 2014, doi: 10.1016/s0140-6736(13)61953-4.
2. **"Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death,** 1980–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 - The Lancet. Accessed July 28, 2024. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31012-1/fulltext".
3. **K. M. Fleming, G. P. Aithal, T. R. Card, and J. West,** "All-cause mortality in people with cirrhosis compared with the general population: a population-based cohort study," Liver Int. Off. J. Int. Assoc. Study Liver, vol. 32, no. 1, pp. 79–84, Jan. 2012, doi: 10.1111/j.1478-3231.2011.02517.x.
4. **A. A. Mokdad et al.,** "Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis," BMC Med., vol. 12, p. 145, Sep. 2014, doi: 10.1186/s12916-014-0145-y.
5. **S. K. Asrani, H. Devarbhavi, J. Eaton, and P. S. Kamath,** "Burden of liver diseases in the world," J. Hepatol., vol. 70, no. 1, pp. 151–171, Jan. 2019, doi: 10.1016/j.jhep.2018.09.014.
6. **M. D. Ton et al.,** "Sex disparity in stroke outcomes in a multicenter prospective stroke registry in Vietnam," Int. J. Stroke Off. J. Int. Stroke Soc., vol. 18, no. 9, pp. 1102–1111, Oct. 2023, doi: 10.1177/17474930231177893.
7. **J. Burn, M. Dennis, J. Bamford, P. Sandercock, D. Wade, and C. Warlow,** "Long-term risk of recurrent stroke after a first-ever stroke. The Oxfordshire Community Stroke Project," Stroke, vol. 25, no. 2, pp. 333–337, Feb. 1994, doi: 10.1161/01.str.25.2.333.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN HOÀI ĐỨC NĂM 2024

Nguyễn Thị Hà[1], Nguyễn Trung Mạnh[1], Nguyễn Thị Hà Trang[1], Viết Thị Xuân[1], Nguyễn Thị Hậu[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bướu nhân tuyến giáp là bệnh lý nội tiết khá phổ biến. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024. 2. Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu được tiến hành trên 150 bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp đến khám ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024. **Kết quả:** Bướu nhân tuyến giáp gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 41-70 (69,3%), tỉ lệ nữ/nam: 10/1. Bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp thường không có tiền sử bệnh lý tuyến giáp (60%) và không có triệu chứng lâm sàng (60,7%). Số lượng bướu đa nhân nhiều hơn đơn nhân, kích thước chủ yếu < 2 cm (86%), chủ yếu TIRADS 3 (78%). Bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp đa số ở trạng thái bình giáp.

Từ khóa: Bướu nhân tuyến giáp, bướu nhân tuyến giáp lành tính, siêu âm tuyến giáp.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH THYROID NODULES AT HOAI DUC GENERAL HOSPITAL IN 2024

Background: Thyroid nodules are quite common endocrine diseases. **Objectives:** 1. Description of clinical characteristics in patients with thyroid nodules at Hoai Duc general hospital in 2024. 2. Description of subclinical characteristics in patients with thyroid nodules at Hoai Duc general hospital in 2024. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study. The study was conducted on 150 patients with thyroid nodules who came for outpatient examination at Hoai Duc General Hospital from May 2024 to October 2024. **Results:** Thyroid nodules was mainly found in the age group of 41-70 (69.3%), female/male ratio: 10/1. Patients with thyroid nodules often have no history of thyroid disease (60%) and no clinical symptoms (60.7%). The number of multinodular tumors is higher than that of mononudular tumors, the majority of thyroid nodules < 2 in size (86%), mainly TIRADS 3 (78%). Most patients with thyroid nodules has normal thyroid function.

Keywords: Thyroid nodules, benign thyroid nodules, ultrasound of thyroid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp là tình trạng khi có sự xuất hiện của một hay nhiều nhân trong nhu mô tuyến giáp. Đây là một bệnh lý nội

[1]*Bệnh viện Đa khoa huyện Hoài Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hà
Email: hanthmu@gmail.com
SĐT: 0979779384
Ngày nhận bài: 05/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 03/4/2025
Ngày duyệt bài: 06/5/2025

tiết khá phổ biến và thường lành tính. Tỉ lệ BNTG thay đổi tùy thuộc vào quần thể và phương pháp phát hiện. Khám lâm sàng có thể phát hiện BNTG ở khoảng 4-7% dân số, phụ nữ nhiều gấp 5 lần nam giới, lứa tuổi được phát hiện nhiều là 36-55. Tỷ lệ phát hiện được bằng siêu âm lớn hơn rất nhiều, dao động từ 19 đến 67% tùy nhóm nghiên cứu [1]. Triệu chứng lâm sàng của BNTG thường rất kín đáo thậm chí không có triệu chứng. Siêu âm tuyến giáp là một phương pháp rất có giá trị trong chẩn đoán phát hiện sớm và theo dõi điều trị BNTG. Đây là một kỹ thuật đơn giản, rẻ tiền, dễ thực hiện. Siêu âm có vai trò gợi ý tính chất ác tính của nhân giáp từ đó định hướng chọc hút bằng kim nhỏ làm tăng khả năng phát hiện sớm ung thư tuyến giáp.Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu về BNTG tuy nhiên tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức hiện chưa có nghiên cứu về bệnh lý này. Vì vậy, để hiểu rõ tỷ lệ mắc cũng như các đặc điểm bệnh lý BNTG, có thêm kinh nghiệm trong chẩn đoán và định hướng điều trị, theo dõi bệnh BNTG, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

"Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024" với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024.

2. Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp đến khám ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

➢ ***Tiêu chuẩn lựa chọn***

- Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên đi khám tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức.

- Bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn xác định một tổn thương là nhân giáp trên siêu âm theo tiêu chuẩn của Williams Textbook of Endocrinology 2012 [2].

Nhân giáp trên siêu âm biểu hiện là các nốt (nodules), đó là các hình khối khu trú trên nền tổ chức tuyến bình thường.

- Tổn thương dạng đặc đường kính từ 3 mm trở lên.
- Tổn thương dạng lỏng đường kính từ 2 mm trở lên.

➢ ***Tiêu chuẩn loại trừ***

- Bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp đã điều trị khỏi bệnh.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa khám bệnh – Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức

- Thời gian: Từ tháng 05/2024 đến tháng 10/2024

2.5. Quy trình và nội dung nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được tiến hành thu thập số liệu nghiên cứu thông qua bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn gồm có: thông tin hành chính, tiền sử, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, siêu âm tuyến giáp, xét nghiệm FT4, TSH.

- Siêu âm tuyến giáp: các nhân tuyến giáp được đánh giá phân độ theo EU-TIRADS 2017[3]. Đối với bướu đa nhân,

chúng tôi chọn nhân có phân độ TIRADS cao hơn để mô tả các đặc điểm trên.

- Xét nghiệm FT4, TSH: Kết quả nồng độ FT4 và TSH theo tiêu chuẩn của khoa Xét nghiệm Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức:

+ Nồng độ bình thường của FT4: 12-22 pmol/l

+ Nồng độ bình thường của TSH: 0,27-4,2 µU/ml

Dựa vào kết quả FT4, TSH, đánh giá tình trạng tuyến giáp theo Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kì ATA 2016[4].

Bảng 2.1. Phân loại chức năng tuyến giáp

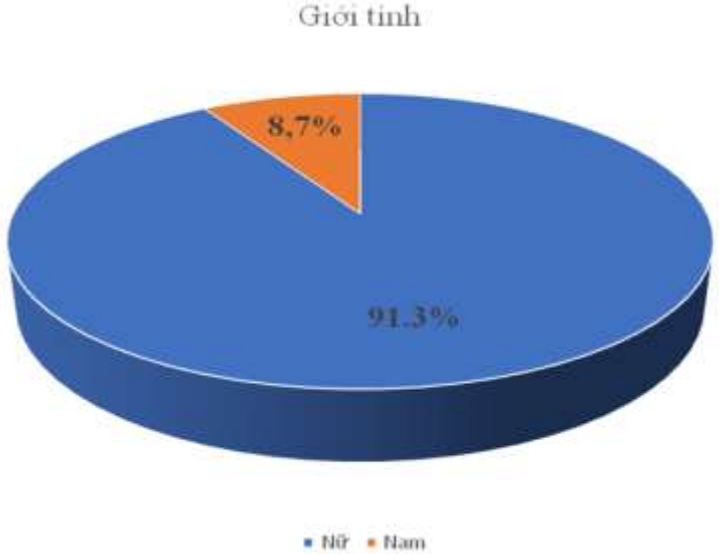
Chẩn đoán	Nồng độ TSH (µU/ml)	Nồng độ FT4 (pmol/l)
Bình giáp	Bình thường	Bình thường
Cường giáp	Giảm	Tăng
Cường giáp dưới lâm sàng	Giảm	Bình thường
Suy giáp nguyên phát	Tăng	Giảm
Suy giáp dưới lâm sàng	Tăng	Bình thường

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu tuyển được 150 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

3.1.1. Phân bố theo giới tính của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

Nhận xét: Trong 150 bệnh nhân, bệnh nhân nữ chiếm đa số với tỉ lệ 91,3%, tỉ lệ nữ/nam: 10/1.

3.1.2. Phân bố theo tuổi của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

Tuổi	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	> 70	Tổng
n	8	13	34	35	49	11	150
%	5,3	8,7	22,7	23,3	32,7	7,3	100
Trung bình	54,61 ± 13,24						

Nhận xét:

- Tuổi trung bình là 54,61 ± 13,24. Tuổi nhỏ nhất là 20, cao nhất là 91 tuổi.

- Bệnh gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 41-70 tuổi với 118/150 BN chiếm tỉ lệ 69,3%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân BNTG

3.2.1. Các yếu tố nguy cơ

Bảng 3.2. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	n	Tỷ lệ (%)
Không có tiền sử đặc biệt	90	60
Tiền sử bệnh lý tuyến giáp của bản thân	39	26
Tiền sử chiếu xạ vùng đầu mặt cổ	1	0,7
Tiền sử gia đình có bệnh lý tuyến giáp lành tính	13	8,7
Tiền sử gia đình có người bị ung thư tuyến giáp	7	4,6

Nhận xét:

- Đa số BN không có tiền sử đặc biệt (60%).

- Có 39 BN có tiền sử bệnh lý tuyến giáp (26%).

- Có 3 BN có tiền sử chiếu xạ vùng đầu mặt cổ (0,7%).

- Có 13 BN có tiền sử gia đình có bệnh lý tuyến giáp lành tính (8,7%) và 7 BN có tiền sử gia đình có người bị ung thư tuyến giáp (4,6%).

3.2.2. Lý do đến khám bệnh

Bảng 3.3. Lý do đến khám bệnh

Triệu chứng cơ năng	n	Tỷ lệ (%)
Không có triệu chứng	91	60,7
Sờ thấy khối vùng cổ	11	7,3
Nuốt vướng	17	11,3
Nuốt nghẹn	16	10,7
Đau vùng cổ	10	6,7
Khó thở	4	2,6
Khàn tiếng	1	0,7

Nhận xét:

- Đa số BN không có triệu chứng lâm sàng là 91 bệnh nhân chiếm 60,7%.

- BNTG gây triệu chứng nuốt vướng hoặc nuốt nghẹn ở 33 BN chiếm 22%.

- BN đi khám vì tự phát hiện hoặc do người thân sờ thấy khối vùng cổ là 11 BN chiếm 7,3%.

- Có 10 BN có triệu chứng đau vùng cổ, 4 BN có triệu chứng khó thở và 1 BN có triệu chứng khàn tiếng.

3.2.3. Triệu chứng thực thể

a. Số lượng bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng

Bảng 3.4. Thăm khám BNTG

BNTG trên lâm sàng		n		Tỉ lệ %	
Sờ thấy nhân	Một nhân	25	23	16,7	15,3
	Nhiều nhân		2		1,3
Không sờ thấy nhân		125		83,3	
Tổng		150		100	

Nhận xét: Trong 150 BN có bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm

- Có 25 BN khám thấy nhân tuyến giáp trên lâm sàng chiếm 16,7%. Trong đó đa số BN được khám thấy một nhân chiếm 23/25 BN.

- Đa số BN không sờ thấy bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng chiếm 83,3%.

b. Vị trí của BNTG trên lâm sàng

Bảng 3.5. Vị trí của BNTG trên lâm sàng

Vị trí	n	Tỷ lệ (%)
Thùy phải	11	44
Thùy trái	8	32
Eo tuyến	2	8
Cả hai thùy	4	16
Tổng	25	100

Nhận xét: Trong 25 BN khám thấy nhân tuyến giáp trên lâm sàng, 44% BNTG gặp thùy phải, 32% gặp ở thùy trái, 16% BN sờ thấy ở cả 2 thùy và chỉ 8% BN sờ thấy ở eo tuyến.

c. Tính chất của BNTG trên lâm sàng

Bảng 3.6. Tính chất của BNTG trên lâm sàng

Tính chất của BNTG		n	Tỷ lệ (%)
Mật độ	Mềm	9	64
	Chắc	16	36
	Cứng	0	0
Ranh giới	Rõ	25	100
	Không rõ	0	0
Di động	Di động theo nhịp nuốt	25	100
	Không di động	0	0
Thâm nhiễm da	Không thâm nhiễm	25	100
	Thâm nhiễm	0	0
Hạch cổ	Có	5	3,3
	Không	145	96,7

Nhận xét: Trong 25 BN khám thấy nhân tuyến giáp trên lâm sàng

- Phần lớn có mật độ mềm với 16/25 BN chiếm 64%, 9 BN có mật độ chắc chiếm 36% và không có BN có mật độ cứng.

- 100% bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng có ranh giới rõ, di động theo nhịp nuốt và không thâm nhiễm da.

- Đa số BN không sờ thấy hạch cổ trên lâm sàng với 145/150 BN chiếm 96,7%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân BNTG

3.3.1. Số lượng BNTG trên siêu âm

Bảng 3.7. Số lượng BNTG trên siêu âm

Số lượng nhân	Số lượng nhân/BN	Số BN	Tỷ lệ %
Đơn nhân	1	66	44
Đa nhân	2	49	32,7
	3	23	15,3
	≥4	12	8
Tổng số BN		150	100

Nhận xét: Trong số 150 BN nghiên cứu có 66/150 BN có đơn nhân chiếm 44%, đa nhân có 84/150 BN chiếm 56% trong đó chủ yếu là 2-3 nhân.

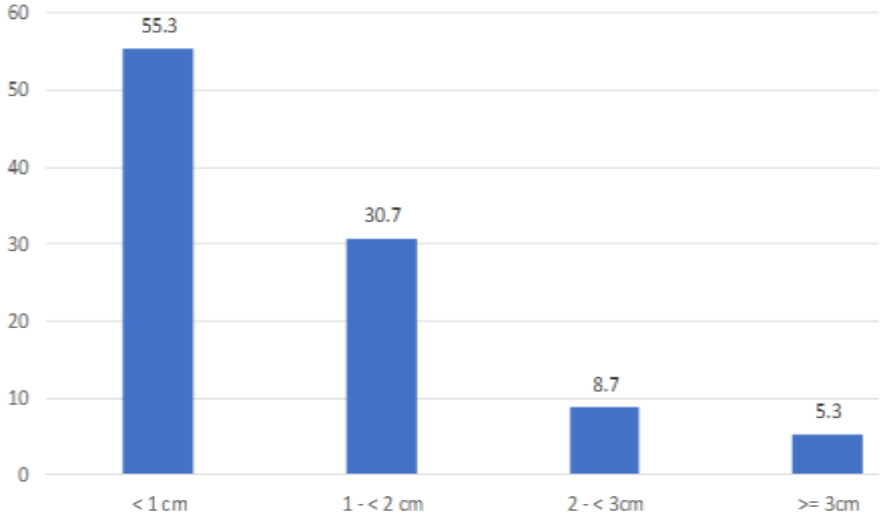
3.3.2. Vị trí của BNTG trên siêu âm

Bảng 3.8. Vị trí của BNTG trên siêu âm

Vị trí	n	Tỷ lệ (%)
Thùy phải	36	24
Thùy trái	34	22,7
Eo tuyến	2	1,3
Cả hai thùy	78	52
Tổng	150	100

Nhận xét: Đa số BN có BNTG ở cả hai thùy chiếm 52%, 24% thùy phải, 22,7% thùy trái và rất ít BN có BNTG ở eo tuyến.

3.3.3. Kích thước BNTG trên siêu âm

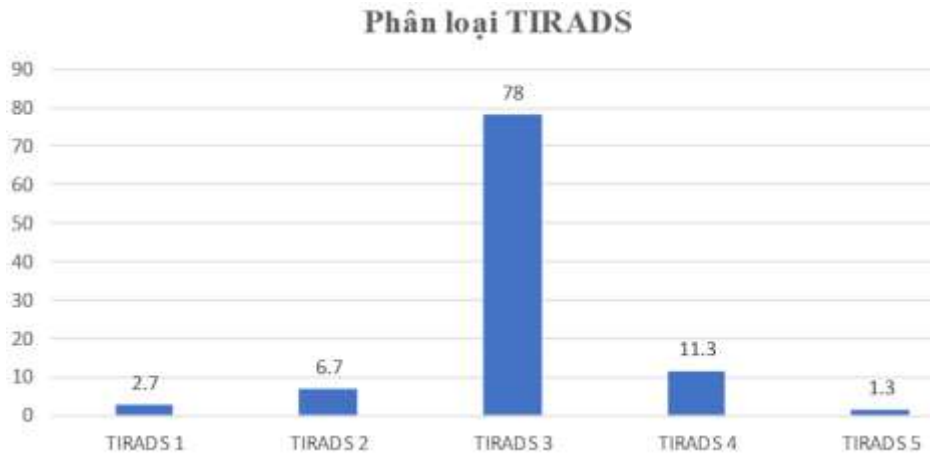


Biểu đồ 3.2. Kích thước BNTG trên siêu âm

Nhận xét: Trong 150 BN có BNTG

- Đa số BNTG có kích thước < 2 cm chiếm 86%, trong đó cao nhất ở nhóm có kích thước < 1 cm chiếm 55,3%.
- BNTG có kích thước 2 - < 3 cm chiếm 8,7% và nhóm ≥3 cm chỉ chiếm 5,3%.

3.3.4. Phân loại EU - TIRADS trên siêu âm



Biểu đồ 3.3. Phân loại EU – TIRADS trên siêu âm

Nhận xét: Trên siêu âm, đa số nhân xếp loại TIRADS 3 chiếm tỉ lệ 78%, TIRADS 4 chiếm 11,3%, sau đó là TIRADS 1, TIRADS 2 và TIRADS 5 lần lượt là 2,7%, 6,7% và 1,3%.

3.3.5. Hạch cổ trên siêu âm

Bảng 3.9. Hạch cổ trên siêu âm

Hạch cổ	n	Tỷ lệ (%)
Không có hạch cổ	145	96,7
Có hạch cổ	5	3,3
Tổng	**150**	**100**

Nhận xét: Hầu hết BN không có hạch cổ trên siêu âm chiếm tỉ lệ 96,7%. Chỉ có 3,3% BN có hạch cổ trên siêu âm nhưng đều là hạch viêm phản ứng.

3.3.6. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp

Bảng 3.10. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp

Nồng độ TSH, FT4	Số BN	Tỉ lệ (%)
Bình giáp	77	89,5
Suy giáp	3	3,5
Suy giáp dưới lâm sàng	1	1,2
Cường giáp	2	2,3
Cường giáp dưới lâm sàng	3	3,5
Tổng	**86**	**100**

Nhận xét: Trong 86 BN có xét nghiệm chức năng tuyến giáp

- Đa số BN bình giáp chiếm 89,5%.
- Có 3,5% BN suy giáp và 1,2% BN suy giáp dưới lâm sàng.
- Có 2,3% BN cường giáp và 3,5% BN cường giáp dưới lâm sàng.
- Nồng độ TSH trung bình là 1,555 ± 1,153 µU/ml.
- Nồng độ FT4 trung bình là 11,743 ± 0,21 pmol/l.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

4.1.1. Đặc điểm về giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN nữ chiếm đa số 137/150 BN chiếm 91,3% cao hơn so với nam giới 13/150 BN chiếm 8,7%. Tỉ lệ nữ/nam là 10/1. Tỉ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu khác như tác giả Kwong tỉ lệ nữ/nam là 5,8/1 [5]. Nghiên cứu

của tác giả Trần Thị Hậu tỉ lệ nữ/nam là 6,7/1 [6]. Bệnh lý tuyến giáp nói chung và bướu nhân tuyến giáp nói riêng gặp ở nữ nhiều hơn nam giới. Sự chênh lệch về giới tính được giải thích bằng ảnh hưởng của hocmon estrogen và progesterone.

4.1.2. Đặc điểm về tuổi

Nghiên cứu 150 BN tuổi trung bình là 54,61 ± 13,24, tuổi nhỏ nhất là 20, cao nhất là 91 tuổi. Bệnh gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 41-70 tuổi chiếm tỉ lệ 69,3%. Trong một nghiên cứu của Kwong N và cộng sự trên 6653 BN, BNTG phổ biến từ 31-70 tuổi (81%) và nguy cơ mắc tăng dần theo tuổi. Độ tuổi phổ biến có thể liên quan đến ảnh hưởng của tuổi tác với số lượng bướu nhân làm tăng số lượng nhân giáp theo tuổi như nghiên cứu này đã chứng minh [5]. Theo Trần Thị Hậu, tuổi trung bình là 48,86 ± 11,89 tuổi, chủ yếu ở lứa tuổi 31 – 60 tuổi [6]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với tác giả Kwong tuy nhiên độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Trần Thị Hậu. Sự khác biệt này có thể do tỉ lệ bệnh nhân khám tại bệnh viện chủ yếu là bệnh nhân cao tuổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân BNTG

4.2.1. Các yếu tố nguy cơ

Nhiều nghiên cứu cho thấy tiền sử chiếu xạ vùng đầu mặt cổ làm tăng nguy cơ mắc BNTG. Nguy cơ BNTG tăng lên 18 đến 20 lần ở những BN có tiền sử chiếu xạ liều cao vùng đầu cổ điều trị bệnh Hodgkin [7]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân không có tiền sử đặc biệt chiếm 60%, 26% có tiền sử bệnh lý tuyến giáp lành tính trong đó chủ yếu là BN có tiền sử BNTG lành tính, 13 BN có tiền sử gia đình có bệnh lý tuyến giáp lành tính, 7 BN có tiền sử gia đình bị ung thư tuyến giáp và chỉ có 3 BN có tiền sử chiếu xạ vùng đầu cổ.

4.2.2. Lý do đến khám bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số BN không có triệu chứng lâm sàng chiếm 60,7%, 22% có triệu chứng nuốt vướng hoặc nuốt nghẹn, 7,3% sờ thấy khối vùng cổ, 6,7% đau vùng cổ, 2,6% khó thở và 0,7% khàn tiếng. Theo Nguyễn Thị Hải Yến (2016), đa số bệnh nhân đến khám kiểm tra sức khỏe không có triệu chứng lâm sàng chiếm 80,4% [8] tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Theo các tác giả nước ngoài hầu hết BNTG phát triển âm thầm không có triệu chứng, khi các bướu to gây các triệu chứng nuốt vướng, nuốt nghẹn hoặc khàn tiếng, khó thở [9].

4.2.3. Triệu chứng thực thể

Khám lâm sàng là bước đầu tiên trong tiếp cận chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp giúp phát hiện và đánh giá sơ bộ số lượng và tính chất nhân giáp. Tuy nhiên khám lâm sàng thường chỉ phát hiện được nhân giáp có kích thước >1cm, ở vị trí nông và phụ thuộc vào kỹ năng khám lâm sàng của bác sỹ. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến, tỉ lệ BNTG phát hiện trên lâm sàng là 43%, trong đó đa số BN được khám thấy đơn nhân chiếm 109/130 BN [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số BN không sờ thấy bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng chiếm 83,3%, chỉ 16,7% BN khám thấy nhân tuyến giáp trên lâm sàng trong đó BN được khám thấy một nhân chiếm 23/25 BN. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân có BNTG được khẳng định bằng siêu âm tuyến giáp và do sự khác biệt về kỹ năng khám lâm sàng của bác sỹ khám bệnh.

Khám lâm sàng trên 25 BN có 64% BN có mật độ chắc, 36% có mật độ mềm, 100% BN đều có ranh giới rõ, di động theo nhịp nuốt, không thâm nhiễm da và đa số không có hạch cổ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hải Yến[8]. Điều này phù hợp vì đa số bệnh nhân

BNTG không có hoặc rất ít triệu chứng. Người ta thấy rằng các triệu chứng của nhân tuyến giáp thường ít có mối liên quan với các tính chất của nhân giáp. Trường hợp có các dấu hiệu trên là một gợi ý của tổn thương ác tính.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

4.3.1. Vị trí, số lượng và kích thước BNTG trên siêu âm

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 150 BN có BNTG có 44% bướu đơn nhân, 56% đa nhân trong đó chủ yếu 2 – 3 nhân. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Hậu có 47,1% bướu đơn nhân và Nguyễn Thị Hải Yến có 32,4% bướu đơn nhân[6,8]. Tỉ lệ bướu đa nhân cao, trong đó có nhiều nhân nhỏ có thể do chất lượng máy siêu âm ngày càng cao hơn và tay nghề của bác sỹ siêu âm tốt hơn, được đào tạo, tập huấn và cập nhật kiến thức liên tục.

Về vị trí của BNTG, đa số BN có BNTG ở cả hai thùy chiếm 52%, 24% thùy phải, 22,7% thùy trái và rất ít BN có BNTG ở eo tuyến. Kết quả này có thể phù hợp về mặt giải phẫu do kích thước thùy phải lớn hơn thùy trái và lớn hơn eo tuyến.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số BNTG có kích thước < 2 cm chiếm 86%, trong đó cao nhất ở nhóm có kích thước < 1 cm chiếm 55,3%. BNTG có kích thước 2 - < 3 cm chiếm 8,7% và nhóm ≥ 3 cm chỉ chiếm 5,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến, BNTG trên siêu âm thì tỉ lệ nhân có kích thước < 2 cm chiếm đa số với tỉ lệ 74,7%[8].

4.3.2. Phân loại EU - TIRADS trên siêu âm

Siêu âm tuyến giáp là một phương pháp rất có giá trị trong chẩn đoán phát hiện sớm và theo dõi điều trị BNTG. Đây là một kỹ thuật đơn giản, rẻ tiền, dễ thực hiện. Siêu âm có vai trò gợi ý tính chất ác tính của nhân giáp từ đó định hướng chọc hút bằng kim nhỏ làm tăng khả năng phát hiện sớm ung thư tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được đánh giá, phân loại TIRADS trong đó TIRADS 3 chiếm tỉ lệ cao nhất 78%, TIRADS 4 chiếm 11,3%, sau đó là TIRADS 1, TIRADS 2 và TIRADS 5 lần lượt là 2,7%, 6,7% và 1,3%. Kết quả của chúng tôi có tỉ lệ nhân TIRADS 3 cao hơn một số nghiên cứu khác nhưng cũng chiếm tỉ lệ cao nhất. Tỉ lệ nhân TIRADS 3 trong nghiên cứu của Trần Thị Hậu là 49,6%[6]. Kết quả này khác biệt đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trung khi tỉ lệ nhân TIRADS 1 phổ biến nhất chiếm 34,5%, TIRADS 2 và 3 lần lượt là 26,3 % và 26,1%[10]. Sự khác biệt này có thể do quần thể nghiên cứu khác nhau và mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn.

4.3.3. Xét nghiệm nồng độ TSH và FT4

Nồng độ TSH huyết thanh nên kiểm tra trong quá trình đánh giá ban đầu của bệnh nhân BNTG. Trong 86 BN làm xét nghiệm, nồng độ TSH trung bình là 1,555 ± 1,153 µU/ml, nồng độ FT4 trung bình là 11,743 ± 0,21 pmol/l, 89,5% BN bình giáp. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác hầu hết BN BNTG có biểu hiện bình giáp trên lâm sàng[6,8].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 150 bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp đến khám ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức chúng tôi thu được kết luận sau:

5.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân BNTG

- BNTG gặp ở nữ giới (91,3%) nhiều hơn nam giới, tỉ lệ nữ/nam: 10/1.

- Bệnh gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 41-70 (69,3%). Tuổi trung bình là 54,61 ± 13,24. Tuổi nhỏ nhất là 20, cao nhất là 91 tuổi.

5.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân BNTG

- Đa số BN không có tiền sử đặc biệt (60%).

- BNTG thường không có triệu chứng lâm sàng (60,7%), triệu chứng nuốt vướng hoặc nuốt nghẹn (22%), tự sờ thấy khối vùng cổ (7,3%) và rất ít gặp đau vùng cổ, khàn tiếng, khó thở.

- Triệu chứng thực thể: chỉ 16,7% BN sờ thấy nhân tuyến giáp trên lâm sàng, mật độ mềm, chắc ranh giới rõ, di động theo nhịp nuốt và không thâm nhiễm da.

5.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân BNTG

- Siêu âm: số lượng bướu đa nhân nhiều hơn đơn nhân, nằm ở các thùy bên, kích thước chủ yếu < 2 cm (86%).

- Phân loại TIRADS: TIRADS 3 chiếm 78%.

- Chức năng tuyến giáp: đa số bệnh nhân ở trạng thái bình giáp (89,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. Tan G, Gharib H.** Thyroid Incidentalomas: Management Approaches to Nonpalpable Nodules Discovered Incidentally on Thyroid Imaging. Annals of Internal Medicine.. June 8, 2022. https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/0003-4819-126-3-199702010-00009
2. **Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM.** Williams Textbook of Endocrinology E-Book. Elsevier Health Sciences; 2011.
3. **Russ G, Bonnema SJ, Erdogan MF, Durante C, Ngu R, Leenhardt L.** European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. European Thyroid Journal. 2017;6(5):225-237. doi:10.1159/000478927
4. **Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al.** 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid. 2016;26(10):1343-1421. doi:10.1089/thy.2016.0229
5. **Kwong N, Medici M, Angell TE, et al.** The Influence of Patient Age on Thyroid Nodule Formation, Multinodularity, and Thyroid Cancer Risk. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2015;100(12):4434-4440. doi:10.1210/jc.2015-3100
6. **Trần Thị Hậu.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp được phát hiện tình cờ. 2020. Trường Đại học Y Hà Nội. Luận văn thạc sĩ y học
7. **Cardis E, Kesminiene A, Ivanov V, et al.** Risk of Thyroid Cancer After Exposure to 131 I in Childhood. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2005;97(10):724-732. doi:10.1093/jnci/dji129
8. **Nguyễn Thị Hải Yến.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh bướu nhân tuyến giáp. 2016. Trường Đại học Y Hà Nội. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II
9. **Alexander EK, Doherty GM, Barletta JA.** Management of thyroid nodules. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2022;10(7):540-548. doi:10.1016/S2213-8587(22)00139-5
10. **Nguyễn Ngọc Trung, Trần Thị Như Quỳnh.** Đặc điểm hình ảnh siêu âm và phân độ TIRADS trên 620 bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019;1:207-210.

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LOÉT BÀN CHÂN DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2018-2020

Đào Quỳnh Trang[1], Đinh Văn Tuy[1], Cao Đại Dương[1], Đặng Thị Nga[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của loét bàn chân do đái tháo đường và đánh giá kết quả điều trị loét bàn chân trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại khoa Nội tiết bệnh viện đa khoa Hà Đông.

Đối tượng và phương pháp: Gồm 46 BN ĐTĐ típ 2 có loét bàn chân điều trị tại khoa Nội tiết bệnh viện đa khoa Hà Đông từ 1/2018 đến 8/2020.

Kết quả: Nam giới có nguy cơ LBC cao hơn nữ giới. Tuổi trung bình phát hiện LBC ở nam giới sớm hơn nữ giới. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 67,29 tuổi. Trong đó 58,7% mắc biến chứng thần kinh ngoại vi; 47,83% bệnh nhân có biểu hiện suy thận với MLCT < 60ml/phút/1,73m^2; 82,61 % bệnh nhân LBC có HbA1c > 7%; 8,7% mắc bệnh động mạch ngoại vi; 93,48% trường hợp có biểu hiện nhiễm trùng, tụ cầu vàng là vi khuẩn thường gặp nhất chiếm 39,13% và 47,83% tổn thương phân lập được ≥ 2 vi khuẩn/ tổn thương; 26,09% loét bàn chân có mức độ nặng (wagner 3,4,5). Thời gian trung bình liền vết loét là 28 ngày. 63% vết loét sau quá trình điều trị đều tự liền hoàn toàn; 17 % vết loét sau quá trình điều trị nội khoa, cần có sự can thiệp của ngoại khoa vá da thẩm mỹ. 4,35% trường hợp phải cắt cụt chi.

Kết luận: Kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân có thể điều trị bảo tồn thành công, tuy nhiên vẫn tồn tại một tỷ lệ không nhỏ phải can thiệp phẫu thuật, thậm chí cắt cụt chi. Việc kiểm soát tốt đường huyết, chăm sóc bàn chân đúng cách, phát hiện và điều trị sớm loét bàn chân có ý nghĩa quan trọng trong giảm biến chứng nặng và cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

Từ khóa: Đái tháo đường, loét bàn chân.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF DIABETIC FOOT ULCERS AT THE ENDOCRINOLOGY DEPARTMENT, HA DONG GENERAL HOSPITAL, 2018–2020

Objective: To describe the characteristics of diabetic foot ulcers and evaluate treatment outcomes in patients with type 2 diabetes at the Endocrinology Department, Ha Dong General Hospital.

Subjects and Methods: The study included 46 patients with type 2 diabetes and diabetic foot ulcers treated at the Endocrinology Department, Ha Dong General Hospital from January 2018 to August 2020.

Results: Male patients had a higher risk of diabetic foot ulcers (DFU) than females, and the average age of onset in males was younger than in females. The mean age of the study population

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Quỳnh Trang
Email: quynhtrang.vmmu@gmail.com
SĐT: 0974679845
Ngày nhận bài: 05/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 03/4/2025
Ngày duyệt bài: 06/5/2025

was 67.29 years. Among them, 58.7% had peripheral neuropathy, 47.83% had renal impairment with an estimated glomerular filtration rate (eGFR) < 60 ml/min/1.73m², 82.61% had HbA1c levels > 7%, 8.7% had peripheral artery disease, and 93.48% showed signs of infection. Staphylococcus aureus was the most common pathogen (39.13%), and 47.83% of lesions cultured ≥ 2 bacterial species. Severe ulcers (Wagner grade 3, 4, or 5) accounted for 26.09%. The average time for ulcer healing was 28 days. Most ulcers healed completely with conservative treatment (63%), while 17% required additional surgical intervention with skin grafting. Overall, the majority of cases were successfully managed with conservative treatment, though 4.35% of patients required limb amputation.

Conclusion: The results indicate that most diabetic foot ulcers can be successfully managed with conservative treatment. However, a notable proportion of patients still require surgical intervention, including amputation. Good glycemic control, appropriate foot care, and early detection and treatment of foot ulcers are crucial in reducing severe complications and improving patients' quality of life.

Keywords: Diabetes, foot ulcer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) hay còn gọi là bệnh tiểu đường là một rối loạn chuyển hóa mạn tính với gánh nặng toàn cầu ngày càng gia tăng [1] .Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), dự kiến số lượng bệnh nhân ĐTĐ trên toàn thế giới sẽ đạt 783 triệu vào năm 2045 [2]. Trong số tất cả các biến chứng của bệnh ĐTĐ, loét bàn chân do ĐTĐ (LBC) là biến chứng phổ biến nhất, nghiêm trọng nhất và tốn kém nhất. Biến chứng này đặc trưng bởi các vết loét hoặc vết thương hở ở bàn chân, thường đi kèm với bệnh lý thần kinh ngoại biên và bệnh động mạch ngoại biên [3], [4]. Khoảng một trong bốn người mắc ĐTĐ sẽ bị loét bàn chân do ĐTĐ trong đời và tỷ lệ này thậm chí có thể cao hơn ở một số quốc gia thu nhập thấp [5]. Trong khi đó, gánh nặng của loét bàn chân do ĐTĐ đối với cá nhân và nền kinh tế quốc gia tiếp tục gia tăng. Ví dụ, tại Trung Quốc, dự kiến từ năm 2020 đến năm 2030, tổng chi phí cho bệnh tiểu đường tính theo tỷ lệ phần trăm tổng sản phẩm quốc nội sẽ tăng từ 1,58% lên 1,69%, vượt qua tổng mức tăng trưởng kinh tế quốc gia [1]. Bên cạnh đó, LBC góp phần đáng kể vào tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng nguy cơ tử vong trong vòng 5 năm sau khi LBC phát triển là đáng kể, dao động từ 43% đến 55% [6]. Thực tế khắc nghiệt này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc hiểu, quản lý và ngăn ngừa các biến chứng liên quan đến LBC.

Hiện nay, tại Việt Nam, số lượng bệnh nhân nhập viện vì LBC ngày càng tăng đang là một trong những nguyên nhân gây quá tải bệnh viện. Tuy nhiên, phần lớn các bệnh viện trên toàn quốc còn thiếu các trang thiết bị chẩn đoán, thiếu đội ngũ chuyên môn sâu điều trị tổn thương này. Đa số bệnh nhân bị LBC do ĐTĐ nhập viện, vết loét chỉ được thay băng thông thường, phương pháp điều trị thông thường này sẽ làm giảm khả năng liền vết loét và làm tăng nguy cơ bị cắt cụt chi. Những bất cập trên đang đòi hỏi các nhà nghiên cứu và các bác sỹ lâm sàng cập nhật liên tục về thực trạng đặc điểm tổn thương LBC, tìm hiểu các yếu tố liên quan làm nặng thêm tổn thương để tư vấn và phòng ngừa bệnh tật, giảm thiểu các tổn thương nặng có thể gây cắt cụt chi cho bệnh nhân. Tại khoa Nội tiết - Bệnh viện đa khoa Hà Đông là một trong bốn bệnh viện hạng I trực thuộc Hà

Nội, là một cơ sở lớn chuyên khoa sâu về chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết, đặc biệt có thăm khám và phát hiện sớm các tổn thương bàn chân, điều trị các vết loét và dự phòng cắt cụt chi ở các bệnh nhân ĐTĐ.

Để góp phần tối ưu hóa điều trị cho người bệnh ĐTĐ bị loét bàn chân, đồng thời nhằm mục đích đóng góp vào nền tảng kiến thức hiện có về chăm sóc vết thương tiêu chuẩn, vì vậy, chúng tôi làm đề tài nhằm mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm tổn thương và một số yếu tố liên quan đến mức độ loét bàn chân trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại bệnh viện đa khoa Hà Đông.

2. Đánh giá kết quả điều trị loét bàn chân trên nhóm đối tượng nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 46 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có loét nhiễm trùng bàn chân được điều trị tại khoa Nội tiết bệnh viện đa khoa Hà Đông từ 01/2018 đến tháng 08/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiến cứu

Cỡ mẫu thuận tiện.

2.2.2. Chỉ định:

BN được chẩn đoán Đái tháo đường típ 2 và có vết loét bàn chân ở bàn chân (từ mắc cá chân trở xuống: mu chân, gan bàn chân, gót chân và bàn- ngón chân) được điều trị bằng kháng sinh.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, tiền sử ĐTĐ, tiền sử loét chân hiện tại, hoàn cảnh và nguyên nhân gây loét.

- Đặc điểm lâm sàng: chiều cao, cân nặng, BMI, nhiệt độ, triệu chứng, vị trí, kích thước, phân độ Wagner vết loét…

- Cận lâm sàng: Glucose, HbA1c, các chỉ số viêm, nuôi cấy vi khuẩn, kháng sinh đồ…

- Kết quả điều trị: bảo tồn, không thay đổi hoặc cắt cụt chi.

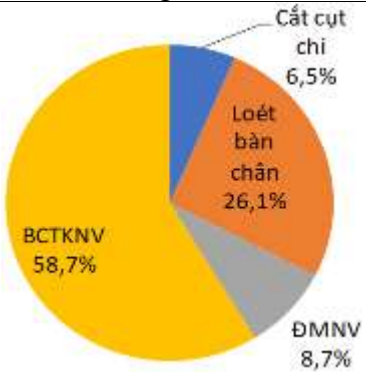
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

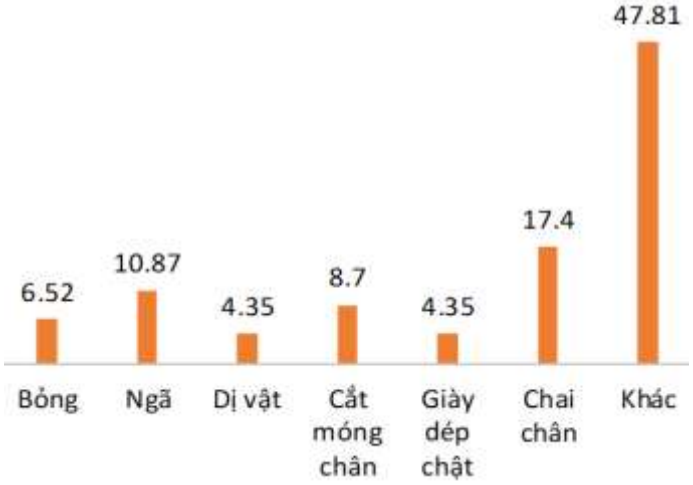
Đặc điểm chung		Giới tính(n(%))		Tổng (n(%)) 46 (100%)	Giá trị p
		Nam 28 (60,87)	Nữ 18 (39,13)		
Tuổi	≤ 45	01 (3,57)	0	1 (2,17)	
	45-65	17 (60,72)	5 (29,41)	22 (47,83)	
	>65	10 (35,71)	13 (72,22)	23 (50)	
	$\overline{X}$ ± SD	62.89±9,83	72,83±11,07	67,29±10,92	0.027
Thời gian phát hiện ĐTĐ (năm)	≤ 10	11 (39,29)	8 (44,44)	19 (41,30)	
	11 - 20	16 (57,14)	8 (44,44)	24 (52,17)	
	> 20	01 (3,57)	02 (11.12)	03 (6,53)	
	$\overline{X}$ ± SD	12,47±9,12	11,01±7,82	11,95±8,71	0,35
Yếu tố nguy cơ	Tăng HA	23 (82,14)	13 (72,22)	36 (78,26)	0,58
	RLLP	19 (67,86)	11 (61,11)	30 (65,22)	0,29
	BMI ($\overline{X}$ ± SD)	21,99±3,59	22,31±3,54	22,12±3,34	0,46

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của vết loét

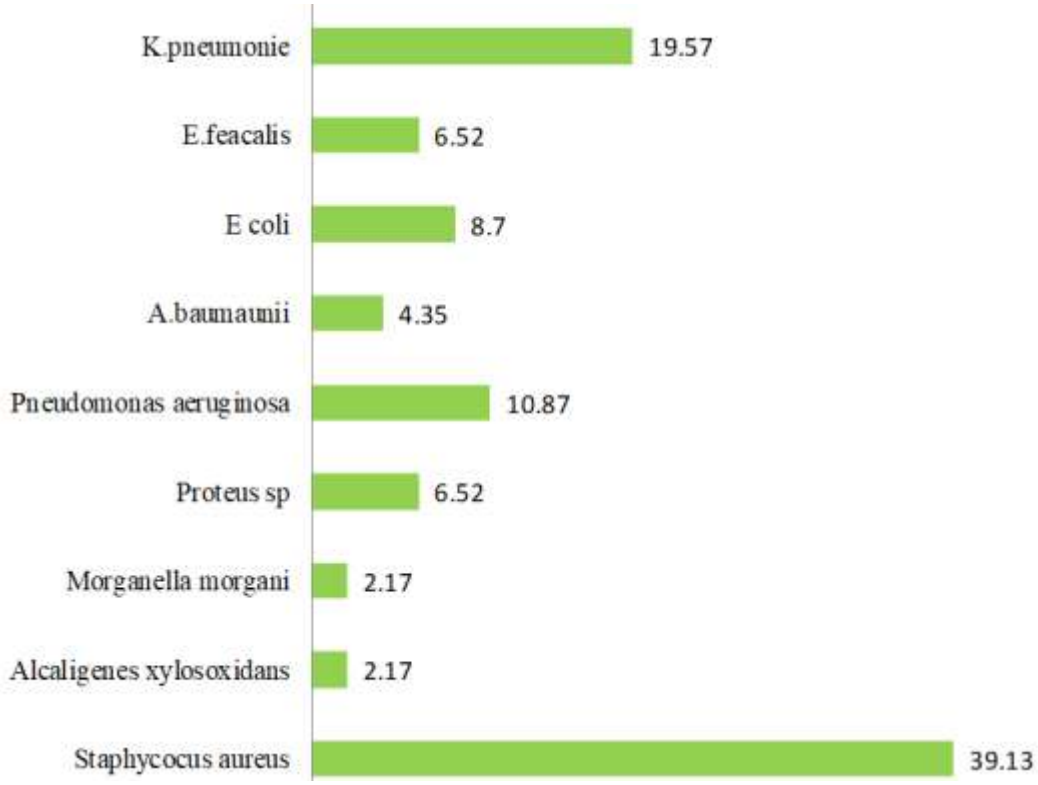
Lâm sàng	Tiêu chuẩn đánh giá	N	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng	Vết thương, loét, hoặc bóng nước trên bàn chân	42	91,30
	Đau	36	78,26
	Đi bộ khó khăn	40	86,96
	Đổi màu da chân	35	76,09
	Lạnh chân	2	4,35
	Sưng phồng chân	38	82,61
Phân độ Wagner	Độ 1	6	13,04
	Độ 2	28	60,87
	Độ 3	9	19,57
	Độ 4	3	6,52
	Độ 5	0	0
Mức độ nhiễm trùng	Không nhiễm trùng	3	6,52
	Nhẹ	13	28,26
	Trung bình	22	47,83
	Nặng	8	17,39



Biểu đồ 3.1: Tiền sử các bệnh có nguy cơ gây loét bàn chân



Biểu đồ 3.2. Nguyên nhân ngoại sinh gây loét bàn chân



Biểu đồ 3.3. Đặc điểm vi khuẩn học tại tổn thương loét bàn chân

Bảng 3.3. Kết quả phân lập vi khuẩn

Kết quả	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đồng nhiễm nhiều loại VK	4	8,69
Chỉ có VK hiếu khí	22	47,83
Sự kết hợp giữa kỵ khí và hiếu khí	18	39,13
Chỉ có kỵ khí	2	4,35
Nhiễm 1 loại, bội nhiễm 2 loại, bội nhiễm 3 loại	0	0

Bảng 3.4. Kết quả điều trị

Kết quả	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bảo tồn	42	91,3
Không thay đổi	4	8,70
Cắt cụt	2	4,35

Bảng 3.5. Thời gian điều trị

Trung bình± SD	Dài nhất	Ngắn nhất
28,01±15,23	86	15

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 46 trường hợp loét bàn chân ở bệnh nhân Đái tháo đường típ 2 cho thấy:

Đặc điểm tổn thương loét

Tỷ lệ nam/nữ bị LBC trong nghiên cứu của chúng tôi là 28/18 cũng phù hợp với các nhận định trên và phù hợp với các KQNC

trong và ngoài nước khác như của Đặng Thị Mai Trang là 28/17 [7].

Nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy tuổi trung bình ở nam là 62,89±9,83 thấp hơn so với nữ là 72,83±11,07, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05. Kết quả này có thể gợi ý tới khả năng các biến chứng của bệnh ĐTĐ ở giới nam gặp nhiều hơn và đến sớm so với giới nữ tương tự như nhận định của một số tác giả.

Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,95 ± 8,71 năm. So sánh với KQNC của các tác giả trong nước về thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ, chúng tôi nhận thấy biến chứng LBC đã xuất hiện muộn hơn so với 10 năm trước. Nghiên cứu của tác giả Lê Tuyết Hoa trên 218 bệnh nhân bị LBC năm 2008, thời gian trung bình phát hiện bệnh ĐTĐ là 6,43 năm [8]. Nghiên cứu của Đặng Thị Mai Trang trên 45 bệnh nhân bị LBC năm 2012, thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ là 9,87 năm [7]. Nghiên cứu của chúng tôi trên 46 bệnh nhân năm 2018, thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ là 11,95 năm. Những kết quả này đã phần nào cho thấy bệnh nhân ĐTĐ tại Việt Nam hiện nay và bệnh nhân ĐTĐ tại bệnh viện đa khoa Hà Đông đang được điều trị ngày càng tốt hơn từ đó hạn chế được các biến chứng của bệnh.

Nghiên cứu về mức độ kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân LBCdo ĐTĐ là một phần quan trọng trong nghiên cứu khoa học và thực hành lâm sàng. Chỉ số HbA1c trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,15±2,28 %, trong đó 82,61% bệnh nhân có chỉ số HbA1c>7%. Kết quả này đã phản ánh một thực trạng đa số bệnh nhân bi LBC không kiểm soát tốt glucose máu. Một số kết quả nghiên cứu trong nước khác cũng có kết quả tương tự nghiên cứu của chúng tôi như nghiên cứu của Đặng Thị Mai Trang có chỉ số HbA1c trung bình là 9,85 ± 2,76% [7]. Tình trạng tăng glucose máu mạn tính đã được khẳng định là nguyên nhân gây ra các biến chứng của bệnh ĐTĐ như BCTKNV, biến chứng mắt, biến chứng thận. Những biến chứng này là yếu tố thuận lợi để gây ra tổn thương LBC. Khi LBC và nhiễm trùng bàn chân xuất hiện, việc kiểm soát glucose máu sẽ càng khó khăn hơn. Glucose máu của bệnh nhân tăng cao và khó kiểm soát đã trở thành môi trường thuận lợi cho vi khuẩn dễ dàng phát triển, có độc lực mạnh hơn và tăng tính kháng thuốc.

Kết quả điều trị loét bàn chân

Trong NC của chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân bị loét chân tự điều trị ở nhà khi diễn tiến nặng mới nhập viện trực tiếp ở bệnh viện đa khoa Hà Đông, còn lại một phần rất nhỏ được điều trị tại tuyến dưới không cải thiện hoặc diễn tiến nặng mới được chuyển tới. Thời gian trung bình nằm điều trị ở bệnh viện đa khoa Hà Đông trong NC của chúng tôi là 28,01 ngày. Thời gian nằm điều trị loét chân nhiễm trùng thường lâu hơn so với các nhiễm trùng khác do để ổn định vết thương và mọc mô hạt cần nhiều yếu tố: yếu tố toàn thân và yếu tố tại chỗ, ngoài ra một số bệnh nhân cần phải cắt lọc nhiều lần và phẫu thuật đoạn chi nên cần nhiều thời gian để chăm sóc và điều trị. NC của Nguyễn Thy Khuê [9] cũng cho thấy thời gian trung bình nằm viện điều trị nhiễm trùng chân là 28,5 ngày lâu hơn so thời gian điều trị nhiễm trùng tiết niệu là 13,6 ngày. Tương tự NC của Nguyễn Thị Bích Đào [10] có thời gian nằm viện trung bình là 25,7 ngày. Ngoài ra mức độ nhiễm trùng cũng ảnh hợởng đến số ngày nằm viện, nhiễm trùng chân mức độ nặng sẽ nằm lâu hơn so nhiễm trùng mức độ trung bình.

V. KẾT LUẬN

Loét bàn chân do đái tháo đường (LBC) là một biến chứng phổ biến, nghiêm trọng và có nguy cơ cao gây tàn phế nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Qua nghiên cứu 46 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có LBC điều trị tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, chúng tôi nhận thấy rằng hiệu quả tích cực của điều trị bảo tồn nếu được áp dụng sớm và đúng cách. Tuy nhiên, tỷ lệ tổn thương nặng và can thiệp ngoại khoa vẫn còn đáng kể. Do đó, việc tầm soát sớm, kiểm soát tốt đường huyết, chăm sóc bàn chân đúng cách và điều trị tích cực ngay từ đầu có ý nghĩa quan trọng trong giảm thiểu biến chứng nặng, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liu J., Liu M., Chai Z. et al.** (2023). Projected rapid growth in diabetes disease burden and economic burden in China: a spatio-temporal study from 2020 to 2030. The Lancet Regional Health - Western Pacific, 33, 100700.
2. **Magliano D.J., Boyko E.J., và Committee I.D.A. 10th** (2021). Global picture. IDF DIABETES ATLAS [Internet]. 10th edition. International Diabetes Federation.
3. **Hingorani A., LaMuraglia G.M., Henke P. et al.** (2016). The management of diabetic foot: A clinical practice guideline by the Society for Vascular Surgery in collaboration with the American Podiatric Medical Association and the Society for Vascular Medicine. Journal of Vascular Surgery, 63(2, Supplement), 3S-21S.
4. **Hicks C.W., Canner J.K., Mathioudakis N. et al.** (2020). Incidence and Risk Factors Associated With Ulcer Recurrence Among Patients With Diabetic Foot Ulcers Treated in a Multidisciplinary Setting. Journal of Surgical Research, 246, 243–250.
5. **Valensi P., Henry P., Boccara F.et al.** (2021). Risk stratification and screening for coronary artery disease in asymptomatic patients with diabetes mellitus: Position paper of the French Society of Cardiology and the French-speaking Society of Diabetology. Diabetes & Metabolism, 47(2), 101185.
6. **Robbins J.M., Strauss G., Aron D. et al.** (2008). Mortality rates and diabetic foot ulcers: is it time to communicate mortality risk to patients with diabetic foot ulceration?. J Am Podiatr Med Assoc, 98(6), 489–493.
7. **Đặng Thị Mai Trang.** (2012). "Đánh giá hiệu quả điều trị LBC ở bệnh nhân ĐTĐ bằng yếu tố tăng trưởng biểu bì" Luận văn thạc sỹ y học,trường đại học Y Hà Nội.
8. **Lê Tuyết Hoa.** (2014), "Những thay đổi về dân số loét bàn chân đái tháo đường tại BV Nguyễn Tri Phương". Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 18(6), 87-90.
9. **Nguyễn Thy Khuê.** (1998), "Nhận xét về một số trường hợp nhiễm trùng trên bệnh nhân đái tháo đường tại khoa nội tiết bệnh viện Chợ Rẫy". Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 2 (1), 13-20.
10. **Nguyễn Thị Bích Đào, Diệp Thị Thanh Bình.** (2003), "Nghiên cứu chi phí điều trị nhiễm trùng bàn chân đái tháo đường trên bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa nội tiết bệnh viện Chợ Rẫy". Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 7 (1), 29-38.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 NHẬP VIỆN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN CHƯƠNG MỸ

Vi Thị Hương Thanh[1], Trần Văn Năm[1], Đỗ Thị Hiền[1], Nguyễn Thi Huyền Trang[1], Đỗ Thị Giỏi[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị ngoại trú ở người bệnh đái tháo đường típ 2 nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Nội Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 04/2024 đến tháng 09/2024 tại khoa Nội bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ. Đối tượng nghiên cứu là 219 người bệnh >18 tuổi, được chẩn đoán đái tháo đường đang điều trị ngoại trú phải nhập viện, có khả năng giao tiếp đủ để trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh tuân thủ thuốc điều trị 67%, tuân thủ chế độ dinh dưỡng 67%, tuân thủ hoạt hộng thể lực 65% và tuân thủ khám định kỳ 62% và tuân thủ về đo đường huyết thì rất thấp, chỉ 21%.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị còn thấp, dẫn đến tình trạng phải nhập viện để kiểm soát đường huyết chặt chẽ hơn.

[1]*Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ*
Chịu trách nhiệm chính: Vi Thị Hương Thanh
Email: vithihuongthanh@gmail.com
SĐT: 0398296738
Ngày nhận bài: 06/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 04/4/2025
Ngày duyệt bài: 07/5/2025

SUMMARY

ASSESSMENT OF OUTPATIENT TREATMENT ADHERENCE IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS HOSPITALIZED AT THE INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT OF CHUONG MY DISTRICT GENERAL HOSPITAL

Objective: Assessing the current status of outpatient treatment adherence in patients with type 2 diabetes admitted for inpatient treatment at the Internal Medicine Department of Chương Mỹ District General Hospital.

Research subjects and methods: The cross-sectional descriptive study was conducted from April 2024 to September 2024 at the Internal Medicine Department of Chương Mỹ General Hospital. The study subjects were 219 patients over 18 years old, diagnosed with diabetes, who were receiving outpatient treatment and had to be hospitalized, capable of communicating sufficiently to answer interview questions, and agreed to participate in the study.

Result: The adherence rate for medication treatment is 67%, adherence to dietary guidelines is 67%, adherence to physical activity is 65%, and adherence to regular check-ups is 62%. However, adherence to blood glucose monitoring is very low, at only 21%"

Conclusion: The rate of patient adherence to treatment is still low, leading to the need for hospitalization to achieve tighter blood glucose control.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là quốc gia có tỉ lệ bệnh đái tháo đường típ 2 đang có khuynh hướng phát triển nhanh, bệnh đái tháo đường típ 2 cho tới nay chưa có khả năng chữa khỏi, nếu không điều trị, quản lý tốt và tuân thủ điều trị, bệnh sẽ có nhiều biến chứng nguy hiểm, để lại nhiều hậu quả nặng nề cho bản thân người bệnh, gia đình và xã hội. Hầu hết các bệnh nhân sau khi được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 được điều trị ngoại trú bằng thuốc kết hợp với chế độ ăn và luyện tập phù hợp trong thời gian dài để kiểm soát đường huyết. Do đó, hiệu quả điều trị phụ thuộc vào mức độ tuân thủ các chế độ điều trị của bệnh nhân. Tuy nhiên, mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân thường có xu hướng giảm dần theo thời gian. đánh giá mức độ tuân thủ điều trị trong sử dụng thuốc, tìm nguyên nhân dẫn đến không tuân thủ làm cơ sở để đưa ra biện pháp thích hợp nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị đái tháo đường típ 2.

Theo báo cáo từ Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị các bệnh mạn tính trung bình ở các nước phát triển chỉ đạt 50% và tỷ lệ này ở các nước đang phát triển còn thấp hơn. Việc không tuân thủ điều trị dẫn đến gia tăng số ca tử vong, tăng tỷ lệ bệnh nhân phải nhập viện và kéo theo chi phí điều trị cũng tăng đáng kể. Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ là bệnh viện đa khoa hạng II của Thành phố Hà Nội với 290 giường kế hoạch, trung bình 1 ngày có khoảng 40 người bệnh nhập viện trong đó có từ 4 – 6 người bệnh mắc đái tháo đường típ 2 chiếm khoảng 10% số bệnh nhân nhập viện. Tại đây cũng chưa thực hiện nghiên cứu nào về vấn đề này nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ngoại trú của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 nhập viện điều trị tại khoa nội Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh >18 tuổi, được chẩn đoán đái tháo đường đang điều trị ngoại trú phải vào nhập viện, có khả năng giao tiếp đủ để trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đang mắc các bệnh cấp tính như viêm phổi, viêm tiết niệu, tai biến mạch máu não… Người bệnh 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: toàn bộ

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 04/2024 đến tháng 9/2024.

Quy trình nghiên cứu: Thu thập dữ liệu theo mẫu phiếu nghiên cứu

2.3. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 2.0

2.4. Khía cạnh đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát, không làm thay đổi quy trình điều trị của mỗi bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được bí mật và kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 04/2024 đến tháng 9/2024, chúng tôi thu thập được 219 bệnh nhân vào nghiên cứu và được các kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		N	%
Giới	Nam	118	54
	Nữ	101	46
Tuổi	16-35	3	1
	35-59	50	23
	60	166	76
Nghề nghiệp	HSSV	0	0
	Hưu	31	14
	Nông dân	116	53
	Công nhân	0	0
	Khác	72	33

Trong nghiên cứu: Tỷ lệ nam giới chiếm nhiều hơn nữ giới, người bệnh ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là 76%, và nghề nghiệp hay gặp nhất là nông dân chiếm 53%.

Bảng 2: Đặc điểm bệnh học

Đặc điểm		N	%
Năm mắc bệnh	<5	123	56
	5 – 10	56	26
	11 – 15	27	12
	>16	13	6
Bệnh mắc kèm	0	13	6
	1	77	35
	2	94	43
	>3	35	16
HbA1C	< 8,5 %	57	26
	8,5 – 10 %	66	30
	> 10%	96	44

Tỷ lệ người bệnh mắc bệnh dưới 5 năm chiếm tỷ lệ lớn nhất là 56% và hầu hết các người bệnh đều có bệnh đồng mắc, trong đó tỷ lệ người bệnh có 2 bệnh đồng mắc trở lên chiếm 59%. Về kết quả HbA1C < 8,5% chiếm tỷ lệ thấp nhất là 26%, HbA1C 8,5 -10 chiếm tỷ lệ 30%, HbA1C trên 10% chiếm tỷ lệ cao nhất là 44%.

Bảng 3: Đặc điểm việc sử dụng thuốc ngoại trú điều trị bệnh nhân đái tháo đường típ 2

Đặc điểm		N	%
Thuốc uống	Uống 1 loại	61	28
	Phối hợp (thuốc uống + thuốc uống)	81	37
Thuốc tiêm	Tiêm 1 loại	28	13
	Phối hợp (thuốc uống + thuốc tiêm)	48	22

Tỷ lệ người bệnh dùng thuốc phối hợp chiếm đa số, trong đó phối hợp 2 loại thuốc uống chiếm 37%.

Bảng 4: Thực trạng về tuân thủ thuốc ngoại trú điều trị ở người bệnh đái tháo đường típ 2

Đặc điểm		N	%
Tuân thủ thuốc	Dùng thuốc đúng, đều theo đơn	147	67
Không tuân thủ dùng thuốc	Dùng thuốc theo đơn nhưng thỉnh thoảng quên	61	28
	Bỏ thuốc	4	2
	Tự ý điều trị	7	3
Lý do làm đối tượng nghiên cứu không tuân thủ thuốc	Bận	55	25
	Đi công tác/đi chơi không mang theo	26	12
	Không có ai nhắc	28	13
	Quên	110	50
	Khác	0	0
Cách xử lý khi quên dùng thuốc của đối tượng nghiên cứu	Uống bù lần sau	33	15
	Bỏ không uống nữa	110	50
	Xin ý kiến của bác sĩ điều trị	77	35
	Khác	0	0
Tổng		219	100

Tỷ lệ người bệnh thực hiện uống thuốc đều đặn theo đơn của bác sĩ, không quên sử dụng thuốc lần nào trong vòng 1 tháng gần đây là 67%.

Lý do người bệnh không tuân thủ sử dụng thuốc trong 1 tháng vừa qua là quên chiếm tỉ lệ 50%. Cách xử lý khi quên dùng thuốc của người bệnh đa số là bỏ đi không dùng nữa.

Bảng 5: Tuân thủ đo đường huyết của người bệnh

Đặc điểm		N	%
Tuân thủ đo đường huyết	Đo đường huyết 2 lần/tuần	46	21
	Không tuân thủ đo đường huyết	173	79
	Tổng số	219	100
Lý do không tuân thủ đo đường huyết	Sợ đau	22	10
	Không có người đo đường huyết cho người bệnh	11	5
	Không có tiền mua máy/mua que thử	77	35
	Bệnh ổn định không cần thử	96	44
	Khác	13	6
	Tổng số	**219**	**100**

Đa số người bệnh không thực hiện hoặc thực hiện không đúng chế độ kiểm soát đo đường huyết tại nhà (chiếm 79%).

Bảng 6: Tuân thủ khám định kỳ của người bệnh

Đặc điểm		N	%
Tuân thủ	Đi khám định kỳ 1 tháng/lần	136	62
Không tuân thủ	Đi khám 2 tháng /lần	44	20
	Đi khám 3 tháng/lần	26	12
	> 3 tháng/lần	13	6
	Tổng	**219**	**100**

Có 62% người bệnh thực hiện đúng đi khám định kỳ 1 tháng/1 lần.

Bảng 7: Tuân thủ dinh dưỡng của người bệnh.

Đặc điểm					N		%	
Tuân thủ dinh dưỡng					147		67	
Không tuân thủ dinh dưỡng					72		33	
Loại thực phẩm	**Thường xuyên**		**Thỉnh thoảng**		**Hiếm khi**		**Không bao giờ**	
	n	**%**	**n**	**%**	n	%	n	%
Tinh bột	162	74	44	20	13	6	0	0
Rau xanh, trái cây ít ngọt	197	90	11	5	7	3	4	2
Thịt nạc	114	52	75	34	15	7	15	7
Nội tạng	18	8	43	20	77	35	81	37
Cá	110	50	70	32	15	7	24	11
Đồ chiên rán	15	7	55	25	72	33	77	35

Bảng 8: Tuân thủ hoạt hoạt động thể lực của người bệnh

Đặc điểm		N	%
Tuân thủ hoạt hoạt động thể lực	>30 phút/ngày/ tuần	142	65
Không tuân thủ hoạt động thể lực	< 30 phút/ngày/tuần	46	21
	Không tập	31	14
Các hình thức luyện tập chủ yếu	Đi bộ	175	80
	Chạy	4	2
	Chơi thể thao	18	8
	Làm việc nhà	15	7
	Yoga, thể dục nhịp điệu	7	3

Tỷ lệ người bệnh tuân thủ đúng hoạt động thể lực tập luyện ≥ 30 phút/ngày chiếm 65%. Loại hình luyện tập chủ yếu là đi bộ với tỉ lệ 80%.

Bảng 9: Đánh giá tổng quan về tuân thủ điều trị

	Tuân thủ		**Không tuân thủ**	
	n	**%**	**n**	**%**
Tuân thủ thuốc điều trị	147	67	72	33
Tuân thủ kiểm soát đường huyết	46	21	173	79
Tuân thủ khám định kỳ	136	62	83	38
Tuân thủ dinh dưỡng	147	67	72	33
Tuân thủ hoạt hoạt động thể lực	142	65	77	35
Tuân thủ cả 4 chế độ	66	30	153	70

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 219 bệnh nhân, trong đó tỷ lệ nam giới là 54%, nữ giới 46%, Người bệnh ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là 76% và nghề nghiệp chủ yếu là nông dân. Về đặc điểm bệnh học, tỷ lệ mắc bệnh dưới 5 năm chiếm tỷ lệ lớn nhất là 56%, tỷ lệ người bệnh có có 2 bệnh đồng mắc trở lên chiếm 59% và người bệnh khi vào viện có kết quả xét nghiệm HbA1C > 8,5 - 10% là 30% và trên 10% chiếm tỷ lệ cao nhất là 44%. Điều đó có nghĩa là phần lớn người bệnh không đạt được mục tiêu điều trị. (tỷ lệ này tương đương so với các nghiên cứu trước đây)

Về đặc điểm việc sử dụng thuốc ngoại trú điều trị đái tháo đường típ, tỷ lệ người bệnh được sử dụng phối hợp các thuốc uống là 37%, phối hợp thuốc uống và thuốc tiêm là 22% (tỷ lệ này tương đương so với các nghiên cứu trước đây)Về thực hành tuân thủ điều trị:

Thực hành tuân thủ dùng thuốc:Theo khuyến cáo của WHO người bệnh mắc các bệnh lý mạn tính được coi là tuân thủ điều trị thuốc khi phải thực hiện được ít nhất 90% phác đồ điều trị trong vòng 1 tháng . Trong nghiên cứu này có 67% số người bệnh nghiên cứu tuân thủ dùng thuốc đều đặn đúng theo đơn của bác sỹ. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu tại bệnh viện E năm 2019 là 87% có tuân thủ. Tuy nhiên kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại bệnh viện Tuệ Tĩnh là 65%. Tỷ lệ người bệnh đái tháo đường típ 2 không tuân thủ điều trị thuốc trong nghiên cứu này còn cao, trên thực tế có thể cao hơn nữa do người bệnh còn ngại với điều tra viên nên không trung thực hoặc có thể nhớ không chính xác số lần quên sử dụng thuốc của mình. Về nguyên nhân không tuân thủ của người bệnh, chiếm đến 50% là quên uống thuốc, 25% bận. Điều này cho thấy những người không tuân thủ điều trị thuốc còn chưa thấy rõ được tầm quan trọng của việc dùng thuốc hàng ngày, đều đặn và đúng giờ, do đó cần có các giải pháp để tăng cường kiến thức về tuân thủ dùng thuốc cho bệnh nhân nhằm giảm tỉ lệ biến chứng do đái tháo đường tip 2 gây nên.

Về thực hành tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám định kỳ: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong vòng 1 tháng chỉ có 21% người bệnh đo đường huyết ≥ 2 lần/tuần; có 79% người bệnh không tuân thủ đúng đo đường huyết hoặc không đo. Kết quả này tương đương với nghiên cứu tại Bệnh viện E, Bệnh viện đại học Y Hà Nội, cao hơn kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh. Với đái tháo đường típ 2 việc kiểm soát đường huyết tại nhà và khám sức khỏe định kỳ là một biện pháp quan trọng cho một liệu trình điều trị. Trong trường hợp người bệnh chưa biết cách sử dụng máy kiểm tra đường máu tại nhà, cán bộ y tế có thể hướng dẫn và cho người bệnh thực hành ngay tại lần đi khám đó. Đồng thời, cán bộ y tế cần khích lệ, động viên và tạo mọi điều kiện để người bệnh đi khám và theo dõi sức khỏe đều đặn tại cơ sở y tế, thường xuyên nhắc nhở về tầm quan trọng của đo đường huyết tại nhà và tái khám định kỳ. Nhận biết được các rào cản của việc đo đường huyết như đau, mất nhiều

chi phí... từ đó giúp họ tìm được các biện pháp khắc phục rào cản này.

Về thực hành tuân thủ chế độ dinh dưỡng: Do hạn chế của nghiên cứu, chúng tôi đưa ra 6 nhóm thực phẩm để phỏng vấn người bệnh theo tần suất ăn thường xuyên, thi thoảng, hiếm khi và không bao giờ. Kết quả cho thấy đối với các loại thực phẩm như các loại rau, các loại thịt nạc và cá, người bệnh đều sử dụng thường xuyên, trong đó cao nhất là các loại rau xanh và trái cây ít ngọt (70%), cá và thịt nạc (50% và 52%) kết quả nay tương đương với nghiên cứu tại Bệnh viện E, Bệnh viện đại học Y Hà Nội.

Cũng theo chuyên gia dinh dưỡng, cần hạn chế và tránh ăn những thực phẩm có chỉ số đường cao trên 55% như bánh mỳ, miến, các loại khoai nướng... Với các loại thực phẩm nên hạn chế và cần tránh vẫn còn một tỷ lệ cao người bệnh trong nghiên cứu thi thoảng sử dụng các loại đồ rán, quay và ăn các nội tạng động vật (chiếm 32% và 20%), tỷ lệ thường xuyên sử dụng tinh bột có chỉ số đường cao là 70%. Việt Nam nói chung, lấy lúa gạo làm nguồn lương thực cơ bản, cơm là thứ lương thực nền tảng không thể thiếu của bữa ăn hàng ngày. Chính vì vậy, việc lựa chọn các loại thực phẩm thay thế cho gạo để sử dụng lâu dài sẽ rất khó khăn với người bệnh. Ngoài ra, những người bệnh nếu đã biết cần thay thế cơm bằng thực phẩm khác thì lại lựa chọn thực phẩm thay thế chưa đúng. Việc thực hành không đúng các thực phẩm nên ăn, hạn chế và cần tránh chắc chắn sẽ ảnh hưởng không tốt đến kết quả điều trị bệnh, rất khó kiểm soát đường huyết và nhanh xuất hiện các biến chứng của bệnh đái tháo đường típ 2. Để nâng cao hơn nữa tuân thủ chế độ ăn, người điều dưỡng cần tư vấn kỹ về các nhóm thức ăn nên, không nên ăn cho người bệnh đồng thời tăng cường sự hỗ trợ từ phía gia đình người bệnh trong việc giám sát chế độ ăn để tránh tình trạng không kiểm soát được đường máu do ăn những thực phẩm không phù hợp

Về thực hành tuân thủ hoạt động thể lực: Hoạt động thể lực thường xuyên có hiệu quả tích cực lên tính nhạy cảm với insulin. Các chuyên gia y tế khuyến cáo rằng nếu người bệnh đái tháo đường típ 2 hoạt động thể lực với cường độ trung bình (tương đương với việc đi bộ, xe đạp mỗi ngày 30 phút, hoặc chạy bộ, chơi thể thao ít nhất 3 lần 1 tuần), trở lên mang lại hiệu quả hơn trong việc kiểm soát đường huyết. Tuân thủ chế độ luyện tập là tập thể lực ít nhất 30 phút mỗi ngày (tối thiểu 150 phút/ tuần) thì trong nghiên cứu này có 77 người bệnh không tuân thủ hoạt động thể lực bao gồm tập dưới 30 phút/ngày và không tập chiếm 35%; 142 người bệnh tuân thủ đúng chiếm 65% và hình thức tập luyện chủ yếu là đi bộ (80%), kết quả nay cao hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện E, Bệnh viện đại học Y Hà Nội. Việc duy trì chế độ luyện tập có tác dụng hỗ trợ kiểm soát glucoze máu, do đó cần có giải pháp hỗ trợ để bệnh nhân tuân thủ chế độ luyện tập tốt hơn. Sự khác biệt của những nghiên cứu này có thể giải thích do sự khác biệt về độ tuổi, về các bệnh mãn tính cũng như biến chứng kèm theo, và đặc biệt khác

biệt về nhận thức kiến thức, văn hóa vùng miền.

Đánh giá tổng quan chung về tuân thủ điều trị cho thấy tỷ lệ người bệnh tuân thủ thuốc điều trị và tuân thủ chế độ dinh dưỡng đạt 67%, tuân thủ hoạt hộng thể lực 65% và tuân thủ khám định kỳ 62%. Tuy nhiên việc tuân thủ về đo đường huyết thì rất thấp, chỉ 21%. Để đạt được mục tiêu điều trị (HbA1C<6.5) người bệnh đều phải tuân thủ tất cả các chế độ, đặc biệt việc đo đường huyết là quan trọng để bác sĩ có thể theo dõi đáp ứng điều trị và điều chỉnh liều thuốc cho phù hợp. Trong nghiên cứu này, người bệnh tuân thủ đủ 5 chế độ (chiếm 30%), tuy nhiên vẫn chưa đạt mục tiêu điều trị, cần phải nhập viện nội trú. Điều đó có thể do cơ địa của người bệnh, hoặc chưa đáp ứng với các thuốc đã được sử dụng, hoặc đo đường huyết nhưng chưa biết cách điều chỉnh liều thuốc sao cho phù hợp. Đây là các vấn đề vẫn luôn được các nhà nội tiết học quan tâm để đạt được mục tiêu điều trị cho người bệnh đái tháo đường.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị còn thấp chính là nguyên nhân dẫn đến tình trạng phải nhập viện để kiểm soát đường huyết chặt chẽ hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế,** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường typ 2. (Ban hành kèm theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020)
2. **Nguyễn Khoa Diệu Vân.** Nội tiết trong thực hành lâm sàng, NXB Y học Hà Nội 2012, trang 15-22, 28-29, 107-115, 291-296, 374-380
3. **Thái Hồng Quang.** Thực hành lâm sàng bệnh đái tháo đường. NXB Y học, Hà Nội 2012, trang 71-80, 267-277, 281-287.
4. **Bùi Công Nguyên** (2020). Kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện E năm 2019
5. **Thủy L.T, Hiên L.T, Tuyến H.Q.** (2022), Nghiên cứu thực trạng tuân thủ sử dùng thuốc và so sánh một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ thuốc ở người bệnh đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện đại học Y Hà Nội.
6. **Phạm Thị Huyền Trang** (2023), Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bênh viện Tuệ Tĩnh.

ĐẶC ĐIỂM SỬ DỤNG KHÁNG SINH KINH NGHIỆM BAN ĐẦU TRONG ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN CHƯƠNG MỸ TỪ THÁNG 1/2024 ĐẾN THÁNG 6/2024

Nguyễn Thị Hảo[1], Trần Thị Hiền[1], Đoàn Đình Hùng[1], Lê Thị Hằng[1], Đặng Thị Vân[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm sử dụng kháng sinh kinh nghiệm ban đầu và kết quả điều trị người bệnh Viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024.

Đối tượng và phương pháp: Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 297 người bệnh nhân được chẩn đoán Viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ, từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 76,5 ± 12,1 tuổi, trong đó nam giới chiếm đa số (60%). Đa số các bệnh nhân có các bệnh lý nguy cơ đi kèm, trong đó Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chiếm cao nhất 60%, Phân loại mức độ nặng của bệnh nhân theo thang điểm CURB65: viêm phổi mức độ nhẹ 54,5%, viêm phổi mức độ trung bình là 40,4%, viêm phổi mức độ nặng là 5,1% và tỷ lệ sử dụng kháng sinh tĩnh mạch trước khi vào viện 90 ngày là 35,4%. Có 2 nhóm kháng sinh được sử dụng trong điều trị là nhóm B lactam 82,8%, nhóm Quinolon 17,2%. Tỷ lệ kháng sinh đơn trị liệu ban đầu là 84% trong đó sử dụng nhiều nhất là ceftazidime (chiếm 47,2%), Tỷ lệ bệnh nhân được phối hợp 2 kháng sinh ban đầu là 16%, phổ biến là phối hợp Ceftazidime và Moxifloaxacin (chiếm 41%). Kết quả điều trị đỡ giảm chiếm 92,3% với số ngày điều trị trung bình là 7,96 ± 2,78 ngày.

Kết luận: Việc sử dụng kháng sinh kinh nghiệm ban đầu vẫn mang lại hiệu quả cao trong điều trị người bệnh viêm phổi mắc phải cộng đồng.

Từ khóa: Viêm phổi mắc phải cộng đồng, kháng sinh kinh nghiệm ban đầu CURB-65, Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF INITIAL EMPIRICAL ANTIBIOTIC USE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT THE EMERGENCY RESUSCITATION DEPARTMENT OF CHUONG MY DISTRICT GENERAL HOSPITAL FROM JANUARY 2024 TO JUNE 2024

Objective: To describe the characteristics of initial empirical antibiotic use and treatment outcomes of patients with community-acquired pneumonia at the Department of Emergency Resuscitation, Chuong My District General Hospital from January 2024 to June 2024.

[1]*Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hảo
Email: haohaotam@gmail.com
SĐT: 0867983223
Ngày nhận bài: 06/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 04/4/2025
Ngày duyệt bài: 07/5/2025

Subjects and methods: This is a cross-sectional descriptive study, conducted on 297 patients diagnosed with community-acquired pneumonia treated at the Department of Emergency Resuscitation, Chuong My District General Hospital, from January 2024 to June 2024.

Results: The mean age of the patient group was 76,5 ± 12,1 years old, of which men accounted for the majority (60%). Most patients had comorbidities, of which Chronic Obstructive Pulmonary Disease accounted for the highest 60%. The severity of patients was classified according to the CURB65 scale: mild pneumonia 54,5%, moderate pneumonia 40,4%, severe pneumonia 5,1% and the rate of intravenous antibiotic use before hospitalization 90 days was 35,4%. There were 2 groups of antibiotics used in treatment: B lactam group 82,8%, Quinolone group 17,2%. The rate of initial monotherapy antibiotics was 84%, of which the most used was ceftazidime (accounting for 47,2%). The rate of patients receiving a combination of 2 initial antibiotics was 16%, commonly the combination of Ceftazidime and Moxifloxacin (accounting for 41%). The treatment results were 92,3% better with an average treatment time of 7,96 ± 2,78 days.

Conclusion: Initial empirical antibiotic therapy remains highly effective in the treatment of patients with community-acquired pneumonia.

Keywords: Community-acquired pneumonia, initial empirical antibiotics CURB-65, Chuong My District General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) là bệnh lý hô hấp thường gặp, nằm trong nhóm nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới.

Ở Việt Nam, VPMPCĐ là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn trên thực hành lâm sàng, chiếm 12% các bệnh phổi. [5] Căn nguyên gây bệnh thường do vi khuẩn virus và một số tác nhân khác, nhưng không do trực khuẩn lao. [6] Nhiều hướng dẫn về kháng sinh điều trị VPMPCĐ trên thế giới và Bộ y tế đã phân tầng người bệnh dựa vào yếu tố nguy cơ mắc vi khuẩn kháng thuốc, bệnh đồng mắc, khả năng vi khuẩn gây bệnh và mức độ nặng của bệnh, đặc biệt là việc sử dụng kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm.

Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ thường xuyên tiếp nhận các ca bệnh viêm phổi, đặc biệt có các bệnh đồng mắc như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường, suy tim, bệnh mạch máu não, bệnh gan, bệnh thận, việc sử dụng kháng sinh phù hợp là vô cùng quan trọng trong đạt hiệu quả điều trị, giảm tử vong và tránh kháng thuốc. Hiện tại cũng chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này tại đây nên chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm các mục tiêu mô tả đặc điểm sử dụng kháng sinh kinh nghiệm ban đầu và kết quả điều trị bệnh nhân Viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 06 năm 2024

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán Viêm phổi mắc phải cộng đồng theo Hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế

năm 2020 (Quyết định số 4815/QĐ- SYT)

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dưới 18 tuổi. Bệnh nhân lao phổi, HIV. Bệnh nhân có thời gian điều trị ngắn < 2 ngày. Bệnh nhân bị viêm phổi sau nhập viện 48 giờ (viêm phổi bệnh viện). Bệnh nhân không đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: toàn bộ

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024.

Quy trình nghiên cứu: Thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán và tiêu chuẩn loại trừ.

2.3. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20, dữ liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ % với biến định tính; dạng trung bình ± độ lệch chuẩn đối với biến định lượng.

2.4. Khía cạnh đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát, không làm thay đổi quy trình điều trị của mỗi bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được bí mật và kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024 chúng tôi thu thập được 297 hồ sơ bệnh án bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu và được các kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm chung, tiền sử và các yếu tố nguy cơ, một số đặc điểm lâm sàng và Xquang phổi (n=297)

Đặc điểm chung	
Tuổi ($\bar{X}$ ± SD)	76,5 ± 12,1 (min 33, max 103)
Giới (n, %)	Nam: 179 (60%); Nữ: 118 (40 %)
Tiền sử và các yếu tố nguy cơ n, (%)	
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	179 (60%)
Tăng huyết áp	112 (32%)
Đái tháo đường	48 (16%)
Ung thư	30 (10%)
Suy tim	27 (9%)
Bệnh thận mạn	18 (6%)
Một số đặc điểm lâm sàng	
Sốt	98 (32,6%)
Ho	297 (100%)
Khó thở	253 (85,2%)
Đau ngực	148 (49,8%)
Ran phổi	297 (100%)

Tuổi trung bình là 76,5 ± 12,1 tuổi, trong đó nam giới chiếm 60%, nữ giới chiếm 40%. Các yếu tố nguy cơ và bệnh lý kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất là Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 60%, tăng huyết áp (32%), đái tháo đường (16%).

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là Ho (100%), khó thở (85,2%) và đau ngực (49,8%).

Bảng 2: Phân loại mức độ nặng của bệnh nhân theo thang điểm CURB65

Mức độ	n	Tỷ lệ %
Viêm phổi nhẹ (CURB65 = 0 -1 điểm)	162	54,5%
Viêm phổi trung bình (CURB65 = 2 điểm)	120	40,4%
Viêm phổi nặng (CURB65 = 3-5 điểm)	15	5,1%

Bảng 3: Các kháng sinh được sử dụng trong nghiên cứu

		n	Tỷ lệ %
Nhóm Quinolon (17,2%)	Moxifloxacin	44	14,8
	Ciprofloxacin	7	2,4
Nhóm ß-lactam (82,8%)	Augbidil	2	0,7
	Cefuroxime	4	1,3
	Cefamandol	44	14,8
	Cefotaxime	10	34,0
	Ceftazidime	144	48,5

Các kháng sinh sử dụng trong điều trị thuộc 2 nhóm chính là nhóm ß-lactam (chiếm 82,8%) và nhóm Quinolon (chiếm 17,2%).

Bảng 4: Lựa chọn kháng sinh trong phác đồ kháng sinh kinh nghiệm ban đầu

		n	Tỷ lệ %
Kháng sinh đơn trị (n=248, 83,5%)	Moxifloxacin	2	0,8
	Ciprofloxacin	1	0,4
	Augbidil	2	0,8
	Cefuroxime	3	1,6
	Cefamandol	40	16,1
	Cefotaxime	83	33,5
	Ceftazidime	117	47,2
Phối hợp kháng sinh (n=49,16,5%)	Ceftazidime + Moxifloxacin	20	40,8
	Ceftazidime + Ciprofloxacin	7	14,3
	Cefotaxime + Moxifloxacin	18	36,7
	Cefamandol + Moxifloxacin	4	8,2

Trong lựa chọn kháng sinh đơn trị cho phác đồ ban đầu: thường dùng là nhóm ß-lactam trong đó chủ yếu thuộc nhóm cefalosporin thế hệ 3 với Ceftazidime 47,2% và cefotaxim 33,5%. Trong lựa chọn phối hợp kháng sinh chỉ có 1 kiểu phối hợp là nhóm ß-lactam và nhóm Quinolon, và chủ yếu là ceftazidime phối hợp Moxifloxacin chiếm 41%.

Bảng 5: Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ %
Đỡ, giảm	274	92,3
Không thay đổi hoặc nặng hơn	23	7,7
Ngày điều trị trung bình	7,96 ± 2,78 ngày	

Hầu hết các bệnh nhân điều trị đỡ giảm với tỷ lệ 92,3% và ngày điều trị trung bình là 7,96 ± 2,78 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 297 người bệnh, tuổi trung bình tương đối cao 76,5 ± 12,1 tuổi, trong đó nam giới chiếm 60%, nữ giới chiếm 40%. Nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình cao hơn 1 số tác giả khác: Tác giả Vương Thị Chung (n=121,BVĐKH Mèo Vạc, 2020, tuổi > 65 chiếm 22,3%), [7] Trần Thị Bảo Khánh (BVĐK tỉnh Thái Bình,2022 tuổi trung bình 67,8 ± 9,8), [2] Hoàng Hà (n = 82, BV Phổi Thái Nguyên, 2023, Tuổi trung bình 70,24 ± 14,35) [1]. Đó là do các nghiên cứu trên nghiên cứu trên các đối tượng viêm phổi cộng đồng chung của toàn viện, còn nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên các bệnh nhân của khoa Hồi sức cấp cứu, là thuộc nhóm bệnh nhân nặng hơn so với toàn viện.

Các yếu tố nguy cơ và bệnh lý kèm theo tương đối cao, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 60%, tăng huyết áp (32%), đái tháo đường (16%).Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đó: Trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Hà: bệnh phổi 48,8%, bệnh tim mạch 42,7% , Đái tháo đường 13,4%; [1] của tác giả Vương Thị Chung : bệnh lý phổi 19,8%, đái tháo đường 8,3%, bệnh tim mạch 7,4%, nghiện rượu 23,2%. [7]

Các triệu chứng lâm sàng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán để lấy vào nghiên cứu nên các bệnh nhân đều chủ yếu có các triệu chứng ho, khó thở, ran ở phổi, riêng về sốt chiếm tỷ lệ thấp hơn có thể do bệnh nhân tuổi cao, sức đề kháng kém hơn, mặt khác tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiều, bệnh nhân thường bị các đợt bội nhiễm nên phản ứng sốt không rầm rộ.

Về phân loại mức độ nặng của bệnh nhân theo thang điểm CURB- 65, mức độ nhẹ chiếm cao nhất 54,5%, mức độ trung bình là 40,4% và mức độ nặng là 5,1%. Một số tác giả khác như tác giả Vương Thị Chung thì tỷ lệ này lần lượt là 12,3%, 82,7%, 5%, [7] tác giả Nguyễn Kỳ Nam nghiên cứu trên 207 bệnh nhân khoa nội bệnh viện trường đại học y dược Cần Thơ thì tỷ lệ này là 54,1%, 38,6%, 7,3% [3]. Theo phân loại mức độ nặng của thang điểm CURB-65 thì hầu hết các bệnh nhân nhập viện thuộc nhóm viêm phổi mức độ vừa và nhẹ, và mức độ nhẹ thì không cần phải nhập viện, có thể điều trị ngoại trú. Tuy nhiên, trong các nghiên cứu, tỷ lệ này là khá lớn, vì các bệnh nhân này đều thuộc nhóm tuổi cao, nhiều bệnh lý nền làm tăng nặng hơn tình trạng viêm phổi, yêu cầu cần nhập viện nội trú. Do đó ngoài thang điểm CURB-65 còn có các thang điểm khác giúp đánh giá mức độ nặng và tiên lượng bệnh nhân viêm phổi, tuy nhiên phức tạp hơn thang điểm CURB-65.

Trong nghiên cứu, chỉ có 2 nhóm kháng sinh được sử dụng, trong đó kháng sinh thường được sử dụng là nhóm ß-lactam với tỷ lệ 82,8%, còn nhóm Quinolon chỉ chiếm 17,2%. Có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác do việc cung ứng kháng sinh tại các bệnh viện có sự khác nhau: Tác giả Nguyễn Kỳ Nam: nhóm ß-lactam 55,1% Nhóm Quinolon 19,2%, aminoglycosid 1,3%. [3] Tác giả Vương Thị Chung nhóm ß-lactam 40,7% Nhóm Quinolon 0%, aminoglycosid 41,2%. [7]

Về loại phác đồ kháng sinh ban đầu: đơn trị 1 kháng sinh chiếm tỷ lệ lớn 83,5%, phối hợp 2 kháng sinh là 16,5%. Tỷ lệ này tương tự tác giả Nguyễn Văn Tuấn: đơn trị 1 kháng sinh 82,4%, 2 kháng sinh 17,6%. [4] Tỷ lệ này có khác biệt với các tác giả Nguyễn Kỳ Nam: đơn trị 1 kháng sinh 51,2%, phối hợp 2 kháng sinh 46,8%, phối hợp 3 kháng sinh 1,9%. [3] Tác giả Vương Thị Chung: đơn trị

1 kháng sinh 23,1%, phối hợp 2 kháng sinh 72,7%, phối hợp 3 kháng sinh 4,2%%. [7]

Nhóm kháng sinh thường sử dụng trong phác đồ đơn độc ban đầu là nhóm ß-lactam chiếm 99,2%, trong đó phân nhóm C3G là chủ yếu với ceftazidime chiếm 47,2% và cefotaxim 33,5%. Kết quả này tương tự với tác giả Nguyễn văn Tuấn với nhóm ß-lactam 91%, [4] tác giả Vương Thị Chung là 100%. [7]

Trong mẫu nghiên cứu chỉ có 2 nhóm kháng sinh nên lựa chọn phối hợp kháng sinh chỉ có 1 kiểu phối hợp là nhóm ß-lactam và nhóm Quinolon, và chủ yếu là ceftazidime phối hợp Moxifloxacin chiếm 41%. Tác giả Vương Thị Chung: 100% phối hợp nhóm ß-lactam và nhóm Aminoglycosid. [7] Nguyễn Văn Tuấn: 100% phối hợp: nhóm ß-lactam và nhóm Quinolon. [4]

Về kết quả điều trị, hầu hết các bệnh nhân điều trị đỡ giảm với tỷ lệ 92,3% và ngày điều trị trung bình là 7,96 ± 2,78 ngày. Tỷ lệ này cũng tương đương với các tác giả khác: Nguyễn Văn Tuấn: tỷ lệ đỡ giảm là 92,5%, ngày ĐTTB 9,48± 3,02 ngày. [4] Vương Thị Chung: tỷ lệ đỡ giảm là 97,5%, ngày ĐTTB < 7 ngày. [7]

V. KẾT LUẬN

Đối với người bệnh viêm phổi mắc phải cộng đồng, việc lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm ban đầu của các bác sỹ là ưu tiên kháng sinh đơn trị và thường lựa chọn nhóm B lactam, trong các trường hợp cần phối hợp thường lựa chọn phối hợp nhóm ß-lactam và Quinolol. Việc lựa chọn này vẫn mang lại hiệu quả cao trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Hà và cộng sự.** (2024). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn tại Bệnh viện phổi Thái Nguyên. VMJ, 538(1).
2. **Trần Thị Bảo Khánh** (2023). Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.
3. **Nguyễn Kỳ Nam** (2021). Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Trường đại học y dược Cần Thơ năm 2020-2021. ctump, (40), 149–156.
4. **Nguyễn Văn Tuấn** (2021). Nghiên cứu thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Vmj, 505(2).
5. **Bộ Y tế.** Niên giám thống kê y tế 2014.
6. **Quyết định 4815/QĐ-BYT** (2020). Tài liệu Hướng dẫn chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn.
7. **Vương Thị Chung** (2020). Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại BV ĐK huyện Mèo Vạc.

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÂN ĐÌNH NĂM 2023

Phạm Thị Hảo[1], Nguyễn Thị Thu Hiền[1], Nguyễn Thị Nga[1], Nguyễn Hữu Xang[1], Lê Thị Thanh Nga[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Vân Đình năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu có tổng 288 lượt dùng kháng sinh, trong đó nhóm fluoroquinolon thường được lựa chọn (53,8%) với thuốc được sử dụng nhiều nhất là levofloxacin (chiếm 51,7% tổng số lượt dùng kháng sinh). Nhóm thuốc có tỷ lệ sử dụng phổ biến thứ 2 là ß-lactam (44,1%). Trong nhóm này, các cephalosporin được sử dụng nhiều nhất với các thuốc được lựa chọn là cefuroxim, cefotaxim, ceftazidim, ceftriaxon (chiếm lần lượt 17,0%, 11,1%, 6,6%, 3,5% tổng số lượt dùng kháng sinh). Các nhóm/phân nhóm khác được sử dụng là penicillin, carbapenem, aminoglycosid (chiếm lần lượt 4,5%, 1,4%, 2,1%). Độ dài đợt điều trị kháng sinh trung bình trong nghiên cứu là 9,5±3,6 (ngày). Trong đó, hầu hết độ dài đợt điều trị nhỏ hơn 14 ngày (93,8%). Phần lớn phác đồ khởi đầu phù hợp, tuy nhiên, tỷ lệ phác đồ không phù hợp vẫn tương đối cao (chiếm 25,6%). Các phác đồ không phù hợp được ghi nhận ở cả 3 mức độ: nhẹ (100%), trung bình (15,6%), nặng (61,3%). Các trường hợp liều dùng chưa phù hợp đều được ghi nhân liên quan tới hiệu chỉnh liều trên chức năng thận. Trong đó, 41 trường hợp liên quan tới levofloxacin (78,8%), 9 trường hợp liên quan tới amoxicillin/acid clavunnalic (17,3%) và 2 trường hợp liên quan tới cefuroxim (3,9%).

[1]*Bệnh viện Đa khoa Vân Đình*
Chịu trách nghiệm chính: Phạm Thị Hảo
Email: phamhaobvvd@gmail.com
SĐT: 0912838471
Ngày nhận bài: 06/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 04/4/2025
Ngày duyệt bài: 07/5/2025

SUMMARY

ANALYSIS OF ANTIBIOTIC USE IN THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE - VAN DINH GENERAL HOSPITAL IN 2023

Objective: Analyze the use of antibiotics in the treatment of community-acquired pneumonia at the Department of Internal Medicine - Van Dinh General Hospital in 2023. **Method:** A cross-sectional retrospective study. **Results:** The study recorded a total of 288 antibiotic use episodes, in which the fluoroquinolone group was commonly chosen (53.8%), with the most frequently used drug being levofloxacin (accounting for 51.7% of the total antibiotic use episodes). The second most commonly used drug group was ß-lactams (44.1%). Within this group, cephalosporins were the most frequently used, with selected drugs being cefuroxime, cefotaxime, ceftazidime, and ceftriaxone (accounting for 17.0%, 11.1%, 6.6%, and 3.5% of total antibiotic use episodes, respectively).

Other groups/subgroups used included penicillin, carbapenem, and aminoglycoside (accounting for 4.5%, 1.4%, and 2.1%, respectively). The average duration of antibiotic treatment in the study was 9.5±3.6 days. Most treatment durations were less than 14 days (93.8%). The majority of initial regimens were appropriate; however, the rate of inappropriate regimens remained relatively high (25.6%). Inappropriate regimens were recorded across all three severity levels: mild (100%), moderate (15.6%), and severe (61.3%). Cases of inappropriate dosing were all related to dose adjustment based on renal function. Among them, 41 cases were related to levofloxacin (78.8%), 9 cases to amoxicillin/clavulanic acid (17.3%), and 2 cases to cefuroxime (3.9%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là căn bệnh viêm đường hô hấp phổ biến trên toàn thế giới. Căn bệnh này gây tử vong ở mọi nhóm tuổi với số ca lên đến khoảng 4 triệu người trên thế giới mỗi năm. Ở các nước đang phát triển (trong đó có Việt Nam), nó xuất hiện nhiều gấp 5 lần so với các nước phát triển [1]. Tại Việt Nam, nguyên nhân gây bệnh viêm phổi phổ biến nhất là vi khuẩn. Bộ Y tế cũng như nhiều bệnh viện lớn tại Việt Nam đã xây dựng phác đồ điều trị bệnh viêm phổi có tính cập nhật liên tục [2]. Mặc dù đã có nhiều tài liệu chuyên môn hướng dẫn, thế nhưng việc sử dụng thuốc kháng sinh điều trị bệnh viêm phổi không phải lúc nào cũng hợp lý. Vì thế, việc phân tích, đánh giá thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị bệnh viêm phổi hiện nay là cần thiết. Nó giúp các nhà quản lý, các thầy thuốc cải thiện và nâng cao hiệu quả điều trị. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: "Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Vân Đình năm 2023" nhằm hy vọng sẽ mang lại hiệu quả trong việc quản lý, sử dụng kháng sinh hợp lý an toàn hơn giảm hậu quả đáng tiếc xảy ra trên bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi điều trị tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Vân Đình năm 2023.

**** Tiêu chuẩn lựa chọn:***

- Bệnh án của bệnh nhân nhập viện từ 01/01/2023 đến 31/12/2023;
- Bệnh án được chẩn đoán viêm phổi (mã ICD của chẩn đoán bệnh từ J12 đến J18);
- Có điều trị kháng sinh trong thời gian nằm viện;
- Thời gian nằm viện ≥ 3 ngày.

**** Tiêu chuẩn loại trừ:***

- Bệnh nhân mắc kèm lao phổi;
- Bệnh nhân HIV;
- Bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại bệnh viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu

* Phân tích cơ cấu thuốc kháng sinh được sử dụng tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình

Bước 1: Trích xuất từ phần mềm quản lý bệnh án của bệnh viện danh sách bệnh án có chẩn đoán viêm phổi (mã ICD J12-J18) tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Vân Đình có ngày nhập viện từ 01/01/2023 đến 31/12/2023 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 2: Tiến hành thu thập các thông tin từ hồ sơ bệnh án trên phần mềm vào các "Phiếu thu thập số liệu" (phụ lục 01).

Bước 3: Tiến hành nhập liệu, xử lý số liệu và viết báo cáo.

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu

- Các dữ liệu thu thập được từ phiếu thu thập bệnh án (phụ lục 1) sẽ được nhập vào bảng Excell (Excell 2016).

- Thống kê mô tả với các biến định tính và định lượng. Các biến không liên tục được thống kê theo tần suất và tỷ lệ phần trăm. Các biến liên tục được mô tả bởi giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về mức độ nặng của bệnh

Bảng 1. Số lượng và đường dùng kháng sinh trong mẫu nghiên cứu

Phân loại	Số BN (%) (theo thang điểm CURB65)	Số BN (%) (theo tiên lượng của bác sĩ)
Viêm phổi nhẹ	173 (98,3)	4 (2,3)
Viêm phổi trung bình	3 (1,7)	141 (80,1)
Viêm phổi nặng	0	31 (17,6)

Dựa trên các thông tin được ghi nhận trong bệnh án, phân loại theo thang điểm CURB65, hầu hết các bệnh nhân đều nằm ở mức độ nhẹ (chiếm 98,3%), số bệnh nhân ở mức trung bình chiếm 1,7% và không bệnh nhân nào ở mức độ nặng. Tuy nhiên, theo tiên lượng của bác sĩ, phần lớn bệnh nhân mắc viêm phổi ở mức trung bình (chiếm 80,1%), 17,6% bệnh nhân ở mức độ nặng và số bệnh nhân ở mức nhẹ chỉ chiếm 2,3%.

3.2. Tình hình sử dụng kháng sinh trong mẫu nghiên cứu

Bảng 2. Số lượng và đường dùng kháng sinh trong mẫu nghiên cứu

Tên thuốc	Số BN (%, N=270)	Số lượt sử dụng (%, N=288)	Số lượt sử dụng (theo đường dùng)		
			Uống	Tiêm TM	Truyền TM
Penicillin					
Amoxicillin + Acid Clavulanic	13 (4,8)	13 (4,5)	13	0	0
Carbapenem					
Imipenem	4 (1,5)	4 (1,4)	0	0	4
C2G					
Cefuroxim	43 (15,9)	49 (17,0)	32	5	12
C3G					
Cefotaxim	32 (11,9)	32 (11,1)	0	11	21
Ceftazidim	19 (7,0)	19 (6,6)	0	12	7
Ceftriaxon	10 (3,7)	10 (3,5)	0	2	8
Fluoroquinolon					
Levofloxacin	137 (50,7)	149 (51,7)	41	2	106
Ciprofloxacin	6 (2,2)	6 (2,1)	5	0	1

Aminoglycosid					
Amikacin	6 (2,2)	6 (2,1)	0	2	4
Tổng	270	288	91 (21,6, N=288)	34 (11,8, N=288)	163 (56,6, N=288)

Nghiên cứu có tổng 288 lượt dùng kháng sinh, trong đó nhóm fluoroquinolon thường được lựa chọn (53,8%) với thuốc được sử dụng nhiều nhất là levofloxacin (chiếm 51,7% tổng số lượt dùng kháng sinh). Nhóm thuốc có tỷ lệ sử dụng phổ biến thứ 2 là ß-lactam (44,1%). Trong nhóm này, các cephalosporin được sử dụng nhiều nhất với các thuốc được lựa chọn là cefuroxim, cefotaxim, ceftazidim, ceftriaxon (chiếm lần lượt 17,0%, 11,1%, 6,6%, 3,5% tổng số lượt dùng kháng sinh). Các nhóm/phân nhóm khác được sử dụng là penicillin, carbapenem, aminoglycosid (chiếm lần lượt 4,5%, 1,4%, 2,1%). Về đường dùng, phần lớn các kháng sinh được dùng theo đường truyền tĩnh mạch (56,6%), đường dùng tiếp theo là đường uống (21,6%) và tiêm tĩnh mạch (11,8%). Một số trường hợp bệnh nhân chỉ được sử dụng kháng sinh đường uống trong ngày đầu nhập viện và được chuyển sang đường tiêm/tiêm truyền trong ngày thứ 2.

Bảng 3. Phác đồ kháng sinh khởi đầu theo tiên lượng của bác sĩ

Phác đồ điều trị ban đầu	**Mức độ nặng**			**Tổng cộng (%, N=176)**
	Nhẹ (%, N=4)	**Trung bình (%, N=141)**	**Nặng (%, N=31)**	
Đơn độc	**4 (100)**	**75 (53,2)**	**18 (58,1)**	**93 (52,8)**
Penicillin+ Ức chế ß-lactamase		5 (2,8)		5
C2G	1 (25)	11 (7,8)		12
C3G	0	7 (5,0)	5 (16,1)	12
Fluoroquinolon	3 (70)	52 (36,9)	13 (41,9)	65
Kết hợp	**0**	**66 (46,8)**	**13 (41,9)**	**83 (47,2)**
C2G + FQ		26 (18,4)	1 (3,2)	28
C3G + FQ		32 (22,7)	7 (22,6)	39
C3G + AG		6 (4,3)	3 (9,7)	10
Penicillin/Ức chế ß-lactamase +FQ			1 (3,2)	1
Imipenem +FQ		2 (1,4)	1 (3,2)	3

Phác đồ điều trị ban đầu được sử dụng nhiều nhất là fluoroquinolon đơn độc với 3 lượt (70%) ở nhóm bệnh nhân nhẹ, 50 lượt (35,5%) ở nhóm trung bình và 13 lượt (41,9%) ở nhóm bệnh nhân nặng. Phác đồ phối hợp thường được sử dụng là kết hợp cephalosporin thế hệ 3 và nhóm fluoroquinolon với 32 lượt (22,7%) ở nhóm bệnh nhân trung bình và 2 lượt (22,6%) ở nhóm bệnh nhân nặng.

Bảng 4. Số lượt thay đổi phác đồ

Đặc điểm		Số BN (%, N=176)
Không thay đổi phác đồ		161 (91,5)
Có thay đổi phác đồ		15 (8,5)
Thay đổi phác đồ 1 lần	Thêm thuốc	6
	Giảm thuốc	1
	Chuyển thuốc	6
Thay đổi phác đồ trên 1 lần	Chuyển thuốc	2

Đa số bệnh nhân được giữ nguyên phác đồ trong quá tình điều trị (91,5%). Có 2 trường hợp bệnh nhân thay đổi phác đồ trên một lần. Hầu hết các trường hợp thay đổi phác đồ được thêm/chuyển thuốc làm tăng phổ tác động. Đáng chú ý một trường hợp bệnh nhân phải chuyển từ levofloxacin sang amoxicillin do nghi ngờ ADR trên thần kinh trung ương liên quan đến kháng sinh nhóm fluoroquinolon.

Bảng 5. Độ dài đợt điều trị kháng sinh trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Số BN (%, N=176)
Độ dài đợt điều trị kháng sinh	Trung bình±SD, min-max: 9,5±3,6 (ngày), 3-22	
	3-7 ngày	57 (32,4)
	8-10 ngày	58 (33,0)
	11-14 ngày	50 (28,4)
	>14 ngày	11 (6,2)

Độ dài đợt điều trị kháng sinh trung bình trong nghiên cứu là 9,5±3,6 (ngày). Trong đó, hầu hết độ dài đợt điều trị nhỏ hơn 14 ngày (93,8%).

Bảng 6. Kết quả điều trị theo kết luận bệnh án trong mẫu nghiên cứu

Kết quả ra viện	Số BN (%, N=176)
Đỡ-giảm	163 (92,6)
Khỏi	10 (5,7)
Lý do khác (xin về, chuyển viện)	3 (1,7)

Kết thúc điều trị, 92,6% bệnh nhân có kết quả điều trị đỡ-giảm được ra viện/kê đơn ngoại trú, 5,7% bệnh nhân điều trị khỏi ra viện. Ngoài ra, 2 bệnh nhân xin về và 1 bệnh nhân chuyển viện được ghi nhận.

3.3. Phân tích tính hợp lý trong việc sử dụng phác đồ kháng sinh điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng trong mẫu nghiên cứu

Bảng 7. Tính phù hợp trong việc sử dụng phác đồ kháng sinh khởi đầu

Nội dung	Mức độ nặng			Tổng (%, N=176)
	Nhẹ n (%, N=4)	Trung bình n (%, N=141)	Nặng n (%, N=31)	
Phù hợp	0	119 (84,4)	12 (38,7)	131 (74,4)
Không phù hợp	4 (100)	22 (15,6)	19 (61,3)	45 (25,6)

Phần lớn phác đồ khởi đầu phù hợp, tuy nhiên, tỷ lệ phác đồ không phù hợp vẫn tương đối cao (chiếm 25,6%). Các phác đồ không phù hợp được ghi nhận ở cả 3 mức độ: nhẹ (100%), trung bình (15,6%), nặng (61,3%).

Bảng 8. Các phác đồ kháng sinh khởi đầu theo kinh nghiệm không phù hợp

Phác đồ sử dụng	Mức độ nặng			Tổng (%, N=45)
	Nhẹ n (%, N=4)	Trung bình n (%, N=22)	Nặng n (%, N=19)	
Đơn độc	**4 (100)**	**20 (90,9)**	**18 (94,7)**	**42 (93,3)**
ß-lactam + ß-lactamase		1 (4,5)		
C2G	1 (25)	11 (50,0)	1 (5,3)	
C3G		5 (22,7)	5 (26,3)	
FQ	3 (75)	3 (13,7)	12 (63,2)	
Kết hợp		**2 (9,1)**	**1 (5,3)**	**3 (6,7)**
C3G+AG		2 (9,1)		
C2G+FQ			1 (5,3)	

Phác đồ không phù hợp chủ yếu là phác đồ kháng sinh đơn độc ở bệnh nhân trung bình và nặng. Ở nhóm bệnh nhân nhẹ, nghiên cứu ghi nhân 1 trường hợp sử dụng cefuroxim và 3 trường hợp sử dụng levofloxacin (bệnh nhân không có tiền sử dị ứng). Ở nhóm bệnh nhân trung bình, nghiên cứu ghi nhận 20 phác đồ đơn trị liệu không phù hợp (1 trường hợp sử dụng Amoxicillin+Acid clavunalic, 11 trường hợp sử dụng cefuroxim, 5 tường hợp sử dụng cephalosporin thế hệ 3, 3 trường hợp sử dụng ciprofloxacin) và 2 phác đồ kết hợp không phù hợp (kết hợp cephalosporin thế hệ 3 với amikacin). Với nhóm bệnh nhân nặng, nghiên cứu ghi nhận 18 phác đồ đơn trị không phù hợp (1 trường hợp sử dụng cefuroxim, 5 trường hợp sử dụng cephalosporin thế hệ 3, 12 trường hợp sử dụng levofloxacin) và 1 phác đồ kết hợp không phù hợp (kết hợp cephalosporin thế hệ 2 với levofloxacin).

Bảng 9. Sự phù hợp về liều dùng kháng sinh

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%, N=288)
Phù hợp	236	81,9
Chưa phù hợp	52	18,1

Các trường hợp liều dùng chưa phù hợp đều được ghi nhân liên quan tới hiệu chỉnh liều trên chức năng thận. Trong đó, 41 trường hợp liên quan tới levofloxacin (78,8%), 9 trường hợp liên quan tới amoxicillin/acid clavunnalic (17,3%) và 2 trường hợp liên quan tới cefuroxim (3,9%).

IV. BÀN LUẬN

*** Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Đa khoa Vân Đình**

Nghiên cứu có tổng 288 lượt dùng kháng

sinh với 9 hoạt chất kháng sinh. Nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là fluoroquinolon (chiếm 53,8% lượt sử dụng kháng sinh) với thuốc được sử dụng nhiều nhất là levofloxacin (chiếm 51,7% lượt sử dụng kháng sinh), còn lại là ciprofloxain. Đây là nhóm kháng sinh có mặt trong toàn bộ các khuyến cáo điều trị VPMPCĐ từ mức độ nhẹ đến mức độ nặng của Bộ Y tế [2]. Mặc dù fluoroquinolon là kháng sinh có mặt xuyên suốt phác đồ điều trị của Bộ Y tế, đây cũng là nhóm kháng sinh cần ưu tiên quản lý theo Quyết định 5631/QĐ-BYT [2], [3], [4]. Việc lạm dụng kháng sinh phổ rộng như fluoroquinolon không chỉ làm tăng nguy cơ đề kháng thuốc mà còn dẫn tới các nguy cơ gây ra tác dụng không mong muốn [5]. Các tác dụng bất lợi như rối loạn thần kinh-tâm thần, tổn thương gân, rối loạn đường huyết,… liên quan tới fluoroquinolon vẫn thường xuyên được các cơ quan quản lý Dược cảnh báo và cũng là lý do phạm vi chỉ định của nhóm kháng sinh này bị thu hẹp [5]. Nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều thứ 2 là C3G (21,2%). Đây là nhóm kháng sinh có hiệu lực trên cả vi khuẩn Gram (-) và Gram (+). C3G có mặt trong phác đồ điều trị theo kinh nghiệm VPMPCĐ mức độ trung bình, nặng và viêm phổi nhẹ nhưng có bệnh mắc kèm hoặc có tiền sử sử dụng kháng sinh [3]. Tuy nhiên, về mặt lâu dài, việc sử dụng cephalosporin, đặc biệt là các thuốc thế hệ sau trên lâm sàng sẽ làm tăng nguy cơ gia tăng đề kháng cũng như giảm hiệu lực nhóm kháng sinh này. Nguyên nhân chính dẫn tới việc sử dụng nhiều kháng sinh phổ rộng tại viện phải đề cập tới việc kháng sinh đồ hiện chưa được áp dụng. Kháng sinh đồ không chỉ hỗ trợ bác sĩ trong việc đưa ra chỉ định kháng sinh mà còn giúp nhân viên y tế nghiên cứu sự đề kháng của vi khuẩn tại bệnh viện. Áp dụng được kỹ thuật này không chỉ giúp cho việc sử dụng kháng sinh được hiệu quả hơn, hạn chế được sự gia tăng đề kháng mà còn có thể làm cho việc sử dụng kháng sinh được an toàn hơn, hạn chế sự xuất hiện của các tác dụng bất lợi liên quan đến thuốc.

Phác đồ điều trị khởi đầu trong nghiên cứu bao gồm cả đơn trị liệu (52,8%) và phối hợp 2 kháng sinh (47,2%), không có phác đồ phối hợp nhiều hơn 2 loại kháng sinh. Phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm có vai trò quan trọng trong điều trị VPMPCĐ do kháng sinh cần được sử dụng sớm trong điều trị (trong 4 giờ đầu nhập viện) [3]. Do đó, bên cạnh các chỉ định kháng sinh theo căn nguyên vi khuẩn xác định, các bác sĩ cần nắm chắc phương pháp chỉ định kháng sinh theo kinh nghiệm. Trong các phác đồ đơn trị liệu, fluoroquinolon là nhóm thuốc được ghi nhận nhiều nhất (chiếm 73,1% số phác đồ đơn trị liệu). Fluoroquinolon đơn trị liệu được khuyến cáo cho VPMPCĐ mức độ nhẹ và trung bình, tuy nhiên đây không phải là nhóm kháng sinh lựa chọn đầu tay [3]. Cần cân nhắc việc lựa chọn nhóm kháng sinh này để tránh gia tăng nguy cơ đề kháng cũng như các tác dụng không mong muốn của thuốc. Phác đồ kết hợp chủ yếu là C3G phối hợp với levofloxacin (chiếm 47,2% số phác đồ kết hợp).

Hầu hết các phác đồ được giữ nguyên trong quá trình điều trị (91,5%). Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Thị Hương (2023) tại bệnh viện Phổi tỉnh Sơn La với 21,4% bệnh nhân không thay đổi phác đồ [6]. Như đã đề cập ở trên, việc thực hiện kháng sinh đồ tại viện còn hạn chế, do đó, các phác đồ chỉ được thay đổi khi không đạt hiệu quả điều trị hoặc xảy ra phản ứng bất lợi trên bệnh nhân. Đây có thể là nguyên nhân chính dẫn đến sự khác biệt về số lượt

thay đổi phác đồ. Việc thực hiện kháng sinh đồ giúp tìm ra căn nguyên chính xác gây bệnh. Điều này hỗ trợ bác sĩ thay đổi chỉ định kháng sinh hợp lý vừa đảm bảo hiệu quả dùng thuốc vừa làm giảm nguy cơ đề kháng kháng sinh, đặc biệt là với các kháng sinh phổ rộng. Do nguyên nhân chính để thay đổi phác đồ kinh nghiệm là không đạt hiệu quả điều trị hoặc xảy ra phản ứng bất lợi, việc thay đổi phác đồ chủ yếu là thêm/chuyển thuốc nhằm mở rộng phổ tác động của liệu pháp điều trị kháng sinh.

*** Tính phù hợp trong việc sử dụng phác đồ kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Đa khoa Vân Đình**

Nhóm nghiên cứu tiến hành phân tích tính phù hợp của phác đồ theo tiên lượng mức độ VPMPCĐ của bác sĩ dựa trên Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn của Bộ Y tế năm 2020. Kết quả nghiên cứu ghi nhận 25,6% phác đồ khởi đầu không phù hợp. Kết quả này thấp hơn so với nhiều nghiên cứu về việc sử dụng kháng sinh trên người lớn mắc VPMPCĐ như nghiên cứu của Phạm Thị Hương năm 2023 (68,7%), nghiên cứu của Trần Thị Bảo Khánh năm 2023 (71,2%) [4], [6]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về phương pháp đánh giá mức độ nặng được lựa chọn. Khác với các nghiên cứu lựa chọn thang CURB65, nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn tiên lượng của bác sĩ trên lâm sàng để phân loại mức độ nặng của bệnh, do có sự khác biệt rõ rệt về kết quả đánh giá giữa thang CURB65 và tiên lượng trên lâm sàng. Với các bệnh nhân nhẹ, 4/4 phác đồ kháng sinh ban đầu không phù hợp. Nguyên nhân là do lựa chọn kháng sinh không theo hướng dẫn điều trị: 1 trường hợp sử dụng cefuroxim (cefuroxim không còn nằm trong khuyến cáo cho bệnh nhân nhẹ) và 3 trường hợp sử dụng levofloxacin khi không có tiền sử dị ứng với nhóm ß-lactam [3], [7]. Với các bệnh nhân ở mức trung bình, 20/22 phác đồ không phù hợp là đơn trị liệu. Theo hướng dẫn điều trị, kháng sinh ß-lactam cần được kết hợp với kháng sinh nhóm macrolid hoặc quinolon hô hấp khi điều trị VPMPCĐ mức độ trung bình, tuy nhiên, nghiên cứu ghi nhận được 17 trường hợp sử dụng kháng sinh ß-lactam (amoxixillin, C2G, C3G) đơn độc [3]. Ngoài ra, quinolon được khuyến cáo kết hợp/đơn trị trên nhóm bệnh nhân này là quinolon hô hấp (moxifloxacin, levofloxacin) [3]. 2 trường hợp trong nghiên cứu ghi nhận việc sử dụng đơn độc ciprofloxacin. Liệu pháp kết hợp không phù hợp là C3G kết hợp aminoglycosid, phối hợp này không được khuyến cáo trong hướng dẫn điều trị [3]. Các phác đồ điều trị được khuyến cáo cho nhóm bệnh nhân nặng đều là phác đồ phối hợp [3]. Nghiên cứu ghi nhận 18 trường hợp sử dụng phác đồ đơn trị liệu trong nhóm bệnh nhân này. Từ kết quả nghiên cứu, việc phổ biến Hướng dẫn điều trị cập nhật tới các khoa lâm sàng, tiếp cận điều trị phân tầng mức độ nặng và nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng cần được tiếp tục tăng cường tại viện. Việc tự ý sử dụng và không theo khuyến cáo làm tăng nguy cơ đề kháng kháng sinh, thậm chí là nguy cơ gây ra các tác dụng bất lợi của thuốc.

52/52 các trường hợp liều dùng chưa phù hợp có liên quan tới hiệu chỉnh liều trên chức năng thận. Trong đó, phần lớn các trường hợp được ghi nhận với levofloxacin (78,8%), còn lại là amoxicillin/acid clavunnalic (17,3%) và cefuroxim (3,9%). Bên cạnh việc xây dựng chế độ liều phù hợp với chỉ định,

việc hiệu chỉnh liều theo chức năng thận cũng vô cùng quan trọng, đặc biệt khi đây là điều dễ bị nhân viên y tế bỏ quên. Thận là con đường chủ yếu để thải trừ nhiều loại thuốc, trong đó có nhiều kháng sinh. Hiệu chỉnh liều phù hợp giúp đảm bảo hiệu quả và cả an toàn khi dùng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy một hình ảnh tổng thể về thực trạng cũng như những vấn đề chưa hợp lý trong sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Vân Đình năm 2023. Phần lớn phác đồ khởi đầu phù hợp, tuy nhiên, tỷ lệ phác đồ không phù hợp vẫn tương đối cao (chiếm 25,6%). Phác đồ không phù hợp chủ yếu là phác đồ kháng sinh đơn độc ở bệnh nhân trung bình và nặng. Các trường hợp liều dùng chưa phù hợp đều được ghi nhân liên quan tới hiệu chỉnh liều trên chức năng thận. Các vấn đề được ghi nhận trong nghiên cứu góp phần định hướng các hoạt động chuyên môn Dược lâm sàng giúp hỗ trợ bác sĩ trong việc lựa chọn thuốc và hiệu chỉnh liều thuốc trên bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Thị Thu Hiền** (2016). Phân tích tình hình sử dụng thuốc kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại khoa nhi Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình. Luận văn thạc sỹ dược học.
2. **Bộ Y tế** (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn. Ban hành kèm theo Quyết định số 4815/QĐ-BYT ngày 20 tháng 11 năm 2020.
3. **Bộ Y tế** (2020). Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện.
4. **Trần Thị Bảo Khánh** (2023). Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng ở người lớn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Luận văn chuyên khoa cấp 1.
5. **Dược Cục Quản lý** (2017). Công văn 5748/QLD-ĐK cập nhật thông tin dược lý đối với thuốc chứa kháng sinh nhóm fluoroquinolon
6. **Phạm Thị Hương** (2023). Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng ở người lớn tại Bệnh viện Phổi tỉnh Sơn La. Luận văn chuyên khoa cấp 1.
7. **Bộ Y tế** (2012). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV BẰNG VINORELBINE ĐƯỜNG UỐNG TẠI BỆNH VIỆN K

Dương Thị Quỳnh Nga[1], Nguyễn Thị Thái Hòa[2], Trương Công Minh[2], Nguyễn Thị Hương[2], Nguyễn Văn Đăng[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị duy trì chuyển đổi ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng Vinorelbine đường uống và một số tác dụng không mong muốn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc trên 55 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV đã hóa trị bước 1 bằng phác đồ bộ đôi có platinum không có tiến triển bệnh, điều trị duy trì chuyển đổi bằng Vinorelbine đường uống tại bệnh viện K từ tháng 03/2023 đến hết tháng 06/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 61.2 ± 8.77; tỉ lệ nam là 81.8%, nữ là 18.2%. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu đều có chỉ số toàn trạng (PS) 0-1, tỉ lệ PS 0 là 36.4%, tỉ lệ PS 1 là 63.6%. Tỉ lệ đáp ứng bệnh là 12.7%, tỉ lệ kiểm soát bệnh là 65.5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ đáp ứng bệnh ở các đặc điểm bệnh nhân như giới tính, PS, tiền sử hút thuốc. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 5.1 tháng (khoảng tin cậy (CI) 95%, 3.4- 9.2 tháng). Các tác dụng phụ thường gặp là hạ bạch cầu (20%) chủ yếu là độ 1, hạ bạch cầu trung tính (21.8%) trong đó 9.1% hạ bạch cầu trung tính độ 3, hạ hemoglobin (41.8%) chủ yếu độ 1, các độc tính khác ít gặp.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy liệu pháp duy trì chuyển đổi bằng Vinorelbine đường uống có hiệu quả trong việc kiểm soát sự tiến triển của bệnh ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, với các tác dụng phụ có thể kiểm soát được.

Từ khóa: Vinorelbine, ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, điều trị duy trì.

SUMMARY

RESULTS OF ORAL VINORELBINE MAINTENANCE TREATMENT IN STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of maintenance switch therapy with oral Vinorelbine and the associated adverse events in patients with stage IV non-small cell lung cancer (NSCLC).

Methods: A descriptive study was conducted on 55 patients with stage IV NSCLC who had not progressed after first-line chemotherapy with a platinum-based doublet regimen. These patients received maintenance switch therapy with oral Vinorelbine at Vietnam National Cancer Hospital from March 2023 to June 2024.

Results: The mean age of the patients was 61.2 ± 8.77 years; 81.8% were male and 18.2% were female. All patients had a performance status (PS) of 0-1, with 36.4% having a PS of 0

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện K*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Quỳnh Nga
Email: drduongnga1708@gmail.com
Số điện thoại: 0972573169
Ngày nhận bài: 06/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 04/4/2025
Ngày duyệt bài: 07/5/2025

and 63.6% having a PS of 1. The overall response rate was 12.7%, and the disease control rate was 65.5%. No statistically significant differences in response rates were observed concerning gender, PS, or smoking history. The median progression-free survival (PFS) was 5.1 months (95% confidence interval (CI), 3.4-9.2 months). Common adverse events included leukopenia (20%, mostly grade 1), neutropenia (21.8%, with 9.1% being grade 3), and hemoglobin reduction (41.8%, mostly grade 1). Other toxicities were less frequent.

Conclusion: The study demonstrates that maintenance therapy with oral Vinorelbine is effective in controlling disease progression in stage IV NSCLC patients, with manageable toxic effects.

Keywords: Vinorelbine, stage IV non-small cell lung cancer, toxic effects**.**

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) được biết đến là một trong những nguyên nhân gây tử vong do ung thư hàng đầu trên toàn thế giới và Việt Nam, theo số liệu GLOBOCAN 2022.[1] Thể mô bệnh học chính là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN), chiếm 80-85%. Có khoảng 75% số bệnh nhân UTPKTBN được chẩn đoán ở giai đoạn IV và với nhóm bệnh nhân này thì điều trị hóa chất vẫn là điều trị cơ bản đặc biệt là nhóm không có đột biến dẫn đường. Mục tiêu chính của điều trị giai đoạn này là làm chậm sự tiến triển của bệnh, kéo dài thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng cuộc sống. Các điều trị duy trì nhằm kéo dài thời gian tiến triển bệnh ở những bệnh nhân đã đạt được đáp ứng hoặc ổn định bệnh với điều trị bước 1.

Vinorelbine uống là một dạng bào chế mới, đã được chứng minh tính hiệu quả và độ an toàn tương đương với đường truyền tĩnh mạch trong điều trị UTPKTBN, thuận lợi trong sử dụng thuốc đặc biệt cho các đối tượng điều trị sau bước 2, điều trị duy trì, người bệnh tuổi cao, thể trạng yếu, hoặc bệnh nhân ở xa. Trong thử nghiệm lâm sàng pha II (MOVE trial), Vinorelbine uống đơn trị liệu được sử dụng là lựa chọn bước 1 cho các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa, kết quả thu được tỉ lệ bệnh nhân đạt lợi ích lâm sàng là 58,1%, sống thêm toàn bộ trung vị là 9 tháng, sống không tiến triển trung vị là 5 tháng, thuốc được dung nạp tốt, ít độc tính.[2] Kết quả của một nghiên cứu pha III điều trị pemetrexed duy trì chuyển đổi cho thấy đã cải thiện cả sống không tiến triển bệnh (PFS 4,3 tháng so với 2,6 tháng) và sống thêm toàn bộ (OS 13,4 tháng so với 10,6 tháng) so với nhóm không điều trị duy trì.[3] Tương tự như vậy, nghiên cứu PARAMOUNT một lần nữa khẳng định hiệu quả của Pemetrexed trong điều trị duy trì, pemetrexed được điều trị duy trì liên tục đã giảm được 38% nguy cơ tiến triển bệnh.[4] Nghiên cứu pha II MANILA đánh giá hiệu quả của Vinorelbine uống metronomic cho thấy cải thiện được thời gian sống bệnh không tiến triển so với nhánh theo dõi (PFS 4,2 tháng so với 2,8 tháng), lợi ích này đặc biệt rõ ràng với những bệnh nhân trên 70 tuổi.[5] Kết quả của một nghiên cứu pha II điều trị duy trì Vinorelbine cho thấy cải thiện cả sống thêm bệnh không tiến triển (6.7 tháng so với 4.9 tháng) và sống thêm toàn bộ (11 tháng so với 8.7 tháng) so với nhóm không điều trị duy trì.[6]

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cũng đã khẳng định hiệu quả điều trị của vinorelbine dạng uống đơn trị liệu cho UTPKTBN giai đoạn tiến xa. Tuy nhiên, cho tới nay chưa có nghiên cứu tại Việt Nam đánh giá hiệu quả và độ an toàn vinorelbine

điều trị duy trì cho UTPKTBN giai đoạn tiến xa. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm đánh giá hiệu quả và một số tác dụng không mong muốn trong điều trị duy trì chuyển đổi ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng Vinorelbine đường uống tại bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 55 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư phổi giai đoạn IV, đã hóa trị bước 1 bằng phác đồ bộ đôi có platinum không có tiến triển bệnh, tại Bệnh viện K từ 3/2023 đến hết tháng 6/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Chẩn đoán xác định UTPKTBN dựa vào mô bệnh học

+ Chẩn đoán giai đoạn IV theo phân loại của AJCC8

+ Chỉ số toàn trạng PS ≤ 2.

+ Tuổi: từ 18 tuổi trở lên

+ Chức năng tủy xương, gan, thận trong giới hạn cho phép hóa trị.

+ Không có tiền sử dị ứng với Vinorelbine.

+ Không mắc các bệnh cấp tính, mãn tính trầm trọng trong thời gian gần.

+ Đã điều trị bước 1 bằng phác đồ bộ đôi có platinum đạt ít nhất bệnh ổn định.

+ Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Có di căn não có triệu chứng chưa được xạ trị tại chỗ.

+ Phác đồ điều trị bước 1 bao gồm Vinorelbine.

+ Không có thông tin theo dõi sau điều trị.

+ Dừng điều trị không vì lý do chuyên môn.

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, thu thập tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 03/2023 đến hết tháng 06/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc.

- Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập bằng mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Cách thức tiến hành

+ Thuốc sử dụng trong nghiên cứu là Navelbine với 2 hàm lượng 20mg, 30mg.

+ Điều trị liều 60mg/m² da uống ngày 1, ngày 8 chu kỳ 21 ngày. Duy trì liên tục đến khi bệnh tiến triển hoặc xuất hiện tác dụng phụ không dung nạp được hoặc bệnh nhân từ chối điều trị tiếp.

- Các chỉ số, biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm quần thể bệnh nhân: tuổi, giới, chỉ số toàn trạng, tình trạng hút thuốc lá, mô bệnh học, phác đồ điều trị bước 1, đáp ứng điều trị bước 1.

+ Kết quả điều trị: tỉ lệ đáp ứng, tỉ lệ kiểm soát bệnh, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS), các tác dụng không mong muốn. Tỉ lệ đáp ứng- ORR (đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần), tỉ lệ kiểm soát bệnh- DCR (đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh ổn định).

- Phân tích và xử lí số liệu: Nghiên cứu sử dụng phần mềm xử lí số liệu SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Việc tiến hành nghiên cứu đã được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện K và thông qua Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội.

Thông tin cá nhân và tình trạng bệnh của bệnh nhân trong nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm		Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ %
Tuổi	≤65	32	58.2
	≥65	23	41.8
	Trung bình	61.2 ± 8.77	
Giới	Nam	45	81.8
	Nữ	10	18.2
Tiền sử hút thuốc	Không hút/đã bỏ	30	54.5
	Nghiện thuốc lá	25	45.5
Chỉ số toàn trạng PS	0	20	36.4
	1	35	63.6
Mô bệnh học	UTBMTB vảy	5	9.1
	UTBMTB không vảy	50	90.9
Phác đồ bước 1	Paclitaxel-Platinum	43	78.2
	Pemetrexed-Platinum	12	21.8
Đáp ứng điều trị bước 1	Ổn định	31	56.4
	Đáp ứng một phần	24	43.6

Nhận xét: Tuổi trung bình là 61.2 ± 8.77, tuổi nhỏ nhất là 37, cao nhất là 76. Bệnh gặp phần lớn ở nam giới, tỉ lệ nam/nữ là 4.49/1. Chỉ số toàn trạng chủ yếu PS 1 chiếm 63.6%. Mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào không vảy (90.9%). Hóa chất điều trị bước 1 đa số là phác đồ bộ đôi Paclitaxel-Platinum với 43 bệnh nhân (78.2%). Đáp ứng điều trị bước 1 có 31 bệnh nhân đạt bệnh ổn định chiếm 56.4%.

3.2. Đánh giá kết quả của nghiên cứu

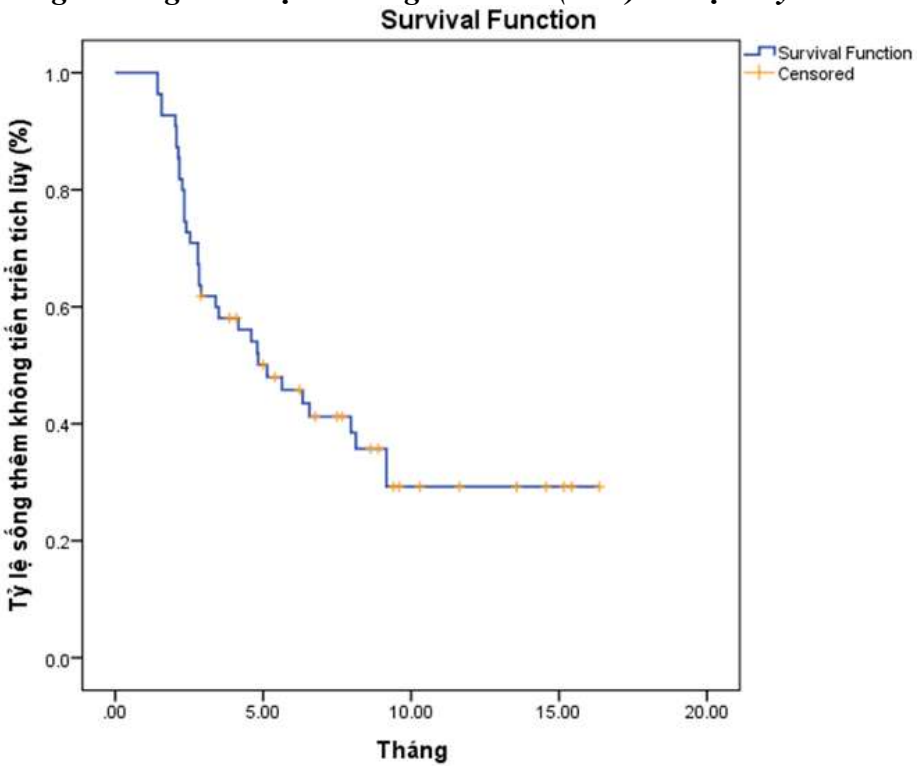
3.2.1. Đáp ứng điều trị

Bảng 2: Đánh giá đáp ứng khách quan theo RECIST 1.1

Đáp ứng	n	%
Đáp ứng hoàn toàn (CR)	0	0
Đáp ứng một phần (PR)	7	12.7
Bệnh ổn định (SD)	29	52.7
Bệnh tiến triển (PD)	19	34.5
Đáp ứng toàn bộ (ORR)	7	12.7
Kiểm soát bệnh (DCR)	36	65.5

Nhận xét: Không có bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, tỉ lệ đáp ứng một phần là 12.7%, tỉ lệ bệnh ổn định là 52.7% và có 34.5% bệnh nhân tiến triển. ORR là 12.7%, DCR là 65.5%.

3.2.2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) và một số yếu tố liên quan



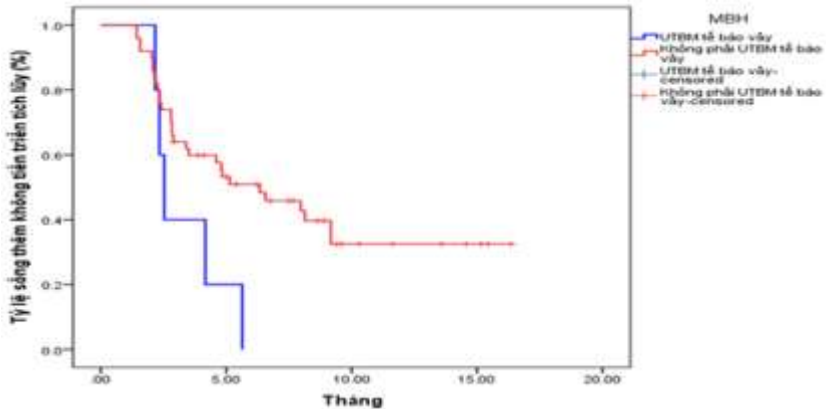
Biểu đồ 1. Đường cong Kaplan Meier của thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5.1 tháng (95%CI, 3.4 - 9.2 tháng), ngắn nhất là 1.5 tháng, dài nhất là 16 tháng.

Bảng 3: PFS và một số yếu tố liên quan

Yếu tố		mPFS	p
Tuổi	≤ 65	9.2	0.253
	>65	4.2	
Giới	Nam	4.2	0.458
	Nữ	9.2	
Chỉ số toàn trạng PS	0	6.3	0.566
	1	4.6	
Phác đồ điều trị bước 1	Paclitacel-Platinum	5.6	0.784
	Peme-Platinum	5.1	
Đáp ứng điều trị bước 1	Bệnh ổn định	6.3	0.958
	Đáp ứng 1 phần	4.2	
Đáp ứng của điều trị Vinorelbine	Kiểm soát bệnh	9.4	0.440

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi được phân tích với các yếu tố liên quan như tuổi, giới tính, chỉ số toàn trạng, phác đồ điều trị bước 1 và đáp ứng điều trị bước 1. Trung vị PFS của nhóm kiểm soát bệnh là 9.4 tháng (95%CI, 8.19-10.60 tháng).



Biểu đồ 2. PFS với tình trạng mô bệnh học

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi được phân tích với tình trạng mô bệnh học (p=0.041), PFS với ung thư biểu mô tế bào vảy là 2.5 tháng, PFS với ung thư biểu mô không vảy là 6.3 tháng.

3.3. Đặc điểm các tác dụng phụ thường gặp

Bảng 4. Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết

N=55	Độ 0		Độ1		Độ 2		Độ 3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hạ bạch cầu	44	80	8	14.5	3	5.5	0	0
Hạ bạch cầu trung tính	43	78.2	3	5.5	4	9.3	5	9.1
Hạ hemoglobin	32	58.2	19	34.5	4	7.3	0	0
Hạ tiểu cầu	54	98.2	1	1.8	0	0	0	0

Nhận xét: Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết chủ yếu là độ 1 và 2, gặp 5 (chiếm 9.1%) bệnh nhân hạ bạch cầu trung tính độ 3. Không có bệnh nhân nào hạ bạch cầu, tiểu cầu và hemoglobin độ 3.

Bảng 5. Tác dụng phụ ngoài hệ tạo huyết

N=55	Độ 0		Độ1		Độ 2		Độ 3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tăng men gan	31	56.4	23	41.8	0	0	1	1.8
Tăng creatinin	51	92.7	3	5.5	1	1.8	0	0
Nôn	36	65.5	19	34.5	0	0	0	0
Mệt mỏi	37	67.3	18	32.7	0	0	0	0
Chán ăn	36	65.5	19	34.5	0	0	0	0
Thần kinh ngoại vi	46	83.6	9	16.4	0	0	0	0

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết thường gặp là tăng men gan (43.6%), tăng creatinin (7.3%) chủ yếu gặp độ 1. Tình trạng nôn (34.5%), mệt mỏi (32.7%), chán ăn (34.5%), thần kinh ngoại vi (16.4%) đều là độ 1.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 61.2 ± 8.77, (37-76). Kết quả này cũng tương tự kết quả các nghiên cứu

khác như Jaafar Bennouna và cộng sự (2016) trên 151 bệnh nhân UTPKTBN được điều trị bằng phác đồ chứa vinorelbine có độ tuổi trung bình là 61 tuổi, độ tuổi từ 38 -75 tuổi.[7] Tỉ lệ nam, nữ trong nghiên cứu là 81.8% và 18.2%, nam/nữ là 4.49/1. Tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu Nguyễn Thị Thái Hòa (2021) với độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn là 62,9 ± 11,6, tỉ lệ nam 71.7%, nữ 28.3%.[8] Theo GLOBOCAN 2022 tỉ lệ nam, nữ giới mắc ung thư phổi chung là 17.8%, 8.7%. Tại các nước phát triển, Vinorelbine uống đơn trị liệu cũng là lựa chọn bước 1 thường dùng cho bệnh nhân cao tuổi.

Chỉ số toàn trạng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là PS 0-1, với chủ yếu PS 1 chiếm 63.6%. Thể mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào không vảy (90.9%).

4.2. Đặc điểm về hiệu quả điều trị

Tỉ lệ bệnh đáp ứng điều trị ORR là 12.7%. Tỉ lệ kiểm soát bệnh DCR là 65.5%. Andrea Camerini, (2015) sử dụng Vinorelbine uống đơn trị liệu bước 1 cho các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa, kết quả thu được cũng tương đương với DCR là 58,1%, PFS là 5 tháng.[2] Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu đời thực ở trong và ngoài nước.[7,8]

Khi đánh giá tỉ lệ sống thêm bệnh không tiến triển với các yếu tố liên quan, trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về PFS với các yếu tố như giới tính, tình trạng hút thuốc lá, chỉ số toàn trạng. Tuy nhiên, PFS có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi được phân tích với tình trạng mô bệnh học (p=0.041), PFS với ung thư biểu mô tế bào vảy là 2.5 tháng, PFS với ung thư biểu mô không vảy là 6.3 tháng.

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5.1 tháng (95%CI, 3.4 - 9.2 tháng), ngắn nhất là 1.5 tháng, dài nhất là 16 tháng. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu MANILA về điều trị duy trì Vinorelbine uống metronomic sau hóa trị bộ đôi có Platinum với kết quả PFS 4,2 tháng (95%CI, 2.8 – 5.6 tháng).[5] Kết quả của nghiên cứu pha II về điều trị duy trì Vinorelbine thì cho kết quả cao hơn với PFS là 6.7 tháng (95% CI, 3.7-9.7 tháng).[6] Nghiên cứu trong nước về điều trị duy trì Vinorelbine metronomic cũng cho kết quả tương đương với PFS là 5.5 tháng (95% CI, 2.2-22.0 tháng).[8] Khi đánh giá riêng nhóm UTBM tế bào không vảy trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả PFS là 6.3 tháng, tốt hơn khi so sánh với điều trị duy trì chuyển đổi bằng Pemetrexed ở nghiên cứu pha III (JMEN trial), đem lại PFS là 4.5 tháng và tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thái Hòa với PFS là 6.0 tháng ở nhóm UTBM tuyến.[3,8] Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi khi đánh giá PFS ở nhóm các bệnh nhân đạt kiểm soát bệnh đạt trung vị PFS là 9.4 tháng (95%CI, 8.19-10.60 tháng), cho thấy tuy tỷ lệ kiểm soát bệnh không phải ngoạn mục, nhưng các bệnh nhân đã đạt được kiểm soát bệnh thì thường kéo dài được PFS.

4.3. Đặc điểm về một số tác dụng phụ thường gặp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng phụ trên hệ tạo huyết chủ yếu là độ 1 và 2. Chỉ có 5 bệnh nhân chiếm 9.1% hạ bạch cầu trung tính độ 3. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu pha II về điều trị duy trì Vinorelbine với hạ bạch cầu trung tính độ 3/4 là 8%, hay nghiên cứu của MANILA cũng tương tự.[5,6] Các tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết thường gặp là tăng men gan (43.6%), tăng creatinin (7.3%) chủ yếu

gặp độ 1. Tình trạng nôn (34.5%), mệt mỏi (32.7%), chán ăn (34.5%), thần kinh ngoại vi (16.4%) đều gặp độ 1.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 55 bệnh nhân về đánh giá kết quả và một số tác dụng không mong muốn trong điều trị duy trì chuyển đổi UTPKTBN giai đoạn IV bằng Vinorelbine đường uống cho thấy cải thiện đáng kể thời gian sống thêm không bệnh tiến triển, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân đã đạt kiểm soát bệnh, cụ thể như sau: Tỉ lệ đáp ứng chung (ORR) là 12.7%, tỉ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là 65.5%. Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 5.1 tháng và 9.4 tháng ở nhóm bệnh nhân đã đạt kiểm soát bệnh.

Thuốc dễ sử dụng và có độ an toàn cao, tác dụng phụ trên hệ tạo huyết chỉ gặp 5 bệnh nhân (9.1%) hạ bạch cầu trung tính độ 3, tác dụng phụ ngoài hệ tạo huyết chủ yếu là độ 1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pubweb.vn.** Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022. Accessed July 12, 2024. https://nci.vn/tin-tuc/tinh-hinh-benh-ung-thu-tai-viet-nam-theo-globocan-2022-58
2. **Camerini A, Puccetti C, Donati S, et al.** Metronomic oral vinorelbine as first-line treatment in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer: results of a phase II trial (MOVE trial). BMC Cancer. 2015; 15:359. doi:10.1186/s12885-015-1354-2
3. **Zhang L, Belani CP, Zhang PH, et al.** Dynamic change of fatigue of pemetrexed maintenance treatment in the JMEN trial. Lung Cancer. 2018;115: 121-126. doi:10. 1016/j.lungcan.2017.11.026
4. **Paz-Ares LG, de Marinis F, Dediu M, et al.** PARAMOUNT: Final overall survival results of the phase III study of maintenance pemetrexed versus placebo immediately after induction treatment with pemetrexed plus cisplatin for advanced nonsquamous non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 2013;31(23): 2895-2902. doi:10.1200/JCO. 2012.47.1102
5. **Platania M, Pasini F, Porcu L, et al.** Oral maintenance metronomic vinorelbine versus best supportive care in advanced non-small-cell lung cancer after platinum-based chemotherapy: The MA.NI.LA. multicenter, randomized, controlled, phase II trial. Lung Cancer. 2019;132: 17-23. doi:10.1016/j. lungcan.2019.04.001
6. **Farhat FS, Ghosn MG, Kattan JG.** Oral vinorelbine plus cisplatin followed by maintenance oral vinorelbine as first-line treatment for advanced non-small cell lung cancer. Cancer Chemother Pharmacol. 2015;76(2): 235-242. doi:10.1007/s00280-015-2785-9
7. **Bennouna J, Zatloukal P, Krzakowski MJ, et al.** Prospective randomized phase II trial of oral vinorelbine (NVBo) and cisplatin (P) or pemetrexed (Pem) and P in first-line metastatic or locally advanced non-small cell lung cancer (M or LA NSCLC) patients (pts) with nonsquamous (non SCC) histologic type: NAVoTRIAL01—Preliminary results. JCO. 2012;30(15 suppl):7575-7575. doi:10. 1200/jco.2012.30.15 suppl.7575
8. **Nguyễn TTH.** Kết quả phân tích dưới nhóm hóa trị vinorelbine metronomic ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa. VMJ. 2021;501(1). doi:10.51298/vmj.v501i1.420

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: PHẾ QUẢN KHÍ QUẢN (TRACHEAL BRONCHUS)

Nguyễn Văn Giang[1], Trần Minh Nhật[1], Nguyễn Thị Linh[1], Nguyễn Ngọc Tân[1], Nguyễn Văn Dương[1], Nguyễn Thị Thanh[1]

TÓM TẮT

Thuật ngữ "phế quản khí quản" (tracheal bronchus) được sử dụng để chỉ bất kỳ phế quản nào có nguồn gốc từ khí quản trên mức của carina. Được Sandifort mô tả lần đầu vào năm 1785, là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp trong đó phế quản phụ có nguồn gốc trực tiếp từ khí quản thay vì phân nhánh từ một trong các phế quản chính xa carina. Nó có thể phát triển từ bất kỳ điểm nào phía trên carina chính, nhưng thường xảy ra trong phạm vi 2 cm. Đường kính của phế quản phụ này dao động từ 0,5 cm đến 1,0 cm và chiều dài từ 0,6 cm đến 2,0 cm. Phế quản khí quản thường xẩy ra ở bên phải và hướng về thùy trên của phổi.

Từ khoá: tracheal bronchus, bronchus suis, abnormalities of the bronchus

SUMMARY

CLINICAL CASE REPORT: TRACHEAL BRONCHUS

The term "tracheal bronchus" is used to refer to any bronchus originating from the trachea above the level of the carina. Initially described in 1785 by Sandifort, the tracheal bronchus is a rare congenital anomaly in which an accessory bronchus originates directly from the trachea instead of branching from one of the main bronchi distal to the carina. It can develop from any point above the main carina, but it commonly occurs within 2 cm. The diameter of this accessory bronchus ranges from 0.5 cm to 1.0 cm and the length from 0.6 cm to 2.0 cm. Tracheal bronchus typically occurs on the right side and extends towards the upper lobe of the lung.

Keywords: tracheal bronchus, bronchus suis, abnormalities of the bronchus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chúng tôi báo cáo ca bệnh phế quản khí quản ở người trưởng thành, bệnh nhân được chẩn đoán hen phế quản từ nhỏ, được chúng tôi phát hiện tình cờ khi nội soi phế quản. Đây là một dị tật hiếm gặp và dễ chẩn đoán nhầm với một số bệnh khác, nhất là với hen phế quản, bởi vậy chúng tôi viết bài này với mong muốn chia sẻ để các đồng nghiệp lưu ý khi thực hành lâm sàng.

Một số tác giả cho rằng nếu phế quản bất thường này có thông khí cho toàn bộ thùy trên của phổi, thì nó được gọi là "phế quản suis" hoặc phế quản lợn (Pig bronchus: Phế quản lợn: được đặt tên như vậy vì sự tương đồng về giải phẫu của hệ thống khí quản được quan sát thấy ở cừu, lợn, gia súc, lạc đà, dê và hươu cao cổ) (1). Phế quản khí quản có thể nghiêm trọng, trường hợp này thường liên quan đến các dị tật bẩm sinh khác hoặc liên quan đến hẹp/tắc nghẽn

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Giang
Email: ngvangiang@gmail.com
SĐT: 0988709309
Ngày nhận bài: 10/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 07/4/2025
Ngày duyệt bài: 08/5/2025

đường thở xa. Trẻ sơ sinh và trẻ em có thể biểu hiện các triệu chứng hô hấp từ trung bình đến nặng nếu dị tật đường thở nghiêm trọng. Trong một số trường hợp khác bệnh nhân thường được chẩn đoán khi đã trưởng thành, có thể có triệu chứng, nhưng cũng có thể không có triệu chứng và tình trạng này thường được ghi nhận tình cờ phát hiện trên CTscanener hoặc nội soi phế quản. Bất thương Phế quản khí quản có thể chẩn đoán nhầm với nhiều bệnh khác như trào ngược dạ dày, hẹp khí quản, đặc biệt rất dễ bị nhầm với bệnh hen phế quản.… (2), (3), (4), (5).

Nguyên nhân chính xác của phế quản khí quản vẫn còn gây tranh cãi. Sự phát triển của Phế quản khí quản bắt đầu sớm trong quá trình phôi thai, với sự phân chia thùy phổi bắt đầu vào khoảng ngày 29 đến ngày 30. Giả thuyết cho rằng các dị tật phế quản xảy ra trong khoảng thời gian này, trong khi các dị tật dịch chuyển phế quản có nhiều khả năng phát sinh sau ngày 32 vì nhánh xa tiếp tục phát triển (3), (6), (7).

II. BÁO CÁO CA BỆNH

2.1. Thông tin nhập viện

Bệnh nhân nữ 21 tuổi, vào viện vì ho, khó thở. Chẩn đoán ban đầu: hen phế quản bội nhiễm

2.2. Tiền sử, bệnh sử

Bệnh nhân hay ho, khò khè, khó thở từ nhỏ. Được chẩn đoán hen phế quản từ khi 11 tuổi, duy trì seretide thường xuyên. Tiền sử gia đình: không ai mắc bệnh hen.

Cách vào viện 1 tuần bệnh nhân xuất hiện ho khạc đờm vàng đục, sốt 39^0C, thở khò khè, không đau ngực, khó thở khi gắng sức. Điều trị kháng sinh tại nhà 3 ngày (không rõ thuốc gì) bệnh không cải thiện, còn ho đờm đục, sốt 39^0C, khó thở tăng nên nhập viện

Khám lúc vào viện:

Bệnh nhân tỉnh, niêm mạc hồng, thể trạng trung bình. Sốt 38.5^0C, ho khạc đờm trắng đục, khó thở khi gắng sức, nhịp thở 18l/p, không co kéo cơ hô hấp

Phổi rales ẩm 2 đáy, rales rít, rale ngáy lan tỏa 2 phế trường

Tim đều, M 80l/p, HA 130/70 mmHg, không nghe tiếng tim bệnh lý

Gan lách không to

2.3. Xét nghiệm:

WBC: 7,29; Neu: 50.85; Lym: 36.21, EO: 6%; Ure/Cre: 3,7/73; CRP: 5,2; GOT/GPT: 17/19; Na/K: 137/3,8

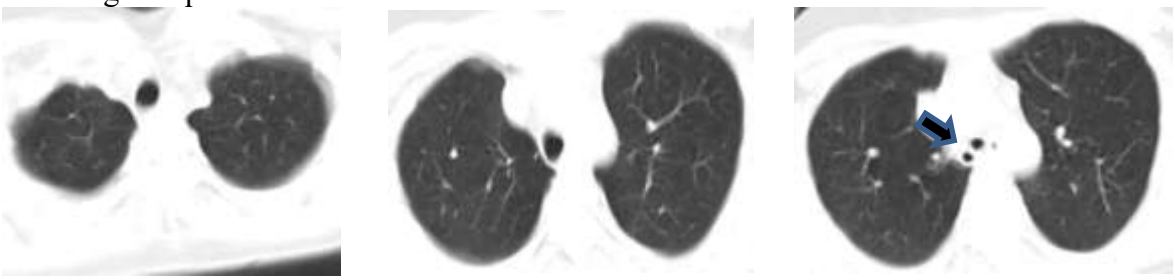
Chẩn đoán hình ảnh

❖ Xquang ngực:



Hình 2.1. Phổi trái tăng sáng, trung thất lệch phải

❖ CTScanner ngực: có kết quả: Hình ảnh dày tổ chức kẽ nhu mô phổi hai bên. Nghi ngờ bất thường khí quản carina



Khí quản đoạn 1/3 trên | Khí quản đoạn 1/3 giữa | Khí quản đoạn 1/3 dưới

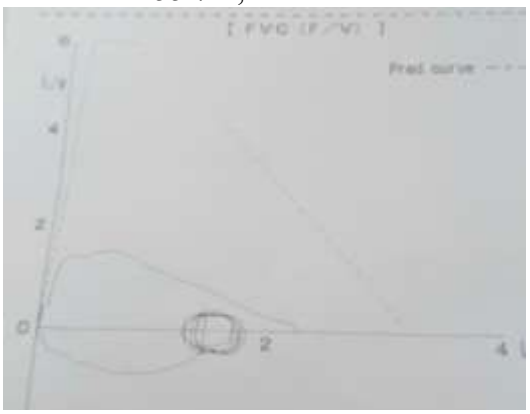
Hình 2.2: Hình ảnh tổn thương trên CTscanner ngực

❖ Siêu âm Doppler tim: Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn, hở 3 lá nhẹ

❖ Kết quả đo CNHH:

SVC: 2.24 (69.1%), FVC: 2.26 (69.8%), FEV1: 1.26 (44.1%), FEV1/FVC: 55.7%, FEF 25: 1.45 (24.5%), FEF 50: 0.96 (24.2%) FEF 75: 0.51 (26.2%).

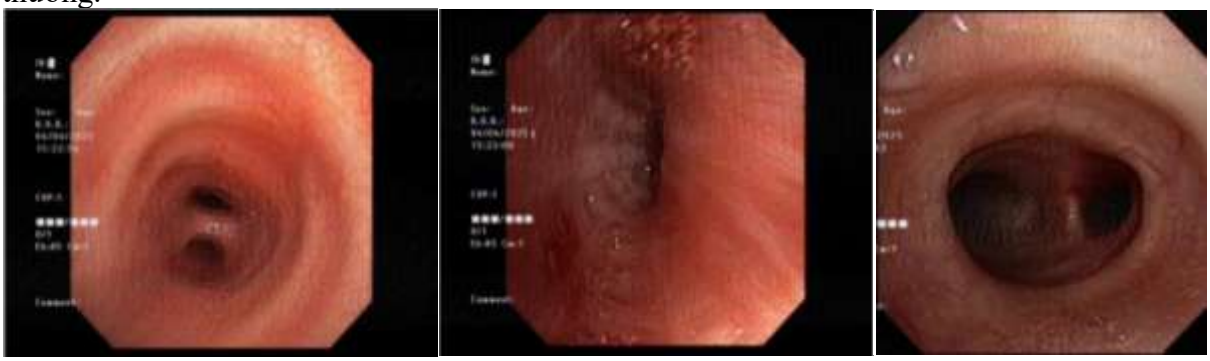
Test hồi phục phế quản: âm tính



Hình 2.3: Hình ảnh biểu đồ đo CNHH

❖ Nội soi phế quản ống mềm:

Khí quản đoạn 1/3 dưới có lỗ phế quản tách ra, ống soi không vào được, khí quản 1/3 dưới hẹp độ II, phế quản gốc (P) hẹp độ III, ống soi không qua được, phế quản gốc (T) bình thường.

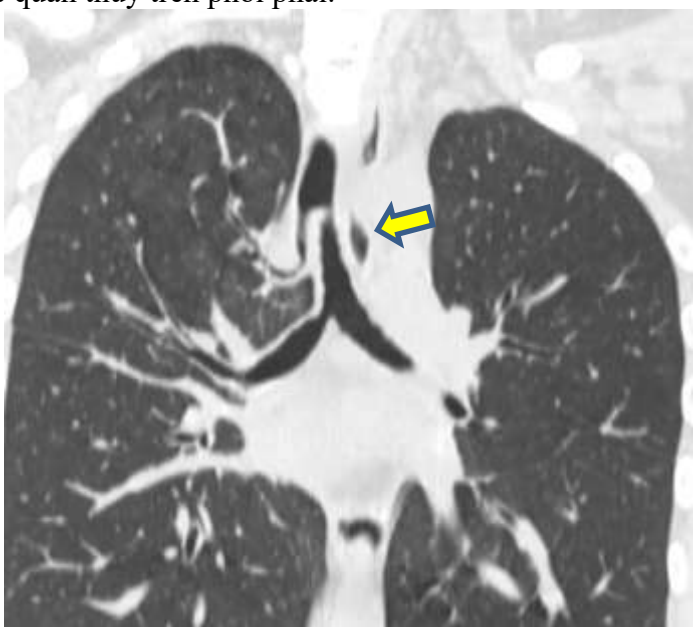


Khí quản đoạn chia nhánh | Lỗ PQ tách ra từ khí quản | Carina

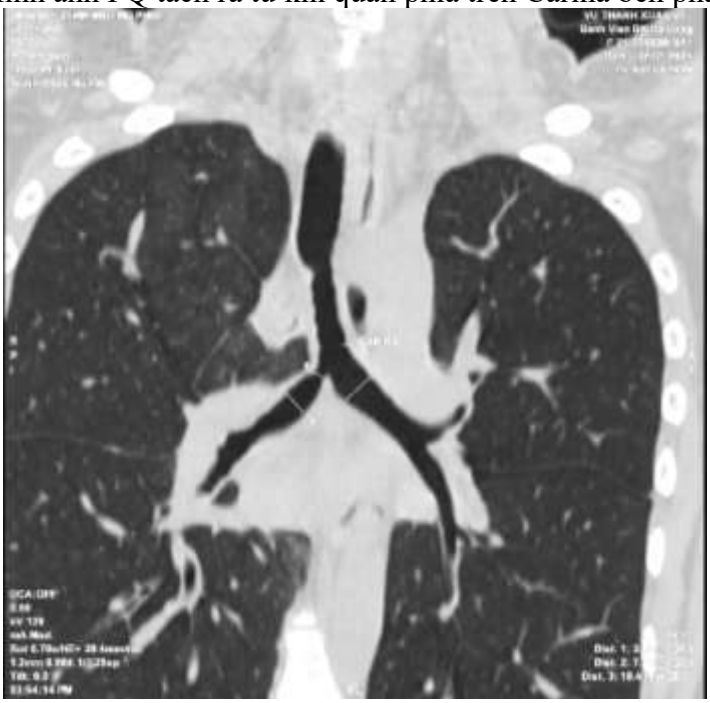
Hình 2.4: Hình ảnh lỗ PQ tách ra từ khí quản

Xét nghiệm dịch rửa qua soi phế quản: AFB, Expert TB, nuôi cấy vi khuẩn: âm tính

❖ **Chụp MDCT (MDCT: multidetector-row computed tomography):** Hình ảnh tổn thương kính mờ - TD viêm thùy trên phổi phải. Dị dạng vị trí xuất phát của phế quản thùy trên và hẹp lòng phế quản thùy trên phổi phải.



Hình ảnh PQ tách ra từ khí quản phía trên Carina bên phải



1. PQ gốc (P) kích thước 3.2mm, đoạn dưới (2): 7.9mm
3. PQ gốc trái kích thước 10.4mm

Hình 2.5: Tổn thương trên MDCT



Hình ảnh dựng 3D

Hình 2.4: Hình ảnh tổn thương tổn thương trên MDCT ngực

Bệnh nhân được chẩn đoán: Bất thường phế quản khí quản thể phế quản lợn biến chứng viêm phổi. Điều trị Moxifloxacin IMP 400mg/250ml x 1 túi/ngày, Ceraapix 2g x 2lọ /ngày, khí dung: Zencombi x 3 lọ/ngày, Pulmicort x 3 lọ/ngày. Điều trị 10 ngày ổn định. Ra viện hẹn tái khám

III. BÀN LUẬN

Lâm sàng:

Tỷ lệ mắc phế quản khí quản nói chung là từ 0,9% đến 5% trong dân số tùy vào báo cáo, phần lớn các trường hợp xuất phát từ thành bên phải của khí quản. Tỷ lệ mắc phế quản khí quản ở bên phải là 0,1% - 2% và 0,3% - 1% ở bên trái (5).

Tại Việt Nam, Khanh Lam và cs (2022), phân tích 3663 bệnh nhân trên chụp MDCT thấy có 32 (0.9%) bệnh nhân mắc phế quản khí quản, trong đó 0.6% là nam và 0.3% là nữ. Độ tuổi có thể gặp ở mọi lứa tuổi từ 7 tháng đến 75 tuổi (8). Kamil Syga và cs (2024), phế quản khí quản hầu như luôn nằm bên phải, tần xuất gặp ở người lớn là 0.1 – 1.3 %, trẻ em là 1.5 -2.0%. Nó có thể thông khí cho toàn bộ thùy trên hoặc chỉ phân chia 1-2 nhánh. Đôi khi, nó phát triển thành rất nhỏ, hẹp hoặc bịt kín khi đó được gọi là túi thừa khí quản phải bẩm sinh (7). Didem Tan và cs (2022), dị tật bẩm sinh này thường xảy ra ở bên phải và xuất hiện sớm trong giai đoạn phát triển phôi thai. Tỷ lệ xuất hiện của phế quản khí quản là 0.1-3% dân số (9). Theo Masayuki Suzuki và cs (2015), phân tích 9781 ca bằng chụp MDCT có gặp 0.21% là nữ giới, 0.39% là nam giới, tần xuất gặp chung là 0.31% (10)

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, là bệnh nhân nữ, 21 tuổi, tiền sử sản khoa bình thường. Khi khai thác hồi cứu lại: gia đình cho biết từ nhỏ bệnh nhân rất hay bị ho, khạc đờm, khò khè, khó thở khi gắng sức. Năm 11 tuổi bệnh nhân được chẩn đoán hen phế quản ở một bệnh viện tuyến trung ương và từ đó dùng thuốc kiểm soát hen liên tục. Bệnh

nhân cũng kể suốt từ khi còn đi học, chưa khi nào dám thi môn thể dục, vì chỉ cần gắng sức nhẹ là bệnh nhân khó thở. Như vậy có thể thấy lâm sàng ca bệnh rất mơ hồ và bệnh nhân đã được chẩn đoán là hen phế quản.

Ở người lớn, phế quản khí quản có thể biểu hiện dưới dạng nhiễm trùng đường hô hấp trên hoặc dưới tái phát nhiều lần, cũng có khi biểu hiện triệu chứng giống hen phế quản, giãn phế quản và giảm khả năng gắng sức. Tuy nhiên cũng có nhiều trường hợp được phát hiện tình cờ mà không có triệu chứng. Khanh Lam và cs (2022), ba triệu chứng phổ biến nhất là ho (71.9%), khó thở (59.4%), đau ngực (53.1%). Ngoài ra có thể gặp ho ra máu (12.5%), nghe có wheezing (40.6%), không có triệu chứng 12.5%. 87.5% bệnh nhân có bệnh lý đi kèm, trong đó tim bẩm sinh (43.7%), hẹp động mạch phổi 2 bên (15.6%), không có động mạch phổi trái (6.2%), hẹp động mạch phổi (P) (3.1%), kết nối tĩnh mạch phổi bất thường (3.1%), hẹp khí quản (3.1%), hẹp phế quản gốc trái (3.1%), teo phế quản (3.1%) và 12.5% không có bất thường (8). Kamil Syga và cs (2024), chẩn đoán phế quản khí quản là một thách thức do bệnh thường không có triệu chứng gợi ý của bệnh lý này. Tuy nhiên một số bệnh nhân có thể ho, ho ra máu và các đợt tái phát nhiễm trùng (7). Dibyendu Khan và cs (2018), phế quản khí quản thường không có triệu chứng hoặc có thể liên quan đến các đợt viêm phổi tái phát, viêm phế quản mạn tính và giãn phế quản. Các dị tật bẩm sinh khác như mạng thanh quản, bất thường xương sườn và đốt sống, hẹp khí quản và bệnh tim bẩm sinh (1). Isabelle R-M và cs (2015), bệnh thường biểu hiện mà không có triệu chứng và được chẩn đoán tình cờ, phổ biến nhất là qua nội soi phế quản. Tuy nhiên, người lớn cũng có thể biểu hiện bởi các triệu chứng nhiễm trùng hô hấp tái phát, ho hoặc ho ra máu (4). Abdul J.R và cs (2023). Triệu chứng của phế quản khí quản rất mơ hồ, có thể chẩn đoán nhầm với hen phế quản hoặc biểu hiện dưới bệnh lý của các dị tật phối hợp khác như tim mạch, thần kinh… (3)

Phế quản khí quản có thể có liên quan đến các bất thường bẩm sinh khác như hội chứng Down, hội chứng VATER. Ở trẻ em, hẹp hoặc tắc nghẽn phế quản nhỏ bất thường này dẫn đến biểu hiện trên lâm sàng như thở khò khè, ứ khí, xẹp phổi và nhiễm trùng tái phát. Điều này có thể không được chẩn đoán hoặc chẩn đoán nhầm là hen suyễn. Nguy cơ cao ở trẻ em có bất thường bẩm sinh liên quan đến hệ thống hô hấp, tim mạch và cơ xương như hội chứng Down, hội chứng VATER (là một nhóm các dị tật bẩm sinh xuất hiện cùng nhau ở nhiều hệ cơ quan khác nhau trong cơ thể: dị tật cột sống, dị tật không có hậu môn, dị tật tim, dò khí quản – thực quản, teo thực quản, dị tật thận, dị tật chi) (3), (2), (6). Lâm sàng không rõ ràng đặc biệt là trẻ nhỏ, nên phế quản khí quản thường được phát hiện bằng nội soi phế quản mềm. Theo Isabelle R-M và cs (2015), trong 5970 trường hợp soi phế quản trẻ em gặp phế quản khí quản là 0.9%. Phần lớn trong số đó là phát hiện tình cờ mà không liên quan lâm sàng rõ ràng, không có sự khác biệt về giới tính. Thống kê cũng cho thấy 61.5% có các bệnh lý bẩm sinh đi kèm, trong đó bệnh tim chiếm 19.2%, bất thường nhiễm sắc thể chiếm 35% và khuyết tật cố định cột sống chiếm 11% và 38.55 trẻ em không có dị tật đi

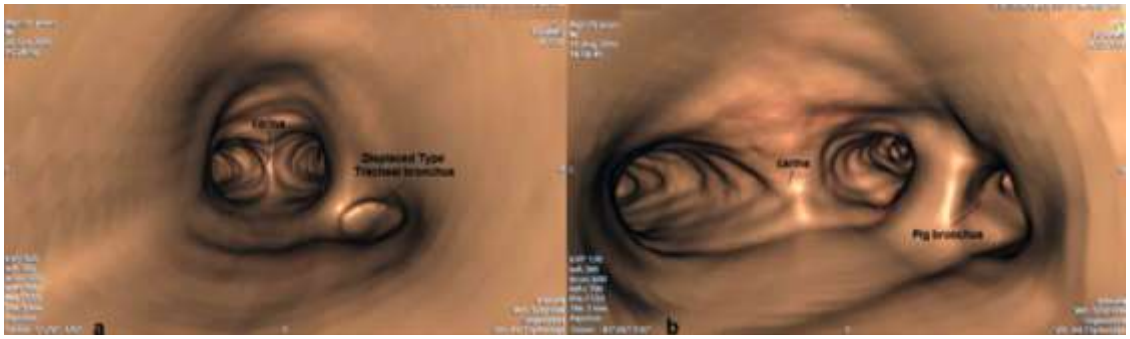
kém (4). Kamil Syga và cs (2024), 78% trẻ em có dị tật phế quản khí quản có kèm theo các rối loạn khác như: hội chứng Down và các bất thường nhiễm sắc thể, dị tật ngực, hẹp thanh quản, hộ chứng VATER, dị tật tim bẩm sinh… (7). Theo Al-Naimi, Sara Hamad, Ahmed Abusshahin (2021), tần suất phế quản khí quản là 20/1786 (1.12%) ca. Trong số 20 ca phế quản khí quản, dị tật bẩm sinh có liên quan đến 80% (16/20), trong đó 40% là dị tật tim bẩm sinh (2).

Cận lâm sàng:

Mặc dù X-quang ngực thường được thực hiện đầu tiên trong các trường hợp bệnh hô hấp, nó hiếm khi cung cấp chẩn đoán xác định cho phế quản khí quản. Tuy nhiên, nó có thể đưa ra các dấu hiệu gợi ý quan trọng cần được làm rõ thêm, như trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là hình ảnh Xquang ngực: trung thất bệnh nhân lệch sang (P). Các dấu hiệu này có thể bao gồm xẹp phổi hoặc đông đặc khư trú tái diễn, tăng sáng bù trừ ở các thùy phổi khác, bẫy khí (air trapping), hoặc sự thay đổi vị trí của rãnh liên thùy hoặc trung thất do thay đổi thể tích phổi (10). Trên một bệnh nhân trẻ tuổi, bệnh nền hen phế quản mà lại có bất thường trên Xquang ngực. Chúng tôi đã đi tìm các dị tật của bệnh nhân.

Ca bệnh của chúng tôi, khi siêu âm tim đánh giá không có bất thường, lúc này cũng có kết quả đo chức năng hô hấp, trên biểu đồ có dấu hiệu gợi ý tới tắc nghẽn đường thở lớn trong lồng ngực, nên chúng tôi quyết định chụp MDCT ngực. Đúng như chúng tôi nghi ngờ, trên MDCT ngực có hình ảnh bất thường khí quản đoạn 1/3 dưới. Hình ảnh càng rõ ràng hơn khi soi phế quản và chụp dựng hình 3D cây khí quản bệnh nhân.

Khanh Lam và cs (2022), MDCT với độ phân giải cao và độ tương phản mô tốt, cùng với thuốc cản quang và các cách thức quét phù hợp, rất có hiệu quả trong việc phát hiện phế quản khí quản và các bệnh lý liên quan (8).



Hình 3.1. Hình ảnh nội soi phế quản ảo của phế quản khí quản loại di lệch (a) và phế quản lợn (b) (11)

Kamil Syga và cs (2024), MDCT là phương pháp không xâm lấn tốt nhất để đánh giá nhưng thay đổi trong cây khí quản phế quản là MDCT ngực. Độ nhạy của phương pháp này trong việc phát hiện các bệnh về bệnh khí phế quản chính là 97%. Tỷ lệ mắc các dị tật cây khí quản phế quản ước tính là 1-12% (7)

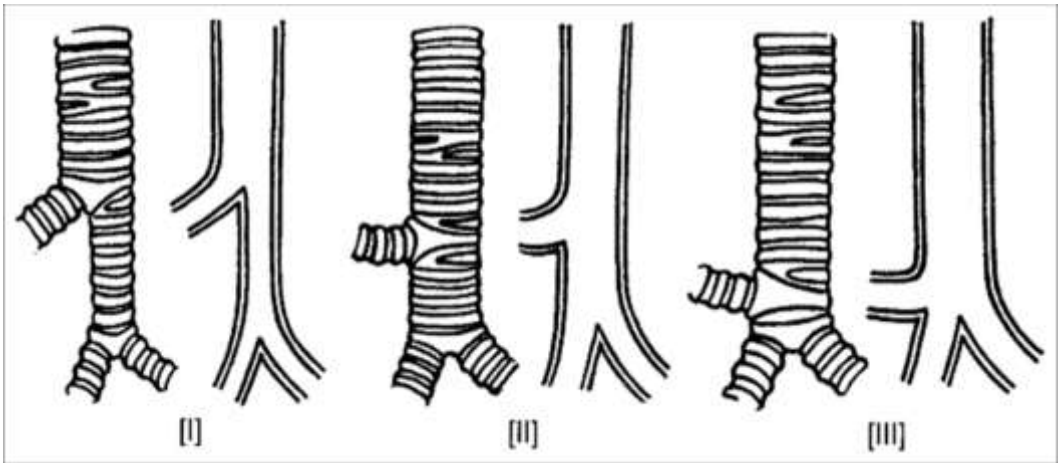
MDCT có độ dày lát cắt mỏng có thể thực hiện nhanh chóng và dễ dàng, ngay cả trẻ em mà không cần dùng an thần hoặc gây mê. Trên các mặt cắt cho phép xác định vị trí

của phế quản khí quản và đánh giá tình trạng hẹp, kích thước đoạn hẹp khi ống soi không thể qua (8). Tuy nhiên soi phế quản có một số ưu điểm hơn so với MDCT như cho phép kiểm tra toàn diện cây khí quản phế quản đồng thời đánh giá các bệnh lý đi kèm như nhuyễn khí quản, nhuyễn phế quản, rò khí quản thực quản, hoặc tổn thương mạch máu, khối u hoặc dị vật. Tuy nhiên nhiều trường hợp lỗ phế quản nhỏ hơn ống soi không qua được để khảo sát. Lúc này nội soi phế quản ảo được sử dụng để bổ trợ cho chẩn đoán (11).

Phân loại:

Hiện nay chưa thống nhất về cách phân loại phế quản khí quản. Tuy nhiên thường dùng phân loại theo vị trí của phế quản khí quản liên quan đến carina của Conacher I.D (2000) (6):

- Type I: Phế quản khí quản cách carina hơn 2 cm và có tình trạng hẹp khí quản xa.
- Type II: Phế quản khí quản cách carina hơn 2 cm nhưng không hẹp ở khí quản xa.
- Type III: Phế quản khí quản thấp hơn 2 cm so với carina.



Hình 3.2. Phân loại theo Conacher I.D (6)

Ngoài ra còn có cách phân loại khác mô tả phế quản khí quản liên quan đến phế quản thùy trên và động mạch phổi (5). Phế quản khí quản cũng có thể phân loại theo nguồn gốc phôi thai học hay dựa vào liên quan với phế quản thùy trên bên phải (7).

Trong số 32 ca phế quản khí quản, Khanh Lam và cs (2022) gặp 75.1% type II, 15.6% type III và 6.2% type I. Phế quản khí quản 2 bên 3.1%, 96.9% bị một bên phải (8).

Điều trị:

Phương pháp tiếp cận chính để điều trị phế quản khí quản là điều trị triệu chứng. Các trường hợp không có triệu chứng chỉ cần theo dõi, trong trường hợp phế quản khí quản có triệu chứng được điều trị dựa trên mức độ biểu hiện nghiêm trọng của các triệu chứng. Điều trị nội khoa bao gồm thuốc giãn phế quản, corticosteroid dạng hít, thuốc đối kháng muscarinic và kháng sinh. Tuy nhiên, nếu các triệu chứng không đáp ứng với thuốc, thì cần chỉ định điều trị phẫu thuật. Cắt đoạn phế quản và cắt thùy phế quản đã được thực hiện đối với bệnh nhân viêm phổi tái phát và đã được chứng minh là có hiệu quả (3).

Khanh Lam và cs (2022), 19/32 (59.3%) bệnh nhân được điều trị, trong đó 3 người

lớn và 16 trẻ em được phẫu thuật hoặc kết hợp thuốc và phẫu thuật. Phẫu thuật chủ yếu liên quan đến giải quyết các bất thường liên quan đến bệnh tim bẩm sinh. 5(15.6%) bệnh nhân chỉ được điều trị bảo tồn. 4 bệnh nhân còn lại không được điều trị gì cả (8). Yusaku Kajihara (2023), Bệnh nhân có thể không có triệu chứng, tình cờ được chẩn đoán qua nội soi phế quản hay chụp CTscanenr ngực và không cần điều trị. Nếu bệnh nhân có triệu chứng cần được chỉ định can thiệp phù hợp, bao gồm cắt thùy phổi. Việc phẫu thuật cần cẩn trọng vì có thể gây suy hô hấp khi đặt nội khí quản, cần đảm bảo kiểm soát đường thở an toàn (5). Dibyendu Khan và cs (2018), trong trường hợp viêm phổi tái phát kèm theo giãn phế quản, phẫu thuật cắt bỏ phế quản bất thường cũng như thùy phổi mà nó kết nối vào là phương pháp điều trị được lựa chọn (1).

Khi phẫu thuật, cần sự phối hợp cẩn thận giữa bác sĩ gây mê và nhóm phẫu thuật là tối quan trọng. Bệnh nhân có phế quản khí quản nên được xử lý hết sức cẩn thận trong quá trình đặt nội khí quản. Việc đặt nội khí quản ngẫu nhiên vào phế quản có thể gây tắc nghẽn, tràn khí màng phổi, viêm phổi sau tắc nghẽn và suy hô hấp. Kamil Syga và cs (2024), chẩn đoán các dị tật này là rất quan trọng, đặc biệt khi lập kế hoạch phẫu thuật phổi hoặc cố gắng đặt nội khí quản. Điều này không chỉ giúp cho tránh các biến chứng quanh phẫu thuật mà còn cho phép đánh giá chẩn đoán sâu hơn vì các dị tật phế quản khí quản thường tồn tại cùng với các dị tật khác như các khuyết tật tim bẩm sinh hoặc các dị tật phát triển của ruột trước (7). Khanh Lam và cs (2022), trong điều trị cần đặc biệt chú ý trong quá trình gây mê, vì bất thường type I có thể khiến việc đặt nội khí quản trở nên khó khăn. Type II dễ gây tắc nghẽn phế quản, type III tương tự như type II, có thể gây ra các rối loạn thong khí một bên, đặc biệt là thùy trên (8). Didem Tan và cs (2022), bác sĩ gây mê nên xem xét khả năng có các biến thể giải phẫu trong cây khí phế quản. Ngoài việc xác định và biết được các dị dạng này còn cảnh báo cho bác sĩ gây mê khác nhằm ngăn ngừa bất kỳ biến chứng nào nếu bệnh nhân phải thực hiện can thiệp trong tương lai (9).

Nhìn chung, tiên lượng cho bệnh nhân bị phế quản khí quản khá tốt. Hầu hết những người có phế quản khí quản đơn độc đều có cuộc sống bình thường mà không mắc bệnh tật đáng kể. Tuy nhiên, đối với bệnh nhân có phế quản khí quản liên quan đến các dị tật đi kèm, tiên lượng chung phụ thuộc vào các dị tật này và các hội chứng đi kèm. Không có nhiều nghiên cứu so sánh về điều trị nội khoa so với phẫu thuật đối với phế quản khí quản.

IV. KẾT LUẬN

Các dị tật bẩm sinh về khí quản và phế quản, chẳng hạn như phế quản khí quản, nên được xem xét ở những bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng đường hô hấp tái phát. Tuy nhiên, chúng cũng có thể biểu hiện dưới dạng các triệu chứng phổi không đặc hiệu hoặc có thể không có triệu. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán là nội soi phế quản và MDCT. Với hình ảnh trên MDCT và 3D là công cụ chẩn đoán hữu ích nhất để đánh giá mối quan hệ giữa các dị tật khí quản phế quản và các cấu trúc mạch máu xung quanh.

Điều trị ban đầu nên tập trung vào việc kiểm soát các triệu chứng bằng thuốc nhưng

cũng có thể cần can thiệp phẫu thuật trong các trường hợp nặng hoặc tái phát. Bệnh nhân có phế quản khí quản nên được xử lý hết sức cẩn thận trong quá trình đặt nội khí quản, vì vị trí sai có thể gây xẹp phổi, dẫn đến tình trạng suy hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dibyendu Khan, Saikat Sengupta, Sushan Mukhopadhyay, Gautam Pati.** Rare Case of Tracheal Bronchus in a Patient Posted for Minimal Invasive Cardiac Surgery., Annals of Cardiac Anaesthesia. 2020. Vol. 23(3), pp. 364-366.
2. **Amal Al-Naimi, Sara Hamad, Ahmed Abushahim.** Tracheal Bronchus and Associated Anomaly Prevalence Among Children. Cureus. 2021. Vol. 13 (5).
3. **Abdul Jamil Rasooly, Sahar Noor, Saif Ullah, Abdul Tawab Baryali, Ahmed Maseh Haidary.** Forty days old infant with Pig Bronchus, presenting with recurrent pneumonia: A Case Report. Pediatric Health, Medicine and Therapeutics. 2023. Vol. 14, pp. 379-383.
4. **Isabelle Ruchonnet-Metrailler, Rola Abou Taam, Jacques de Blic.** Presence of tracheal bronchus in children undergoing flexible bronchoscopy. Respiratory Medicine. 2015. Vol. 109, pp. 846-850.
5. **Kajihara, Yusaku.** Tracheal Bronchus. Internal Medicine, The Japanese Society of Internal Medicine. 2023. Vol. 62, pp. 1101-1102.
6. **Conacher, I. D.** Implications of a tracheal bronchus for adult anaesthetic practice. British Joumal of Anaesthesia. 2000. Vol. 85(2), pp. 317-321.
7. **Kamil Syga, Julia Lewtak, Kaja Iwaniuk, Paweł Stanicki, Zuzanna Białkowska, Aleksander Daniluk, Jakub Buczek, Maciej Samczuk, Hubert Stachowicz, Jan Ostański.** Congenital tracheobronchial branching anomalies – types and clinical significance. Journal of Pre-Clinical and Clinical Research. 2024. Vol. 18, pp. 151-155.
8. **Khanh Lam, Luong Van Hoang, Lam Viet Anh.** Tracheal bronchus and associated pathologies detected by multidetector-row computed tomography in the Vietnamese population. Journal of Clinical Imaging Science. 2022. Vol. 12(56). pp. 1-9.
9. **Didem Tan, Somdatta Gupta, Michael Block.** Intraoperative Diagnosis of "Bronchus Suis", a Variant of Tracheal Bronchus. Cureus. 2022. Vol. 14(9).
10. **Masayuki Suzuki, Osamu Matsui, Hiroko Kawwashima, Akihiro Takemura, Kossuke Matsubara, Norio Hayashi, Wataru Koda, Yoshihiro Shibata.** Radioanatomical study of a true tracheal bronchus using multidetector computed tomography. Japanese Journal of radiology. 2010. Vol. 28. pp. 188-192.
11. **Ulusoy, Mahinur, et al.,** Developmental Anomalies of Bronchial Tree: A Multidetector Computerized Tomography Study. Int. J. Morphol. 2013. pp. 1049-1055.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG

Lưu Thị Nhàn[1], Nguyễn Thế Tiến[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu mô tả loạt ca bệnh trên 120 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng được điều trị tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình từ 01/2024 đến 08/2024.

Kết quả: Bệnh nhân nhóm tuổi trên 65 nhiều nhất chiếm tỉ lệ 73,33%. Điểm CURB65 từ 0-1 chiếm 80%. Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng thường gặp trong VPMPCĐ là ho (93,33%), mệt mỏi (89,17%), khạc đờm (71,67%), sốt (63,33%), đau ngực (45%), khó thở (18,33%). Đặc điểm cận lâm sàng: Giá trị trung bình của bạch cầu (BC) (11,23 ± 5,86), CRPhs (53,23 ± 56,79) tăng; triệu chứng X- quang phổi đa dạng, tổn thương thường gặp ở phổi phải chiếm 44,17%, chủ yếu là tổn thương một thùy, chiếm tỉ lệ 68,33%. Kết quả điều trị: Thời gian điều trị VPMPCĐ trung bình là 10 ± 4 ngày, kết quả điều trị thành công chiếm 96,67%.

Kết luận: Ho, mệt mỏi, khạc đờm, sốt, đau ngực là triệu chứng hay gặp trên lâm sàng của bệnh nhân VPMPCĐ. Một số đặc điểm cận lâm sàng thường thấy ở bệnh nhân VPMPCĐ là giá trị trung bình của BC (11,23 ± 5,86), CRPhs (53,23 ± 56,79) tăng; tổn thương trên X- quang phổi thường gặp ở phổi phải, chủ yếu là tổn thương một thùy. Kết quả điều trị: thời gian điều trị VPMPCĐ trung bình là 10 ± 4 ngày, kết quả điều trị thành công chiếm 96,67%.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Vân Đình*
Chịu trách nhiệm chính: Lưu Thị Nhàn
Email: luunhan6294@gmail.com
SĐT: 0962647310

Ngày nhận bài: 10/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 07/4/2025
Ngày duyệt bài: 08/5/2025

SUMMARY

OBSERVATIONS ON SOME CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Objective: To observe some clinical, paraclinical characteristics and treatment outcomes of community-acquired pneumonia (CAP) at Van Dinh General Hospital.

Subjects and Methods: A combined retrospective and prospective descriptive case series study was conducted on 120 patients diagnosed with CAP and treated at Van Dinh General Hospital from January 2024 to August 2024.

Results: Patients aged over 65 accounted for the highest proportion at 73.33%. The CURB-65 score of 0–1 was found in 80% of cases. Clinical characteristics: Common clinical symptoms in CAP patients included cough (93.33%), fatigue (89.17%), sputum production (71.67%), fever (63.33%), chest pain (45%), and shortness of breath (18.33%). Paraclinical characteristics: Elevated mean values of white blood cell count (WBC: 11.23 ± 5.86) and high-sensitivity C-

reactive protein (hs-CRP: 53.23 ± 56.79) were observed. Chest X-ray findings were diverse, with lesions commonly located in the right lung (44.17%), predominantly involving a single lobe (68.33%).Treatment outcomes: The average duration of CAP treatment was 10 ± 4 days, with a successful treatment rate of 96.67%.

Conclusion: Cough, fatigue, sputum production, fever, and chest pain are common clinical symptoms in CAP patients. Common paraclinical findings include elevated mean WBC and hs-CRP levels; chest X-ray abnormalities frequently occur in the right lung, mostly as single-lobe lesions. Treatment results showed an average duration of 10 ± 4 days, with a high success rate of 96.67%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng (VPMPCĐ) là bệnh lý thường gặp và hiện vẫn là một trong những căn nguyên chính gây tử vong trên thế giới. VPMPCĐ là một căn bệnh phổ biến ảnh hưởng đến khoảng 450 triệu người mỗi năm và xảy ra ở tất cả các nơi trên thế giới. Đây là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở các nhóm tuổi, gây 4 triệu ca tử vong hàng năm.

Ngày nay VPMPCĐ ngày càng tăng ở các bệnh nhân lớn tuổi và có các bệnh lý mạn tính trước đó như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tiểu đường, suy tim, suy thận, ung thư... Các bệnh nhân này dễ bị nhiễm các loại vi khuẩn có khả năng đề kháng kháng sinh cao, hoặc cơ địa kém đáp ứng với điều trị bằng kháng sinh. Do vậy, việc chẩn đoán và điều trị bệnh ngày càng khó khăn hơn.

Ở Việt Nam, VPMPCĐ là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn trên thực hành lâm sàng, chiếm 12% các bệnh phổi. Tại khoa Hô Hấp bệnh viện Bạch Mai từ theo thống kê từ 1996-2000: viêm phổi chiếm 9,57%, đứng hàng thứ tư sau các bệnh: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, lao, ung thư phổi [1]. Năm 2014, tỷ lệ mắc viêm phổi ở nước ta là 561/100.000 người dân, đứng hàng thứ hai sau tăng huyết áp, tỷ lệ tử vong do viêm phổi là 1,32/100.000 người dân, đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong [2].

Nhằm tăng cường hiệu quả và chất lượng chẩn đoán, điều trị bệnh, bên cạnh việc thúc đẩy nghiên cứu các căn nguyên gây bệnh, cần thiết phải có những nghiên cứu đánh giá về biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân VPMPCĐ.

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị VPMPCĐ tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình là khá mới, các kết quả sẽ có ý nghĩa nhằm áp dụng thực tiễn tại cơ sở. Chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu sau:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng.

2. Kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm

Gồm 120 bệnh nhân VPMPCĐ điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 8/2024.

- Tiêu chuẩn lựu chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định VPMPCĐ (hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng người lớn của Bộ Y tế năm 2020).

Nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình.

- Tiêu chẩn loại trừ

Đang mắc lao tiến triển hoặc đang điều trị thuốc lao.

Bệnh nhân có phù phổi, nghẽn mạch phổi hoặc nhồi máu phổi, ung thư phổi.

Bệnh nhân có các triệu chứng viêm phổi mà thời gian khởi phát xuất hiện sau 48 giờ nhập viện điều trị một bệnh lý nào khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu, kết hợp tiến cứu mô tả loạt ca bệnh.

- Cỡ mẫu: chọn toàn bộ, thu nhận được 120 BN đủ tiêu chuẩn.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Các bệnh nhân được hỏi, khám phát hiện các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm công thức máu, CRP, chụp Xquang ngực, Các xét nghiệm được thực hiện tại Khoa Huyết học, Sinh hóa, Vi sinh và Chẩn đoán hình ảnh thuộc Bệnh viện đa khoa Vân Đình. Phân tích và đánh giá kết quả các xét nghiệm theo tiêu chuẩn thống nhất bởi các bác sỹ chuyên khoa xét nghiệm cùng với bác sỹ lâm sàng.

2.4. Xử lí số liệu: Số liệu nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. So sánh mối liên quan bằng các tỷ lệ % và thuật toán khi bình phương, với $p<0,05$ là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện đa khoa Vân Đình.

Tất cả thông tin người bệnh đều được mã hóa, đảm bảo tính bảo mật cho đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n= 120)	Tỉ lệ (%)
< 40	9	7,5
40-64	23	19,17
≥ 65	88	73,33
Tuổi trung bình 67,68 ± 18,09		

Trong các bệnh nhân VPMPCĐ, tuổi trung bình 67,68 ± 18,09. Nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (73,33%). Nhóm bệnh nhân < 40 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (7,5 %).

Bảng 2: Tiền sử của bệnh nhân VPMPCĐ

Tiền sử	Số bệnh nhân (n=120)	Tỉ lệ (%)
• Hút thuốc	38	31,67
• Uống rượu	13	10,83
Bệnh lý nền		
• Bệnh phổi mạn tính	30	25
• Bệnh lý tim và mạch máu	45	37,5
• Đái tháo đường	13	10,83
• Bệnh gan mạn tính	04	3,33
• Bệnh lý dạ dày, tá tràng	05	4,17
• Bệnh thận mạn tính	01	0,83
• Bệnh mạch máu não	07	5,33

Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tim mạch và mạch máu, bệnh phổi mạn tính, tiểu đường chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 37,5%, 25%, 10,83%. Trong số 120 bệnh nhân nghiên cứu, có 38 bệnh nhân hút thuốc (31,67%) và 13 bệnh nhân có tiền sử uống rượu (10,38%).

Bảng 3: Phân bố bệnh nhân theo thang điểm CURB-65

Điểm CURB65	Số bệnh nhân (n=120)	Tỉ lệ (%)
0-1	96	80
2-4	24	20
5	0	0

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có điểm được đánh giá trong 24 giờ từ lúc nhập viện, có tất cả 96 bệnh nhân được chấm từ 0- 1 điểm chiếm 80% và không có bệnh nhân nào 5 điểm.

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=120)	Tỉ lệ (%)
Sốt	76	63,33
Ho	112	93,33
Đau ngực	54	45
Khó thở	22	18,33
Khạc đờm	86	71,67
Mệt mỏi	107	89,17
Đau đầu	28	23,33
Đau họng	10	8,33
Rét run	28	23,33
Ho máu	2	1,67
Buồn nôn	35	29,17
Đau bụng	8	6,67
Tiêu chảy	4	3,33

Các triệu chứng cơ năng của VPMPCĐ khá đa dạng. Các triệu chứng thường gặp nhất là ho (93,33%), mệt mỏi (89,17%), khạc đờm (71,67%), sốt (63,33%), đau ngực (45%). Có 04 bệnh nhân (3,33%) có biểu hiện tiêu chảy và 02 bệnh nhân (1,67%) có biểu hiện ho máu khi nhập viện.

Bảng 5: Các chỉ số xét nghiệm máu

Xét nghiệm	Kết quả	Thấp nhất	Cao nhất
Hồng cầu (T/L)	4,36 ± 0,50	3,14	5,5
Bạch cầu (G/L)	11,23 ± 5,86	4,3	34,9
Tiểu cầu (G/L)	255,79 ± 98,39	82	644
CRPhs (mg/L)	53,23 ± 56,79	1,17	261,26
Ure (mmol/L)	4,82 ± 2,14	1,7	12,7
Creatinin (µmol/L)	88,43 ± 24,12	48,4	221,2
Glucose (mmol/L)	7,22 ± 2,96	4,24	25,95
AST (U/L)	39,87 ± 35,49	12,6	248
ALT (U/L)	36,33 ± 49,25	5,2	279

Giá trị trung bình của xét nghiệm chỉ số BC, CRPhs tăng. Trong đó giá trị bạch cầu trung bình là 11,23 ± 5,86 và giá trị CRPhs trung bình là 53,23 ± 56,79.

Bảng 6: Tổn thương X- quang phổi ở bệnh nhân VPMPCĐ

Đặc điểm X-quang phổi		Số bệnh nhân (n=120)	Tỉ lệ (%)
Vị trí tổn thương	Bên phải	53	44,17
	Bên trái	29	24,17
	Cả hai phổi	38	31,67
Mức độ tổn thương	Một thùy	82	68,33
	Đa thùy	34	28,33

Tổn thương phổi trong VPMPCĐ có thể ở nhiều vị trí khác nhau và ở các mức độ khác nhau. Vị trí tổn thương nhiều nhất gặp ở phổi phải chiếm 44,17 % và mức độ tổn thương một thùy chiếm 68,33%.

Bảng 7: Thời gian điều trị

Thời gian	Số bệnh nhân (n=120)	Tỉ lệ (%)
< 7 ngày	15	12,5
7 – 14 ngày	85	70,83
≥ 14 ngày	20	16,67

Ngày điều trị trung bình là 10 ± 4. Trong đó có 85 bệnh nhân có số ngày điều trị từ 7-13 ngày (chiếm 70,83%). Có 15 bệnh nhân điều trị dưới 7 ngày và 20 bệnh nhân điều trị từ 14 ngày trở lên lần lượt chiếm tỉ lệ là 12,5% và 16,67%.

Bảng 8: Kết quả điều trị

Kết quả	Số bệnh nhân (n=120)	Tỉ lệ (%)
Thành công	116	96,67
Thất bại	04	3,33

Số bệnh nhân điều trị thành công chiếm 96,67%, có 3,33% nặng xin về hoặc chuyển viện.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 120 bệnh nhân VPMPCĐ được chọn nghiên cứu, tuổi trung bình mắc bệnh là 67,68 ± 18,09. Nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi có tỉ lệ mắc cao nhất, chiếm 73,33 %. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Tạ Thị Diệu Ngân, Tác giả Nguyễn Văn Thành đều cho thấy tỉ lệ người cao tuổi mắc bệnh ngày càng gia tăng. Tuổi càng cao nguy cơ mắc bệnh càng lớn có thể do tình trạng dinh dưỡng kém kèm các bệnh lý nền dẫn đến hệ miễn dịch cơ thể bị suy giảm.

Về tiền sử bệnh, có 31,67% bệnh nhân hút thuốc lá, 10,83% bệnh nhân có tiền sử lạm dụng rượu. Tiền sử bệnh tim và mạch máu chiếm tỉ lệ cao nhất (37,5%), tiếp là bệnh phổi mạn tính (25%), đái tháo đường (10,83%) và một số bệnh lý khác. Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh của Hội lồng ngực Hoa Kỳ và Hội bệnh nhiễm trùng Mỹ năm 2007 tiền sử bệnh phổi mạn tính và đái tháo đường có nguy cơ cao nhất.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm CURB65 – là thang điểm được Hội Lồng ngực Anh khuyến cáo sử dụng và dễ dàng áp dụng trên lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm CURB65 0 – 1 điểm (chiếm 80%) và

nhóm CURB65 2 – 4 điểm chiếm 20%, không có bệnh nhân nào được chấm 5 điểm điều trị tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân (2015) tỉ lệ nhóm bệnh nhân CURB65 0 – 1 điểm chiếm 68,8%. Theo khuyến cáo của Hội lồng ngực Anh năm 2009, các bệnh nhân có điểm CURB65 0 – 1 có thể điều trị tại nhà do có tỉ lệ tử vong thấp, một số ít trường hợp cần cho nhập viện vì các yếu tố xã hội hoặc khi bệnh lý nền có khả năng diễn biến nặng lên. Các hướng dẫn điều trị VPMPCĐ của Bộ Y Tế sử dụng thang điểm CURB65 để phân loại nhanh, lựa chọn bệnh nhân điều trị nội trú hay ngoại trú, và hướng dẫn của Bộ Y tế cũng nêu rõ những trường hợp VPMPCĐ được phân loại nhẹ theo thang điểm CURB65 điều trị ngoại trú bằng kháng sinh đường uống tại nhà, điều này phù hợp với các hướng dẫn quốc thế như của Hội Lồng Ngực Anh 2009 hay Hội Bệnh nhiễm trùng Mỹ 2019. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân CURB 0 – 1 điểm được điều trị tại viện và sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch chiếm tỉ lệ khá cao (100%), điều này có thể được giải thích do tuổi cao và có bệnh lý nền và tiền sử điều trị kháng sinh trước đó.

Về các triệu chứng cơ năng thường gặp của VPMPCĐ là ho (93,33%), mệt mỏi (89,17%), khạc đờm (71,67%), sốt (63,33%), đau ngực, khó thở,… Một số triệu chứng ngoài phổi được thấy như buồn nôn (29,17%), đau đầu, rét run (23,33%), đau bụng, tiêu chảy.

Phân tích các kết quả cận lâm sàng chúng tôi nhận thấy giá trị trung bình chỉ số Bạch cầu, CRPhs tăng. Kết quả nghiên cứu cũng tương tự như kết quả của tác giả Đàm Ngọc Duy với chỉ số Bạch cầu trung bình là 13,6 G/L, của tác giả Tạ Thị Diệu Ngân là 10,58 G/L.

Tổn thương X-quang phổi ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, kết quả cho thấy vị trí tổn thương phổi bên phải chiếm tỉ lệ cao nhất là 44,17%, tổn thương phổi bên trái chiếm 24,17% và cả 2 phổi 31,67%, tổn thương một thùy.

Về thời gian điều trị trung bình tại bệnh viện là 10 ± 4 ngày. Thời gian điều trị từ 7 đến 13 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất (70,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Linh là thời gian sử dụng kháng sinh trung bình 10 ± 3 ngày, Nguyễn Thanh Hồi là 13 ngày. Theo Hội lồng ngực Hoa Kỳ và Hội bệnh nhiễm trùng Mỹ, thời gian điều trị tối thiểu là 5 ngày, không sốt trong 48 – 72 giờ và không có dấu hiệu lâm sàng nặng trước khi xuất viện, thời gian điều trị dài hơn 2 – 3 tuần nếu điều trị ban đầu kém đáp ứng, hoặc có các biến chứng ngoài phổi kèm theo.

Tỉ lệ điều trị thành công là 96,67%, 3,33% bệnh nhân chuyển viện hoặc nặng xin về.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng VPMPCĐ

Đa số bệnh nhân nhập viện điều trị có độ tuổi trên 65 (73,33%), tỉ lệ nam nữ không có khác biệt lớn. Tiền sử có các bệnh lý nền như bệnh tim và mạch máu (37,5%), bệnh phổi mạn tính (25%), đái tháo đường (10,83%),…

tiền sử hút thuốc lá và uống rượu (42,5%).

Điểm CURB65 từ 0-1 chiếm 80%, không có bệnh nhân nào được chấm 5 điểm.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp trong VPMPCĐ là ho (93,33%), mệt mỏi (89,17%), khạc đờm (71,67%), sốt (63,33%), đau ngực (45%), khó thở (18,33%).

Giá trị trung bình của xét nghiệm chỉ số BC, CRPhs tăng. Trong đó giá trị bạch cầu trung bình là 11,23 ± 5,86 và giá trị CRPhs trung bình là 53,23 ± 56,79.

Triệu chứng X- quang đa dạng, chủ yếu là tổn thương một thùy, chiếm tỉ lệ 68,33%.

5.2. Kết quả điều trị VPMPCĐ

Thời gian điều trị VPMPCĐ trung bình là 10 ± 4 ngày.

Kết quả điều trị thành công chiếm 96,67%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lân Việt, Nguyễn Đạt Anh và cộng sự** (2018). "Viêm phổi", Nhà xuất bản Y học.
2. **Bộ Y tế** (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn", Nhà xuất bản Y học.
3. **Nazarian D.J., O.L. Eddy, et al** (2009). "Clinical policy: critical issues in the management of adult patients presenting to the emergency department with community-acquired pneumonia", Ann Emerg Med.
4. **Martin-Loeches I., A.H. Rodriguez, and A. Torres** (2018). "New guidelines for hospital-acquired pneumonia/ ventilator-associated pneumonia: USA vs. Europe", Curr Opin Crit Care.
5. **Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Kiều Trang** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi cộng đồng tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An", Tạp chí Y học Việt Nam tập 505- số 1.
6. **Phan Văn Kiêm, Phan Văn Linh** (2019) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị VPMPCĐ tại Bện viện đa khoa Trung tâm An Giang". Tạp chí Y học Cần Thơ – số 19.
7. **Huỳnh Định Chương, Võ Phạm Minh Thư** (2020), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá thang điểm CURB-65 ở bệnh nhân VPMPCĐ". Tạp chí Y học Cần Thơ -số 28/2020.
8. **Lê Văn Thêm** (2022), "Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân VPMPCĐ điều trị tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn", Tạp Chí Y học Việt Nam.
9. **Tạ Thị Diệu Ngân** (2015). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên viêm phổi mắc phải tại cộng đồng", Luận án Tiến sĩ.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỈ LỆ ĐỢT CẤP CỦA BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH QUẢN LÝ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG ANH

Nguyễn Thị Tâm[1], Nguyễn Thanh Ban[1], Nguyễn Thị Hà[1]

TÓM TẮT

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, viết tắt: COPD) là bệnh hô hấp phổ biến có thể phòng và điều trị được. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và sự hạn chế luồng khí không hồi phục hoàn toàn. Nghiên cứu với 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ gây bệnh ở bệnh nhân COPD được quản lý ngoại trú tại Bệnh viên đa khoa Đông Anh năm 2024. 2. Xác định tỉ lệ đợt cấp trong số bệnh nhân COPD được quản lý ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Đông Anh năm 2024. Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang**.** Qua nghiên cứu 153 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú cho thấy: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 69,14 ±1,98 tuổi, nam giới chiếm đa số (71,3%). Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ hàng đầu (67,3 %), tiếp đó là bụi và hóa chất nghề nghiệp (30,7%). Tỷ lệ đợt cấp còn cao (59,3%), thời gian nằm viện kéo dài (11,6 ±4,9 ngày). Trong đó, bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). Số lượng bạch cầu trung bình là 8,73 ± 3,24 G/l. Số lượng bạch cầu ái toan trung bình: 259,06 ± 229,6 tế bào/µl. Nhóm có bạch cầu ái toan ≥ 300 tế bào/µl có số đợt cấp trong 12 tháng trước cao hơn các nhóm còn lại, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Đông Anh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm
Email: nguyentam.bvda@gmail.com
SĐT: 019127948868
Ngày nhận bài: 10/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 07/4/2025
Ngày duyệt bài: 08/5/2025

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EXACERBATION RATE OF OUTPATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE MANAGED AT DONG ANH GENERAL HOSPITAL

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a repiratory disease that can be prevented and treated. Characteristic disease is the tough respiratory symtoms and the limit of the weapon without repentance. Research with 2 goals: 1. Clinical special description, subclinical and some of risks of disease in COPD patients. 2. Determine the rate of exacerbations among COPD patient is outpatient management at Dong Anh Genaral Hospital. The research method is describing horizontal. Through research 153 patients with COPD: The patients´s average age are 69.14 ±1.98 years, men account for the majority (71.3%). Smoking is loving the top risk (67.3%), followed by dust and career chemical (30.7%). The rate of exhaustion is still high (59.3%), the hospital stay is long (11.6 days). In there, patients with disorders of air ventilation disorder burial (50%). The average number of white blood cells is 8.73 ± 3.24 G/l. The average number of eosinophilia is 259,06 ± 229,6 cells/µl. Group with eosinophilia > 300 cells/µl, there is a number of exhaustion in 12 months ago higher than the remaining groups, statistical differences.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, viết tắt: COPD) là bệnh hô hấp phổ biến có thể phòng và điều trị được. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và sự hạn chế luồng khí không hồi phục hoàn toàn. Sự hạn chế luồng khí này thường tiến triển từ từ và liên quan với phản ứng viêm bất thường của phổi với các phân tử nhỏ và khí độc hại. COPD đã thực sự trở thành thách thức và gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu vì tính chất phổ biến, tiến triển kéo dài, chi phí điều trị cao và hậu quả gây tàn phế [1].

Bệnh nhân mắc đợt cấp COPD thường chiếm tỷ lệ cao trong các khoa hô hấp và đơn vị điều trị tích cực. Thực trạng hiện nay tại các đơn vị y tế tuyến cơ sở, các biện pháp chẩn đoán và điều trị còn gặp nhiều khó khăn do thiếu nguồn lực và nhân lực. Trong khi đó, các phòng khám quản lý COPD tại tuyến tỉnh và trung ương luôn trong tình trạng quá tải, điều kiện để người bệnh đến khám và cấp thuốc còn gặp nhiều bất cập.

Tại bệnh viện đa khoa Đông Anh, đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn đã được thành lập và hoạt động 10 năm nay, song việc đánh giá thực trạng việc sử dụng các dịch vụ mà đơn vị này cung cấp cũng như hiệu quả của nó ra sao thì cho đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu nào được tiến hành. Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: **Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính quản lý ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Đông Anh** với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ gây bệnh ở bệnh nhân COPD được quản lý ngoại trú tại Bệnh viên đa khoa Đông Anh năm 2024.

2. Xác định tỉ lệ đợt cấp trong số bệnh nhân COPD được quản lý ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Đông Anh năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là COPD, và đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện ĐK Đông Anh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2.Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2024 đến tháng 10/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: phòng khám hô hấp- Bệnh viện đa khoa Đông Anh.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả, cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu toàn bộ thuận tiện.

2.3.3. Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh, các bệnh lý mắc kèm, các yếu tố nguy cơ, hút thuốc lá, các đặc điểm lâm sàng, mức độ khó thở, cận lâm sàng (Công thức máu, đo chức năng hô hấp, chụp Xq tim phổi)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Nghiên cứu trên 153 bệnh nhân COPD có độ tuổi trung bình là: 69,14 ±1,98 tuổi. Cao nhất 89 tuổi, thấp nhất 46 tuổi, nhóm tuổi 60-79 chiếm tỷ lệ cao nhất (84,7%). Nam giới chiếm đa số (71,3%). Đa số bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh < 10 năm (73,3%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

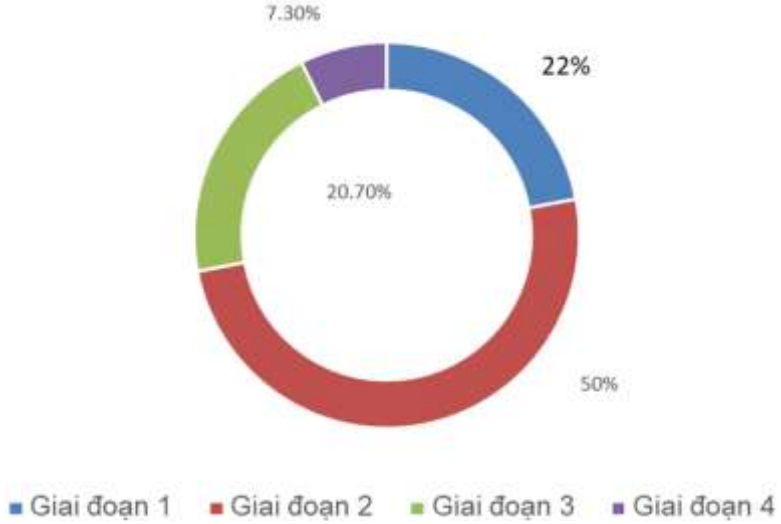
Yếu tố nguy cơ

Bảng 3.1. Yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	N	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá	103	67,3
Bụi và hóa chất nghề nghiệp	47	30,7
Nhiễm trùng đường hô hấp	1	0,7
Khác	2	1,3

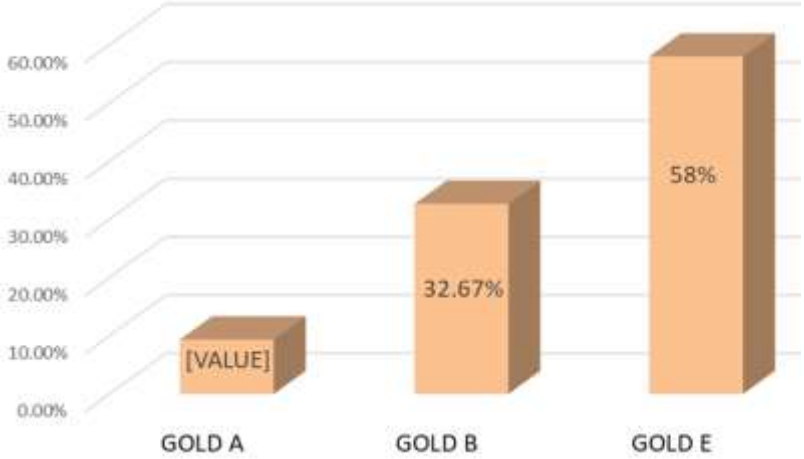
Nhận xét: Nhóm yếu tố nguy cơ hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất (67,3%), sau đó là bụi và hóa chất nghề nghiệp (30,7%).

Phân bố về giai đoạn bệnh, nhóm bệnh theo GOLD 2023



Biểu đồ 3.1. Phân bố về giai đoạn bệnh theo GOLD 2023

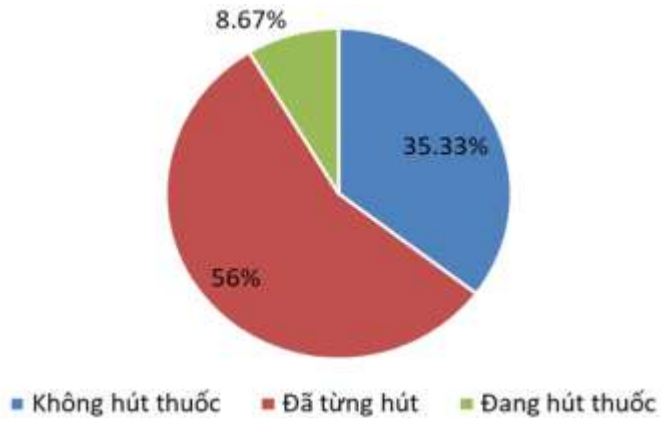
Nhận xét: Nhóm bệnh nhân thuộc giai đoạn 2 (Rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ trung bình) chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ rất nặng (7,3%).



Biểu đồ 3.2. Phân bố về nhóm bệnh theo GOLD 2023

Nhận xét: Bệnh nhân thuộc nhóm GOLD E chiếm tỷ lệ cao nhất (58%), thấp nhất là nhóm bệnh nhân COPD GOLD A (9,33%).

Tỷ lệ hút thuốc:



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ hút thuốc

3.3. Đánh giá mức độ khó thở và ảnh hưởng của copd đến sức khỏe và cuộc sống hàng ngày qua thang điểm mmrc, cat

Bảng 3.2. Đánh giá bệnh nhân theo thang điểm mMRC

Nhóm	Điểm	N	Tỷ lệ (%)
Ít triệu chứng	Điểm 0	17	11,3
	Điểm 1	20	13,3
Nhiều triệu chứng	Điểm 2	76	50,7
	Điểm 3	36	24,0
	Điểm 4	1	0,7

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nhiều triệu chứng (mMRC ≥ 2 điểm) chiếm phần lớn (75,4%). Điểm trung bình 1,89 ± 0,9, cao nhất 4 điểm, thấp nhất 0 điểm.

Bảng 3.3. Đánh giá bệnh nhân theo thang điểm CAT

Nhóm	Điểm	N	Tỷ lệ (%)
Ít triệu chứng	Thấp (<10 điểm)	21	14,0
Nhiều triệu chứng	Trung bình (10-20 điểm)	71	47,3
	Cao (21-30 điểm)	50	33,3
	Rất cao (> 30 điểm)	8	5,3

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nhiều triệu chứng (CAT ≥ 10 điểm) chiếm phần lớn (86,0%). Điểm trung bình 18,16 ± 8, cao nhất 39 điểm, thấp nhất 2 điểm.

3.4. Tỷ lệ đợt cấp

Bảng 3.4. Tỷ lệ đợt cấp

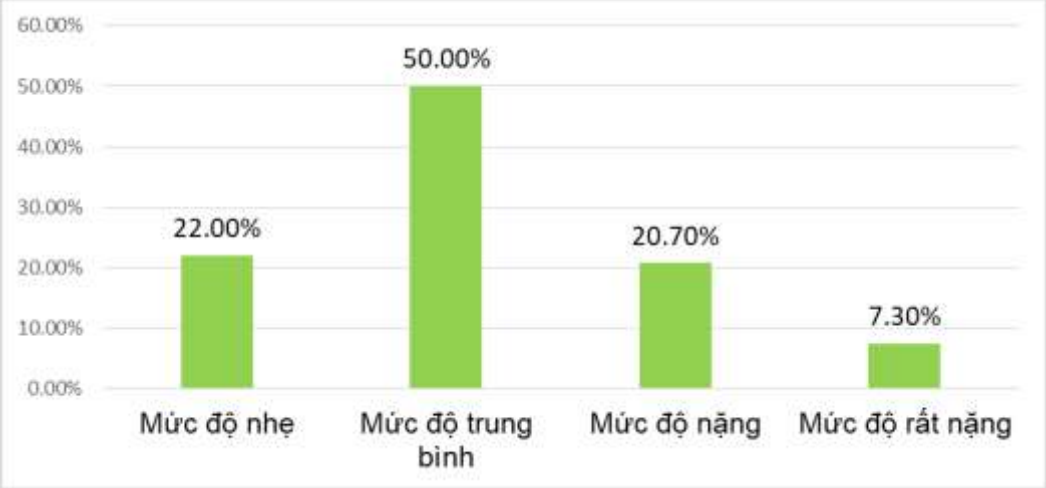
Đợt cấp		N	Tỷ lệ (%)
Không có đợt cấp		22	14,7
Có đợt cấp	Đợt cấp nhẹ ngoại trú	43	26
	Đợt cấp điều trị nội trú	89	59,3
Tổng		150	100

Nhận xét: Trung bình số đợt cấp (n=128): 1,39 ± 0,61. Nhiều nhất 4 đợt cấp, ít nhất 1 đợt cấp.

3.5. Cận lâm sàng

Kết quả đo chức năng thông khí:

Phân loại mức độ rối loạn chức năng thông khí tắc nghẽn theo chỉ số FEV1 (GOLD 2023)



Biểu đồ 3.4. Mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn

Nhận xét: Bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (50,0%), thấp nhất là nhóm bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ rất nặng (7,3%).

Công thức máu:

Bảng 3.5. Mối liên hệ giữa số lượng bạch cầu và đợt cấp

Đợt cấp	Số lương bạch cầu n (%)	
	Bình thường	Tăng (>10 G/l)
Không có đợt cấp Trung bình: 7,8 ± 2,2 G/l	23 (15,3%)	0 (0%)
Có đợt cấp Trung bình: 8,8 ± 3,4 G/l	109 (72,7%)	18 (12,0%)
p	0,06	

Nhận xét:

Nhóm có đợt cấp có số lượng bạch cầu trung bình cao hơn nhóm không có đợt cấp, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Số lượng bạch cầu trung bình là 8,73 ± 3,24 G/l.

Bạch cầu ái toan (BCAT):

Bảng 3.6. Mối liên hệ giữa số lượng BCAT và đợt cấp trong 12 tháng trước đó

BCAT (tế bào/µl)	Đợt cấp trong 12 tháng trước		p
	Không n(%)	Có n(%)	
Nhóm 1: BCAT < 100	9 (6,0%)	33 (22,0%)	0,021
Nhóm 2: BCAT 100 - < 300	11 (7,3%)	41 (27,3%)	
Nhóm 3: BCAT ≥ 300	3 (2,0%)	53 (35,3%)	

Nhận xét: Nhóm có BCAT ≥ 300 tế bào/µl có số đợt cấp trong 12 tháng trước cao hơn các nhóm còn lại, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng

Yếu tố nguy cơ: Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.3), yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất là hút thuốc lá (67,3 %), tiếp đó là bụi và hóa chất nghề nghiệp (30,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tâm, yếu tố nguy cơ hút thuốc lá chiếm 84,8% [2]

Tỷ lệ hút thuốc: Nghiên cứu trên 150 bệnh nhân , chúng tôi thấy tỷ lệ hút thuốc là 64,67%, trong đó tỷ lệ đã từng hút là 56 %, hiện đang hút là 8,67%. Có 67 bệnh nhân bắt đầu hút thuốc trước 20 tuổi (chiếm 69,1%), 30 bệnh nhân bắt đầu hút thuốc trong độ tuổi từ 20-39, chiếm 30,9%. Số bệnh nhân hút thuốc ≥ 30 năm chiếm tỷ lệ lớn nhất (70 bệnh nhân, chiếm 72,2%), tiếp đó là nhóm hút từ 10-29 năm (18,6%), ít nhất là nhóm hút từ 5-9 năm (9,3%).

Phân bố về nhóm bệnh, giai đoạn bệnh

Qua nghiên cứu 153 bệnh nhân, chúng tôi thấy nhóm bệnh nhân GOLD E (theo GOLD 2023) chiếm tỷ lệ cao nhất (58%), bệnh nhân nhóm GOLD A và B chiếm tỷ lệ thấp hơn (42%) (bảng 3.5), kết quả này tương đồng với một số tác giả như Lê Nhật Huy [3]. Với giai đoạn bệnh, theo bảng 3.4, nhóm bệnh nhân ở giai đoạn 1, giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ cao (22% và 50%), bệnh nhân ở giai đoạn 3 và giai đoạn 4 chiếm 28%. Kết quả này phù hợp với các kết quả nghiên cứu tại cộng đồng tại Việt Nam và trên thế giới. Theo kết quả của Nguyễn Nhật Huy (2020), tỷ lệ GOLD 1 và GOLD 2 cũng chiếm tỷ lệ cao, tương ứng với 78,31%. Điều này có thể khẳng định mức độ COPD tại cộng đồng là nhẹ và trung bình, thuộc nhóm nguy cơ thấp. Vì vậy cần đo chức năng hô hấp xác định bệnh tại cộng đồng để quản lý và điều trị sớm là cần thiết.

Đặc điểm lâm sàng

Điểm khó thở CAT trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 18,16 ± 8, tuy nhiên tập trung chủ yếu ở nhóm CAT trung bình (10-20 điểm). Điểm CAT trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các người bệnh trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Lý là 23,8 [4], tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Đợi là 18,2±8,4 [36]. Điểm mMRC trung bình trong nghiên cứu là 1,89±0,9, thấp hơn của tác giả Nguyễn Quang Đợi là 2,3±1,2 [5]. Điểm mMRC ≥ 2 chiếm 75,4% thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Lý (98,8%)[4] và Nguyễn Quang Đợi (76,2%)[5].

Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả đo chức năng hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân rối loạn thông khí mức độ trung bình (50%), tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Văn Tâm[2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28% người bệnh nghiên cứu có rối loạn thông khí tắc nghẽn ở mức độ nặng và rất nặng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Thọ (2018) ở Hải Phòng có 34,6% người bệnh COPD có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ nặng [6], thấp hơn của tác giả Nguyễn Quang Đợi (60,5%)[5]. Nghiên cứu của tác giả Lê Nhật Huy (2020) cho thấy ở tỉnh Nghệ An, 55% người bệnh tắc nghẽn ở mức độ trung bình - nặng[3].

Số lượng bạch cầu trung bình trong máu ngoại vi là 8,73 ± 3,24 G/l. Trong đó nhóm

bệnh nhân có đợt cấp có số lượng bạch cầu trung bình (8,8 ± 3,4 G/l) cao hơn nhóm bệnh nhân không có đợt cấp (7,8 ± 2,2), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Giá trị trung bình của số lượng BCAT trong máu ngoại vi trong nghiên cứu của chúng tôi là 259,06 ± 229,6 tế bào/µl, có 37,3% bệnh nhân có tăng BCAT với ngưỡng cut off là 300 tế bào/µl. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Dương Thị Thanh Vân và cộng sự trong nghiên cứu "Bạch cầu ái toan máu – Dấu ấn sinh học tiên lượng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính". Trong nghiên cứu của chúng tôi chia BCAT thành các nhóm < 100, 100-300, ≥ 300 và đánh giá mỗi liên hệ với sự xuất hiện đợt cấp trong vòng 12 tháng trước đó. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân có BCAT ≥ 300 tế bào/µl có số đợt cấp trong 12 tháng trước cao hơn các nhóm còn lại, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ đợt cấp, ngày điều trị trung bình.

Tỷ lệ người bệnh mắc đợt cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 85,3%. Trong đó, hầu hết là các đợt cấp cần nhập viện (59,3%). Trung bình số đợt cấp là 1,39±0,61. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Đợi, tỷ lệ trung bình số đợt cấp là 1,64 ± 0,96 [5].

Số ngày điều trị trung bình cho một đợt điều trị là 11,6 ±4,9 ngày, dài nhất là 37 ngày, ngắn nhất là 5 ngày. Bên cạnh đó khi xét mối liên hệ giữa các biến, cho thấy biến "nhóm tuổi" có ảnh hưởng đến số ngày điều trị và sự khác biệt giữa các nhóm trong mỗi biến là có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này cũng tương đồng nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Xuân trong nghiên cứu phân tích chi phí điều trị trực tiếp đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Khoa Hô hấp - Bệnh viện E từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 3 năm 2020[7].

Ở Mỹ và Châu Âu, thời gian nằm viện trung bình được báo cáo từ 3 đến 5 ngày đối với các trường hợp đơn giản và 16 ngày đối với trường hợp nhập ICU. Ở các nước Châu Á, mức trung bình thời gian nằm viện được báo cáo là 7 đến 9 ngày với các trường hợp đơn giản và 22 ngày đối với các trường hợp nhập ICU[8]. Như vậy, với kết quả nghiên cứu này một lần nữa cho thấy thời gian nằm viện trung bình do đợt cấp tương đối dài, một phần vì người bệnh Việt Nam thường chỉ đến khám khi bệnh nặng, nhiều triệu chứng; tuy nhiên, cũng đưa ra con số để các bác sỹ lâm sàng có kế hoạch tập trung rút ngắn thời gian điều trị trong viện nhằm giảm nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện, giảm chi phí điều trị.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 69,14±1,98. Nam giới chiếm đa số (71,3%).
- Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ hàng đầu (67,3%), tiếp đó là bụi và hóa chất nghề nghiệp (30,7%).
- Bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (50%).
- Số lượng bạch cầu trung bình là 8,73 ± 3,24 G/l. Số lượng bạch cầu ái toan trung bình: 259,06 ± 229,6 tế bào/µl. Nhóm có BCAT ≥ 300 tế bào/µl có số đợt cấp trong 12 tháng trước cao hơn các nhóm còn lại, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

- Tỷ lệ đợt cấp còn cao, thời gian nằm viện kéo dài (11,6±4,9 ngày).

- Có mối liên quan giữa nhóm tuổi và thời gian nằm viện của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu** (2006), "Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính ở một số tỉnh, thành phố khu vực phía bắc Việt Nam'', Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ, Bộ y tế.
2. **Nguyễn Văn Tâm, Trần Thị Quỳnh Chi, Đoàn Thị Phương** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chức năng thông khí phổi của bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đều trị tại bệnh viện Y học biển, tạp chí chuyên đề về y học biển, y học dưới nước và cao áp lâm sàng, 2018, số 10, trang 98-103.
3. **Lê Nhật Huy, Chu Thị Hạnh, Dương Đình Chỉnh.** Một số đặc điểm lâm sàng và dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Nghệ An. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2019; 119(3):pp.41 49.
4. **Trần Thị Lý, Lê Văn Hợi, Đinh Ngọc Sỹ.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ quản lý, chăm sóc người bệnh hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở một số đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính năm 2016-2017. Tạp chí Y học thực hành. 2019;số10(tập1083).
5. **Nguyễn Quang Đợi** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ tắc động mạch phổi cấp ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, luận văn tiến sĩ, đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Đức Thọ, Phạm Thu Xanh, Phạm Minh Khuê, và cs.** Thực trạng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người dân từ 40 tuổi trở lên tại hai xã, thành phố Hải Phòng. Tạp chí Y học dự phòng. 2017;Tập 27(Số 10):tr.11-18. Published online 2017.
7. **Bùi Thị Xuân, Ngô Tiến Thành, Tô Khánh Linh.** Phân tích chi phí điều trị trực tiếp đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Khoa Hô hấp - Bệnh viện E từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 3 năm 2020. VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences.
8. **Anees ur Rehman, Ahmad Hassali MA, Muhammad SA, et al.** The economic burden of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the USA, Europe, and Asia: Results from a systematic review of the literature. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2020; 20(6):661-672. doi: 10.1080/ 14737167.2020.167838

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN LAO PHỔI TẠI PHÒNG KHÁM HÔ HẤP – BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2024

Nguyễn Văn Giang[1], Nguyễn Thị Thanh[1], Đinh Văn Tuy[1], Nguyễn Thị Ngọc Yến[1]

TÓM TẮT

Tuân thủ điều trị (TTĐT) là yếu tố then chốt trong quản lý điều trị bệnh lao của người bệnh. Đây là một thách thức lớn của chương trình chống lao (CTCL) nhất là như hiện nay thuốc lao đã chuyển từ nguồn Ngân sách nhà nước sang thanh toán Bảo hiểm y tế. Với mục tiêu mô tả kiến thức, thái độ về tuân thủ điều trị của bệnh nhân Lao phổi tại phòng khám Hô hấp bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024 và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới tuân thủ điều trị của bệnh nhân lao phổi. Chúng tôi đã tiến hành thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn toàn bộ bệnh nhân Lao phổi điều trị tại phòng khám Hô hấp – BVĐK Hà Đông năm 2024 để phỏng vấn bằng bộ câu hỏi có cấu trúc. Đánh giá TTĐT thông qua đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc, tái khám và xét nghiệm định kỳ. Kết quả cho thấy tổng số bệnh nhân tuân thủ tất cả các nguyên tắc điều trị chiếm 78,4%. Trình độ học vấn có liên quan đến việc tuân thủ nguyên tắc điều trị bệnh lao phổi của bệnh nhân. Nhóm học vấn có trình độ từ trung cấp trở lên có mức độ tuân thủ cao hơn so với nhóm học vấn có trình độ tiểu học đến trung học phổ có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh
Email: bsnguyenthanh87@gmail.com
SĐT: 0979452919
Ngày nhận bài: 10/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 07/4/2025
Ngày duyệt bài: 08/5/2025

Từ khóa: Bệnh lao, tuân thủ điều trị, nguyên tắc điều trị bệnh lao.

SUMMARY

TREATMENT ADHERENCE STATUS AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS AT THE RESPIRATORY CLINIC – HA DONG GENERAL HOSPITAL, 2024

Treatment compliance is a key factor in the management of tuberculosis treatment of patients. This is a major challenge of the anti-tuberculosis program, especially sine tuberculosis medicine has now been transferred from the State Budget to the payment of Health insurance. With the objective of describing knowledge and attitudes about treatment compliance of pulmonary tuberculosis patients at the Respiratory Clinic of Ha Dong General Hospital in 2024 and learning some factors related to treatment compliance of pulmonary tuberculosis patients. We have designed a cross-sectional descriptive study, selecting all tuberculosis patients treated at the Respiratory Clinic - Ha Dong General Hospital in 2024 to interview with a set of structured questions. E commerce assessment through drug compliance asessment, re-examination and periodic testing. The results showed that the total number of patients who adhered to all treatment principles accounted for 78.4%. Education level was related to patient compliance with pulmonary

tuberculosis treatment principles. The group with secondary education or higher had a higher level of compliance than the group with primary to high school education, with statistical significance (p<0.05).

Keywords: Tuberculosis, treatment adherence, principles of tuberculosis treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 2 trong các bệnh nhiễm trùng. Theo WHO: Năm 2013, khoảng 1/3 dân số thế giới bị nhiễm Lao. Việt Nam là nước đứng thứ 12 trong số 22 quốc gia có gánh nặng bệnh Lao cao nhất thế giới. Tại phòng khám Hô hấp bệnh viện Đa khoa Hà Đông, mỗi năm có một lượng lớn bệnh nhân lao quản lý điều trị duy trì. Tuân thủ đúng nguyên tắc điều trị bệnh lao đóng vai trò quan trọng nhất trong việc đảm bảo điều trị khỏi bệnh. Ngược lại nếu không tuân thủ điều trị bệnh sẽ dẫn tới nhiều nguy cơ cho người bệnh và cộng đồng do tạo điều kiện cho vi khuẩn lao kháng thuốc sẽ khó khăn rất nhiều cho điều trị, tăng chi phí điều trị, thậm chí người bệnh tử vong...Chính vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi là một nghiên cứu định lượng, được tiến hành từ tháng 01 năm 2024 đến hết tháng 07 năm 2024. Mẫu nghiên cứu là toàn bộ bệnh nhân (BN) lao phổi đang được quản lý điều trị tại phòng khám Hô hấp bệnh viện Đa khoa Hà Đông trong thời gian trên đáp ứng tiêu chuẩn từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được phỏng vấn sau khi đã khám và lĩnh thuốc. Bộ câu hỏi thiết kế sẵn được sử dụng để phỏng vấn bệnh nhân. Số liệu sau khi làm sạch, được nhập và sẽ được phân tích bằng phần mềm SPSS 21.0. Các phép tính thống kê thông thường được sử dụng để tính số lượng và tỷ lệ %. Tỷ suất chênh (OR), Khi bình phương được sử dụng để so sánh tìm yếu tố liên quan. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi Khi bình phương nhỏ hơn 0,5

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		N	%
Nhóm tuổi	<50	20	54,1
	50-69	7	18,9
	≥70	10	27,0
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	8	21,6
	Đã kết hôn	20	54,1
	Ly hôn	5	13,5
	Góa	4	10,8
Học vấn	Cấp 1,2,3	23	62,2
	Trung cấp, Cao đẳng, đại học, trên đại học	14	37,8
Nghề nghiệp	Lao động tự do, công nhân, nông dân	20	54,1
	Tri thức, hưu trí	17	45,9

Nhận xét: Bệnh nhân dưới 50 tuổi (54,1%), 27% BN từ 70 tuổi trở lên và 18,9% BN từ 50 tuổi đến 69 tuổi. BN đã kết hôn (54,1%), độc thân (21,6%) ly hôn (13,5%) hoặc goá (10,8%). 62,2% BN có trình độ tiểu học đến trung học phổ thông và 37,8% BN có trình độ trung cấp trở lên. Nghề nghiệp chia đều giữa tri thức, hưu trí và lao động tự do, công nhân, nông dân.

Bảng 2: Hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh, khả năng lây bệnh và đường lây truyền và tác hại của bệnh lao phổi

Nội dung		Nam		Nữ		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Nguyên nhân	Do nhiễm virus	14	56,0	5	41,7	19	51,4
	Do nhiễm vi khuẩn	11	44,0	7	58,3	18	48,6
Khả năng lây bệnh	Có lây	25	100	12	100	37	100
	Không lây	0	0	0	0	0	0
Đường lây truyền	Qua đường hô hấp	11	44,0	5	41,7	16	43,2
	Qua đường ăn uống	1	4,0	0	0,0	1	2,7
	Qua cả 2 đường	13	52,0	7	58,3	20	54,1
Tác hại của không TTĐT	Tạo điều kiện phát triển thành lao kháng thuốc	25	100	12	100	37	100
	Bệnh nặng hơn, khó chữa hơn	25	100	12	100	37	100
	Tỷ lệ điều trị thành công thấp hơn, dễ tử vong hơn	25	100	12	100	37	100

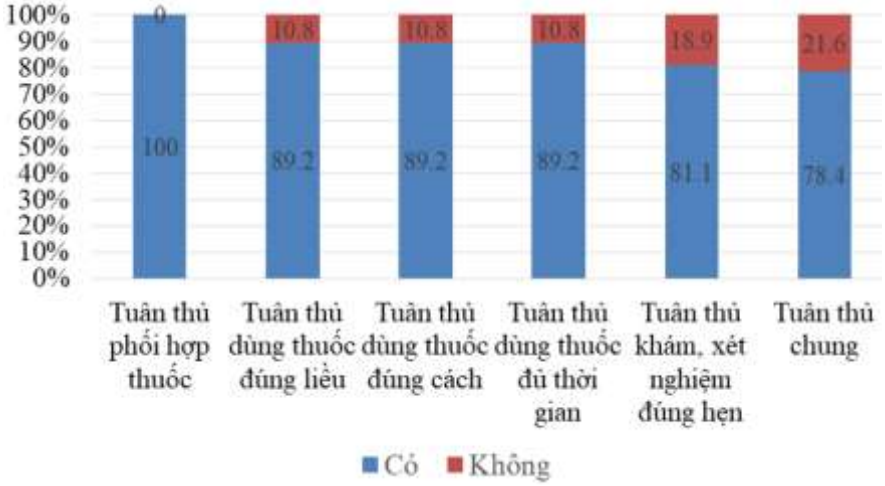
Nhận xét: 51,4% BN cho rằng nguyên nhân gây bệnh là do nhiễm virus và 48,6% cho rằng do nhiễm vi khuẩn. Không có sự khác biệt giữa BN nam và BN nữ. 100% BN cho rằng bệnh lao phổi có khả năng lây truyền từ người này sang người khác. 54,1% BN cho rằng đường lây truyền của bệnh lao phổi là qua đường hô hấp và tiêu hoá, 43,6% BN cho rằng đường lây truyền của bệnh lao phổi chỉ qua đường hô hấp. Không có sự khác biệt giữa BN nam và BN nữ. 100% BN được khảo sát đều hiểu biết về tác hại của việc không TTĐT bệnh lao phổi.

Bảng 3: Hiểu biết về nguyên tắc điều trị bệnh lao phổi

Nguyên tắc điều trị	Nam		Nữ		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Hiểu biết về phải phối hợp thuốc	23	92,0	11	91,7	34	91,9
Hiểu biết về dùng thuốc đúng liều	25	100	12	100	37	100
Hiểu biết về cách dùng thuốc	25	100	12	100	37	100
Hiểu biết về dùng đều đặn, đủ thời gian	24	96,0	11	91,7	35	94,6
Hiểu biết về lịch hẹn khám, xét nghiệm	24	96,0	11	91,7	35	94,6
Hiểu biết chung	23	92,0	10	83,3	33	89,2

Nhận xét: 89,2% BN có hiểu biết chung về NTĐT bệnh lao phổi. Trong đó 100% BN hiểu biết về dùng thuốc đúng liều và cách dùng thuốc. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự hiểu biết giữa nam và nữ.

Tuân thủ của người bệnh về các nguyên tắc điều trị bệnh lao



Biểu đồ 1: Tình hình tuân thủ nguyên tắc điều trị của bệnh nhân

Nhận xét: 100% BN tuân thủ phối hợp thuốc, 89,2% BN tuân thủ dùng thuốc đúng liều, đúng cách và đủ thời gian, 81,1% BN tuân thủ khám, xét nghiệm. Số BN tuân thủ 5 NTĐT: 78,4%

Bảng 4: Mối liên quan giữa các yếu tố với việc tuân thủ NTĐT bệnh lao của bệnh nhân

Thông tin chung		Tuân thủ 5 NTĐT (n)	Không tuân thủ 5 NTĐT (n)	P
Giới	Nam	19	6	p>0,05
	Nữ	10	2	
Nhóm tuổi	<50	17	3	p>0,05
	50-69	5	2	
	≥70	7	3	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	7	1	p>0,05
	Đã kết hôn	18	2	
	Ly hôn	2	3	
	Góa	2	2	
Học vấn	Cấp 1,2,3	15	8	p<0,05 (Fisher's test) OR=1
	Trung cấp, Cao đẳng, đại học, trên đại học	14	0	
Nghề nghiệp	Lao động tự do, công nhân, nông dân	13	4	p>0,05
	Tri thức, hưu trí	16	4	
Bảo hiểm y tế	Có	29	7	p>0,05
	Không	0	1	
Người nhà chăm sóc	Có	27	5	p>0,05
	Không	2	3	

Điều kiện kinh tế	Cận nghèo	0	1	p>0,05
	Không nghèo	29	7	
Số lần điều trị	Lần đầu	29	7	p>0,05
	Lần thứ 2	0	1	

Nhận xét: Trình độ học vấn có liên quan đến việc tuân thủ NTĐT bệnh lao phổi của BN và có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Không có sự khác biệt mức độ tuân thủ về giới, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, bảo hiểm y tế, điều kiện kinh tế, giữa người điều trị lao lần đầu và lần 2, điều kiện có người nhà quan tâm chăm sóc (p>0,05).

Bảng 5: Mối liên quan giữa hiểu biết với việc tuân thủ NTĐT bệnh lao của bệnh nhân

Hiểu biết NTĐT	**Tuân thủ NTĐT**		**P**
	Tuân thủ (n)	**Không tuân thủ (n)**	
Hiểu biết NTĐT	27	6	P >0,05
Hiểu biết chưa đầy đủ	2	2	

Nhận xét: 81,8% BN tuân thủ NTĐT. 2/4 BN hiểu biết chưa đầy đủ NTĐT. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sự hiểu biết và tuân thủ nguyên tắc điều trị (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Thông tin chung

Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN nam cao hơn nữ, nam là 67,6% nữ là 32,4%. Điều này cũng phù hợp với tình hình phân bố bệnh theo giới tính trên thế giới, theo WHO năm 2013, gánh nặng bệnh tật và tử vong do Lao ở Phụ nữ và Trẻ em cao hơn Nam giới [1] .

54,1% BN lao đã kết hôn, điều này cũng phù hợp với nhóm tuổi vì chúng tôi gặp đa số bệnh nhân lao còn trẻ tuổi và đây cũng là nguy cơ có thể lây nhiễm cho gia đình, nhưng đây cũng là ưu điểm trong quá trình điều trị vì người bệnh sẽ được quan tâm, nhắc nhở, động viên và chăm sóc từ phía gia đình. Tuy nhiên chúng tôi cũng gặp tới 24,3% BN ly hôn hay góa phụ, điều này cũng là yếu tố không bền vững cho BN lao.

Về trình độ học vấn và nghề nghiệp chúng tôi có 62,2% BN có trình độ tiểu học đến trung học phổ thông và 37,8% BN có trình độ trung cấp trở lên. Nghề nghiệp BN lao động tự do, công nhân, nông dân gặp 54.1%, trí thức, hưu trí 45,9%. Như vậy chúng tôi gặp chủ yếu BN là những người có trình độ thấp và nghề nghiệp gặp nhiều nhóm lao động tự do. Khi nghề nghiệp không ổn định, trình độ học vấn thấp là vấn đề không nhỏ trong tuân thủ điều trị lao.

Theo Bùi Tòng Nguyên, Bùi Thị Tú Quyên (2022) BN nam 74,5% và nữ 25,5%. Nhóm tuổi tác giả cũng gặp chủ yếu BN trong độ tuổi lao động dưới 64 tuổi 70.8%, trên 64 tuổi 29,2%. Tác giả có 12% BN có trình độ trung học phổi thông trở nên, 88% BN có trình độ trung học cơ sở trở xuống, 6% BN không biết chữ. Tác giả gặp 24% là hưu trí, thất nghiệp 10,2%. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như của tác giả về phân bố giới tính và độ tuổi, khác về trình độ học vấn và nghề nghiệp. Sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu ở các vùng miền khác nhau của Việt Nam (Tác giả nghiên cứu ở Chợ Mới – An Giang) [6]

Kiến thức về bệnh lao

48,6% BN trả lời đúng nguyên nhân gây bệnh Lao là do vi khuẩn, 51,4% BN lựa chọn nguyên nhân gây bệnh lao là do virus, không có BN nào cho rằng bệnh lao do di truyền. 100% BN trả lời đúng là bệnh lao có lây.

54,1% BN trả lời bệnh lây qua đường hô hấp và cả đường tiêu hóa. 43,6% BN trả lời bệnh lao chỉ lây qua đường hô hấp. Tỷ lệ BN biết được nguyên nhân, tính chất lây truyền và đường lây khá cao. Sự hiểu biết về các thể lao cũng rất tốt: 32,4% BN biết rằng thể lao của mình là AFB dương tính, còn lại 67,6% biết rằng thể bệnh của mình là AFB âm tính.

Nguyễn Thị Hoài Thương (2023) để tăng cường tuân thủ điều trị ở người bệnh, cần phải nâng cao nhận thức, hiểu biết của người dân về bệnh lao. Biệt pháp cần thiết và hiệu quả để nâng cao nhật thức, hiểu biết của người dân là hoạt động truyền thông cung cấp thông tin [9]

Những nguyên tắc cần tuân thủ trong điều trị bệnh lao

100% BN hiểu được các tác hại của việc không tuân thủ điều trị bệnh lao. Có trên 89,2% BN có hiểu biết chung về nguyên tắc điều trị bệnh lao phổi. Tỷ lệ biết đủ các NTĐT của chúng tôi cao hơn hẳn so với kết quả nghiên cứu được thực hiện tại quận Hoàn Kiếm, Hà Nội của Nguyễn Ngọc Hân (2005) là 77,6% [10]. Trong các NTĐT có 100% BN hiểu biết về dùng thuốc đúng liều và cách dùng thuốc. Tỷ lệ hiểu biết các nguyên tắc này cao hơn hẳn so với của Uông Thị Mai Loan lần lượt là 95,4%, 87,9% [4]. Nhận thức này rất quan trọng, khi người bệnh biết được tác hại do bệnh lao gây nên thì họ cũng có ý thức điều trị bệnh cho mình tốt hơn. Sự khác biệt như vậy có thể do Hà Đông là quận thuộc Thủ đô nên điều kiện sống và giáo dục tốt hơn, cũng có thể do nghiên cứu của chúng tôi làm sau này khi mà trình độ học vấn của mọi người ngày cao hơn. Như vậy việc tuyên truyền giáo dục kiến thức cho BN là rất quan trọng trong việc TTĐT bệnh lao.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% BN trả lời được việc không TTĐT sẽ gây ra những hậu quả cho sức khỏe và cộng đồng.

Thái độ về tuân thủ điều trị của bệnh nhân bệnh lao phổi

100% BN tuân thủ phối hợp thuốc, 89,2% BN tuân thủ dùng thuốc đúng liều, đúng cách và đủ thời gian, 81,1% bệnh nhân tuân thủ khám, xét nghiệm. Số bệnh nhân tuân thủ cả 5 NTĐT chiếm 78,4%. Kết quả rất khả quan so với các nghiên cứu trước đấy Trần Văn Trung, Nguyễn Thị Thanh Nhàn (2024): 51,9% BN tuân thủ tốt điều trị lao và có tới 48,1% BN chưa tuân thủ điều trị [7]. Hà Văn Như, Nguyễn Xuân Tình (2014): 36,4% BN tuân thủ đầy đủ NTĐT, 19,2% đúng 4 nguyên tắc, 10,6% đúng 3 nguyên tắc và 30,5% đúng 2 nguyên tắc [8]. Nguyễn Thị Hoài Thương (2023), tỷ lệ TTĐT lao chỉ đạt 50,5%, 48,6% người bệnh thỉnh thoảng quyên uống thuốc [9]

Như vậy có thể thấy bệnh Lao là một bệnh cần có sự hỗ trợ cũng như phối hợp chặt chẽ từ phía gia đình, cộng đồng và cán bộ y tế.

Một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ nguyên tắc điều trị Lao

Nghiên cứu cho kết quả tuổi, giới, tình trạng hôn nhân không ảnh hưởng tới TTĐT của người bệnh lao với P>0.05 tương tự như kết quả của Nguyễn Thị Hoài Thương (2023)[9]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Hà Văn Như, Nguyễn Xuân Tình (2014), yếu tố tuổi và dân tộc lại ảnh hưởng rất nhiều tới TTĐT ở bệnh nhân lao với p<0.01. BN nữ có tỷ lệ TTĐT cao hơn nam giới [8]. Trần Văn Trung, Nguyễn Thị Thanh Nhàn (2024), tỷ lệ TTĐT lao ở nam thấp hơn nữ với p = 0.041, độ tuổi 45-60 có sự TTĐT cao nhất [7]. Có sự khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu khác nhau có thể do khác biệt về thời gian

nghiên cứu và hoạt động Phòng chống lao tại các thời điểm khác nhau.

Về học vấn: nhóm học vấn có trình độ từ trung cấp trở lên có mức độ tuân thủ cao hơn so với nhóm học vấn có trình độ tiểu học đến trung học phổ thông và có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Nguyễn Thị Hoải Thương (2023)[9]. Hà Văn Như, Nguyễn Xuân Tình (2014)[8] cũng cho kết quả tương tự. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt về TTĐT ở BN lao ở các nhóm nghề nghiệp khác nhau hay các yếu tố xã hội khác (tình trạng kinh tế, số lần điều trị, có BHYT hay không)

Về sự hiểu biết NTĐT: Trong tổng số 33 bệnh nhân hiểu biết đầy đủ về NTĐT thì có 27 bệnh nhân (81,8%) tuân thủ NTĐT. Trong khi đó, có 2/4 bệnh nhân hiểu biết chưa đầy đủ NTĐT tuân thủ điều trị. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sự hiểu biết và tuân thủ nguyên tắc điều trị (p>0,05). Có lẽ khi bệnh nhân được ghi nhận có sự thiếu hiểu biết về tuân thủ điều trị bệnh thì đã được các NVYT phát hiện kịp thời và sử dụng kỹ năng nghiệp vụ, khả năng thuyết phục để bệnh nhân tuân thủ điều trị một cách tốt nhất. Nguyễn Thị Hoài Thương (2023), kiến thức về bệnh lao và tuân thủ điều trị bệnh lao là một trong số những yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của người bệnh lao. Điều này có thể giải thích người bệnh có kiến thức tốt thì sẽ nhận thức đầy đủ và đúng đắn về tầm quan trọng của việc tuân thủ NTĐT, hậu quả của việc không tuân thủ NTĐT từ đó tác động đến niềm tin và thực hành của người bệnh trong quá trình điều trị [9]. Tuy nhiên theo Trần Văn Trung, Nguyễn Thị Thanh Nhàn (2024), không có sự khác biệt của việc tuân thủ điều trị ở bệnh nhân lao, với p = 0.162 [7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ BN nam 67,6% cao hơn BN nữ 32,4%. Nhóm tuổi lao động mắc nhiều nhất (54,1%)

48,6% bệnh nhân trả lời đúng nguyên nhân gây bệnh lao là do vi khuẩn.

100% bệnh nhân trả lời đúng là bệnh lao có lây, 43,6% bệnh nhân trả lời bệnh lây chỉ qua đường hô hấp; 54,1% cho rằng lây qua đường hô hấp và cả ăn uống.

73% bệnh nhân lựa chọn nơi điều trị lao tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông là vì gần nhà, cao hơn gấp 2, gấp 3 lần các nguyên nhân khác. Đặc biệt có 8,1% lựa chọn là vì tại bệnh viện Hà Đông có thuốc lao miễn phí

100% bệnh nhân hiểu được các tác hại của việc không tuân thủ điều trị bệnh lao

89,2% bệnh nhân có hiểu biết chung về nguyên tắc điều trị bệnh lao phổi. Trong đó có 100% bệnh nhân đều hiểu biết về dùng thuốc đúng liều và cách dùng thuốc.

81,1% bệnh nhân tuân thủ khám, xét nghiệm đúng hẹn.

Tổng số bệnh nhân tuân thủ cả 5 nguyên tắc điều trị chiếm 78,4%.

Trình độ học vấn có liên quan đến việc tuân thủ nguyên tắc điều trị bệnh lao phổi của bệnh nhân. Nhóm học vấn có trình độ từ trung cấp trở lên có mức độ tuân thủ cao hơn so với nhóm học vấn có trình độ tiểu học đến trung học phổ có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Các yếu tố giới, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, bảo hiểm y tế, điều kiện kinh tế, giữa người điều trị lao lần đầu và lần 2, điều kiện có người nhà quan tâm chăm sóc không liên quan tới sự tuân thủ điều trị ở bệnh nhân lao (p> 0,05)

VI. KHUYẾN NGHỊ

Đối với bệnh viện Đa khoa Hà Đông: Cần tiếp tục triển khai và duy trì nguồn thuốc lao miễn phí thuộc chương trình Quỹ Toàn Cầu và có chính sách ưu tiên cho bệnh nhân lao đến khám, thực hiện xét nghiệm, thăm khám, lấy thuốc lao được nhanh nhất. Đối với phòng khám Hô hấp: cần tiếp tục tăng cường công tác truyền thông giáo dục cho gia đình bệnh nhân, bệnh nhân và cộng đồng về tầm quan trọng của tuân thủ điều trị bệnh Lao và tăng cường phối hợp với gia đình người bệnh, tư vấn cho gia đình bệnh nhân những kiến thức về bệnh lao, phối hợp giám sát quá trình tuân thủ điều trị của bệnh nhân, chú ý nguyên tắc đủ thời gian và thực hiện khám, xét nghiệm theo quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2013). Global Tuberculosis Report 2013.
2. **Nguyễn Danh Hưng** (1998). Một số yếu tố ảnh hưởng đến điều trị lao phổi ở huyện Châu Giang - Hưng Yên, Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng Hà nội
3. **Nguyễn Đăng Trường** (2009). Đánh giá việc tuân thủ điều trị lao tại cộng đồng huyện Thanh Trì Hà Nội năm 2009, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng
4. **Uông Thị Mai Loan** (2010). Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới tuân thủ điều trị lao tại phòng khám lao Hai Bà Trưng - Hà Nội năm 2009, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng
5. **Nguyễn Ngọc Hà** (2013). Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới tuân thủ điều trị của bệnh nhân lao phổi tại phòng khám lao quận Hoàng Mai, Hà Nội năm 2103, Luận văn tốt nghiệp y tế công cộng, Trờng Đại học Y tế Công cộng.
6. **Bùi Tòng Nguyên, Bùi Thị Tú Quyên** (2022). Khảo sát tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lao phổi được quản lý điều trị ngoại trú tại huyện Chợ Mới, tỉnh An Giang năm 2021, Tạp chí nghiên cứu Sức khỏvà phát triển, tập 6, số 3, tr 126-133
7. **Trần Văn Trung, Nguyễn Thị Thanh Nhàn** (2024). Đánh giá sự tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lao điều trị ngoại trú tại bệnh viện lao và bệnh phổi tỉnh Khánh Hòa, Tạp chí Y học Việt Nam, số 3, tr 329-333.
8. **Hà Văn Như, Nguyễn Xuân Tình** (2014). Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân lao và một số yếu tố liên quan tại phòng khám ngoại trú bệnh viện lao và bệnh phổi Bác giang năm 2013, Y Học thực hành, số 2, tr 43-47.
9. **Nguyễn Thị Hoài Thương** (2023). Tuân thủ điều trị của người bệnh lao ngoại trú tại bệnh viện phổi Hà Tĩnh năm 2022 và một số yếu tố ảnh hưởng," Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y tế Công cộng.
10. **Nguyễn Ngọc Hân** (2005). Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới việc tuân thủ nguyên tắc điều trị của bệnh nhân lao được quản lý điều trị tại quận hoàn kiếm hà nội, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng.

DỰ BÁO NGUY CƠ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH TRONG 10 NĂM THEO THANG ĐIỂM FRAMINGHAM Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐƯỢC QUẢN LÝ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Vũ Thị Thảo Hiền[1], Lê Hoàng Tú[1], Đỗ Hữu Nghị[1], Đỗ Thùy Linh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nguy cơ mắc bệnh động mạch vành (ĐMV) trong 10 năm theo thang điểm Framingham và xác định các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp (THA) được quản lý ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

Đối tượng - Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 300 bệnh nhân THA nguyên phát, tuổi 30–79, được theo dõi ngoại trú tại bệnh viện từ 01/2023 đến 01/2024. Dữ liệu được thu thập qua thăm khám lâm sàng, xét nghiệm máu và áp dụng công thức tính điểm Framingham (FRS) theo hướng dẫn ATP III.

Kết quả: 11,7% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao (>20%), 61,0% nhóm trung bình, và 27,3% nhóm thấp. Nguy cơ ĐMV tăng theo tuổi, cao hơn ở nam giới, người hút thuốc, HDL-C thấp, THA chưa kiểm soát, thừa cân và có dày thất trái.

Kết luận: FRS là công cụ đơn giản, hữu ích trong phân tầng nguy cơ tim mạch, giúp định hướng điều trị và dự phòng phù hợp cho bệnh nhân THA tại tuyến tỉnh.

Từ khóa: thang điểm Framingham, bệnh động mạch vành, tăng huyết áp, nguy cơ tim mạch, phân tầng nguy cơ.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thảo Hiền
Email: vthaohien@gmail.com
SĐT: 0902594564
Ngày nhận bài: 10/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 07/4/2025
Ngày duyệt bài: 08/5/2025

SUMMARY

PREDICTED 10-YEAR CORONARY ARTERY DISEASE RISK ACCORDING TO THE FRAMINGHAM SCORE IN HYPERTENSIVE PATIENTS MANAGED AT HA DONG GENERAL HOSPITAL

Objectives: To assess the 10-year coronary artery disease (CAD) risk using the Framingham Risk Score (FRS) and analyze related factors in hypertensive patients managed at Ha Dong General Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 300 hypertensive patients aged 30–79 years, managed from January 2023 to January 2024. Data were collected through clinical examination and laboratory tests, and FRS was calculated using the ATP III criteria.

Results: High-risk group accounted for 11.7%, intermediate 61.0%, and low 27.3%. CAD risk was higher in older patients, males, smokers, those with low HDL-C, uncontrolled hypertension, overweight, and left ventricular hypertrophy.

Conclusions: The Framingham Risk Score is a simple and practical tool for cardiovascular risk stratification, suitable for application in provincial-level outpatient hypertension management.

Keywords: Framingham score, coronary artery disease, hypertension, cardiovascular risk, risk prediction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến nhất trên toàn cầu, ảnh hưởng đến khoảng 1,28 tỷ người trưởng thành, trong đó gần 2/3 sống tại các nước thu nhập trung bình và thấp [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ THA ngày càng tăng và có xu hướng trẻ hóa, đặc biệt ở nhóm tuổi 30–40 [2].

Bệnh động mạch vành (ĐMV) là một trong những biến chứng nặng nề nhất của THA và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do tim mạch [3]. Nguy cơ mắc ĐMV ở người THA cao hơn từ 2 đến 3 lần so với người bình thường [4], đặc biệt khi kết hợp với các yếu tố như hút thuốc, rối loạn lipid máu, béo phì, hoặc dày thất trái [5].

Thang điểm Framingham (Framingham Risk Score – FRS) là công cụ được Tổ chức Y tế Thế giới và Bộ Y tế Việt Nam khuyến cáo sử dụng trong phân tầng nguy cơ tim mạch toàn thể [1], [6]. Ưu điểm của FRS là đơn giản, áp dụng rộng rãi và phù hợp với cả tuyến y tế cơ sở, giúp dự báo nguy cơ mắc bệnh ĐMV trong 10 năm dựa trên các yếu tố như tuổi, giới, huyết áp, nồng độ cholesterol, HDL-C và thói quen hút thuốc [3].

Tuy nhiên, việc ứng dụng FRS ở bệnh nhân THA tại các cơ sở tuyến tỉnh hiện còn hạn chế. Bệnh viện Đa khoa Hà Đông là đơn vị quản lý ngoại trú cho số lượng lớn bệnh nhân THA, tuy nhiên chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá nguy cơ mắc bệnh ĐMV theo FRS tại đây.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm:

1. Mô tả phân bố mức nguy cơ mắc bệnh ĐMV trong 10 năm theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân THA nguyên phát tại bệnh viện Hà Đông

2. Phân tích mối liên quan giữa nguy cơ bệnh ĐMV với các yếu tố dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

300 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát, tuổi từ 30 đến 79, được theo dõi và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Được chẩn đoán THA nguyên phát theo tiêu chuẩn Bộ Y tế.
- Không có tiền sử nhồi máu cơ tim hoặc can thiệp mạch vành.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có đái tháo đường, bệnh thận mạn giai đoạn ≥3, ung thư, hoặc đang trong tình trạng cấp cứu.
- Dữ liệu hồ sơ không đầy đủ.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Chỉ số nghiên cứu:

Thu thập các đặc điểm: tuổi, giới, BMI, tiền sử gia đình bệnh ĐMV, hút thuốc, huyết áp tâm thu, cholesterol toàn phần, HDL-C, có điều trị THA hay không, tình trạng dày thất trái trên siêu âm tim.

Phân loại nguy cơ:

Áp dụng thang điểm Framingham (ATP III – 2001) để phân loại nguy cơ mắc bệnh ĐMV trong 10 năm:

- Thấp: <10%, Trung bình: 10–20%, Cao: >20% [3].

Xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ (%), kiểm định Chi-square. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với nhóm FRS cao được phân tích bằng hồi quy logistic đa biến với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố mức độ nguy cơ bệnh ĐMV theo thang điểm Framingham

Mức độ nguy cơ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thấp (<10%)	82	27,3
Trung bình	183	61,0
Cao (>20%)	35	11,7

Nhận xét: Phân bố điểm nguy cơ cho thấy phần lớn bệnh nhân tăng huyết áp thuộc nhóm nguy cơ trung bình theo thang điểm Framingham. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ cao chiếm 11,7%, phản ánh một tỷ lệ nhất định người bệnh có khả năng tiến triển biến cố mạch vành trong 10 năm, ngay cả trong điều kiện đang được theo dõi ngoại trú.

Bảng 2. Mối liên quan giữa nguy cơ FRS và giới tính

Giới	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Nam	32 (21,9%)	84 (57,5%)	30 (20,5%)
Nữ	50 (30,3%)	99 (60,0%)	5 (3,0%)

Nhận xét: Tỷ lệ nguy cơ Framingham cao ở bệnh nhân nam cao hơn rõ rệt so với nữ giới. Sự khác biệt này phù hợp với dữ liệu dịch tễ học tim mạch hiện nay, cho thấy giới tính nam là yếu tố độc lập góp phần làm gia tăng xác suất xuất hiện biến cố mạch vành, đặc biệt khi đi kèm các yếu tố nguy cơ đồng thời như hút thuốc hoặc rối loạn lipid máu [3], [5].

Bảng 3. Mối liên quan giữa nguy cơ FRS và nhóm tuổi

Nhóm tuổi (năm)	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
30–49	34	40	3
50–59	18	47	6
60–69	21	58	12
≥70	9	38	14

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ Framingham cao tăng dần theo độ tuổi, đặc biệt rõ rệt ở nhóm ≥70 tuổi (40,0%). Xu hướng này phản ánh vai trò của quá trình lão hóa mạch máu và sự tích lũy các yếu tố nguy cơ tim mạch theo thời gian, tương ứng với kết luận của các nghiên cứu Framingham gốc và các nghiên cứu khu vực châu Á [3], [4], [7].

Bảng 4. Mối liên quan giữa nguy cơ FRS và hút thuốc lá

Hút thuốc	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có	10 (9,5%)	71 (67,6%)	24 (22,9%)
Không	72 (36,4%)	112 (56,6%)	11 (5,5%)

Nhận xét: Tỷ lệ nguy cơ cao ở nhóm hút thuốc cao hơn đáng kể so với nhóm không hút (22,9% so với 5,5%). Kết quả này củng cố bằng chứng về mối liên hệ giữa thói quen hút thuốc và nguy cơ xơ vữa mạch máu, qua đó khẳng định giá trị dự phòng của việc can thiệp hành vi hút thuốc trong quản lý bệnh tăng huyết áp và phòng ngừa tiên phát bệnh tim mạch [6], [9].

Bảng 5. Mối liên quan giữa nguy cơ FRS và chỉ số BMI

Phân loại BMI	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Gầy	18 (22,0%)	57 (70,0%)	7 (9,0%)
Bình thường	23 (29,0%)	44 (56,0%)	11 (14,0%)
Thừa cân	36 (29,0%)	72 (58,0%)	16 (13,0%)
Béo phì	5 (31,0%)	10 (62,0%)	1 (6,0%)

Nhận xét: Tỷ lệ nguy cơ cao tập trung nhiều ở nhóm thừa cân và BMI bình thường. Trong khi đó, tỷ lệ này ở nhóm béo phì thấp hơn, có thể do quy mô mẫu nhỏ hoặc sự sai lệch trong phân loại bằng chỉ số BMI đơn thuần. Kết quả gợi ý rằng các thang phân loại dựa trên BMI nên được sử dụng thận trọng và nên kết hợp với các chỉ số đánh giá chuyển hóa hoặc mỡ nội tạng trong nghiên cứu sâu hơn [4], [8].

Bảng 6. Mối liên quan giữa nguy cơ FRS và tiền sử gia đình bệnh ĐMV

Tiền sử gia đình ĐMV	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có	12	43	20
Không	70	140	15

Nhận xét: Tỷ lệ nguy cơ cao ở nhóm có tiền sử gia đình mắc bệnh ĐMV cao hơn nhóm không có (28,6% so với 6,7%), cho thấy yếu tố di truyền có vai trò nhất định trong xác suất mắc bệnh mạch vành ở bệnh nhân THA. Phát hiện này phù hợp với các mô hình dự báo nguy cơ quốc tế, trong đó tiền sử gia đình thường được đưa vào như một yếu tố làm tăng đáng kể điểm nguy cơ tổng thể [9], [10].

Bảng 7. Mối liên quan giữa nguy cơ FRS và dày thất trái trên siêu âm tim

Dày thất trái	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có	10 (9,5%)	76 (72,4%)	34 (33,0%)
Không	72 (36,2%)	107 (53,8%)	1 (0,9%)

Nhận xét: Tỷ lệ nguy cơ cao ở nhóm có dày thất trái vượt trội so với nhóm không có (33,0% so với 0,9%). Kết quả này cho thấy dày thất trái – một biểu hiện tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp – có liên hệ rõ rệt với khả năng tiến triển bệnh mạch vành. Dày thất trái đã được chứng minh là yếu tố tiên lượng mạnh về biến cố tim mạch trong nhiều nghiên cứu quốc tế và được đưa vào hướng dẫn điều trị tăng huyết áp của ESC/ESH [10].

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tổng quan nguy cơ mắc bệnh ĐMV theo thang điểm Framingham

Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông cho thấy phần lớn bệnh nhân tăng huyết áp (THA) rơi vào nhóm nguy cơ trung bình (61,0%) và nguy cơ cao (11,7%) theo thang điểm Framingham. Tỷ lệ này phản ánh thực tế rằng phần lớn bệnh nhân THA ngoại trú, dù không có biểu hiện triệu chứng rõ ràng, vẫn tiềm ẩn khả năng tiến triển thành bệnh động mạch vành (ĐMV) trong vòng 10 năm nếu không được can thiệp thích hợp.

So sánh với nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên của Nguyễn Thị Như Hoa (2021), tỷ lệ nguy cơ cao tại Hà Đông thấp hơn (11,7% so với 18,0%) [12].

Sự khác biệt này có thể xuất phát từ yếu tố địa lý, đặc điểm dân số, mô hình quản lý bệnh và độ tiếp cận y tế khác nhau giữa hai cơ sở. Một số nghiên cứu tại các thành phố lớn như TP.HCM còn ghi nhận tỷ lệ nguy cơ cao theo FRS vượt 40% ở nhóm bệnh nhân THA có kèm các yếu tố nguy cơ chuyển hóa [13].

Ngoài ra, mức độ kiểm soát huyết áp và lipid máu tại cơ sở tuyến tỉnh như Hà Đông được cải thiện trong những năm gần đây nhờ triển khai chương trình quản lý bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng. Đây có thể là một trong những nguyên nhân khiến tỷ lệ nguy cơ cao thấp hơn các nghiên cứu trước đó.

4.2. Mối liên quan giữa nguy cơ Framingham và các yếu tố nguy cơ

Tuổi là một trong những yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến nguy cơ bệnh ĐMV trong nghiên cứu này. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ cao tăng dần theo nhóm tuổi, đặc biệt nổi bật ở nhóm ≥70 tuổi (28%). Kết quả này phù hợp với nhận định của Wilson và cộng sự trong nghiên cứu Framingham gốc [3], và với nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương (2020) [8].

Giới tính nam được xác định là yếu tố nguy cơ không thay đổi, với tỷ lệ nguy cơ cao trong nghiên cứu này cao gấp gần 7 lần nữ giới. Điều này trùng hợp với kết quả của Bi Thu Thảo tại TP.HCM [9].

Thói quen hút thuốc lá có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ tim mạch. Trong nghiên cứu này, nhóm hút thuốc có tỷ lệ nguy cơ cao là 22,9%, cao hơn gần 5 lần nhóm không hút thuốc. Kết quả này phù hợp với phân tích của D'Agostino và cộng sự (2008) [5].

Nồng độ HDL-C thấp là một yếu tố có ảnh hưởng đáng kể đến điểm FRS trong nghiên cứu này. Trong nghiên cứu tại Thái Nguyên, bệnh nhân có HDL-C thấp chiếm tới 50% nhóm nguy cơ cao [9]. HDL-C có vai trò chống oxy hóa, chống viêm và vận chuyển ngược cholesterol khỏi mạch máu [6].

Chỉ số khối cơ thể (BMI) có mối liên quan tương đối với nguy cơ tim mạch trong nghiên cứu này. Một số nghiên cứu như của Nguyễn Hồng Huệ (2014) và Tô Thị Mai Hoa (2015) cũng ghi nhận rằng bệnh nhân thừa cân – béo phì có nguy cơ mắc bệnh ĐMV cao hơn [10], [9].

Tiền sử gia đình mắc bệnh ĐMV là một yếu tố nguy cơ không thể thay đổi. Trong nghiên cứu này, nhóm có tiền sử gia đình có tỷ lệ nguy cơ cao gần gấp 4 lần so với nhóm không có. Điều này phù hợp với các quan sát lâm sàng và nghiên cứu tại Mỹ [4], [9].

Dày thất trái trên siêu âm tim – một hậu quả của THA kéo dài – cũng cho thấy mối liên hệ mạnh với nguy cơ cao theo Framingham. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân có dày thất trái có tỷ lệ nguy cơ cao tới 33%, trong khi ở nhóm không có gần như không đáng kể (0,9%). Điều này phù hợp với hướng dẫn của ESC/ESH (2018) [1].

4.3. So sánh với các nghiên cứu quốc tế và vai trò ứng dụng thang điểm Framingham

So với nghiên cứu Framingham gốc [3], kết quả tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ cao thường thấp hơn. Sự khác biệt này phản ánh ảnh hưởng của lối sống, chế độ ăn và chủng tộc trong tiên lượng bệnh tim mạch.

Mặc dù được phát triển tại Mỹ, thang điểm FRS đã được xác thực ở nhiều nước châu Á [9]. FRS dễ áp dụng, ít tốn kém và phù hợp với tuyến cơ sở. Hướng dẫn của Bộ Y tế (2022) cũng khuyến cáo sử dụng FRS trong đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân THA [7].

Tại Hà Đông – đơn vị tuyến cơ bản, việc triển khai FRS giúp nhận diện bệnh nhân có nguy cơ cao để theo dõi sát, can thiệp sớm, phân bổ nguồn lực hợp lý và nâng cao hiệu quả quản lý bệnh tim mạch ngoài cộng đồng.

4.4. Hạn chế và định hướng nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, không theo dõi biến cố thực tế nên chưa thể đánh giá giá trị tiên lượng lâu dài của FRS. Một số yếu tố nguy cơ khác chưa được đưa vào mô hình (stress, vận động, dinh dưỡng…). Cỡ mẫu còn giới hạn ở một bệnh viện, cần nghiên cứu đa trung tâm trong tương lai. Việc kết hợp FRS với hệ thống hồ sơ sức khỏe điện tử sẽ hỗ trợ tốt hơn cho quản lý bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông thuộc nhóm nguy cơ trung bình và cao mắc bệnh động mạch vành trong 10 năm theo thang điểm Framingham. Các yếu tố liên quan mật thiết đến nguy cơ cao bao gồm: tuổi cao, giới nam, hút thuốc lá, HDL-C thấp, huyết áp chưa kiểm soát, thừa cân – béo phì, tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch và dày thất trái trên siêu âm tim.

Thang điểm Framingham là công cụ đơn giản, dễ áp dụng, có giá trị trong phân tầng nguy cơ tim mạch tại các cơ sở y tế cấp cơ bản. Việc triển khai đánh giá định kỳ FRS ở bệnh nhân THA giúp định hướng điều trị phù hợp và dự phòng sớm các biến cố tim mạch, góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh trong cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO Việt Nam.** Kiểm soát huyết áp: chìa khóa sống khỏe mạnh. Cập nhật tháng 5/2023. https://yte.nghean.gov.vn/tin-chuyen-nganh/kiem-soat-huyet-ap-chia-khoa-song-khoe-manh-656888
2. **Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D, et al.** Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories. Circulation. 1998;97(18): 1837–1847. https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.CIR.97.18.1837
3. **D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, et al.** General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation. 2008;117(6):743–753. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa064278
4. **Bộ Y tế Việt Nam.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp – Quyết định số 5644/QĐ-BYT ngày 31/12/2022. https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyet-dinh-5644-QD-BYT-2022-Huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-tang-huyet-ap-497568.aspx
5. **Nguyễn Minh Phương.** Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2020. Tạp chí Y học Thực hành, 2021.
6. **Bùi Thu Thảo.** Đánh giá nguy cơ tim mạch toàn bộ ở bệnh nhân tăng huyết áp theo thang điểm Framingham. Tạp chí Y học TP.HCM, 2019.
7. **Nguyễn Hồng Huệ.** Đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân tăng huyết áp có rối loạn lipid máu. Tạp chí Nội khoa Việt Nam, 2014.
8. **Tô Thị Mai Hoa.** Đánh giá một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Tạp chí Y học Việt Nam, 2015.
9. **Nguyễn Thị Như Hoa.** Dự báo nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Luận văn ThS Y học nội khoa. Thái Nguyên, 2021.
10. **Nguyen Ngoc Phuong Thu.** Nghiên cứu nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp tại BV 115. Y học TP.HCM, 2018.

NHẬN XÉT MỘT SỐ RỐI LOẠN NHỊP TIM TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP BẰNG HOLTER ĐIỆN TIM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN HOÀI ĐỨC TỪ THÁNG 2/2024 ĐẾN THÁNG 9/2024

Nguyễn Thu Hà[1], Đoàn Thịnh Trường[1], Đoàn Thị Lan Anh[1]
Trần Thị Hương[1], Hoàng Phương Linh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm các loại rối loạn nhịp tim (RLNT) ở bệnh nhân tăng huyết áp (THA) bằng holter điện tim tại bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhịp tim trên bệnh nhân tăng huyết áp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) đang điều trị nội trú tại khoa Tim mạch – Lão học bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức được chẩn đoán THA các giai đoạn. Nghiên cứu mô tả, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Kết quả: Có 44 BN trong nghiên cứu, nam chiếm 36,4%, nữ chiếm 63,6%, tuổi trung bình 64,2 tuổi. Các bệnh nhân có mức độ tăng huyết áp khác nhau và có thời gian mắc bệnh khác nhau. Có 95,5% người bệnh trong nghiên cứu có RLNT, tỉ lệ có rối loạn nhịp (RLN) giữa nam và nữ không có khác biệt. RLN hay gặp nhất là ngoại tâm thu trên thất (79,5%), rung nhĩ chiếm 6,8%, nhịp chậm xoang chiếm 11,4%, ngừng xoang > 2s chiếm 11,4%, ngoại tâm thu (NTT) thất đơn dạng chiếm 36,4%, NTT thất đa dạng chiếm 29,5%. Các yếu tố phân độ tăng huyết áp, số năm mắc bệnh, dày thất trái đều liên quan tới tỉ lệ các dạng rối loạn nhịp. Các yếu tố giới tính, BMI không có mối liên quan tới tỉ lệ các dạng rối loạn nhịp.

Kết luận: Tỉ lệ rối loạn nhịp tim phức tạp gặp nhiều hơn ở nhóm số năm mắc bệnh càng cao, ở nhóm kiểm soát huyết áp kém và ở nhóm có phì đại thất trái. Tuy nhiên vẫn có rối loạn nhịp tim phức tạp gặp ở nhóm kiểm soát huyết áp tốt.

Từ khóa: Rối loạn nhịp tim; Tăng huyết áp; Holter điện tim.

SUMMARY

SOME MANIFESTATIONS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS AMONGST HYPERTENSIVE PATIENTS USING HOLTER ELECTROCARDIOGRAPHY AT HOAI DUC GENERAL HOSPITAL BETWEEN FEBRUARY, 2024 AND SEPTEMBER, 2024

Objectives: To depict some presentations of cardiac arrhythmias amongst hypertensive patients using Holter electrocardiography at Hoai Duc General Hospital in 2024 and to evaluate some risk factors for arrhythmia detected in these patients.

Subjects and methods: This was a descriptive, retrospective and prospective study conducted on patients receiving inpatient treatment at Geriatric Cardiology Department, Hoai Duc General Hospital. These participants were diagnosed with hypertension of all stages.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Huyện Hoài Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thịnh Trường
Email: bsdoanthinhtruong@gmail.com
SĐT: 0912159269
Ngày nhận bài: 11/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 08/4/2025
Ngày duyệt bài: 09/5/2025

Results: There was a total of 44 enrolled study patients with a mean age of 64.2 years, of which 36.4% were males and 63.6% were females. The degree and duration of hypertension amongst participants varied. In the present study, 95.5% of the patients developed cardiac arrhythmia but no gender difference in this incidence rate was observed. The most frequently encountered arrhythmia was premature ventricular complex (79.5%) whereas atrial fibrillation was seen in 6.8%, sinus bradycardia and sinus pause of 2 or more seconds' duration shared the same rate in 11.4%, unifocal and multifocal ventricular premature contractions were found in 3.4% and 29.5%, respectively. Such factors as hypertension staging and duration, left ventricular hypertrophy were associated with categories of arrhythmia whilst gender and BMI were not.

Conclusions: More severe arrhythmia condition was frequently encountered in those who had long duration of hypertension, poor control of blood pressure and left ventricular hypertrophy; however, patients with well-controlled blood pressure occasionally experienced severe heart rhythm abnormalities.

Keywords: Cardiac arrhythmias; Hypertension; Holter electrocardiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điện tâm đồ thường quy không phát hiện ra tình trạng rối loạn nhịp trong ngày và đêm trong rất nhiều trường hợp, dễ bị bỏ sót chẩn đoán, khó tiên lượng. Holter điện tâm đồ là phương pháp ghi điện tâm đồ liên tục và không xâm lấn cả khi nghỉ ngơi và khi hoạt động, giúp chẩn đoán rối loạn nhịp tim và nhiều ứng dụng khác [6]. Việc phát hiện những rối loạn không dai dẳng giúp tiên lượng và có thể định hướng can thiệp phòng ngừa. Theo dõi holter giữ vai trò quan trọng trong phát hiện một số rối loạn nhịp trong các bệnh lý tim mạch như sau nhồi máu cơ tim, bệnh cơ tim, và suy tim ứ huyết. Vì lý do đó chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: "**Nhận xét một số rối loạn nhịp tim trên bệnh nhân tăng huyết áp bằng holter điện tim tại bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức"** với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm các loại rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân tăng huyết áp bằng holter điện tim tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhịp tim trên bệnh nhân tăng huyết áp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

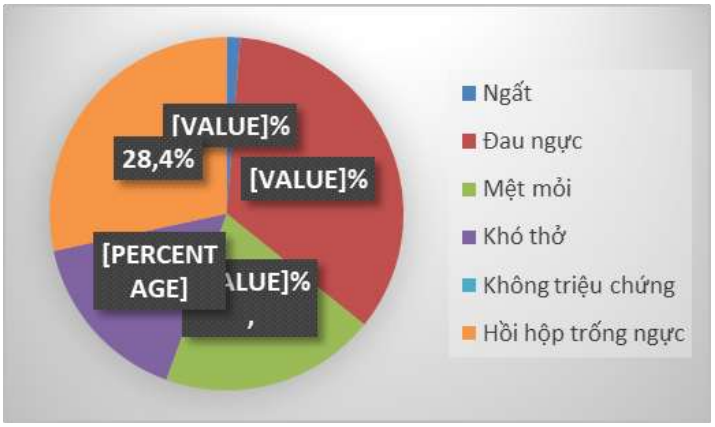
2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại khoa Tim mạch – Lão học bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức được chẩn đoán THA các giai đoạn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Có 44 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nam chiếm 36,4%, nữ chiếm 63,6%, tuổi trung bình 64,2. Các bệnh nhân có từ 1 – 3 triệu chứng cơ năng, tỉ lệ các triệu chứng cơ năng gặp phải nhiều nhất là đau ngực (34,6%), ít nhất là ngất (1,2%), không có ca nào không có triệu chứng.



Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ các triệu chứng cơ năng bệnh nhân gặp phải

Các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm chiếm tỉ lệ nhiều nhất 50%, sau đó là 5 đến 10 năm chiếm 38,6% và có 11,4% là trên 10 năm. Các bệnh nhân có huyết áp bình thường – cao, tăng huyết áp độ 1, tăng huyết áp độ 2, cơn tăng huyết áp chiếm tỉ lệ lần lượt là 22,7%, 52,3%, 13,6%và 11,4%. Có 68,2% người bệnh có chỉ số BMI bình thường.

3.2. Đặc điểm rối loạn nhịp tim của bệnh nhân THA

Bảng 3.2. Tỉ lệ có rối loạn nhịp tim theo giới tính

	Nam	**Nữ**	**p**
Không rối loạn nhịp (RLN)	0	7,1%	>0,05
Có rối loạn nhịp (RLN)	100%	92,9%	

Nhận xét: Giữa hai nhóm bệnh nhân nam và nữ thì phần lớn bệnh nhân là có rối loạn nhịp, không có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ có rối loạn nhịp theo giới tính.

Bảng 3.3. Tỉ lệ có rối loạn nhịp theo BMI

	BMI <18,5	**18,5 ≤ BMI < 25**	**BMI ≥ 25**	**p**
Không RLN	0	7,7%	0	>0,05
Có RLN	100%	93,9%	100%	

Nhận xét: Giữa ba nhóm bệnh nhân thì phần lớn bệnh nhân là có rối loạn nhịp, không có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ có rối loạn nhịp theo BMI.

Bảng 3.4. Tỉ lệ các dạng rối loạn nhịp theo số năm mắc bệnh

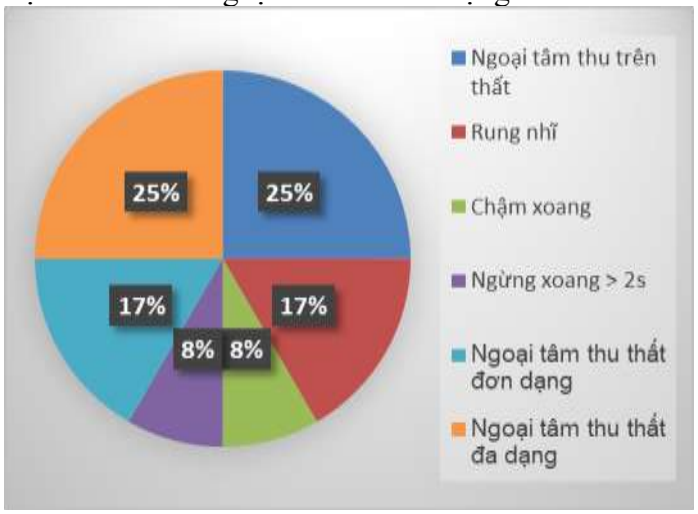
	< 5 năm	**Từ 5-10 năm**	**> 10 năm**
Không RLN	9,1%	0	0
Có RLN	91%	100%	100%
Ngoại tâm thu trên thất	81,8%	82,4%	60%
Rung nhĩ	4,5%	5,9%	20%
Chậm xoang	9,1%	5,9%	40%
Ngừng xoang > 2s	4,5%	11,4%	40%
Ngoại tâm thu thất đơn dạng	36,4%	41,2%	40%
Ngoại tâm thu thất đa dạng	18,2%	35,3%	60%

Nhận xét: Giữa ba nhóm bệnh nhân thì phần lớn bệnh nhân là có rối loạn nhịp, không có rối loạn nhịp xuất hiện ở số năm < 5 năm. Ngoại tâm thu trên thất chiếm tỉ lệ nhiều nhất ở nhóm < 5 năm và từ 5 - 10 năm, ngoại tâm thu thất đơn dạng cũng nhiều hơn đa dạng ở 2 nhóm này. Ở nhóm > 10 năm ngoại tâm thu thất đa dạng nhiều hơn đơn dạng. Rung nhĩ, nhịp chậm xoang, ngừng xoang > 2s có ở tất cả các nhóm.

Bảng 3.5. Tỉ lệ các dạng rối loạn nhịp theo phân độ tăng huyết áp.

	HA bình thường-cao	THA độ 1	THA độ 2	Cơn THA
Không RLN	**0**	**8,7%**	**0**	**0**
Có RLN	**100%**	**91,3%**	**100%**	**100%**
NTT trên thất	90%	73,9%	100%	60%
Rung nhĩ	0	8,7%	0	20%
Chậm xoang	10%	8,7%	16,7%	20%
Ngừng xoang > 2s	0	13%	16,7%	20%
NTT thất đơn dạng	50%	26,1%	33,3%	60%
NTT thất đa dạng	20%	36,1%	0	40%

Nhận xét: Bốn nhóm bệnh nhân phần lớn là có rối loạn nhịp tim, rối loạn nhịp trên thất chiếm chủ yếu và nhiều nhất là ngoại tâm thu trên thất. Ngoại tâm thu đa dạng có ở trong nhóm tăng huyết áp độ 1 nhiều hơn ngoại tâm thu đơn dạng.



Biểu đồ 3.2. Tỉ lệ các dạng rối loạn nhịp ở bệnh nhân dày thất trái

Nhận xét: Ngoại tâm thu trên thất và ngoại tâm thu thất đa dạng gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân có dày thất trái.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhận xét về một vài đặc điểm nhận thấy ở đối tượng nghiên cứu:

Các bệnh nhân đã có tiền sử tăng huyết áp đã và đang sử dụng các nhóm thuốc hạ áp và mức độ kiểm soát huyết áp là khác nhau. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,2 cũng tương tự như nghiên cứu của Đỗ Châu Lan Hương [1] có độ tuổi trung bình là 65,5; cao hơn so với độ tuổi trung bình trong

nghiên cứu của Nguyễn Minh Kha [2] là 54,6. Tỉ lệ mắc bệnh thời gian dưới 5 năm là nhiều nhất (50%), và trên 10 năm là ít nhất (11,4%), chủ yếu là THA độ 1. Lý do bởi cơ bản các bệnh nhân đều đã bước đầu được kiểm soát huyết áp, nhưng chưa đạt mục tiêu điều trị tối ưu theo các khuyến cáo hiện hành, cho nên vẫn còn các ca THA độ 2 và đặc biệt có các ca có cơn THA là những ca kiểm soát kém. Ở nhóm BN gầy, bình thường hay thừa cân thì phần lớn đều có rối loạn nhịp. Triệu chứng đau ngực và hồi hộp trống ngực là triệu chứng chiếm tỉ lệ nhiều nhất (35% và 28%), khó thở và mệt mỏi có tỉ lệ gần tương đồng với nhau. So với nghiên cứu Nguyễn Minh Kha [2] thì triệu chứng gây khó chịu và hay gặp nhất là hồi hộp trống ngực (35,4%) cũng có sự tương đồng, và có 9,6% bệnh nhân không có triệu chứng gì trong khi nghiên cứu của chúng tôi thì không có nhóm bệnh nhân này. RLNT xảy ra đã ảnh hưởng đến việc cung cấp máu của tuần hoàn vành dẫn đến triệu chứng đau ngực, bệnh nhân cảm giác tim đập hồi hộp do nhịp tim bị rối loạn, không đều, sau đó là các cảm giác khó chịu khác, ngất sẽ xảy ra nếu có hạ huyết áp tư thế và đôi khi chỉ là bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi. Không có mối liên quan giữa số lượng triệu chứng cơ năng với mức độ phức tạp của RLN.

Không có sự khác biệt nhiều về phân độ tăng huyết áp giữa 2 nhóm bệnh nhân nam và nữ, chủ yếu là tăng huyết áp độ 1 (59,1%), chỉ có 9,1% ca có cơn tăng huyết áp, trong khi số năm mắc bệnh trên 10 năm thì có tới 60% là cơn tăng huyết áp. Điều đó có thể cho thấy với số năm mắc THA càng nhiều thì càng khó kiểm soát huyết áp của bệnh nhân và tần suất xuất hiện cơn THA cũng nhiều hơn.

4.2. Nhận xét một số đặc điểm rối loạn nhịp tim gặp ở đối tượng nghiên cứu:

Tỉ lệ rối loạn nhịp trên thất và rối loạn nhịp thất theo số năm mắc bệnh: Số năm mắc THA càng lâu thì sự biến đổi cấu trúc thất trái càng nhiều, có thể gặp nhiều hơn các ca có rối loạn dẫn truyền trong nội tại thất trái.

Tỉ lệ rối loạn nhịp trên thất và rối loạn nhịp thất theo phân độ THA: Ở nhóm cơn THA thì tỉ lệ RLN thất nhiều hơn và có 100% ca đều xuất hiện RLN này. Đây là là nhóm kiểm soát huyết áp kém nhất nên khả năng nhóm này cũng có biến đổi cấu trúc thất trái là nhiều nhất so với các nhóm còn lại.

Tỉ lệ các dạng RLN trên thất theo số năm mắc bệnh: Ở nhóm "trên 10 năm" thì có tỉ lệ rung nhĩ, nhịp chậm xoang, ngừng xoang > 2s nhiều hơn so với 2 nhóm "dưới 5 năm" và nhóm "từ 5 – 10 năm". Điều này cho thấy khi thời gian THA càng lâu thì không chỉ ảnh hưởng đến cấu trúc tâm thất mà lâu dần biến đổi cấu trúc tâm nhĩ cả nhĩ trái và nhĩ phải, nút xoang bị thay đổi khả năng chủ nhịp, cùng với các cơ chế phức tạp như cơ chế vòng vào lại tại tâm nhĩ hay hoạt động "nảy cò" tại tâm nhĩ.

Tỉ lệ các dạng RLN trên thất theo phân độ THA: Tỉ lệ NTT trên thất là nhiều nhất ở cả 4 nhóm phân độ THA. Bởi vì RLN do NTT trên thất thường dễ dàng xảy ra hơn cả do hoạt động của các ổ phát nhịp ngoại vi không phải nút xoang.

Tỉ lệ các dạng RLN thất theo phân độ THA: nhóm "THA độ 1" có tỉ lệ NTT thất đa dạng (Lown 3-5) nhiều hơn đơn dạng (Lown 1-2), các nhóm còn lại có tỉ lệ NTT thất đơn dạng nhiều hơn đa dạng. Điều này cho thấy mức độ phức tạp của NTT thất chưa rõ mối liên quan với các nhóm phân độ THA.

Tỉ lệ rung nhĩ gặp nhiều nhất ở nhóm "cơn THA" và nhóm " trên 10 năm". Tỉ lệ

ngừng xoang > 2s ở các ca bệnh chiếm khoảng 11,4% (5 ca/ 44 ca), là một trong những triệu chứng gợi ý bệnh lý suy nút xoang, có tỉ lệ cao hơn so với tỉ lệ suy nút xoang ở nghiên cứu của Đỗ Châu Lan Hương (8,3%) [1]. Tỉ lệ NTT thất đa dạng (Lown 3 – 5) ở nghiên cứu của chúng tôi chiếm đến 29,5% (13 ca/44 ca), cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Kha với NTT thất dày chỉ chiếm 12,4% [2].

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận ca nào có cơn nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh thất trong khi các nghiên cứu của Đỗ Châu Lan Hương [1], Nguyễn Minh Kha [2] và Trần Thị Mỹ Liên [3] đều gặp các ca rối loạn nhịp nguy hiểm này.

4.3. Nhận xét về một vài yếu tố liên quan đến rối loạn nhịp tim:

Chỉ có 2 ca bệnh/ 44 ca không có RLN chiếm 4,5%. Tỉ lệ này khác biệt so với nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Liên [3] thì có tới 16,6%.

Yếu tố chỉ số BMI: các dạng rối loạn nhịp cũng không nhận thấy mối liên quan nào với chỉ số BMI.

Yếu tố số năm mắc bệnh: Tỉ lệ RLNT tăng dần theo số năm mắc bệnh. Tỉ lệ NTT trên thất vẫn là cao nhất ở tất cả các nhóm, gặp càng nhiều ở những ca bệnh có số năm mắc bệnh ít, tỉ lệ NTT thất thì ngược lại tức là xuất hiện nhiều hơn ở những ca bệnh có số năm mắc bệnh nhiều. Thời gian mắc THA > 10 năm thì NTT thất càng phức tạp. Ở cả 3 nhóm đều tồn tại bệnh nhân có rung nhĩ, có nhịp chậm xoang và đoạn ngừng xoang > 2s điều đó chứng tỏ số năm mắc THA là bao nhiêu thì vẫn có tồn tại những rối loạn nhịp này.

Yếu tố mức độ tăng huyết áp: So sánh giữa các loại RLN trong cùng 1 nhóm huyết áp thì RLN trên thất vẫn chiếm chủ yếu so với RLN thất. Theo nghiên cứu Nguyễn Minh Kha [2] cũng cho thấy tỉ lệ NTT trên thất chiếm chủ yếu sau đó là NTT thất, có xu hướng giống với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Yếu tố dày thất trái: Ở nhóm bệnh nhân có PĐTT thì tỉ lệ có RLN là 100%. Khi có PĐTT thì RLN thất cũng trở nên nhiều hơn vả tỉ lệ RLN thất đa dạng cũng nhiều hơn so với đơn dạng (lần lượt là 50% và 33,3%). Lượng bệnh nhân có PĐTT trong nghiên cứu của chúng tôi không nhiều và đều chưa có suy giảm chức năng tâm thu thất trái cho nên chưa xuất hiện những RLN nguy hiểm như nhịp nhanh thất, ngoại tâm thu thất dạng R/T, nhưng cũng đã có những ca bệnh có RLN thất theo phân độ Lown là 4A, 4B.

V. KẾT LUẬN

5.1. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,2 tuổi. Không có sự khác biệt về phân độ tăng huyết áp giữa 2 nhóm bệnh nhân nam và nữ. Trong các triệu chứng cơ năng bệnh nhân gặp phải thì triệu chứng đau ngực và hồi hộp trống ngực là triệu chứng hay gặp nhất.

5.2. Trong nghiên cứu phần lớn bệnh nhân là có rối loạn nhịp (95,5%) và gần như không có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ có rối loạn nhịp theo giới tính.

5.3. Yếu tố BMI không thấy sự liên quan với mức độ RLN và các dạng RLN. Yếu tố mức độ THA, yếu tố số năm THA, yếu tố PĐTT đều có mối liên quan với mức độ RLN và tỉ lệ xuất hiện các dạng RLN phức tạp. Tỉ lệ rối loạn nhịp tim phức tạp gặp nhiều hơn ở nhóm số năm mắc bệnh càng cao, ở nhóm kiểm soát huyết áp kém và ở nhóm có phì đại thất trái. Tuy nhiên vẫn có rối loạn nhịp tim phức tạp gặp ở nhóm kiểm soát huyết áp tốt.

VI. KIẾN NGHỊ

6.1. Chúng tôi kiến nghị khoa Tim Mạch – Lão học sẽ tăng cường chỉ định phương pháp holter điện tim để giúp các bác sỹ nhìn nhận những vấn đề RLN mà bệnh nhân có thể gặp phải, từ đó tiên lượng được điều trị và cũng theo dõi được sự tuân thủ điều trị của NB.

6.2. Chúng tôi kiến nghị sẽ có thêm nhiều nghiên cứu nữa về phương pháp holter điện tâm đồ 24 giờ trên các đối tượng bệnh nhân, nhất là đối tượng bệnh nhân chưa có biểu hiện của dày thất trái và chức năng tâm thu thất trái bình thường hoặc bảo tồn, giúp phát hiện sớm các RLN tiềm ẩn và tiên lượng được các RLN phức tạp hơn có thể xảy ra khi tiến triển bệnh của NB càng nặng dần theo thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Châu Lan Hương và cộng sự** (2015), "Khảo sát giá trị holter điện tâm đồ 24 giờ trong phát hiện rối loạn nhịp tim tại BVTM An Giang 2-8/2011", [Trực tuyến] < http://benhvientimmachangiang.vn/Desktop Modules/NEWS/DinhKem/82_holter-ECG-Laokhoa.pdf >, xem 03/03/2024.
2. **Nguyễn Minh Kha** (2022), "Biến đổi nhịp tim và đặc điểm rối loạn nhịp trên Holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân Việt Nam có bệnh lý tim mạch". Tạp chí Y học Việt Nam, số 513 (3).
3. **Trần Thị Mỹ Liên, Văn Thị Ngọc Uyên và Lê Hữu Đồng** (2014). Nghiên cứu rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân tăng huyết áp bằng holter điện tim liên tục 24 giờ tại khoa tim mạch bệnh viện Thống Nhất TP HCM. [Trực tuyến] <https://timmachhoc.vn/nghien-cuu-roi-loan-nhip-tim-o-benh-nhan-tang-huyet-ap-bang-holter-dien-tim-lien-tuc-24-gio-tai-khoa-tim-mach-benh-vien-thong-nhat-tp-hcm>, xem 03/03/2024.
4. **Đoàn Thịnh Trường** (2021). Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương và rối loạn nhịp tim, biến thiên nhịp tim ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính có suy tim. Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân Y, 26-27.
5. **Trần Hoàng Dương, Lê Thị Thùy Linh** (2020). Mô tả rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim mạn tính có chức năng tâm thu thất trái giảm bằng Holter điện tâm đồ. Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình. Truy vấn từ https://hoabinhhospital.org.vn.
6. **Zimetbaum P.J., Josephson M.E.** (1999). The evolving role of ambulatory arrhythmia monitoring in general clinical practice. Ann Intern Med, 130(10): 848-856.
7. **Bellhassen B., Viskin S.** (1993). Idiopathic ventricular tarchycardia and fibrillation. J Cardiovas Electrophysiol, 356-368.
8. **Romhilt D.W., Bove K.E., et al** (1969). A critical appraisal of the electrocardiographic criteria for the diagnosis of left ventricular hypertrophy. Circulation, 40: 185, PubMed ID: 4240354.
9. **M. Sokolow and T. P. Lyon** (1949). The ventricular complex in left ventricular hypertrophy as obtained by unipolar precordial and limb leads. Am. Heart J, 37: 161–186.
10. **Devereux R.B., Phillips M.C., Casale P.N., Eisenberg R.R., Kligfield P. Geometric** (1983). Determinants of electrocardiographic left ventricular hypertrophy. Circulation, 67: 907–911.

ĐẶC ĐIỂM TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI TRÊN BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP SUY TIM MẠN

Đỗ Hữu Nghị[1], Nguyễn Thị Huế[1], Phạm Việt Hường[1], Trần Văn Phú[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm tràn dịch màng phổi trên siêu âm trên bệnh nhân đợt cấp suy tim mạn tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 85 bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp suy tim mạn được siêu âm màng phổi tại thời điểm trong 24 giờ khi nhập viện tại bệnh viện đa khoa Hà Đông từ tháng 3/2024 đến tháng 9/2024.

Kết quả: Có 41 bệnh nhân tràn dịch màng phổi với biểu hiện tràn dịch màng phổi phải là chủ yếu (44,7%), tràn dịch màng phổi trái (38,8%), tràn dịch màng phổi hai bên chiếm 36,4%. Phân độ tràn dịch màng phổi thành 3 nhóm: nhóm < 500 ml(70,8%), nhóm 500-1000 ml (14,6%), nhóm > 1000 ml (14,6%). Có 12 bệnh nhân được chọc dịch màng phổi: 100% dịch thấm, lượng dịch hút ra tương đồng với lượng dịch ước tính trên siêu âm.

Phù hai chi dưới là triệu chứng lâm sàng có mối tương quan với mức độ tràn dịch màng phổi (OR 0.32, p: 0.018).

Kết luận: Siêu âm màng phổi bệnh nhân đợt cấp suy tim mạn giúp chẩn đoán sớm và can thiệp sớm góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hữu Nghị
Email: dr.nghikcc@gamil.com
SĐT: 0355761869
Ngày nhận bài: 11/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 08/4/2025
Ngày duyệt bài: 09/5/2025

SUMMARY

CHARACTER OF PLEURAL EFFUSION IN AN ACUTE DECOMPENSATION OF CHRONIC HEART FAILURE

Objectives: Ultrasound characteristics of pleural effusion in patients with acute decompensation of chronic heart failure at Ha Dong Hospital.

Subjects and methods: Including 85 patients hospitalized for acute decompensation of chronic heart failure. Paitents had pleural ultrasound within 24 hours of admission from March 2024 to September 2024.

Results: There were 41 patients with pleural effusion, mainly right pleural effusion (44.7%), left pleural effusion (38.8%), bilateral pleural effusion accounted for 36.4%. Pleural effusion was classified into 3 groups: < 500 ml group (70.8%), 500-1000 ml group (14.6%), > 1000 ml group (14.6%). There were 12 patients who underwent thoracentesis: 100% of the effusion was transuded, the amount of fluid aspirated was similar to the amount of fluid estimated on ultrasound.

Edema of both lower limbs is a clinical symptom that correlates with the level of pleural effusion (OR 0.32, p: 0.018).

Conclusion: Pleural ultrasound in patients with an acute decompensation of chronic heart failure helps with early diagnosis and early intervention, contributing to improving the quality of treatment for patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một vấn đề nghiêm trọng của sức khỏe cộng đồng, ảnh hưởng đến 26 triệu ngời trên toàn thế giới[1]. Tỷ lệ mắc suy tim sau 30 năm gia tăng, đến nay đã có phần chững lại. Số liệu năm 2015 tại Hoa Kỳ, hội chứng suy tim đã ảnh hưởng đến 2,2 triệu người, tương đường 2,2% dân số[2]. Tỷ lệ này tại châu Âu cùng gần tương tự với 1-2% dân số[3]. Các nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ mắc suy tim ngày càng cao ở nhóm người lớn tuổi (>10% ở nhóm 80 tuổi)[2], cho thấy các loại thuốc cũng như các kỹ thuật hiện đại đã giúp bệnh nhân suy tim sống lâu hơn. Ở Việt Nam, tuy chưa có thống kê chính thức nhưng ước tính có khoảng 320000 đến 1,6 triệu người mắc suy tim, ước tín 1-1,5% dân số[4].

Thuật ngữ suy tim cấp (Acute Heart Failure AHF) theo khuyến cáo cửa Hội tim mạch Châu Âu ESC, đó là tình trạng liên quan đến việc khởi phát nhanh hoặc xấu đi của các triệu chứng và/hoặc các dấu hiệu suy tim , đe dọa tính mạng, thường đòi hỏi người bệnh phải nhập viện để đánh giá và điều trị khẩn cấp[3]. Trong nghiên cứu EVEREST có 46% bệnh nhân suy tim nhập viện vì tình trạng suy tim nặng lên và trong các nguyên nhân tử vong có 41% là do suy tim, 26% à do đột tử[5]. Tai Hoa Kỳ suy tim là chẩn đoán chính của hơn 1 triệu bệnh nhân nhập viện hàng năm, con số này cũng tương tự như báo cáo ở Châu Âu[2].

Đánh giá tràn dịch màng phổi là vấn đề then chốt trong chẩn đoán và tiên lượng của bệnh nhân suy tim[6]. Không những đóng vai trò trong việc định hướng chẩn đoán và điều trị, các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tràn dịch màng phổi là một thông số có giá trị trong tiên lượng tử vong và tái nhập viện ở bệnh nhân suy tim cấp tính cũng như mạn tính. Kết quả cho thấy các bệnh nhân suy tim cấp , tràn dịch màng phổi có tương quan với NYHA, nồng độ NT proBNP, phân suất tống máu, các thông số chức năng tâm trương, đây cũng là nghững thông số có giá trị giúp tiên lượng tử vong ở các bệnh nhân này[7-10].

Trong các tình huống cấp cứu, khám lâm sàng với việc phát hiện các ran ẩm hay sự giảm âm ở phổi là phương pháp kinh điển được sử dụng để đánh giá tràn dịch màng phổi ở bệnh nhân suy tim. Tuy nhiên việc khám và phát hiện các dấu hiệu bất thường này thường mang tính chất chủ quan, đinh tính và có thể không thấy ở bệnh nhân suy tim mãn tính hoặc lượng dịch ít.Siêu âm màng phổi và phổi là một công cụ hữu ích trong việc đánh giá các đặc điểm và thông số liên quan đến tính chất dịch màng phổi, trở thành công cụ hỗ trợ đắc lực cho các bác sĩ lâm sàng chẩn đoán sớm và chính xác tràn dịch màng phổi ở bệnh nhân, giúp phân tầng nguy cơ và đưa ra chiến lược điều trị[7].

Chúng tối tiến hành nghiên cứu đề tài: **"Đặc điểm kết quả tràn dịch màng phổi trên bệnh nhân đợt cấp suy tim mạn"** với mục tiêu: ***Đặc điểm tràn dịch màng phổi trên siêu âm ở bệnh nhân đợt cấp suy tim mạn Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 85 bệnh nhân đợt cấp suy tim mạn nhập viện khoa Nội tim mạch bệnh viện đa khoa Hà Đông được siêu âm màng phổi từ tháng 3/2024 đến tháng 9/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kết nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi khi nhập viện và trước ra viện trên một nhóm bệnh nhân.

Cơ mẫu: thuận tiện

2.2.2. Chỉ định:

Bệnh nhân chẩn đoán đợt cấp mất bù suy tim mạn tính viện trong tình trạng:

+ Phù phổi cấp

+ Đợt cấp mất bù suy tim theo tiêu chuẩn của ESC 2021: Bệnh nhân có các dấu hiệu và/hoặc triệu chứng của suy tim tiến triển nhanh chóng hoặc một cách từ từ nhưng khiến người bệnh cần hỗ trợ y tế khẩn cấp hoặc cần nhập viện điều trị, do tiến triển xấu đi của suy tim mạn (Bệnh nhân đã được chẩn đoán suy tim trước đó đợt này vào viện với các triệu chứng suy tim kèm theo tăng peptid NT-proBNP >300 pg/ml)[13].

2.2.3. Quy trình siêu âm màng phổi

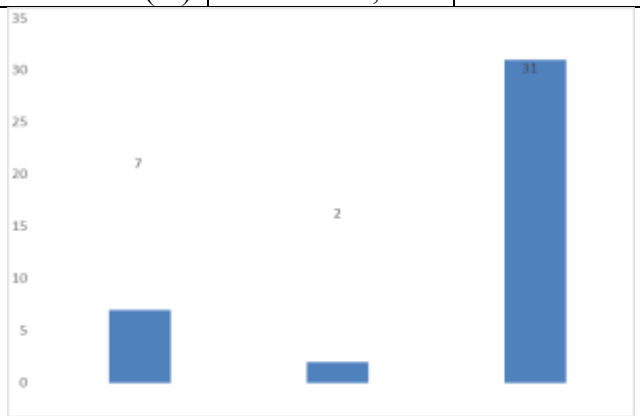
2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, BMI, tiền sử bản thân
- Triệu chứng lâm sàng: phù, khó thở, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, rale phổi
- Kết quả siêu âm dịch màng phổi: ước lượng tràn dịch màng phổi, ước lượng thể tích dịch màng phổi

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung

		Nhóm chung	Có TDMP	Không TDMP
Tuổi		75.6 ±14.3		
Giới		Nam: 51,2% Nữ: 48,8%	-	-
Chỉ số BMI		20.84±2.93	20.06±0.39	21.06± 0.49
Triệu chứng lâm sàng	Rối loạn ý thức	1(1,25%)	1	0
	Gan to	11(13,75%)	6	5
	Phù	68(85%)	36	32
	Vô niệu	0	-	-
Mức độ khó thở	NYHA I	1(1,1%)	0	1(2,2%)
	NYHA II	33(38,8%)	10(24,4%)	23(52,3%)
	NHYA III	36(42,5%)	23(56,1%)	13(29,6%)
	NYHA IV	15(17,6%)	8(19,5%)	7(15,9%)
NT – pro BNP (pg/ml)		8946±838.4	10062±1513	6619±1212
Phân suất tống máu thất trái EF (%)		45.3±14,5	44±2.5	46±2.2



Biểu đồ 1: Phân bố mức độ tràn dịch màng phổi khi nhập viện

Bảng 2: Mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng với tràn dịch màng phổi

Thông số	OR	95% CI	P
NYHA	2.12	1.28-2.56	0.003
Rối loạn ý thức	0.57	0.09-3.27	0.678
Gan to	0.16	0.03-0.75	0.030
Phù	0.32	0.13-0.81	0.018
EF	0.98	0.95-1.02	0.458
TAPSE	1.09	0.909-1.21	0.897
Albumin	0.96	0.87-1.06	0.490
NT-pro BNP	1.005	1.0003-1.0009	0.04

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 85 bệnh nhân đợt cấp suy tim mạn nhập viện tại khoa Nội tim mạch được siêu âm dịch màng phổi trong vòng 24 giờ nhập viện chúng tôi rút ra được các kết luận sau.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi, giới: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 75.6 ±14.3 , tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ là tương đương nhau (51.2% và 48,8%).

Phù hai chi dưới là triệu chứng lâm sàng có mối tương quan với mức độ tràn dịch màng phổi (OR 0.32, p: 0.018). Các triệu chứng khác không có mối tương quan với tràn dịch màng phổi: gan to, rối loạn ý thức, vô niệu…

Pro BNP có tương quan chặt với mức độ tràn dịch màng phổi (OR: 1.005, p: 0.04), là xét nghiệm được sử dụng để chẩn đoán và phân biệt tình trạng suy tim khi nhập viện

Đặc điểm tràn dịch màng phổi

Nghiên cứu của chúng tôi có tổng cộng 41 bệnh nhân có biểu hiện tràn dịch màng phổi, trong đó chủ yếu là tràn dịch màng phổi phải chiếm tỷ lệ 44,5%, tràn dịch màng phổi trái 38,8%, tràn dịch màng phổi hai bên chiếm tỷ lệ 36,4%.Trong đó có 12 bệnh nhân được chọc dịch màng phổi, 100% tính chất dịch là dịch thấm.

Thời gian nằm viện trung bình là 9,42 ± 4.4 ngày, ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 27 ngày.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm màng phổi là một công cụ đơn giản, dễ thực hiện, thực hiện sớm ở bệnh nhân đợt cấp suy tim nhập viện điều trị nội trú giúp chẩn đoán và điều trị sớm góp phân nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ambrosy AP, Fonarow GC, Butter J, et al.** The global health and econimic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. J Am Coll Cardiol.2014; 63(12):1123- 1133. Doi:10.1016/j.jacc.2013. 11.053

2. **Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al.** Heart disease and stroke statistics—2015 update: a report from the America Heart Association. Circulation. 2015;131(14):e29-322. Doi:10.1161/CIR.00000 0000000 0152.
3. **Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al.** 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic eart failure: The task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Doveloped wwith the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37(27):2129-2200. Doi:10.1093/eurheartj/ehw128
4. **Phạm Mạnh Hùng.** Báo động: Gánh nặng tử vong do suy tim cao hơn cả ung thư. Sức khỏe đời sống. Pushlished June 15,2018. Accessed Junely 6, 2021. http://suckhoe doisong.vn/bao-dong-ganh-nang-tu-vong-do-duy-tim-cao-hon-ca-ung-thu-n145322.html
5. **Dimitrios Farmakis, George Papingiotis, John Parissis, Gerasimos Filippatos.** Acute heart failure: epidemiology, classification, and pathophysiology. In: The ESC Textbook of Intensive and Acute Cardiovascular Care 2 Ed. Oxford University Press; 2018.
6. **Nguyễn Thị Bạch Yến VBF.** Dấu hiệu B-line trên siêu âm phổi trong đánh giá tình trạng ứ huyết phổi ở bệnh nhân suy tim. Dự án phòng chống bệnh tim mạch- Chương trình mực tiêu Quốc gia về y tế. Pushlished 2019. Accessed July 3,2021. https://huye tap.vn/
7. **Muniz RT, Mesquita ET, Souza Junior CV, Martins W de A.** Pulmonary Ultrasound in Patients with Heart Failure – Systermatic Review. Arq Bras Cardiol.2018; 110(6);577-584. Doi:10.5935/abc.20180097
8. **Platz E, Lewis EF, Uno H, et al.** Detection and prognostic value of pulmonary congestion by lung ultrasound in ambulatory heart failure patients. Eur Heart J.2016;37(15):1244-1251.
9. **Price S, Platz E, Cullen L, et al.** Echocardiography and lung ultrasound for the assessment and management of acute heart failure. Nat Rev Cardiol. 2017;14(7): 427-440
10. **Gustafsson M, Alehagen U, Johansson P,** Imaging Congestion With a Pocket Ultrasound Device: Prognostic Implication in Patients With Chronic Heart Failure. J Card Fail. 2015;21(7): 548-554. Doi:10.1016/j. cardfail.2015.02.04

KẾT QUẢ MỘT SỐ CHỈ SỐ ĐIỆN TÂM ĐỒ VÀ SIÊU ÂM TIM TRONG CHẨN ĐOÁN PHÌ ĐẠI THẤT TRÁI TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Mai Thị Thương[1], Cao Thị Hương[1], Bùi Thị Diệu[1], Đào Thị Ngọc Ánh[1], Nguyễn Thị Bích Ngọc[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mô tả kết quả một số chỉ số điện tâm đồ và siêu âm tim trong chẩn đoán phì đại thất trái trên bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa Vân Đình.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trong thời gian từ tháng 3/2024 đến tháng 8/2024 trên 88 bệnh nhân tăng huyết áp được làm điện tâm đồ và siêu âm tim tại Bệnh viện Đa khoa Vân Đình.

Kết quả: Tỉ lệ phì đại thất trái được ghi nhận là 28,4% trên điện tâm đồ và 25% trên siêu âm tim. Độ nhạy và độ đặc hiệu của các chỉ số điện tâm đồ lần lượt là: Sokolow Lyon (36,4% và 87,9%), Sokolow Lyon tích hợp (36,4% và 87,9%), Cornell (22,7% và 89,4%), và Cornell tích hợp (27,3% và 84,8%). Các chỉ số điện tâm đồ trên có mối tương quan thuận với chỉ số khối cơ thất trái trên siêu âm tim.

Kết luận: Tỉ lệ phì đại thất trái trên điện tâm đồ và siêu âm tim lần lượt là 28,4% và 25%. Trong đó, chỉ số Sokolow Lyon và Sokolow Lyon tích hợp có giá trị tương đương và cao nhất trong chẩn đoán phì đại thất trái trên bệnh nhân tăng huyết áp.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Vân Đình*
Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Thương
Email: maithuong076@gmail.com
SĐT: 0971286799
Ngày nhận bài: 11/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 08/4/2025
Ngày duyệt bài: 09/5/2025

Từ khóa: Sokolow Lyon, Sokolow Lyon tích hợp, Cornell, Cornell tích hợp, siêu âm tim, phì đại thất trái, tăng huyết áp.

SUMMARY

RESULTS OF SOME ELECTROCARDIOGRAPHY AND ECHOCARDIOGRAPHY INDICATORS IN THE DIAGNOSIS OF LEFT VENTRICULAR HYPERTENSION IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

Objective: This study aims to describe the results of some electrocardiographic and echocardiographic indices in the diagnosis of left ventricular hypertrophy in hypertensive patients at Van Dinh General Hospital.

Subjects and methods: A prospective cross-sectional descriptive study from March 2024 to August 2024 on 88 hypertensive patients undergoing electrocardiography and echocardiography at Van Dinh General Hospital.

Results: The rate of left ventricular hypertrophy was recorded at 28.4% on electrocardiogram and 25% on echocardiography. The sensitivity and specificity of the electrocardiographic indices were respectively: Sokolow Lyon (36.4% and 87.9%), Sokolow Lyon integrated (36.4% and 87.9%), Cornell (22.7% and 89.4%), and Cornell integrated (27.3% and 84.8%). The above electrocardiographic indices were positively correlated with the left ventricular mass index on echocardiography.

Conclusion: The rates of left ventricular hypertrophy on electrocardiogram and echocardiography were 28.4% and 25%, respectively. Of which, the Sokolow Lyon and integrated Sokolow Lyon indices had equivalent and highest values in diagnosing left ventricular hypertrophy in hypertensive patients.

Keywords: Sokolow Lyon, integrated Sokolow Lyon, Cornell, integrated Cornell, echocardiography, left ventricular hypertrophy, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một vấn đề sức khỏe toàn cầu nghiêm trọng, thường được gọi là ‘‘kẻ giết người thầm lặng’’ do tiến triển âm thầm và ít triệu chứng cảnh báo. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ước tính năm 2000 có khoảng 972 triệu người mắc THA (chiếm 26,4% dân số), có đến 7,5 triệu ca tử vong. Dự báo số người mắc bệnh này sẽ tăng lên 1,56 tỷ vào năm 2025[6]. Tại Việt Nam, tỉ lệ THA cũng đang gia tăng nhanh chóng, có 47,3% người trưởng thành từ 25 tuổi trở lên mắc bệnh THA trong năm 2015-2016, và dự báo đến năm 2025 nước ta sẽ có khoảng 10 triệu người bị THA[3].

THA kéo dài dẫn đến tái cấu trúc và tăng khối lượng cơ thất trái, gây ra phì đại thất trái (PĐTT) và làm tăng nguy cơ các biến chứng nghiêm trọng như đột quỵ và suy tim. Nghiên cứu Framingham chỉ ra rằng không kiểm soát huyết áp có thể làm tăng nguy cơ các biến chứng này lên 2 - 4 lần. Do đó, việc phát hiện và điều trị sớm THA là rất cần thiết.

PĐTT là tổn thương thường gặp ở bệnh nhân THA, được xem là yếu tố nguy cơ độc lập gia tăng nguy cơ đột quỵ và nhồi máu cơ tim. Có rất nhiều phương pháp chẩn đoán PĐTT như điện tâm đồ (ĐTĐ), siêu âm tim, chụp buồng thất trái, cộng hưởng từ tim,...Trong các phương tiện chẩn đoán không xâm lấn thì siêu âm tim được xem là tiêu chuẩn vàng trong việc xác định có PĐTT. Tuy nhiên, ĐTĐ được khuyến cáo như một xét nghiệm thường quy do tính cơ động, chi phí thấp, dễ thao tác và chẩn đoán nhanh.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mô tả kết quả một số chỉ số điện tâm đồ và siêu âm tim trong chẩn đoán phì đại thất trái trên bệnh nhân tăng huyết áp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Vân Đình từ tháng 3/2024 đến tháng 8/2024 với 88 bệnh nhân tăng huyết áp tham gia vào nghiên cứu theo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau đây:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân THA theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Tim mạch học Việt Nam 2022, hoặc bệnh nhân đã có tiền căn hoặc đang điều trị THA.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh van tim đáng kể, hẹp eo động mạch chủ, bệnh tim thiếu máu cục bộ, các bệnh thiếu máu mạn tính (bệnh giun móc,...), bệnh nội tiết (basedow, cushing), nhiễm độc (rượu, cocain), bệnh cơ tim thâm nhiễm, vận động viên (dày thất trái sinh lý, sẽ phục hồi sau khi ngưng tập luyện), hình ảnh điện tâm đồ nhiễu, chất lượng hình ảnh xấu trên siêu âm tim, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu được tiến hành ghi ĐTĐ 12 chuyển đạo tiêu chuẩn (tốc độ chạy giấy 25 mm/s, biên độ 10 mm = 1 mV) và siêu âm tim (tiêu chuẩn vàng).

Đặc điểm điện tâm đồ bề mặt

- ĐTĐ được làm trên máy Nihon Kohden cardiofax S với tốc độ chạy giấy 25 mm/s, biên độ 10 mm = 1 mV.

- Đo thông số điện tâm đồ bằng thước đo chuyên dụng.

- Mỗi bệnh nhân được ghi điện tâm đồ bề mặt 12 chuyển đạo với các điện cực đặt theo đúng vị trí chuẩn:

+ Màu đỏ - Tay phải

+ Màu vàng - Tay trái

+ Màu xanh - Chân trái

+ Màu đen - Chân phải

+ V1: Khoang liên sườn IV bờ phải xương ức

+ V2: Khoang liên sườn IV bờ trái xương ức

+ V3: Giữa V2 và V4

+ V4: Khoang liên sườn V đường giữa xương đòn trái

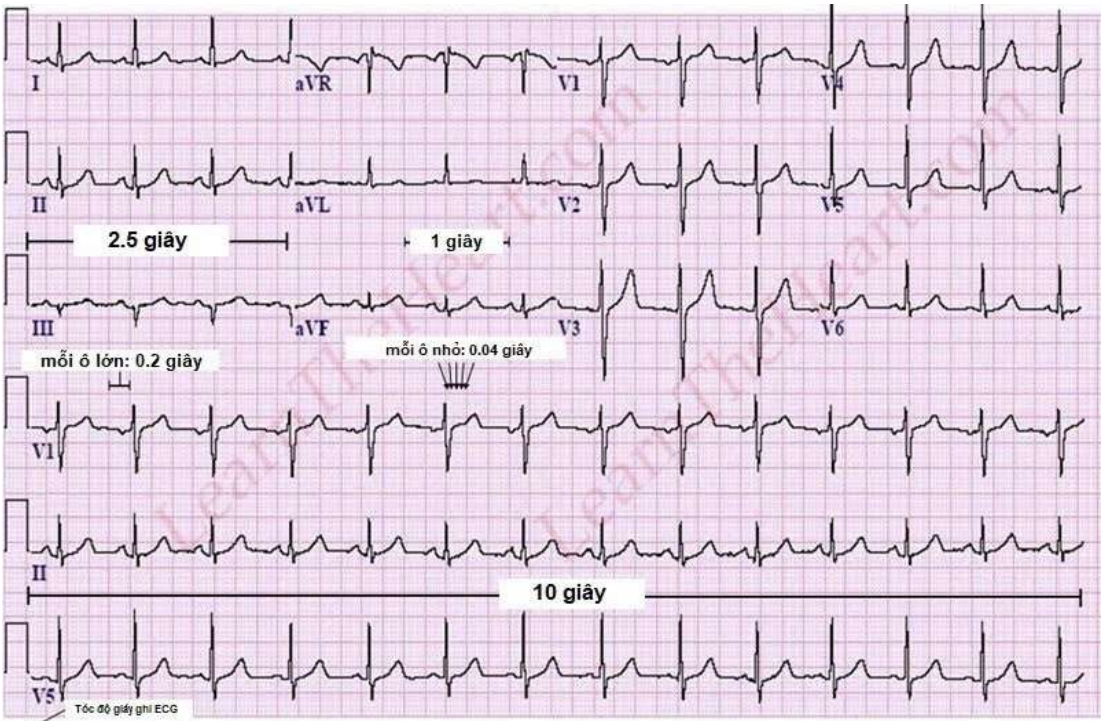
+ V5: Khoang liên sườn V đường nách trước

+ V6: Khoang liên sườn V đường nách giữa.

- Các thông số được đo đạc trên điện tâm đồ bao gồm biên độ sóng S ở V1, R ở V5 hoặc V6, S ở V3, R ở aVL, thời gian phức bộ QRS.

- Chẩn đoán PĐTT trên điện tâm đồ: Có rất nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán trên ĐTĐ, chúng tôi nghiên cứu 4 tiêu chuẩn thông dụng nhất:

- Chỉ số Sokolow Lyon: S ở V1 + R ở V5 hoặc V6 ≥ 35 mm.
- Chỉ số Sokolow Lyon tích hợp: Lấy chỉ số Sokolow Lyon x thời gian QRS. Gọi là PĐTT khi ≥ 3340 mm.ms.
- Chỉ số Cornell: S ở V3 + R ở aVL > 28 (mm) ở nam và > 20 (mm) ở nữ.
- Chỉ số Cornell tích hợp: lấy chỉ số Cornell x thời gian QRS. Gọi là PĐTT khi ≥ 2440 mm.ms.



Hình 1. Một bản điện tâm đồ bề mặt 12 chuyển đạo

Đặc điểm siêu âm tim

- Bệnh nhân được thực hiện siêu âm tim M-mode, siêu âm 2D, siêu âm Doppler trên máy siêu âm tim Arietta 65 của hãng Fujifilm. Các thông số đánh giá phì đại thất trái được đo ở cuối thời kỳ tâm trương.

- Đo khối lượng cơ thất trái (LVM) = 0,8 x1,04[(IVSd+ Dd+ PWTd)^3- Dd^3] + 0,6

Trong đó, IVSd là bề dày vách liên thất cuối tâm trương, LVIDd là đường kính thất trái cuối tâm trương và PWTd là bề dày thành sau thất trái cuối tâm trương.

- Chỉ số khối cơ thất trái (LVMi) = LVM /bề mặt diện tích da cơ thể (gam/m^2).

- Chẩn đoán PĐTT trên siêu âm tim: Theo tiêu chuẩn của Hội siêu âm tim Hoa Kỳ (ASE), PĐTT là khi LVMi > 115 g/m^2 ở nam giới và > 95 g/m^2 ở nữ giới[5].

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 88 bệnh nhân THA, chúng tôi thu được kết quả:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả
Đặc điểm lâm sàng		
Tuổi (năm)($\bar{X}$±SD)(min - max)		71,39 ± 8,25 (48 – 89)
Giới tính	Nam (n, %)	56 (63,6%)
	Nữ (n, %)	32 (36,4%)
BMI (kg/m^2)($\bar{X}$±SD)(min-max)		21,70 ± 2,26 (17,26 – 27,56)
Huyết áp tâm thu (mmHg)($\bar{X}$±SD)(min - max)		134,32 ± 26,03 (100 - 200)
Huyết áp tâm trương (mmHg)($\bar{X}$±SD)(min - max)		78,52 ± 8,65 (60 - 100)
Kết quả một số chỉ số ĐTĐ		
Sokolow Lyon (mm)		27,53 ± 10,70
Sokolow Lyon tích hợp (mm.ms)		2406,17 ± 1037,32
Cornell (mm)		15,43 ± 7,82
Cornell tích hợp (mm.ms)		1357,91 ± 744,27
Kết quả siêu âm tim		
LVMi (g/m^2)		66,18 ± 8,05

Bảng 2. Tỉ lệ PĐTT trên ĐTĐ và siêu âm tim ở đối tượng nghiên cứu

	PĐTT trên ĐTĐ		PĐTT trên siêu âm tim	
	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)
Nam	11 (19,6)	45 (80,4)	5 (22,7)	51 (77,3)
Nữ	14 (43,8)	18 (56,2)	17 (77,3)	15 (22,7)
Tổng	25 (28,4)	63 (71,6)	22 (25)	66 (75)

Nhận xét: Tỉ lệ PĐTT trên ĐTĐ và siêu âm tim lần lượt là 28,4% (n = 25) và 25% (n = 22).

Bảng 3.Tỉ lệ PĐTT trên một số chỉ số điện tâm đồ

Các chỉ số	PĐTT	
	n	%
Sokolow Lyon (mm)	18	20,45
Sokolow Lyon tích hợp (mm.ms)	15	17,04
Cornell (mm)	13	14,77
Cornell tích hợp (mm.ms)	7	7,95

Nhận xét: Tỉ lệ PĐTT theo chỉ số Sokolow-Lyon chiếm tỉ lệ cao nhất 20,45% (n = 18) và Cornell tích hợp chiếm tỉ lệ thấp nhất 7,95% (n = 7).

Bảng 4. Mối tương quan giữa một số chỉ số ĐTĐ với LVMi trên siêu âm tim trong chẩn đoán PĐTT trong nghiên cứu

Một số chỉ số điện tâm đồ	LVMi (nam giới)		LVMi (nữ giới)	
	r	p	r	p
Sokolow Lyon (mm)	0,050	0,716	0,361	0,042
Sokolow Lyon tích hợp (mm.ms)	0,112	0,413	0,358	0,045
Cornell (mm)	0,036	0,794	0,047	0,797
Cornell tích hợp (mm.ms)	0,087	0,523	0,072	0,697

Nhận xét: Các chỉ số ĐTĐ có mối tương quan thuận với LVMi trên siêu âm tim.

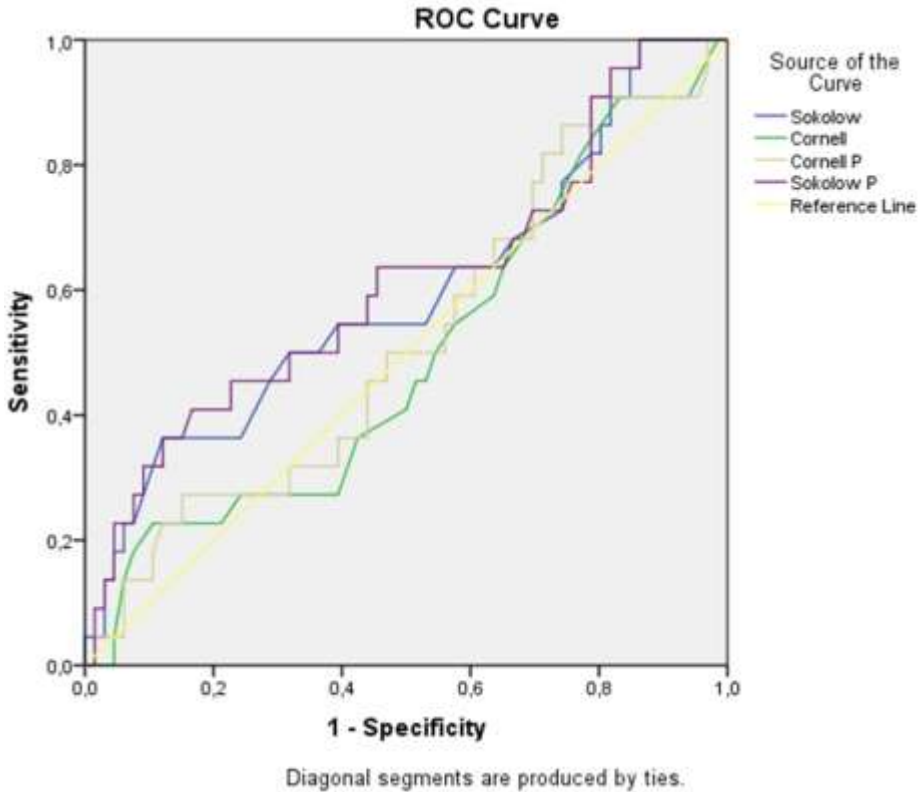
Bảng 5. Độ nhạy và độ đặc hiệu của ĐTĐ so với siêu âm tim trong chẩn đoán PĐTT trên đối tượng nghiên cứu

Siêu âm tim / Điện tâm đồ	Có	Không	Tổng
Có	10	15	25
Không	12	51	63
Tổng	22	66	88

Nhận xét: Kết quả cho thấy, tỉ lệ PĐTT trên điện tâm đồ có độ nhạy là 45,45% và độ đặc hiệu là 77,27% so với siêu âm tim.

Bảng 6. Độ nhạy, độ đặc hiệu của một số chỉ số ECG so với siêu âm tim trong chẩn đoán PĐTT trên đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	AUC	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	KTC 95%
Sokolow Lyon	0,592	36,4	87,9	0,446-0,738
Sokolow Lyon tích hợp	0,522	36,4	87,9	0,382-0,662
Cornell	0,497	22,7	89,4	0,355−0,638
Cornell tích hợp	0,610	27,3	84,8	0,465-0,755



Biểu đồ 1. Đường cong ROC thể hiện giá trị chẩn đoán PĐTT của một số thông số ĐTĐ trên đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Kết quả cho thấy, trong chẩn đoán PĐTT của một số chỉ số ĐTĐ cho độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là: Sokolow Lyon là 36,4% và 87,9% (AUC=0,592); Cornell là 22,7% và 89,4% (AUC=0,497); Sokolow Lyon tích hợp là 36,4% và 87,9% (AUC=0,522); Cornell tích hợp là 27,3% và 84,8% (AUC=0,610), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng chung: Trong 88 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, độ tuổi trung bình là 71,39 ± 8,25 năm, tuổi thấp nhất 48 và tuổi cao nhất là 89, tương tự nghiên cứu của Cao Ngọc Mai Hân và Châu Ngọc Hoa (2019) với độ tuổi trung bình 68,2 ± 13,4 năm[1] nhưng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Bras Cardiol (2016) là 58,7 ± 11,3 năm[4].

Tỉ lệ PĐTT được xác định qua điện tâm đồ và siêu âm tim: lần lượt là 28,4% và 25%, thấp hơn so với nghiên cứu của Cao Ngọc Mai Hân và Châu Ngọc Hoa (2019) với tỉ lệ PĐTT trên siêu âm tim là 48,5%[1].

Tỉ lệ PĐTT theo một số chỉ số điện tâm đồ: Sokolow Lyon chiếm 20,45%, Sokolow Lyon tích hợp chiếm 17,04%, Cornell chiếm 14,77% và Cornell tích hợp chiếm 7,95%. Nghiên cứu của Lê Văn Tú và cộng sự (2010) kết quả cho thấy tỉ lệ PĐTT theo tiêu chuẩn Sokolow Lyon là 24,3% và Cornell là 25,3%[2].

Mối tương quan giữa một số chỉ số ĐTĐ với LVMi trên siêu âm tim: Các chỉ số ĐTĐ có mối tương quan thuận với LVMi trên siêu âm tim.

Độ nhạy và độ đặc hiệu: Tỉ lệ PĐTT trên điện tâm đồ có độ nhạy 45,45% và độ đặc hiệu 77,27%, nghiên cứu của Bras Cardiol (2016) cho thấy độ nhạy điện tâm đồ dao động trong khoảng 7,6 đến 40,9% và độ đặc hiệu dao động trong khoảng 70,2% đến 99,2%[4].

Chẩn đoán PĐTT qua các chỉ số điện tâm đồ cho độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt như sau: Sokolow Lyon (36,4% và 87,9%) (AUC = 0,592); Cornell (22,7% và 89,4%) (AUC = 0,497), Sokolow Lyon tích hợp (36,4% và 87,9%) (AUC = 0,522); Cornell tích hợp (27,3% và 84,8%) (AUC = 0,610), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Nghiên cứu của Lê Văn Tú và Nguyễn Trọng Hiếu (2010) ghi nhận độ nhạy 36,7% và độ đặc hiệu 81% cho Sokolow Lyon, trong khi Cornell đạt 46,7% và 84,1%[2]. Nghiên cứu các tiêu chuẩn ĐTĐ trên bệnh nhân THA ở Trung Quốc năm 2010 phát hiện các tiêu chuẩn ĐTĐ có độ nhạy thấp và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán PĐTT có đối chiếu với siêu âm tim[7].

Do đó, chúng tôi nhận thấy điện tâm đồ bề mặt 12 chuyển đạo có thể đo lường các thông số trên ở từng bệnh nhân để phát hiện sớm phì đại thất trái. Tuy có độ nhạy thấp nhưng độ đặc hiệu cao, điều này cung cấp thông tin cho các cơ sở y tế không có siêu âm tim để sàng lọc phì đại thất trái trên bệnh nhân tăng huyết áp.

V. KẾT LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ phì đại thất trái được ghi nhận là 28,4% trên điện tâm đồ và 25% trên siêu âm tim. Trong đó, chỉ số Sokolow Lyon và Sokolow Lyon tích hợp có giá trị tương đương và cao nhất trong chẩn đoán phì đại thất trái trên bệnh nhân tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Thị Ngọc Hân, Châu Ngọc Hoa.** Phì đại thất trái trên bệnh nhân tăng huyết áp. Tạp chí nghiên cứu y học. 2019; 23(2), 127-134.
2. **Lê Văn Tú, Nguyễn Trọng Hiếu.** Nghiên cứu giá trị của điện tâm đồ trong chẩn đoán phì đại thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp. Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, 2010.
3. **Nguyễn Lân Việt.** Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015-2016, Hội Tim mạch học Việt Nam, Hà Nội, 2016.
4. **Burgos PF, Luna Filho B, Costa FA, Bombig MT, Souza D, Bianco HT, Oliveira Filho JA, Izar MC, Fonseca FA, Póvoa R.** Electrocardiogram Performance in the Diagnosis of Left Ventricular Hypertrophy in Hypertensive Patients With Left Bundle Branch Block, Arq Bras Cardiol. 2016 Jan;108(1):47-52.
5. **Lang R.M, Badano L.P, Mor- Avi V, et al.** Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging, J Am Soc Echocardiogr. 2015; 28, pp.1- 39.
6. **Whelton PK.** Epidemiology and the Prevention of Hypertension, J Hypertens.2004; pp.636 - 42.
7. **Xie L, Wang Z**. Correlation between echocardiographic left ventricular mass index and electrocardiographic variables used in left ventricular hypertrophy criteria in Chinese hypertensive patients, Hellenic J Cardiol. 2010 Sep-Oct;51(5):391-401.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẠ HUYẾT ÁP THEO MỤC TIÊU Ở NGƯỜI BỆNH CHẢY MÁU NÃO CẤP VÙNG TRÊN LỀU CÓ TĂNG HUYẾT ÁP

Trần Quang Bình[1], Hà Hữu Quý[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị hạ huyết áp theo mục tiêu ở người bệnh chảy máu não cấp vùng trên lều có tăng huyết áp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu được thực hiện trên 150 bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu não cấp vùng trên lều do tăng huyết áp, nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 01 tháng 8 năm 2023 đến 31 tháng 7 năm 2024.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân có kết cục tốt sau 3 tháng (73,3%). Tại thời điểm T0 (thời điểm bắt đầu điều trị): liều Nicardipin 5,0 mg/giờ, tăng liều dần để đạt HA mục tiêu. Liều cao nhất: 15 mg/giờ. Liều Nicardipin trung bình tại thời điểm 2 giờ sau điều trị là 5,92 ± 3,30 mg/giờ. Liều Nicardipin trung bình tại thời điểm 6 giờ sau điều trị 4,86 ± 2,96 mg/giờ. Liều Nicardipin trung bình tại thời điểm 24 giờ sau điều trị là 4,07 ± 2,85 mg/giờ. Thể tích trung bình của khối máu tụ trên phim chụp CLVT sọ não lần 2 cao hơn lần 1 với hiệu số là 0,84 ± 2,46 ml. Tỷ lệ người bệnh gia tăng thể tích khối máu tụ là 8 %. Nhóm NB có gia tăng thể tích khối máu tụ, trung bình HA tâm thu lúc nhập viện tại thời điểm 2 giờ, sau 2 – 6 giờ và sau 6 – 24 giờ điều trị đều tăng cao hơn so với nhóm không có gia tăng thể tích khối máu tụ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đạt độ tin cậy 99% với p < 0,01. Nhóm NB có kết cục xấu, trung bình HA tâm thu lúc nhập viện tại thời điểm 2 giờ, sau 2 – 6 giờ và sau 6 – 24 giờ điều trị đều tăng cao hơn so với nhóm có kết cục tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đạt độ tin cậy 99% với p < 0,01.

Kết luận: Nghiên cứu 150 người bệnh chảy máu não cấp vùng trên lều do tăng huyết áp điều trị tại Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ ngày 01/08/2023 đến ngày 31/07/2024, chúng tôi rút ra kết luận sau: trung bình huyết áp tâm thu lúc nhập viện tại thời điểm 2 giờ, sau 2 – 6 giờ và sau 6 – 24 giờ đều tăng cao hơn ở nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ và điều trị không đạt huyết áp mục tiêu lúc nhập viện, sau 2 giờ, 2 – 6 giờ, 6 – 24 giờ có liên quan với kết cục chức năng xấu (mRs 4-6) tại thời điểm 90 ngày.

Từ khóa: chảy máu não cấp vùng trên lều, tăng huyết áp, thang điểm mRs

SUMMARY

RESULTS OF TARGETED HYPERTENSION TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE SUPERTENSIVE CEREBRAL HEMORRHAGE WITH HYPERTENSION

Objectives: Comments on the results of targeted antihypertensive treatment in patients with acute supratentorial cerebral hemorrhage with hypertension..

[1]*Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Bình
Email: dr.tranbinhtk@gmail.com
SĐT: 0936946616
Ngày nhận bài: 11/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 08/4/2025
Ngày duyệt bài: 09/5/2025

Subjects and method: A cross-sectional, prospective descriptive study was conducted on 150 patients diagnosed with acute supratentorial cerebral hemorrhage due to hypertension, admitted for inpatient treatment at the Neurology Center, Bach Mai Hospital from August 1, 2023 to July 31, 2024.

Results: The rate of patients with good outcomes after 3 months (73.3%). At T0 (start of treatment): Nicardipine dose 5.0 mg/hour, gradually increased to reach target BP. Maximum dose: 15 mg/hour. The average Nicardipine dose at 2 hours after treatment was 5.92 ± 3.30 mg/hour. The average Nicardipine dose at 6 hours after treatment was 4.86 ± 2.96 mg/hour. The average Nicardipine dose at 24 hours after treatment was 4.07 ± 2.85 mg/hour. The average volume of hematoma on the second CT scan was higher than the first with a difference of 0.84 ± 2.46 ml. The rate of patients with increased hematoma volume was 8%. In the group of patients with increased hematoma volume, the average systolic blood pressure at admission at 2 hours, after 2-6 hours and after 6-24 hours of treatment were all higher than in the group without increased hematoma volume. The difference was statistically significant at 99% confidence level with $p < 0.01$. In the group of patients with poor outcome, the average systolic blood pressure at admission at 2 hours, after 2-6 hours and after 6-24 hours of treatment were all higher than in the group with good outcome. The difference was statistically significant at 99% confidence level with $p < 0.01$.

Conclusion: Studying 150 patients with acute supratentorial cerebral hemorrhage due to hypertension treated at the Neurology Center - Bach Mai Hospital from August 1, 2023 to July 31, 2024, we concluded the following: the average systolic blood pressure at admission at 2 hours, after 2 - 6 hours and after 6 - 24 hours were all higher in the group with increased hematoma volume and treatment did not reach the target blood pressure at admission, after 2 hours, 2 - 6 hours, 6 - 24 hours was associated with poor functional outcome (mRs 4-6) at 90 days.

Keywords: Acute supratentorial intracerebral hemorrhage, hypertension, modified Rankin score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là vấn đề luôn mang tính thời sự đối với gánh nặng bệnh tật toàn thế giới. Theo một nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu 2017, có 11,9 triệu người bệnh mắc mới, 104,2 triệu người bệnh hiện mắc, 6,2 triệu người bệnh tử vong do đột quỵ não. Đột quỵ não cũng là nguyên nhân thứ 2 gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu. Chảy máu não (CMN) là dạng đột quỵ nguy hiểm chiếm khoảng 10% đến 30% trong đột quỵ não, tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là khoảng 40% đến 50%.[1] Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu đối với chảy máu não vùng trên lều và bằng chứng cũng chỉ ra rằng THA ảnh hưởng đến mức độ nghiêm trọng và kết quả của tình trạng này. Vấn đề đặt ra là việc hạ huyết áp trong điều trị cấp tính ban đầu có làm giảm tổn thương não và cải thiện kết quả điều trị trong chảy máu nội sọ cấp tính đặc biệt là vùng trên lều hay không? Phương pháp điều trị này liệu có hiệu quả với người Việt Nam không? Đến nay vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu làm rõ vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: ***Nhận xét kết quả điều trị hạ huyết áp theo mục tiêu ở người bệnh chảy máu não cấp vùng trên lều có tăng huyết áp.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 150 bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu não cấp vùng trên lều do tăng huyết áp, nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 01 tháng 8 năm 2023 đến 31 tháng 7 năm 2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Người bệnh chảy máu não cấp vùng trên lều do THA phải thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi ≥ 18.
- Nhập viện trong thời gian 72 giờ tính từ khi khởi phát.
- Huyết áp tâm thu lúc nhập viện ≥ 180 mmHg và < 220 mmHg.
- Thể tích khối máu tụ trong 24 giờ đầu ≤ 60ml.
- Điểm Glasgow ≥ 5 điểm.
- Chảy máu não cấp vùng nhân xám trung ương do tăng huyết áp ở một bên.
- Có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của người bệnh hoặc gia đình người bệnh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Người bệnh chảy máu não cấp vùng nhân xám trung ương do THA có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Có chống chỉ định hạ huyết áp tích cực như hẹp nặng động mạch cảnh, động mạch sống nền hoặc các động mạch não lớn khác; bệnh Moyamoya; viêm động mạch Takayasu; hẹp van tim nặng.
- Có tiền sử đột quỵ não, bệnh lý rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu, suy gan nặng, suy thận nặng, HIV/AIDS làm gián đoạn việc theo dõi và đánh giá kết quả điều trị với mRS > 2 điểm.
- Chảy máu não do tăng huyết áp có kèm dị dạng thông động – tĩnh mạch não và/ hoặc phình động mạch não.
- Có chỉ định can thiệp phẫu thuật cấp cứu để lấy máu tụ, tràn dịch não.
- Đang tham gia vào một thử nghiệm lâm sàng khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Biến số nghiên cứu

➢ Các biến lâm sàng

- Đánh giá thang điểm mRS.

• Đánh giá mức độ hồi phục chức năng bằng thang điểm Rankin sửa đổi. Điểm mRS được đánh giá vào các thời điểm: ngày 7 (hoặc ngày ra viện nếu NB ra viện trước 7 ngày); ngày 28; ngày 90.

➢ Các biến hình ảnh học

- Chúng tôi sử dụng máy cắt lớp vi tính SOMATO của hãng Siemens. Bác sĩ Trung tâm Điện quang đọc kết quả phim chụp cắt lớp vi tính sọ não tại Bệnh viện Bạch Mai và phim tuyến trước.
- Người bệnh được chụp phim từ 1 đến 2 lần:

+ Lần 1: chụp CLVT sọ não ngay sau khi nhập viện nếu người bệnh chưa có phim chụp CLVT sọ não.

+ Lần 2: sau điều trị 24 ± 3 giờ hoặc khi biểu hiện lâm sàng nặng lên.

+ Một trong hai lần chụp NB sẽ được chụp CLVT mạch máu não để loại trừ nguyên nhân chảy máu não do dị dạng mạch máu não.

- Thu thập các số liệu về:

+ Thể tích khối máu tụ được tính bằng công thức Broderick:

• V = (A x B x C)/2

• Trong đó A, B, C là ba đường kính lớn nhất theo ba chiều của khối máu tụ. Trên CLVT sọ não, xác định lát cắt có diện tích

chảy máu là lớn nhất. Đường kính lớn nhất của ổ chảy máu được đo (A). Tiếp theo, đo đường kính lớn nhất vuông góc với A trên cùng một lát cắt (B). Cuối cùng, xác định lát cắt đầu tiên và cuối cùng có máu, tính được độ cao xấp xỉ. Thêm vào khoảng cách chiều dày một lát cắt, được chiều cao của khối máu tụ (C). Tất cả các phép đo cho A và B được thực hiện với việc sử dụng thang đo milimet trên máy chụp CLVT. Thể tích khối máu tụ sẽ bằng A x B x C/2 (mm x mm x mm/2 = mm^3).

- Quy đổi mm^3 ra ml: 1ml = 1000 mm^3.

Gọi V1 là thể tích máu tụ trong não trên phim CLVT não lần 1 và V2 là thể tích máu tụ trong não trên phim CLVT não lần 2. Đơn vị tính là ml.

+ Đánh giá khối máu tụ tăng thể tích: V2 - V1 (ml).

Gia tăng thể tích khối máu tụ khi (V2-V1/V1) x 100 ≥ 33%.

+ Bán cầu CMN: phải hoặc trái.

+ Vị trí CMN: thùy não, hạch nền, đồi thị.

o Sự lan rộng của khối máu tụ vào hệ thống não thất ở lần chụp thứ hai sau 24 ± 3 giờ: có hay không.

➢ Biến kết cục

Mức độ hồi phục chức năng đánh giá bằng thang điểm Rankin sửa đổi. Đánh giá lần đầu lúc xuất viện, tại thời điểm 7 ngày, 28 ngày, 90 ngày sau xuất viện. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lấy điểm cắt là 3:

+ mRS 0 – 3: nhóm kết cục tốt.

+ mRS 4 – 6: nhóm kết cục xấu.

- Dựa vào hai tiêu chí:

+ Sự gia tăng thể tích khối máu tụ.

+ Mức độ phục hồi chức năng (mRS) sau ngày 7, ngày 28, ngày 90: chia hai nhóm.

Kết cục tốt: mRS 0 – 3.

Kết cục xấu: mRS 4 – 6.

- Kiểm định χ^2 hoặc t-test đưa ra nhận xét về các biến số có mối liên quan với kết cục lâm sàng với giá trị $p < 0,05$.

+ Mối liên quan giữa huyết áp tâm thu và gia tăng thể tích khối máu tụ

+ Mối liên quan giữa huyết áp tâm thu của 2 nhóm kết cục chức năng

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu:

- Tất cả người bệnh nhập viện có đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán chảy máu não cấp vùng nhân xám trung ương do THA, trong vòng 72 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng và đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn, chúng tôi đưa vào nghiên cứu.

- Nghiên cứu viên tiếp xúc với người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, hoặc người nhà người bệnh. Giải thích mục đích nghiên cứu, lấy chữ ký chấp nhận tham gia nghiên cứu của người bệnh hoặc người nhà (nếu người bệnh không có khả năng ký tên).

- Sau đó, thu thập tiếp các dữ liệu hình ảnh CLVT sọ não sau điều trị 24 ± 3 giờ hoặc khi biểu hiện lâm sàng nặng lên.

- Đo huyết áp hai tay ở tư thế nằm với máy đo huyết áp monitor Life Scope model BSM 3562 đã được chuẩn hoá. Số đo HA ghi nhận ở các thời điểm: nhập viện, 15 phút, 30 phút, 60 phút, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 12 giờ, 18 giờ, 24 giờ, lúc 8 giờ hàng ngày (ngày 2 đến ngày 7).

- NB được kiểm soát huyết áp bằng nicardipin truyền tĩnh mạch theo phác đồ.

- Mức độ hồi phục chức năng (thang điểm mRS) được đánh giá vào các thời điểm: ngày 7, ngày 28 và ngày 90 của bệnh. Nghiên cứu viên trực tiếp thăm khám nếu NB tái khám tại Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai; hoặc gọi điện thoại phỏng vấn NB hoặc người chăm sóc NB.

Phác đồ điều trị hạ huyết áp

Mục tiêu:

Đạt được HATT < 140 mmHg trong vòng 2 giờ điều trị nhưng không thấp hơn 130 mmHg và duy trì mức HA này trong vòng 7 ngày kế tiếp hoặc đến khi xuất viện nếu người bệnh được xuất viện sớm hơn 7 ngày.

Thuốc điều trị hạ huyết áp:

a. Thuốc đường tĩnh mạch

Chúng tôi sử dụng nicardipin dạng bào chế 10 mg/10 ml vì đây là thuốc có tác dụng nhanh, thời gian bắt đầu tác dụng sau 10 phút, thời gian đạt nồng độ đỉnh trong huyết tương là từ 30 phút đến 2 giờ. Thuốc được pha với natriclorua 0,9%, sử dụng bơm tiêm điện Terumo TE 331 để định liều. Người bệnh được điều trị liều khởi đầu 5 mg/giờ, điều chỉnh 2,5 mg/mỗi 5 phút, liều tối đa 15 mg/giờ. Trong suốt quá trình điều trị thuốc hạ HA đường tĩnh mạch, NB sẽ được theo dõi sát về lâm sàng cũng như các biến cố khác có thể xảy ra khi dùng thuốc. Khi đạt được HA mục tiêu, giảm liều 2,5mg/giờ mỗi 15 phút tới khi HA mục tiêu được duy trì ổn định. Nếu HATT ≤ 130 mmHg thì dừng truyền Nicardipin. Người bệnh sẽ được truyền dịch khi HATT < 110 mmHg và có triệu chứng liên quan giảm tưới máu tiến triển.

b. Thuốc hạ huyết áp đường uống

Quyết định dừng thuốc đường tĩnh mạch và chuyển sang thuốc uống tùy thuộc vào sự ổn định của HA và tình trạng lâm sàng của NB. Thuốc uống sẽ được bắt đầu sớm nhất sau 24 giờ. Các loại thuốc được sử dụng phù hợp với danh mục sử dụng thuốc của bệnh viện và hướng dẫn của Bộ Y tế. Phác đồ điều trị thuốc uống cũng bao gồm việc điều chỉnh liều nhằm đạt được mức HA mục tiêu.

Khi đang điều trị thuốc hạ HA đường uống, nếu không kiểm soát được huyết áp, NB sẽ được điều trị tiếp tục với thuốc hạ huyết áp đường tĩnh mạch nhằm duy trì HATT < 140 mmHg.

Các loại thuốc được sử dụng phù hợp với danh mục sử dụng thuốc của bệnh viện và hướng dẫn của Bộ Y tế. Một số thuốc hiện đang dùng tại Bệnh viện:

- Nhóm chẹn kênh canxi: Amlodipin, Nifedipin,…
- Nhóm ức chế men chuyển: Lisinopril, Perindopril,…
- Nhóm thuốc đối kháng thụ thể: Telmisartan, Valsartan,...
- Các thuốc kết hợp hai nhóm thuốc khác nhau.

Theo dõi huyết áp

Trong 2 giờ đầu, theo dõi mỗi 5 phút/1 lần, sau đó 30 phút/ 1 lần đến hết ngày thứ nhất. Từ ngày 2 đến ngày 7 hoặc đến khi ra viện là 3 giờ/1 lần. Người bệnh được đo ở tư thế nằm và theo dõi liên tục.

Chúng tôi sử dụng máy monitor Life Scope model BSM 3562 theo dõi huyết áp, mạch, điện tim, chỉ số SpO2.

2.2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mức độ hồi phục chức năng bằng thang điểm mRs

Bảng 3.1. Kết cục theo thang điểm mRs ngày 90

Kết cục	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tốt (mRs 0-3)	110	73,3
Xấu (mRs 4-6)	40	26,7
Tổng	150	100

Nhận xét: Số lượng người bệnh có kết cục tốt vào ngày 90 là 113, chiếm 73,3%

3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị hạ huyết áp theo mục tiêu ở người bệnh chảy máu não cấp vùng trên lều do tăng huyết áp

3.2.1. Diễn biến huyết áp trong quá trình điều trị

Bảng 3.2. Diễn biến của huyết áp tâm thu theo thời gian

Thời gian từ khi nhập viện	HA tâm thu TB ± SD (mmHg)	Min – Max (mmHg)
T0 (0 phút)	187,28 ± 9,46	180 – 220
T15 (15 phút)	185,62 ± 10,12	169 – 200
T30 (30 phút)	166,26 ± 11,95	156 – 190
T45 (45 phút)	157,33 ± 11,65	150 – 180
T60 (60 phút)	153,47 ± 10,45	145 – 175
T2h (2 giờ)	140,24 ± 9,68	137 – 168
T4h (4 giờ)	144,28 ± 9,11	130 – 170
T6h (6 giờ)	138,35 ± 8,03	125 – 163
T12h (12 giờ)	135,72 ± 7,65	125 – 160
T18h (18 giờ)	137,58 ± 7,27	120 – 161
T24h (24 giờ)	135,31 ± 6,85	122 – 156
Ngày 2	136,24 ± 7,02	124 – 155
Ngày 3	136,12 ± 6,45	123 – 157
Ngày 4	134,34 ± 6,52	126 – 155
Ngày 5	133,48 ± 6,01	123 – 150
Ngày 6	133,82 ± 5,93	121 – 148
Ngày 7	130,50 ± 4,45	120 – 140

3.2.2. Diễn biến liều Nicardipin trung bình

Bảng 3.3. Diễn biến liều Nicardipin trung bình theo thời gian

Thời gian từ khi nhập viện	Liều Nicardipin TB ± SD (mg/giờ)	Min – Max (mg/giờ)
T0 (0 phút)	5,00 ± 0,00	5,0 – 5,0
T15 (15 phút)	6,65 ± 2,12	5,0 – 10,0
T30 (30 phút)	7,45 ± 2,34	2,5 – 12,5
T45 (45 phút)	6,75 ± 3,16	2,5 – 12,5
T60 (60 phút)	6,45 ± 3,11	2,5 – 15,0

T2h (2 giờ)	5,92 ± 3,30	2,5 – 15,0
T4h (4 giờ)	5,76 ± 3,12	2,5 – 15,0
T6h (6 giờ)	4,86 ± 2,96	0,0 – 12,5
T12h (12 giờ)	4,45 ± 3,16	0,0 – 15,0
T18h (18 giờ)	4,19 ± 3,19	0,0 – 12,5
T24h (24 giờ)	4,07 ± 2,85	0,0 – 10,0
Ngày 2	4,00 ± 2,42	0,0 – 7,5
Ngày 3	3,98 ± 2,37	0,0 – 5,0

Nhận xét:

- Tại thời điểm T0 (thời điểm bắt đầu điều trị): liều Nicardipin 5,0 mg/giờ, tăng liều dần để đạt HA mục tiêu. Liều cao nhất: 15 mg/giờ.

- Liều Nicardipin trung bình tại thời điểm 2 giờ sau điều trị là 5,92 ± 3,30 mg/giờ.

- Thời gian truyền Nicardipin từ 6 giờ đến 3 ngày

3.2.3. Đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não lần hai so với lần đầu

a. Thể tích khối máu tụ theo thời gian

Bảng 3.4. Thể tích khối máu tụ theo thời gian

Thể tích (ml)	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất	Giá trị p của V1, V2
V1	12,96 ± 11,45	0,67	62,40	0,068
V2	13,80 ± 12,67	0,84	66,80	
V2 – V1	0,84 ± 2,46			

Nhận xét: Thể tích trung bình của khối máu tụ trên phim chụp CLVT sọ não lần 2 cao hơn lần 1 với hiệu số là 0,84 ± 2,46 ml. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê đạt độ tin cậy 95% với p > 0,05.

b. Gia tăng thể tích khối máu tụ

Bảng 3.5. Gia tăng thể tích khối máu tụ

Gia tăng thể tích ≥ 33%	Số người bệnh	Tỷ lệ %	Giá trị p
Có	12	8	< 0,01
Không	138	92	
Tổng	150	100	

Nhận xét: Tỷ lệ NB gia tăng thể tích khối máu tụ là 8 %.

3.2.4. Đặc điểm các số liệu thu thập được qua phân tích đơn biến

Bảng 3.6. Phân bố đặc điểm huyết áp tâm thu trung bình của hai nhóm có và không gia tăng thể tích khối máu tụ

HA tâm thu trung bình (mmHg)		Gia tăng thể tích khối máu tụ			Giá trị p
		Không (138 NB)	Có (12 NB)	Tổng (150 NB)	
Thời điểm	T0	175,65±9,12	211,84±9,29	187,28±9,46	< 0,01
	T2	138,12±7,12	154,13±11,43	140,24±9,68	< 0,01
	2 – 6 giờ	136,23±5,97	146,53±8,12	138,82±7,82	< 0,01
	6 – 24 giờ	133,88±6,12	142,04±8,12	136,74±7,51	< 0,01

Nhận xét: Nhóm NB có gia tăng thể tích khối máu tụ, trung bình HA tâm thu lúc nhập viện tại thời điểm 2 giờ, sau 2 – 6 giờ và sau 6 – 24 giờ điều trị đều tăng cao hơn so với nhóm không có gia tăng thể tích khối máu tụ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đạt độ tin cậy 99% với p < 0,01.

Bảng 3.7. Phân bố đặc điểm của huyết áp tâm thu trung bình của hai nhóm kết cục chức năng

HA tâm thu trung bình (mmHg)		Kết cục (mRS) ngày 90			Giá trị p
		Tốt (0 – 3) (110 NB)	Xấu (4 – 6) (40 NB)	Tổng (150 NB)	
Thời điểm	T0	174,29±8,12	206,65±11,61	187,28±9,46	< 0,01
	T2	137,13±8,94	148,12±11,95	140,24±9,68	< 0,01
	2 – 6 giờ	135,13±8,12	143,67±7,34	138,82±7,82	< 0,01
	6 – 24 giờ	129,74±8,02	139,92±6,92	136,74±7,51	< 0,01

Nhận xét: Nhóm NB có kết cục xấu, trung bình HA tâm thu lúc nhập viện tại thời điểm 2 giờ, sau 2 – 6 giờ và sau 6 – 24 giờ điều trị đều tăng cao hơn so với nhóm có kết cục tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đạt độ tin cậy 99% với p < 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Về diễn biến huyết áp và liều nicardipine trong quá trình điều trị, khi nhập viện, thời điểm bắt đầu điều trị hạ áp bằng Nicardipin truyền tĩnh mạch (T0), HA tâm thu trung bình là 187,28 ± 9,46 mmHg. Tại thời điểm phút thứ 15 (T15), HA tâm thu trung bình là 185,62 ± 10,12 mmHg, tăng lên so với thời điểm T0 nhưng không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Ở các thời điểm sau đó (từ phút thứ 30), so với T0 thì HA tâm thu đều giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Sau 2 giờ điều trị chúng tôi đã kiểm soát được HA tâm thu theo mục tiêu, với HA tâm thu trung bình là 140,24 ± 9,68 mmHg. Tính từ thời điểm T6h trở về sau, HA tâm thu được duy trì liên tục ổn định ở mức < 140 mmHg nhưng không thấp hơn 130 mmHg tới ngày thứ 7 của bệnh hoặc khi ra viện nếu người bệnh được ra viện trước 7 ngày điều trị. Diễn biến huyết áp trong quá trình điều trị của chúng tôi tương tự với phác đồ và kết quả điều trị huyết áp của nghiên cứu INTERACT 1 và 2,[2,3] và có khác một phần với nghiên cứu ATACH 1 và 2 khi mục tiêu điều trị hạ HA tích cực của nghiên cứu này là 110 – 140 mmHg.[4,5] So với các nghiên cứu của các tác giả trong nước: Nguyễn Duy Mạnh đạt HA tâm thu mục tiêu 130 – 140 mmHg sau 1 giờ điều trị,[6] nghiên cứu của Nguyễn Danh Cường thời gian đạt HA tâm thu mục tiêu sớm hơn (sau 30 phút điều trị với HA tâm thu mục tiêu 140 – 160 mmHg).[7] Liều Nicardipin truyền tĩnh mạch được khởi đầu tại thời điểm T0 là 5,0 mg/giờ, tăng dần liều đến khi đạt HA mục tiêu, liều cao nhất là 15 mg/giờ. Tại thời điểm T2h (2 giờ sau điều trị) với liều Nicardipin trung bình 5,92 ± 3,30 mg/giờ, chúng tôi đã kiểm soát được HA tâm

thu trung bình theo mục tiêu. Liều Nicardipin trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Nguyễn Danh Cường liều 6,35 ± 2,20 mg/giờ. Sở dĩ có sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của tác giả này, HA mục tiêu đạt được chỉ sau 30 phút điều trị, còn nghiên cứu của chúng tôi mục tiêu là kiểm soát HA sau 2 giờ điều trị.

Thể tích khối máu tụ trong lần chụp cắt lớp vi tính sọ não lần đầu tiên (V1) trung bình là 12,96 ± 11,45 ml; thấp nhất là 0,67 ml; cao nhất là 62.4 ml. Giá trị này tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Đỗ Văn Tài là 14,87 ± 20,27 ml,[8] nghiên cứu của Nguyễn Duy Mạnh cho thấy thể tích khối máu tụ là 14,91 ± 10,96 ml,[6] nhưng thấp hơn so với kết quả từ nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Kim Trinh là 22,38 ± 12,39 ml,[9] Hwang JK và cộng sự nghiên cứu trên 88 người bệnh có thể tích trung bình V1 = 19,83 ± 20,8 ml.[10] Nhóm người bệnh có gia tăng thể tích khối máu tụ, trung bình HA tâm thu lúc nhập viện tại thời điểm 2 giờ, sau 2 – 6 giờ và sau 6 – 24 giờ điều trị đều tăng cao hơn so với nhóm không có gia tăng thể tích khối máu tụ.

Chúng tôi phân chia mức độ phục hồi chức năng thành hai nhóm: kết cục tốt với mRS 0 – 3 điểm, kết cục xấu với mRS 4 – 6 điểm. Tỷ lệ bệnh nhân có kết cục tốt sau 3 tháng (73,3%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Văn Tài tỷ lệ mRS 0 – 3 điểm sau 3 tháng là 66,7%,[8] nghiên cứu INTERACT 2 tỷ lệ mRS 0 – 3 điểm sau 3 tháng là 63,8%,[2] thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Duy Mạnh có 94,4% NB trong nhóm hạ HA tích cực mRS 0 – 3 điểm sau 3 tháng.[6] Diễn biến huyết áp trong quá trình điều trị: trung bình HA tâm thu lúc nhập viện, sau 2 giờ, 2 – 6 giờ, 6 – 24 giờ khi không đạt huyết áp mục tiêu có liên quan với kết cục chức năng xấu (mRs 4-6) tại thời điểm 90 ngày với giá trị $p < 0,05$

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 150 người bệnh chảy máu não cấp vùng trên lều do tăng huyết áp điều trị tại Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ ngày 01/08/2023 đến ngày 31/07/2024, chúng tôi rút ra kết luận sau: trung bình huyết áp tâm thu lúc nhập viện tại thời điểm 2 giờ, sau 2 – 6 giờ và sau 6 – 24 giờ đều tăng cao hơn ở nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ và điều trị không đạt huyết áp mục tiêu lúc nhập viện, sau 2 giờ, 2 – 6 giờ, 6 – 24 giờ có liên quan với kết cục chức năng xấu (mRs 4-6) tại thời điểm 90 ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Labovitz DL, Halim A, Boden-Albala B, Hauser WA, Sacco RL.** The incidence of deep and lobar intracerebral hemorrhage in whites, blacks, and Hispanics. Neurology. 2005;65(4): 518-522. doi:10.1212/01.wnl.0000172915.71933.00
2. **Anderson CS, Heeley E, Huang Y, et al.** Rapid Blood-Pressure Lowering in Patients with Acute Intracerebral Hemorrhage. N Engl J Med. 2013;368(25):2355-2365. doi:10.1056/NEJMoa1214609
3. **Anderson CS, Huang Y, Wang JG, et al.** Intensive blood pressure reduction in acute

cerebral haemorrhage trial (INTERACT): a randomised pilot trial. Lancet Neurol. 2008;7(5): 391-399. doi:10.1016/S1474-4422(08)70069-3

4. **Qureshi AI, Palesch YY, Barsan WG, et al.** Intensive Blood-Pressure Lowering in Patients with Acute Cerebral Hemorrhage. N Engl J Med. 2016;375(11):1033-1043. doi:10.1056/NEJMoa1603460
5. **Antihypertensive Treatment of Acute Cerebral Hemorrhage (ATACH) investigators.** Antihypertensive treatment of acute cerebral hemorrhage. Crit Care Med. 2010;38(2): 637-648. doi:10.1097/CCM.0b013e3181b9e1a5
6. **Nguyễn Duy Mạnh.** Nghiên cứu kết quả điều trị hạ huyết áp tích cực trong chảy máu não nguyên phát do tăng huyết áp giai đoạn cấp. Luận án tiến sĩ y học. Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108; 2018.
7. **Nguyễn Danh Cường.** Đánh giá hiệu quả kiểm soát tích cực huyết áp bằng nicardipin đường tĩnh mạch ở bệnh nhân chảy máu trong sọ giai đoạn cấp. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội; 2012.
8. **Đỗ Văn Tài.** Đánh giá hiệu quả điều trị hạ áp tích cực ở bệnh nhân xuất huyết não giai đoạn cấp. Luận án chuyên khoa cấp II. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2016.
9. **Ngô Thị Kim Trinh, Nguyễn Huy Thắng.** Các yếu tố liên quan đến sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não. Tạp Chí Học Việt Nam. 63(1):52-57.
10. **Hwang SK, Kim JS, Kim JH, Hong CK, Yang KH.** Antihypertensive treatment of acute intracerebral hemorrhage by intravenous nicardipine hydrochloride: prospective multi-center study. J Korean Med Sci. 2012;27(9):1085-1090. doi:10.3346/jkms.2012.27.9.1085

TÌM HIỂU YẾU TỐ LIÊN QUAN RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Đỗ Thùy Linh[1], Đỗ Hữu Nghị[1], Nguyễn Thị Hoài Thu[1], Ngô Minh Đạt[1], Lê Thị Hồng Long[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm, phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân suy tim tại bệnh viện đa khoa Hà Đông.

Đối tượng và phương pháp: Các bệnh nhân được chẩn đoán suy tim theo tiêu chuẩn của ESC 2016 nằm điều trị tại khoa Nội tim mạch với phương pháp mô tả cắt ngang, mô tả phân tích.

Kết luận: Qua nghiên cứu 120 người bệnh suy tim điều trị nội trú tại bệnh viện Hà Đông chúng tôi phát hiện được 47 người bệnh có trầm cảm chiếm tỷ lệ 39.2% và từ đó rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ rối loạn trầm cảm: 39.2%.

- Mức độ rối loạn trầm cảm: nhẹ 66%, trung bình 29.8% và nặng 4.2%. Trầm cảm ở người bệnh suy tim thường gặp ở mức độ nhẹ chiếm 66%.

- Biêu hiện lâm sàng: Tuổi cao hơn, giới nữ nhiều hơn nam, phân độ NYHA cao hơn, thời gian mắc bệnh suy tim kéo dài hơn. Các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm chiếm tỷ lệ cao rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn uống, bi quan về tương lai.

- Giới: nữ giới có nguy cơ rối loạn trâm cảm cao gấp 2,45 lần nam giới với 95%CI: 1,05 - 4,31.

- Tuổi: Nhóm người bệnh ≥ 70 tuổi có nguy cơ mắc rối loạn trầm cảm cao hơn gấp 2,33 lần người bệnh < 70 tuổi, với 95% CI: 1,03-4.34.

- Người bệnh suy tim càng nặng có tỷ lệ trầm cảm càng cao sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0.014.

Từ khóa: trầm cảm, suy tim

SUMMARY

RESEARCHING FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN PATIENTS WITH HEART FAILURE AT HA DONG GENERAL HOSPITAL

Objective: Describe some clinical characteristics of depression, analyze some factors related to depression in patients with heart failure at Ha Dong General Hospital.

Subjects and methods: Patients diagnosed with heart failure according to ESC 2016 criteria were treated at the Department of Cardiology with cross-sectional and analytical descriptive methods.

Conclusion: Through a study of 120 inpatients with heart failure at Ha Dong Hospital, we found that 47 patients had depression, accounting for 39.2%, and from there we drew the following conclusions:

- Rate of depressive disorder: 39.2%.

- Level of depressive disorder: mild 66%, moderate 29.8% and severe 4.2%. Depression in

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thùy Linh
Email: dr.linh83@gmail.com
SĐT: 0988906944
Ngày nhận bài: 11/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 08/4/2025
Ngày duyệt bài: 09/5/2025

heart failure patients is often mild, accounting for 66%.

- Clinical manifestations: Older age, more women than men, higher NYHA classification, longer duration of heart failure. Typical symptoms of depression include high rates of sleep disorders, eating disorders, and pessimism about the future.

- Gender: women are 2.45 times more likely to have depressive disorders than men with 95%CI: 1.05 - 4.31.

- Age: Patients ≥ 70 years old have a 2.33 times higher risk of depression than patients < 70 years old, with 95% CI: 1.03-4.34. - Patients with more severe heart failure have a higher rate of depression, the difference is statistically significant p=0.014.

Keywords: depression, heart failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là rối loạn tâm thần khá phổ biến ở BN suy tim, làm giảm khả năng tuân thủ điều tri, giảm chất lượng cuộc sống, tăng tỷ lệ nhập viện và tử vong.

Tuy nhiên việc phát hiện các triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân suy tim cũng khá khó khăn do có một số triệu chứng rất giống với triệu chứng suy tim, điều đó gây khó khăn trong thực hành lâm sàng. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở bệnh nhân suy tim như tuổi, giới ,mức độ suy tim ….đã được nghiên cứu nhưng chưa có được sự đồng thuận trong các kết quả.

Với mong muốn làm rõ đặc điểm lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân suy tim, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Tìm hiểu yếu tố liên quan rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân suy tim tại bệnh viện đa khoa Hà Đông" với các mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân suy tim tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân suy tim tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán suy tim theo tiêu chuẩn của ESC 2016

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang , mô tả phân tích.

2.3. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu

Công thức tính:

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

Trong đó:

$Z^2_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy với tương ứng với α = 0,05 (KTC 95%)--> $Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$

d: sai số biên của ước lượng. Ước tính d= 0,09

p: tỉ lệ người bệnh rối loạn trầm cảm trên bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu của Đỗ Minh Quang 2010, tỷ lệ này là 48,5%,nên chọn p= 0,485.

Cỡ mẫu tính toán được: n = 118 BN.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: Các bệnh nhân nhập viện từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024 tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện đa khoa Hà Đông, có đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ được chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ 118 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn, sử dụng bộ câu hỏi, dữ liệu có sẵn

2.6. Phân tích số liệu

- Tất cả số liệu thu được sẽ được xử lý

theo các thuật toán thống kê y học trên máy vi tính bằng phần mềm phân tích số liệu SPSS 20.0

- Các kết quả định tính được thể hiệ dưới dạng tỷ lệ phần trăm, các kết quả định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tử phân vị tùy đặc điểm phân bố.

- Kiểm định các giá trị trung bình bằng T- test trong trường hợp phân bố chuẩn và Mann- Whitney U test nếu phân bố không chuẩn, kiểm định các tỷ lệ bằng X^2-test hoặc Fisher's exact test: các khác biệt được coi là có ý nghĩa thông kê khi p< 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trong thời gian từ tháng 1/2024 đến tháng 9/2024. Có 120 bệnh nhân suy tim đủ điều kiện lấy vào nghiên cứu.Tất cả các BN đều đồng ý trả lời phỏng vấn.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung (N= 120)

Đặc điểm	Có trầm cảm (N=47)		Không trầm cảm (N=73)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Giới tính						
Nam	21	32.8	43	67.4	64	53.3
Nữ	25	44.6	31	55.6	56	46.7
Phân loại tuổi						
<50	5	27.8	13	72.2	18	15
50-69	24	36.9	41	63.1	65	54.2
≥70	18	48.6	19	51.4	37	30.8
TB ±ĐLC	66±11.2		52±14.5		61±12.3	
Nơi sống						
Thành thị	16	48.5	17	51.5	33	27.5
Nông thôn	32	44.4	40	55.6	72	60
Miền núi	5	33.3	10	66.7	15	12.5

Giới tính: Trong nhóm người bệnh nghiên cứu có tỷ lệ giới nam nhiều hơn nữ, nhưng trong đó tỷ lệ trầm cảm ở nữ giới chiếm 44.6% cao hơn so với tỷ lệ trầm cảm ở nam giới 32.8%.

Tuổi: Trong nhóm nghiên cứu số bệnh nhân 50-70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất

(54.2%) và < 50 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 15%. Người bệnh thuộc nhóm tuôi ≥70 có tỷ lệ trầm cảm khá cao chiếm 48.6%. Trong khi đó người bệnh thuộc nhóm tuổi < 50 tuổi có tỷ lệ trầm cảm thấp nhất (24%). Tuổi trung bình của nhóm người bệnh trầm cảm là 61,6 ±12.3 cao hơn nhóm không trầm cảm 52 ±14,5.

Nơi sống: Đa số nhóm người bệnh nghiên cứu sống ở nông thôn với 60%, trong đó tỷ lệ trầm cảm chiếm 44,4%. Trong nhóm ở thành thị tỷ lệ người bệnh trầm cảm bằng nhóm ở nông thôn bị trầm cảm.

3.2. Đặc điểm trầm cảm ở bệnh nhân suy tim

3.2.1. Tỷ lệ trầm cảm ở nhóm người bệnh nghiên cứu

Bảng 3.2. Tỷ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	Có trầm cảm (N=47)		Không trầm cảm (N=73)		Tổng	
	N	%	n	%	n	%
Theo ICD 10	49	40.8	71	59.2	120	100%
Theo BECK	47	39.2	73	60.8	120	100%

Theo tiêu chuẩn ICD 10 thì tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm chiếm 40.8%, trong đó theo điểm số thang điểm Beck (điểm Beck >= 14) thì tỷ lệ này là 39.2 %.

3.2.2. Mức độ trầm cảm ở nhóm người bệnh nghiên cứu

Bảng 3.3. Đặc điểm về mức độ trầm cảm theo ICD – 10 (N=47)

Số lượng / Trầm cảm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trầm cảm nhẹ		31	66
Trầm cảm vừa		14	29.8
Trầm cảm nặng	Không loạn thần	2	4.2
	Có loạn thần	0	0

3.2.3. Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm theo ICD

Bảng 3.4. Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm theo ICD-10 (N=47)

NYHA / Triệu chứng	NYHA II (N=12)		NYHA III/IV (N=35)		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Giảm tập trung, chú ý	2	20	8	80	10	21.3
Giảm tự trọng, tự tin	6	27.3	16	72.7	22	46.8
Ý tưởng bị tội và không xứng đáng	0	0	2	100	2	4.3
Bi quan về tương lai	6	24	19	76	25	53.2
Ý tưởng hoặc hành vi tự sát	0	0	2	100	2	4.3
Rối loạn giấc ngủ	5	11.1	40	88.9	45	95.7
Rối loạn ăn uống	9	23.7	29	76.3	38	80.9

3.3. Một số yếu tố liên quan với trầm cảm ở bệnh nhân suy tim

Mối liên quan giữa các đặc điểm suy tim với trầm cảm

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa mức độ khó thở NYHA với trầm cảm (N=120)

Trầm cảm / NYHA	Có trầm cảm (N=47)		Không trầm cảm (N=73)		p
	n	%	n	%	
NYHA II	12	26.1	34	73.9	0.014
NYHA III	30	46.9	34	36.9	
NYHA IV	5	50	5	50	

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh có rối loạn trầm cảm ở độ tuổi 50-70 chiếm tỷ lệ cao nhất (54.2%).Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 61±12,3. Tuổi trung bình của nhóm người bệnh trầm cảm là 66 ±11,2

Tuổi trung bình của các người bệnh suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Châu Minh Đức (2019) nghiên cứu trên 366 người bệnh (66,82 ±14,24 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh suy tim ở nữ giớI thấp hơn nam giớI (46,7% và 53,3%), trong đó tỷ lệ trầm cảm ở nữ giới chiếm 46.6%, cao hơn nam giới (32,8%)

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Mức độ rối loạn trầm cảm ở người bệnh suy tim

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ trầm cảm nhẹ chiếm đa số 66% tổng số người bệnh (bảng 3.5) kết quả này cao hơn với tác giả Châu Minh Đức (2019) trầm cảm nhẹ chiếm 33,1% và tác giả Felipe Montes Pena (2011) 34%.

Điều này có thể giải thích là do sự khác nhau về giới tính, thời gian tiến hành nghiên cứu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng trầm cảm ở người bệnh suy tim

Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm

Tỷ lệ giảm tập trung chú ý chỉ chiếm 21.3%. Các triệu chứng khác cũng xuất hiện một cách không thường xuyên như ý tưởng bị tội không xứng đáng , ý tưởng hoặc hành vi tự sát (Bảng 3.6). Điều này cho thấy sự khác biệt trong đặc điểm lâm sàng của trầm cảm ở người bệnh suy tim so với các bệnh lý nội khoa khác.

4.3. Một số yếu tố liên quan với trầm cảm ở người bệnh suy tim

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm người bệnh ≥ 70 tuổi có nguy cơ mắc rối loạn trầm cảm cao gấp 2,33 lần nhóm người bệnh < 70 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với 95%CI: 1,03-4,34 Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của nhóm người bệnh trầm cảm là 66 ±11,2 cao hơn tuổi trung bình của nhóm người bệnh không trầm cảm 52±14,5 .

Nghiên cứu của chúng tôi, giới nữ mắc trầm cảm cao hơn nam giới(44.6 %và 32.8%). Nữ giới có nguy cơ mắc trầm cảm cao hơn gấp 2,45 lần nam giới.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 120 người bệnh suy tim điều trị nội trú tại bệnh viện Hà Đông chúng tôi phát hiện được 47 người bệnh có trầm cảm chiếm tỷ lệ 39.2% và từ đó rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ rối loạn trầm cảm: 39.2%.
- Mức độ rối loạn trầm cảm: nhẹ 66%, trung bình 29.8% và

nặng 4.2%.Trầm cảm ở người bệnh suy tim thường gặp ở mức độ nhẹ chiếm 66%.

- Biểu hiện lâm sàng: Tuổi cao hơn, giới nữ nhiều hơn nam, phân độ NYHA cao hơn, thời gian mắc bệnh suy tim kéo dài hơn.Các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm chiêm tỷ lệ cao rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn uống, bi quan về tương lai.
- Giới: nữ giới có nguy cơ rối loạn trầm cảm cao gấp 2,45 lần nam giới với 95%CI:

1,05 - 4,31.

- Tuổi: Nhóm người bệnh ≥ 70 tuổi có nguy cơ mắc rối loạn trầm cảm cao hơn gấp 2,33 lần người bệnh < 70 tuổi, với 95% CI: 1,03-4.34.

- Người bệnh suy tim càng nặng có tỷ lệ trầm cảm càng cao sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0.014.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Tiến Đức, Bùi Quang Huy.** Giáo trình tâm thần học (2017), nhà xuất bản quân đội nhân dân. In:202./-strong/-heart:>:o:-((:-h19. Nguyễn Doãn Phương, Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Hà An, Dương Minh Tâm. Hướng Dẫn Chân Đoàn và Điều Trị Một Số Rối Loạn Tâm Thần Thường Gặp. Vol Giai đoạn trầm cảm. Nhà xuất bản y học, 2019.
2. **Tổ chức Y tế Thế giới.** Rối Loạn Khi Sắc (Cảm Xúc). Bảng Phân Loại Bệnh Quốc Tế Lần Thứ 10 về Các Rối Loạn Tâm Thần và Hành Vĩ. Geneve; 1992.
3. **Trần Minh Đức** (2018), Khảo sát tỷ lệ rối loạn trầm cảm trên bệnh nhân cao tuổi mắc suy tim mạn tại khoa nội tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại Học Y Dược TP HCM.
4. **Đỗ Minh Quang** (2010), Khảo sát trầm cảm ở bệnh nhân suy tim mạn. Luận văn thạc sĩ y học, Đại Học Y Dược TP HCM. Published online 2010.
5. **Đại học Y Hà Nội.** Bệnh Học Nội Khoa Tập 1. nhà xuất bản y học; 2018.
6. **ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure** (2008). European Journal of Heart Failure.
7. **World health organization** (2021), Depression. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
8. **Forman-Hoffman VL, Bose J, Batts KR, et al.** Correlates of Lifetime Exposure to One or More Potentially Traumatic Events and Subsequent Posttraumatic Stress among Adults in the United States: Results from the Mental Health Surveillance Study, 2008-2012. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016.
9. **Saveanu RV, Mayes T.** Diagnosing Depression in Congestive Heart Failure. Heart Failure Clinics. 2011;7(1):75-79. doi:10.1016/j.hfc.2010.08.010
10. **Johansson P, Lesman-Leegte I, Lundgren J, et al.** Time-course of depressive symptoms in patients with heart failure. J Psychosom Res. 2013;74(3):238-243. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.09.019

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRÍ NHỚ Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ HÀNH VI DO SỬ DỤNG RƯỢU ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Nguyễn Trường Giang[1,3], Nguyễn Văn Tuấn[1,2], Đinh Hữu Trường[4], Nguyễn Hữu Chỉnh[3], Nguyễn Tuấn Dương[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng trí nhớ ở người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu điều trị nội trú tại Viện sức khoẻ Tâm thần Quốc gia- Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, mô tả đặc điểm lâm sàng trí nhớ ở 63 người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu điều trị nội trú tại Viện sức khoẻ Tâm thần Quốc gia- Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 đến tháng 3/2025.

Kết quả: Nhóm tuổi chủ yếu từ 51-60 tuổi chiếm 52,4%. Thời gian uống rượu thường là trên 15 năm chiếm 84,2% và lượng rượu uống hàng ngày chủ yếu là dưới 500ml chiếm 61,9%. Đặc điểm chung của trí nhớ: hầu hết là suy giảm trí nhớ gần chiếm 95,2%, tỷ lệ suy giảm trí nhớ xa thấp (14,3%), 100% người bệnh suy giảm các kỹ năng ghi nhớ. Đặc điểm thông tin trí nhớ gần bao gồm từ ngữ, hình ảnh, chữ số đều có tỷ lệ suy giảm nhiều (82,5%, 81% và 87,3%), ở trí nhớ từ ngữ chủ yếu là suy giảm mức độ nặng (44,4%), trí nhớ hình ảnh cũng chủ yếu là suy giảm mức độ nặng (41,3%), trí nhớ chữ số chủ yếu là suy giảm mức độ vừa (46%). Hai kỹ năng ghi nhớ bao gồm kỹ năng ghi nhớ logic và kỹ năng ghi nhớ liên tưởng thì đều suy giảm mức độ nặng (98,4% và 85,7%). Kết quả thang đánh giá trí nhớ Wechsler, chủ yếu là trí nhớ yếu (47,6%), không có người bệnh nào đạt mức trí nhớ trên trung bình hoặc cao hơn và chỉ số MQ trung bình là 73,55 ± 12,62.

Kết luận: Người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu nhập viện đều uống rượu lâu năm và lượng rượu tiêu thụ tương đối cao. Đặc điểm suy giảm trí nhớ chủ yếu là suy giảm trí nhớ gần trong đó các thông tin trí nhớ như từ ngữ, hình ảnh, chữ số bị suy giảm chiếm tỷ lệ cao và chủ yếu là suy giảm mức độ vừa và nặng. Trí nhớ xa suy giảm ít, và tất cả người bệnh đều bị suy giảm kỹ năng ghi nhớ bao gồm kỹ năng ghi nhớ logic và liên tưởng, mức độ suy giảm cũng phần lớn là suy giảm nặng. Kết quả đánh giá trên thang Wechsler cũng phù hợp với các đặc điểm trí nhớ trên lâm sàng.

Từ khóa: Rối loạn sử dụng rượu, suy giảm trí nhớ, trí nhớ gần, trí nhớ xa, thang trí nhớ Wechsler.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc gia*
[3]*Bệnh viện Tâm thần Trung ương I*
[4]*Viện Sức khoẻ Tâm thần Phương Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Giang
Email: nguyentruonggianghvqy@gmail.com
SĐT: 0946782213
Ngày nhận bài: 12/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 09/4/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF MEMORY IMPAIRMENT IN INPATIENTS WITH MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS DUE TO ALCOHOL USE

Objective: To describe the clinical characteristics of memory function in inpatients

with alcohol-related mental and behavioral disorders at the National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital.

Subjects and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 63 inpatients diagnosed with alcohol-related mental and behavioral disorders at the National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital, from August 2024 to March 2025. Memory function was assessed using clinical examination and the Wechsler Memory Scale.

Results: The majority of patients were aged 51–60 years (52.4%). Most had consumed alcohol for over 15 years (84.2%), and daily alcohol intake was mainly under 500ml (61.9%). In terms of memory characteristics, recent memory decline was observed in 95.2% of patients, while remote memory impairment was less common (14.3%). All patients exhibited impaired memory encoding skills. Regarding recent memory components, high rates of decline were found in verbal (82.5%), visual (81.0%), and numerical memory (87.3%). Severe impairment was most frequent in verbal (44.4%) and visual memory (41.3%), while numerical memory was mainly moderately impaired (46.0%). Two core encoding skills—logical memory and associative memory—were severely impaired in 98.4% and 85.7% of patients, respectively. According to the Wechsler Memory Scale, most patients fell into the "poor memory" category (47.6%), with no individuals scoring in the above-average or higher range. The mean Memory Quotient (MQ) was 73.55 ± 12.62.

Conclusion: Patients with alcohol-related mental and behavioral disorders had a long history of alcohol use with relatively high consumption levels. Their memory profile was predominantly characterized by recent memory impairment, particularly in verbal, visual, and numerical domains, with moderate to severe severity. Remote memory was less affected. All patients showed significant impairment in memory encoding skills, including both logical and associative memory, mostly at a severe level. The findings from the Wechsler Memory Scale were consistent with the clinical presentation of memory deficits.

Keywords: Alcohol use disorder, memory impairment, recent memory, remote memory, Wechsler Memory Scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loạn thần do rượu là trạng thái loạn thần liên quan chặt chẽ tới quá trình sử dụng rượu, biểu hiện bằng rối loạn cảm xúc, hành vi, hoang tưởng, ảo giác…[1] Nước ta là một trong những quốc gia đứng hàng đầu thế giới về tỷ lệ người sử dụng rượu. Có tới 77,3% nam giới sử dụng rượu bia, đây là con số cao nhất thế giới, gấp gần hai lần mức trung bình[2].

Tác dụng lâu dài của rượu có thể gây mất nhớ là tình trạng suy giảm trí nhớ trong giai đoạn một người uống nhiều rượu nhưng vẫn tỉnh táo, gây trở ngại cho việc thu nhận và củng cố trí nhớ. Ngoài ra còn gây ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương như rối loạn chức năng nhận thức, loại rối loạn mất trí nhớ, dai dẳng[3]. Rối loạn trí nhớ do rượu có những biểu hiện lâm sàng và tiến triển với những đặc điểm riêng, khác với rối loạn trí nhớ ở các bệnh như chấn thương sọ não, bệnh lý mạch máu não, bệnh Alzheimer,… Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm lâm sàng trí nhớ ở người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu điều trị nội trú" với mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng trí nhớ ở nhóm người bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

63 người bệnh được chẩn đoán rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khoẻ Tâm thần Quốc gia-Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 đến tháng 3/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, mô tả các đặc điểm lâm sàng của trí nhớ của người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu.

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

Các thuật toán sử dụng

- Mô tả: tần suất, tỷ lệ, số trung bình, độ lệch chuẩn.
- Kiểm định giả thuyết thống kê: Chi-square để kiểm định sự phân bố đồng đều của các đặc điểm.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai và thông tin người bệnh được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm người bệnh nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Tuổi trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Dưới 30	2	3,2	49,24 ± 7,58	24	60
31-40	6	9,5			
41-50	22	34,9			
51-60	33	52,4			
Tổng số	63	100			

Nhận xét: Nhóm tuổi của người bệnh chủ yếu từ 51 đến 60 tuổi (52,4%), nhóm tuổi từ 41 đến 50 tuổi chiếm 34,9% và thấp nhất là nhóm dưới 30 tuổi với 3,2%. Người bệnh có tuổi thấp nhất là 24 tuổi và cao nhất là 60 tuổi, độ tuổi trung bình là 49,24 ± 7,58.

Bảng 3.2. Đặc điểm sử dụng rượu của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm sử dụng rượu		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thời gian uống rượu	Dưới 10 năm	5	7,9
	10-15 năm	5	7,9
	Trên 15 năm	53	84,2
	Tổng số	63	100
Lượng rượu uống hàng ngày	<500ml	39	61,9
	500-1000ml	22	34,9
	>1000ml	2	3,2
	Tổng số	**63**	**100**

Nhận xét: Thời gian uống rượu của nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu là trên 15 năm chiếm tỉ lệ cao 84,2%, nhóm uống dưới 10 năm và từ 10-15 năm có tỷ lệ bằng nhau là 7,9%. Lượng rượu uống hàng ngày của nhóm đối tượng nghiên cứu cao nhất là dưới 500ml (61,9%), sau đó là từ 500-1000ml/ngày chiếm 34,9% và thấp nhất là trên 1000ml chỉ có 2 người chiếm 3,2%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng trí nhớ ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Một số đặc điểm lâm sàng trí nhớ

Đặc điểm trí nhớ	Bình thường		Giảm	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Trí nhớ gần	3	4,8	60	95,2
Trí nhớ xa	54	85,7	9	14,3
Kỹ năng ghi nhớ	0	0	63	100

Nhận xét: Kết quả bảng 3.3 cho thấy đối tượng nghiên cứu hầu hết bị suy giảm trí nhớ gần chiếm 95,2%, 14,3% người bệnh bị suy giảm trí nhớ xa; và 100% người bệnh bị suy giảm khả năng ghi nhớ.

Bảng 3.4. Đặc điểm lâm sàng thông tin trí nhớ

Đặc điểm thông tin trí nhớ		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	χ^2	p
Trí nhớ từ ngữ	Bình thường	11	17,5	14,78	0,002
	Giảm nhẹ	8	12,7		
	Giảm vừa	16	25,4		
	Giảm nặng	28	44,4		
Trí nhớ hình ảnh	Bình thường	12	19	10,46	0.015
	Giảm nhẹ	9	14,3		
	Giảm vừa	16	25,4		
	Giảm nặng	26	41,3		
Trí nhớ chữ số	Bình thường	8	12,7	16,43	0,001
	Giảm nhẹ	11	17,5		
	Giảm vừa	29	46		
	Giảm nặng	15	23,8		

Nhận xét: Kết quả bảng 3.4 cho thấy rằng ở nhóm đối tượng nghiên cứu có 17,5% đối tượng là không bị suy giảm trí nhớ từ ngữ, có 82,5% bị suy giảm trí nhớ từ ngữ trong đó tỷ lệ suy giảm trí nhớ từ ngữ mức độ nặng chiếm 44,4%, giảm vừa 25,4% và giảm nhẹ là 12,7%. Kết quả này cho thấy các mức độ suy giảm trí nhớ từ ngữ phân bố không đồng đều (χ^2= 14,78, P<0,01). Về đặc điểm của trí nhớ hình ảnh của nhóm đối tượng nghiên cứu, có 19% không có biểu hiện suy giảm trí nhớ hình ảnh, 81% có biểu hiện suy giảm trí nhớ hình ảnh, trong đó 41,3% đối tượng nghiên cứu bị suy giảm nặng, 25,4% suy giảm vừa và 14,3% suy giảm nhẹ. Kết quả này cho thấy các mức độ suy giảm trí nhớ hình ảnh phân bố không đồng đều (χ^2=10,46; P<0,05). Về đặc điểm trí nhớ chữ số của nhóm đối tượng nghiên cứu có 12,7% người bệnh không có suy giảm

trí nhớ chữ số, 87,3% có suy giảm trí nhớ chữ số trong đó số người bệnh bị suy giảm trí nhớ chữ số mức độ vừa vừa có tỷ lệ cao nhất 46%, tiếp theo là suy giảm mức độ nặng chiếm 23,8%, và suy giảm mức độ nhẹ 17,5%. Kết quả này cho thấy các mức độ suy giảm trí nhớ chữ số phân bố không đồng đều (χ^2=16,43, P<0,01).

Bảng 3.5. Đặc điểm kỹ năng ghi nhớ

Đặc điểm kỹ năng ghi nhớ		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Kỹ năng ghi nhớ logic	Bình thường	0	0
	Giảm nhẹ	0	0
	Giảm vừa	1	1,6
	Giảm nặng	62	98,4
Kỹ năng ghi nhớ liên tưởng	Bình thường	0	0
	Giảm nhẹ	2	3,2
	Giảm vừa	7	11,1
	Giảm nặng	54	85,7

Nhận xét: 100% người bệnh bị suy giảm khả năng ghi nhớ logic, trong đó hầu hết người bệnh nghiên cứu đều bị suy giảm kỹ năng ghi nhớ logic mức độ nặng với tỷ lệ 98,4%, chỉ có 1 người bị suy giảm vừa chiếm 1,6% và không có đối tượng nào bị suy giảm nhẹ. Về kỹ năng ghi nhớ liên tưởng, toàn bộ người bệnh bị suy giảm kỹ năng ghi nhớ liên tưởng, trong đó phần lớn người bệnh bị suy giảm kỹ năng nhớ liên tưởng mức độ nặng chiếm 85,7%, suy giảm vừa chiếm 11,1% và chỉ có 2 người suy giảm kỹ năng nhớ liên tưởng mức độ nhẹ chiếm 3,2%.

Bảng 3.6. Kết quả trí nhớ test Wechsler

Trí nhớ (chỉ số MQ)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Rất tốt (≥130)	0	0
Tốt (120-129)	0	0
Trên trung bình (110-119)	0	0
Trung bình (90-109)	6	9,5
Dưới trung bình (80-89)	17	27
Ranh giới (70-79)	10	15,9
Yếu (<70)	30	47,6
Tổng số	63	100
Điểm trung bình	73,55 ± 12,62	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.6 cho thấy dựa trên thang đánh giá trí nhớ Wechsler có 47,6% người bệnh có trí nhớ yếu, 15,9% là trí nhớ ở mức ranh giới, 27% ở mức dưới trung bình, chỉ có 6 người ở mức trung bình chiếm 9,5%, và không có người bệnh nào đạt trí nhớ ở mức trên trung bình, tốt và rất tốt. Chỉ số MQ trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 73,55 ± 12,62.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi của người bệnh chủ yếu từ 51 đến 60 tuổi (52,4%), nhóm tuổi từ 41 đến 50 tuổi chiếm 34,9% và thấp nhất là nhóm dưới 30 tuổi với 3,2%. Người bệnh có tuổi thấp nhất là 24 tuổi và cao nhất là 60 tuổi, độ tuổi trung bình là 49,24 ± 7,58. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu này tương đương với các tác giả: Đặng Thị Xuân (2021) 48,1 ± 9,23[4].

Thời gian uống rượu của nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu là trên 15 năm chiếm tỷ lệ cao 84,2%, nhóm uống dưới 10 năm và từ 10-15 năm có tỷ lệ bằng nhau là 7,9%. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có thời gian uống rượu chủ yếu trên 15 năm chiếm tỷ lệ cao, tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Chỉnh (2022) 90,63%[5]. Lượng rượu uống hàng ngày của nhóm đối tượng nghiên cứu cao nhất là dưới 500ml (61,9%) sau đó là từ 500-1000ml/ngày chiếm 34,9% và thấp nhất là trên 1000ml chỉ có 2 người chiếm 3,2%. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Chỉnh (2022) lượng rượu uống trung bình trong ngày từ 500-1000ml chiếm tỷ lệ cao nhất 65,63%, dưới 500ml 25%, trên 1000ml chiếm 2,63%; Phan Văn Hợp (2023) lượng rượu hàng ngày 500-1000ml chiếm 85,3%, trên 1000ml chiếm 14,7%[5,6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần khác so với một số nghiên cứu trước đây có thể do hiện nay mọi người đã được truyền thông, giáo dục tốt hơn, có nhận thức tốt hơn, hiểu biết nhiều hơn về tác hại của rượu nên đã hạn chế được lượng rượu uống hàng ngày.

4.2. Đặc điểm lâm sàng trí nhớ ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Khi phân tích về một số đặc điểm lâm sàng chung của trí nhớ (bảng 3.3) chúng tôi thấy trong số các đối tượng nghiên cứu hầu hết bị suy giảm trí nhớ gần chiếm 95,2%, có 14,3% người bệnh bị suy giảm trí nhớ xa; và 100% người bệnh bị suy giảm khả năng ghi nhớ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2014) suy giảm trí nhớ gần 95,6%[7].

Phân tích kỹ hơn về đặc điểm thông tin của trí nhớ (bảng 3.4) chúng tôi thấy rằng ở nhóm đối tượng nghiên cứu có 17,5% đối tượng là không bị suy giảm trí nhớ từ ngữ, có 82,5% bị suy giảm trí nhớ từ ngữ trong đó tỷ lệ suy giảm trí nhớ từ ngữ mức độ nặng chiếm 44,4%, giảm vừa 25,4% và giảm nhẹ là 12,7%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (2014) suy giảm trí nhớ thông tin lời nói ở người bệnh loạn thần do rượu chiếm 84,8%[7]. Về đặc điểm của trí nhớ hình ảnh của nhóm đối tượng nghiên cứu, có 19% không có biểu hiện suy giảm trí nhớ hình ảnh, 81% có biểu hiện suy giảm trí nhớ hình ảnh, trong đó 41,3% đối tượng nghiên cứu bị suy giảm nặng, 25,4% suy giảm vừa và 14,3% suy giảm nhẹ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ người bệnh suy giảm trí nhớ hình ảnh thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2014) 90,9% suy giảm trí nhớ thông tin hình ảnh. Kết quả

thấp hơn này có thể là do phương pháp đánh giá trí nhớ hình ảnh ở 2 nghiên cứu khác nhau, trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng các hình ảnh được in sẵn có màu sắc để giúp người bệnh dễ nhớ hơn so với việc vẽ lại hình đã được xem như trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn[7]. Về trí nhớ chữ số nhóm đối tượng nghiên cứu có 12,7% người bệnh không có suy giảm trí nhớ chữ số, 87,3% có suy giảm trí nhớ chữ số trong đó số người bệnh bị suy giảm trí nhớ chữ số mức độ vừa có tỷ lệ cao nhất 46%, tiếp theo là suy giảm mức độ nặng chiếm 23,8%, và suy giảm mức độ nhẹ 17,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ người bệnh bị suy giảm trí nhớ chữ số cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2014) 78,8%[7].

Nghiên cứu về các đặc điểm của kỹ năng ghi nhớ (bảng 3.5), chúng tôi thấy rằng toàn bộ người bệnh bị suy giảm khả năng ghi nhớ logic, trong đó hầu hết người bệnh nghiên cứu đều bị suy giảm kỹ năng ghi nhớ logic mức độ nặng với tỷ lệ 98,4%. Điều này cho thấy khả năng học tập ghi nhớ theo logic ở những người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu bị suy giảm nhiều, người bệnh gần như không thể ghi nhớ được một đoạn văn ngắn có tính logic mà chỉ ghi nhớ được một vài chi tiết rời rạc, chi tiết có tính nổi bật và dễ nhớ ví dụ như con số hoặc tên địa điểm. Đặc điểm khác của kỹ năng ghi nhớ là kỹ năng ghi nhớ liên tưởng, chúng tôi cũng thấy rằng tất cả người bệnh bị suy giảm kỹ năng ghi nhớ liên tưởng, trong đó phần lớn người bệnh bị suy giảm kỹ năng nhớ liên tưởng mức độ nặng chiếm 85,7%, suy giảm vừa chiếm 11,1% và chỉ có 2 người suy giảm kỹ năng nhớ liên tưởng mức độ nhẹ chiếm 3,2%. Điều này cho thấy những người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu có khả năng ghi nhớ liên tưởng kém, các cặp từ có tính chất liên tưởng được lặp lại 3 lần để người bệnh ghi nhớ nhưng phần lớn chỉ nhớ được một số cặp từ đơn giản có sự liên kết mạnh còn các cặp từ cần có sự liên tưởng phức tạp hơn thì người bệnh gần như không thể ghi nhớ.

Đánh giá trí nhớ dựa trên thang đánh giá trí nhớ Wechsler (bảng 3.6) chúng tôi thấy rằng có 47,6% người bệnh có trí nhớ yếu, 15,9% là trí nhớ ở mức ranh giới, 27% ở mức dưới trung bình, chỉ có 6 người ở mức trung bình chiếm 9,5%, và không có người bệnh nào đạt trí nhớ ở mức trên trung bình, tốt và rất tốt. Chỉ số MQ trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 73,55 ± 12,62. Kết quả trên khá phù hợp với mức độ suy giảm của các đặc điểm trí nhớ trên lâm sàng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về chỉ số MQ trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Quang Lịch (2003) chỉ số MQ trung bình là 81,77 ± 9,37[8].

V. KẾT LUẬN

Người bệnh rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu nhập viện đều uống rượu lâu năm và lượng rượu tiêu thụ tương đối cao. Đặc điểm suy giảm trí nhớ chủ yếu là suy giảm trí nhớ gần trong đó các thông tin trí nhớ như từ ngữ, hình ảnh, chữ số đều bị

suy giảm, chiếm tỷ lệ cao và chủ yếu là suy giảm mức độ vừa và nặng. Trí nhớ xa suy giảm ít và tất cả người bệnh đều bị suy giảm khả năng ghi nhớ, đó là kỹ năng ghi nhớ logic và kỹ năng ghi nhớ liên tưởng và phần lớn là bị suy giảm mức độ nặng. Trên thang đánh giá trí nhớ Wechsler, chủ yếu là trí nhớ yếu (47,6%), không có người bệnh nào đạt mức trí nhớ trên trung bình hoặc cao hơn và chỉ số MQ trung bình là 73,55 ± 12,62. Kết quả này cũng phù hợp với mức độ suy giảm các đặc điểm trí nhớ trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Doãn Phương, Nguyễn Văn Tuấn**. Rối loạn tâm thần do rượu. In: Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Một Số Rối Loạn Tâm Thần Thường Gặp, Bệnh Viện Bạch Mai, Viện Sức Khoẻ Tâm Thần. Nhà xuất bản Y học; 2019:52-60.
2. **Bộ Y Tế**. Những nguy hại của rượu tới tâm thần kinh - Chương trình mục tiêu quốc gia - Cổng thông tin Bộ Y tế. https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/nhung-nguy-hai-cua-ruou-toi-tam-than-ki-1.
3. **Nguyễn Văn Tuấn**. Rối loạn sử dụng rượu. In: Bệnh Học Sử Dụng Chất (Dùng Cho Học Viên Sau Đại Học). Nhà xuất bản Y học; 2024:53-76.
4. **Đặng Thị Xuân, Đỗ Ngọc Sơn**. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hội chứng cai rượu nặng điều trị tại trung tâm chống độc bệnh viện bạch mai. VMJ. 2021;501(1).
5. **Nguyễn Hữu Chỉnh**. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị rối loạn tâm thần và hành vi do rượu tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1. 2022.
6. **Phan Văn Hợp**. Một số đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan của người bệnh loạn thần do rượu có hoang tưởng, ảo giác chiếm ưu thế tại Bệnh viện Tâm thần Nam Định 2021. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2023; 6(03):92-101. doi:10.54436/jns.2023. 03.634
7. **Nguyễn Văn Tuấn**. Nghiên cứu lâm sàng và hiệu quả điều trị suy giảm nhận thức ở bệnh nhân loạn thần do rượu, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2014.
8. **Phạm Quang Lịch**, Nguyễn Sinh Phúc. Đặc điểm rối loạn trí nhớ, chú ý ở bệnh nhân nghiện rượu. Tạp chí tâm lý học. 2005;7(76):21-23.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA BIẾN CHỨNG VÀ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẢY MÁU NÃO CẤP TẠI TRUNG TÂM THẦN KINH BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Mạnh Dũng[1], Võ Hồng Khôi[1], Nguyễn Thị Dung[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa biến chứng và kết quả chăm sóc người bệnh chảy máu não cấp tại trung tâm Thần kinh bệnh viện Bạch Mai năm 2024

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu được thực hiện trên 200 người bệnh được chẩn đoán chảy máu não cấp, nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian tháng 02 năm 2024 đến tháng 08 năm 2024.

Kết quả: Kết quả chăm sóc tốt chiếm tỉ lệ 76,5%, kết quả chăm sóc chưa tốt chiếm tỷ lệ 23,5%. Trong mối liên quan của các biến chứng với kết quả chăm sóc, người bệnh không có biến chứng phù não là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng phù não (OR = 3,33; 95%CI: 1,176-7,25). Người bệnh không có biến chứng nhiễm khuẩn đường hô hấp là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng nhiễm khuẩn đường hô hấp (OR = 2,053 ; 95% CI : 1,045-4,08. Người bệnh không có biến chứng loét là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng loét (OR=2,79 ; 95% CI : 1,216-7,23. Người bệnh không có biến chứng viêm đường truyền là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng viêm đường truyền (OR = 3,85; 95%CI: 1,32-10,53). Người bệnh không có biến chứng huyết khối tĩnh mạch là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng huyết khối tĩnh mạch (OR = 4,15; 95%CI: 1,199-10,13), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05%.

Kết luận: Nghiên cứu 200 người bệnh chảy máu não cấp điều trị tại Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 02/2024 đến 08/2024, chúng tôi rút ra kết luận sau: các biến chứng ảnh hưởng đến kết quả chăm sóc cho bệnh nhân chảy máu não cấp gồm phù não, loét, huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm đường truyền.

Từ khóa: chảy máu não cấp, biến chứng, kết quả chăm sóc

[1]*Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai*
Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Dũng
Email: manhdungtkbm@gmail.com
SĐT: 0977938043
Ngày nhận bài: 12/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 09/4/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN COMPLICATIONS AND CARE OUTCOMES OF PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL HEMORRHAGE AT NEUROLOGY CENTER - BACH MAI HOSPITAL

Objectives: Analysis of the relationship between complications and outcomes of care for patients with acute cerebral hemorrhage at Neurology Center, Bach Mai Hospital in 2024

Subjects and method: A cross-sectional, prospective study was conducted on 200 patients diagnosed with acute cerebral hemorrhage, hospitalized for inpatient treatment at Neurology Center, Bach Mai Hospital from February 2024 to August 2024.

Results: Good care outcomes accounted for 76.5%, poor care outcomes accounted for 23.5%. In the relationship between complications and care outcomes, patients without cerebral edema complications were a favorable factor for achieving significantly better care outcomes than patients with cerebral edema complications (OR = 3.33; 95% CI: 1.176-7.25). Patients without respiratory tract infection complications were significantly more likely to have a better outcome than patients with respiratory tract infection complications (OR = 2.053; 95% CI: 1.045-4.08). Patients without ulcer complications were significantly more likely to have a better outcome than patients with ulcer complications (OR = 2.79; 95% CI: 1.216-7.23). Patients without intravenous tract infection complications were significantly more likely to have a better outcome than patients with intravenous tract infection complications (OR = 3.85; 95% CI: 1.32-10.53). Patients without venous thromboembolism complications were significantly more likely to have a better outcome than patients with venous thromboembolism complications (OR = 4.15; 95%CI: 1.32-10.53). 95%CI: 1.199-10.13), the difference was statistically significant with p<0.05%.

Conclusion: tudying 200 patients with acute cerebral hemorrhage treated at the Neurology Center - Bach Mai Hospital from February 2024 to August 2024, we drew the following conclusion: complications affecting the care outcomes for patients with acute cerebral hemorrhage include cerebral edema, ulcers, deep vein thrombosis, and transmission line inflammation.

Keywords: Acute cerebral hemorrhage, complications, care outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (ĐQN) là vấn đề thời sự trên thế giới.. Tỷ lệ người bệnh ĐQN vẫn có xu hướng gia tăng, làm giảm sút chất lượng cuộc sống của người bệnh, làm tăng gánh nặng kinh tế đối với gia đình và toàn xã hội. ĐQN gồm 2 thể bệnh chính: Nhồi máu não và chảy máu não. Trong đó, chảy máu não chiếm khoảng 8-15%. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong của chảy máu não là rất cao, dao động từ 15,7 đến 42% theo các nghiên cứu khác nhau. Trong đó, tỷ lệ mắc CMN ở các nước có thu nhập thấp và trung bình là cao gấp đôi so với các nước có thu nhập cao (22 so với 10 trên 100.000 người/năm)[1]. Phương pháp điều trị tốt, hiện đại phối hợp với chăm sóc tích cực, toàn diện trên cả ba khía cạnh sức khỏe thể chất, tinh thần và xã hội là hết sức cần thiết. Trong chăm sóc, điều trị người bệnh CMN cấp, điều dưỡng giữ vai trò quan trọng giúp tăng cường chất lượng điều trị, giảm biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống. Để cải thiện được chất lượng chăm sóc thì việc xác định kết quả chăm sóc và những yếu tố liên quan đóng vai trò rất quan trọng. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề trên, tuy nhiên tại Bệnh viện Bạch Mai, các nghiên cứu trên khía cạnh điều dưỡng vẫn còn hạn chế. Tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai đã có quy trình chăm sóc người bệnh chảy máu não. Tuy nhiên cần có thêm các nghiên cứu đánh giá chi tiết kết quả chăm sóc và đặc biệt là các yếu tố liên

quan đến kết quả chăm sóc từ đó đưa ra được cái nhìn tổng quát chuyên sâu góp phần nâng cao kết quả điều trị người bệnh chảy máu não. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: ***Phân tích mối liên quan giữa biến chứng và kết quả chăm sóc người bệnh chảy máu não cấp tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai năm 2024.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 200 người bệnh được chẩn đoán chảy máu não cấp, nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian tháng 02 năm 2024 đến tháng 08 năm 2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên

- Người bệnh đã được chẩn đoán xác định chảy máu não có thời gian nhập viện trong vòng 7 ngày tính từ thời điểm khởi phát bệnh**:**

+ Dựa vào triệu chứng lâm sàng: Đau đầu, nôn, liệt dây thần kinh, liệt vận động, biến đổi tri giác sớm, HA tăng. Căn cứ vào định nghĩa của Hiệp hội ĐQ và Tim mạch Mỹ về CMN cập nhật năm 2013.

+ Dựa vào cận lâm sàng: trên phim CLVT hoặc MRI có hình ảnh chảy máu trong nhu mô não.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh

- Chảy máu não có dị dạng mạch, tình trạng bệnh lý nặng (rối loạn đông máu, suy gan, suy thận nặng, suy tim nặng).

- Người bệnh/người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Biến số nghiên cứu

- Tuổi, giới tính

- Các can thiệp điều dưỡng: thở oxy kính, oxy mask, đặt ống thông dạ dày, đặt ống thông bàng quang.

- Đầu cao thay đổi tư thế người bệnh

- Chăm sóc răng miệng, chăm sóc sonde dạ dày, tắm, vệ sinh vùng hậu môn sinh dục

- Đảm bảo dinh dưỡng, phòng chống loét tì đè, phòng chống ngã.

- Các biến chứng thường gặp

- Mối liên quan giữa biến chứng với kết quả chăm sóc

2.2.4. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu:

Công cụ thu thập số liệu

Thu thập thông tin qua bệnh án nghiên cứu

- Phần đặc điểm chung: xem hồ sơ bệnh án điền vào phiếu thu thập thông tin.

- Phần đặc điểm lâm sàng, các hoạt động chăm sóc, tiến hành phỏng vấn và khám NB, xem hồ sơ bệnh án điền vào phiếu thu thập thông tin.

Các bước tiến hành thu thập số liệu

Bước 1: Thu thập thông tin: lý do vào viện, dấu hiệu gợi ý đột quỵ, thời gian khởi phát, tiền sử bệnh. Thu thập thông tin hành chính, nghề nghiệp, địa chỉ…

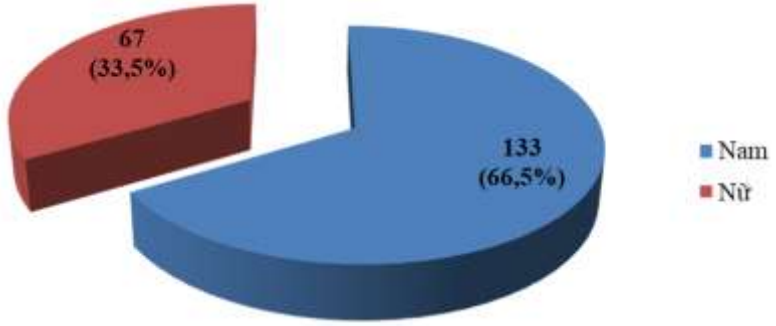
Bước 2: Thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng qua bệnh án.

Bước 3: Thu thập thông tin về chăm sóc dựa vào quan sát và hồ sơ điều dưỡng.

Bước 4: Dữ liệu được làm sạch, mã hoá, nhập vào máy tính sau đõ được phâm tích bằng phần mềm SPSS20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1: Phân bố ĐTNC theo giới tính

Nhận xét: Nghiên cứu thực hiện trên 200 người bệnh cho thấy tỷ lệ mắc ở nam 66,5% cao gấp hai lần tỷ lệ mắc ở nữ 33,5%

Bảng 3.1. Phân bố ĐTNC theo tuổi.

Nhóm tuổi	Người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
<50 tuổi	36	18
50-60 tuổi	57	28,5
>60 tuổi	107	53,5
Tổng	**200**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở nhóm tuổi 50-60 tuổi 28,5% và nhóm >60 tuổi 53,5%

3.2. Mô tả diễn biến lâm sàng

3.2.1. Hoạt động chăm sóc của điều dưỡng

Bảng 3.2. Kết quả hoạt động chăm sóc

Nội dung		Ngày 1 n-(%)	Ngày 7 n-(%)	Ngày ra viện n-(%)
Tuân thủ đo dấu hiệu sinh tồn	Đạt	180 (90,0)	181 (90,5)	188 (94,0)
	Không đạt	20 (10,0)	19 (9,5)	12 (6,0%)
Nằm đầu cao, thay đổi tư thế	Đạt	154 (77,0)	157 (78,5)	156 (78,0)
	Không đạt	46 (23,0)	43 (21,5)	44 (22,0)
Thực hiện y lệnh thuốc và xét nghiệm	Đạt	188 (94,0)	188 (94,0)	189 (94,5)
	Không đạt	12 (6,0)	12 (6,0)	11 (5,5)
Tắm cho người bệnh	Đạt	153 (76,5)	154 (77,0)	159 (79,5)
	Không đạt	47 (23,5)	46 (23,0)	41(20,5)
Vệ sinh răng miệng cho người bệnh	Đạt	172 (86,0)	173 (86,5)	177 (88,5)
	Không đạt	28 (14,0)	27 (13,5)	23 (11,5)
Sàng lọc nuốt cho người bệnh	Đạt	183 (91,5)	187 (93,5)	188 (94,0)
	Không đạt	17 (8,5)	13 (6,5)	12 (6,0)
Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh	Đạt	182 (91,0)	183 (91,5)	189 (94,5)
	Không đạt	18 (9,0)	17 (8,5)	11 (5,5)

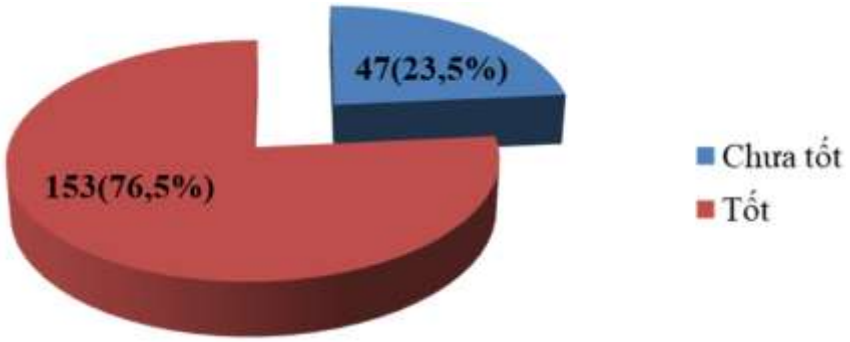
Chăm sóc đường truyền	Đạt	177 (88,5)	182 (91,0)	181 (90,5)
	Không đạt	23 (11,5)	18 (9,0)	19 (9,5)
Chăm sóc bộ phận sinh dục, tiết niệu cho người bệnh	Đạt	168 (84,0)	172 (86,0)	173 (86,5)
	Không đạt	32 (16,0)	28 (14,0%)	27 (13,5)
Phòng chống loét	Đạt	192 (96,0)	180 (90,0)	180 (90,0)
	Không đạt	8 (4,0)	20 (10,0)	20 (10,0)
Phòng chống ngã	Đạt	172 (86,0)	175 (87,5)	176 (88,0)
	Không đạt	28 (14,0)	25 (12,5)	24 (12,0)
Tư vấn, giáo dục sức khoẻ	Đạt	184 (92,0)	184 (92,0)	153 (76,5)
	Không đạt	16 (8,0)	16 (8,0)	47 (23,5)

Nhận xét: Ngày thứ nhất hoạt động chăm sóc điều dưỡng có kết quả thấp nhất là nằm đầu cao thay đổi tư thế 77%, hoạt động chăm sóc có kết quả cao nhất là phòng chống loét 96% . Ngày thứ bảy hoạt động chăm sóc kết quả thấp nhất là tắm cho người bệnh 77%, hoạt động chăm sóc đạt kết quả cao nhất là thực hiện y lệnh thuốc và xét nghiệm 94%. Ngày ra viện hoạt động chăm sóc điều dưỡng có tỷ lệ thấp nhất là tư vấn giáo dục sức khoẻ 76,5%.

Bảng 3.3. Các biến chứng ở ngày 1, 7 và ra viện

Biến số nghiên cứu (n =)		**Ngày 1**		**Ngày 3**		**Ra viện**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Phù não	Có	44	22,0	25	12,5	21	10,5
	Không	156	78,0	183	91,5	181	89,5
Nhiễm khuẩn đường hô hấp	Có	31	15,5	57	28,5	32	16,0
	Không	169	84,5	143	71,5	168	84,0
Nhiễm khuẩn tiết niệu	Có	20	10,0	15	7,5	11	5,5
	Không	180	90,0	185	92,5	189	94,5
Loét	Có	6	3,0	21	10,5	8	4,0
	Không	194	97,0	179	89,5	192	96,0
Huyết khối tĩnh mạch	Có	7	3,5	5	2,5	5	2,5
	Không	193	96,5	195	97,5	195	97,5
Viêm đường truyền	Có	16	8,0	16	8,0	6	3,0
	Không	184	92,0	184	92,0	194	97,0
Táo bón	Có	21	10,5	28	14,0	14	7,0
	Không	179	89,5	172	86,0	186	93,0

Nhận xét: Ngày thứ 1 tỷ lệ biến chứng gặp nhiều nhất là phù não 22,0%, ít nhất là loét 3,0%. Ngày thứ 7 tỷ lệ biến chứng gặp nhiều nhất là nhiễm khuẩn hô hấp 28,5%, ít nhất là huyết khối tĩnh mạch 2,5%. Ngày ra viện tỷ lệ biến chứng gặp nhiều nhất là nhiễm khuẩn hô hấp (16,0%), ít nhất là huyết khối tĩnh mạch (2,5%)



Biểu đồ 3.2. Đánh giá kết quả chăm sóc của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Kết quả chăm sóc tốt: 153 người bệnh, chiếm tỷ lệ 76,5%.

3.3. Phân tích mối liên quan giữa biến chứng với kết quả chăm sóc

Bảng 3.4. Yếu tố liên quan giữa biến chứng với kết quả chăm sóc

Đặc điểm lâm sàng (n =)		Kết quả chăm sóc		p	OR (KTC 95%)
		Tốt n(%)	Chưa tốt n(%)		
Phù não	Không	139(79,4)	36(20,6)	0,02	3,33(1,176-7,25)
	Có	14(56)	11(44)		
Nhiễm khuẩn đường hô hấp	Không	115(80,4)	28(19,6)	0,044	2,053(1,045-4,08)
	Có	38(66,6)	19(33,4)		
Nhiễm khuẩn tiết niệu	Không	141(76,2)	44(23,8)	0,74	1,25(0,337-4,624)
	Có	12(80)	3(20)		
Loét	Không	141(78,7)	38(21,3)	0,027	2,79(1,216-7,23)
	Có	12(57,1)	9(42,9)		
Huyết khối tĩnh mạch	Không	151(77,4)	44(22,6)	0,045	4,15(1,199-10,13)
	Có	2(40)	3(60)		
Viêm đường truyền	Không	145(78,8)	39(21,2)	0,026	3,85(1,32-10,53)
	Có	8(50)	8(50)		
Táo bón	Không	134(77,9)	38(22,1)	0,24	0,60(0,251-1,431)
	Có	19(67,8)	9(32,2)		

Nhận xét: Người bệnh không có biến chứng phù não là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa (OR = 3,33; 95%CI : 1,176-7,25) so với người bệnh có biến chứng phù não, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05%. Người bệnh không có biến chứng nhiễm khuẩn đường hô hấp là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng nhiễm khuẩn đường hô hấp (OR = 2,053 ; 95% CI : 1,045-4,08), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05%. Người bệnh không có biến chứng loét là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng loét (OR=2,79 ; 95% CI : 1,216-7,23), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05%. Người bệnh không có biến chứng viêm đường truyền là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng viêm đường truyền (OR = 3,85 ; 95% CI : 1,32-10,53), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05%. Người bệnh

không có biến chứng huyết khối tĩnh mạch là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng huyết khối tĩnh mạch (OR = 4,15; 95% CI : 1,199-10,13), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05%. Bên cạnh đó không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả chăm sóc và người bệnh có biến chứng viêm đường tiết niệu, táo bón

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 2/2024 đến tháng 8/2024, trong số 200 người bệnh được chẩn đoán chảy máu não cấp tính điều trị tại Trung tâm Thần kinh, bệnh viện Bạch Mai ghi nhận tỷ lệ mắc ở nam giới 66,5% cao gấp đôi so với nhóm người bệnh nữ 33,5% (tỷ lệ nam/nữ = 1,99/1). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tổng quan của Sai Wang phân tích 52 nghiên cứu trên thế giới trong 40 năm gần đây, cho thấy chảy máu não xuất hiện ở nam nhiều hơn nữ ở các nước: Nhật Bản, Trung Quốc, Chi Lê, Ý, Croatia, Bồ Đào Nha. Theo tác giả Hu Y Zen nghiên cứu trên 266 người bệnh chảy máu não tỷ lệ nam/nữ là 2/1.[2] Sự khác biệt về tỷ lệ mắc do khác biệt giới tính có liên quan chặt chẽ đến các yếu tố khác như tuổi tác, nhưng nhìn chung bị ảnh hưởng bởi áp lực xã hội, thói quen ăn uống, gen và nhiều yếu tố khác. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở nhóm tuổi 50-60 tuổi (28,5%) và nhóm >60 tuổi (53,5%). Kết quả tìm thấy tương đồng với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Hu Y Zen có 36,8% người bệnh từ 46 đến 60 tuổi và 44,4% người bệnh trên 60 tuổi mắc bệnh. Charllote và cộng sự nghiên cứu trên 8145 người bệnh xuất huyết não cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở nhóm người bệnh từ 45 tuổi trở lên.[3] Lão hóa là một quá trình không thể đảo ngược và là yếu tố nguy cơ của chảy máu não. Khi tuổi càng cao, tỷ lệ mắc tăng huyết áp, đái tháo đường, xơ vữa động mạch và phình động mạch cũng tăng, có thể góp phần gây ra chảy máu não.

Chăm sóc người bệnh chảy máu não là thách thức lớn cho nhân viên y tế trong quá trình điều trị và chăm sóc liên quan đến những hạn chế vận động và rối loạn ý thức trong quá trình tiến triển bệnh. Đối với người bệnh chảy máu não, cần sớm áp dụng một loạt các biện pháp chăm sóc hợp lý. Có thể thấy rằng kết quả những bệnh nhân chảy máu não không chỉ phụ thuộc vào chẩn đoán và chiến lược điều trị của bác sỹ mà còn liên quan chặt chẽ đến các biện pháp can thiệp điều dưỡng đúng đắn.

Các nội dung về kết quả chăm sóc: tuân thủ đo dấu hiệu sinh tồn, thực hiện y lệnh thuốc và xét nghiệm, sàng lọc nuốt, đảm bảo dinh dưỡng, chăm sóc đường truyền, phòng chống loét đều có tỷ lệ đạt > 90% trong cả 3 lần khảo sát lúc vào viện, sau 7 ngày và khi ra viện. Đây đều là nội dung cơ bản, cần thiết và cấp thiết phải thực hiện đầy đủ để điều trị cho người bệnh, đặc biệt là người bệnh chảy máu não. Chỉ tiêu: nằm đầu cao, thay đổi tư thế tỷ lệ đạt chỉ dao động trong khoảng 77-78%. Chỉ tiêu: tắm cho người bệnh cũng là một trong hai tiêu chí có kết quả chưa tốt. Kết quả tốt ở chỉ tiêu này chỉ đạt 76,5%-79%. Trong nghiên cứu của chúng tôi những người bệnh điều trị ở khu vực hồi sức tích cực và được chăm sóc toàn diện sẽ được tắm hàng ngày đều đặn hơn những người bệnh nằm ở bệnh phòng thường. Chiến lược chăm sóc toàn diện người bệnh chảy máu não hiện nay không hạn chế việc tắm hay gội đầu cho người bệnh. Lợi ích của tắm cho người bệnh đã được chứng minh làm giảm các bệnh về da, giúp người bệnh sạch sẽ và thoải mái hơn trong quá trình điều trị. Quy định tắm cho

người bệnh bằng xà phòng có pha clohexidin đã được thực hiện tại trung tâm và mang lại kết quả khá tốt. Tỷ lệ nhiễm khuẩn và các bệnh về da đã giảm rõ rệt.

Vệ sinh răng miệng, chăm sóc bộ phận sinh dục tiết niệu, đều có tỉ lệ trong 3 lần khảo sát < 90%, việc chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh hết sức quan trọng, giúp giảm nguy cơ nhiễm khuẩn, đặc biệt là viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu, điều này cần được chú trọng hơn trong quá trình thực hành lâm sàng, nhất là những người bệnh điều trị tại các đơn vị hồi sức – cấp cứu. Tại trung tâm Thần kinh bệnh Bạch Mai người bệnh chăm sóc cấp 1 luôn được chăm sóc răng miệng ít nhất ngày 2 lần bởi điều dưỡng. Đây là sự cố gắng rất lớn của đội ngũ điều dưỡng để đảm bảo các tiêu chí chăm sóc người bệnh mà trung tâm đặt ra.

Trong chỉ tiêu tư vấn và giáo dục sức khoẻ kết quả quan sát ở ngày điều trị thứ 1, ngày điều trị thứ 7 đều khá tốt đều là 92%. Đến ngày ra viện việc tư vấn và giáo dục sức khoẻ lại giảm xuống chỉ còn 76%. Lý giải cho việc này có thể do việc tư vấn và giáo dục sức khoẻ của bác sĩ tại thời điểm ra viện đã rất tốt, người điều dưỡng không cần phải giải thích hay tư vấn gì thêm. Qua kết quả nghiên cứu cũng cho thấy điều dưỡng phải tích cực, chủ động hơn trong công tác giải thích và tư vấn cho người bệnh tại thời điểm ra viện nhằm tăng cường sự hài lòng của người bệnh cũng như góp phần gia tăng kết quả điều trị, chăm sóc cho người bệnh sau khi ra viện. Hiện tại ban truyền thông của trung tâm đang cố gắng để tạo ra những cách tiếp cận mới đối với người nhà và người bệnh. Ngoài những cách thức tuyên truyền giáo dục sức khoẻ cổ điển như họp người nhà người bệnh, phát video hướng dẫn trên tivi thông báo, phát tờ rơi, trung tâm cũng đang thử nghiệm hình thức truyền thông qua mạng xã hội. Đa dạng các hình thức truyền thông giáo dục sức khoẻ giúp người bệnh và gia đình người hiểu hơn về tình trạng bệnh qua đó nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng ngày thứ 7: nhiễm khuẩn hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất là 28,5%, tiếp đó là 14% người bệnh có triệu chứng táo bón, người bệnh có biến chứng phù não, loét, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm đường truyền, huyết khối tĩnh mạch sâu có tỷ lệ lần lượt là 12,5%, 10,5%, 7,5%, 6,5% và 2%. Người bệnh chảy máu não nặng thường liệt vận động hoàn toàn nằm một chỗ, đặt ống nội khí quản, thở máy nên hay gặp biến chứng nhiễm khuẩn, huyết khối tĩnh mạch. Người bệnh bị liệt kèm thêm rối loạn cơ tròn khiến nguy cơ loét tăng thêm[4]. Các thuốc dùng trong cấp cứu đột quỵ như Nicardipin… rất dễ gây viêm đường truyền. Các tỉ lệ biến chứng gặp vẫn còn khá cao, nên cần chăm sóc tích cực để giảm thiểu hơn nữa. Học thuyết Newman cho rằng "Hoạt động phòng bệnh của Điều dưỡng được chia thành 3 cấp độ: Phòng ngừa cấp độ 1: thực hiện ngay khi phát hiện có vấn đề liên quan đến nguy cơ bệnh, tật can thiệp ngay để không xảy ra, tập trung làm mạnh hàng rào bảo vệ; Phòng ngừa cấp độ 2: Khi có triệu chứng, dấu hiệu bệnh, có kế hoạch chăm sóc và điều trị sớm, không để bệnh nặng thêm; phòng ngừa cấp độ 3: Bệnh đã rõ ràng cần tích cực không để bệnh tái phát/ để lại di chứng"[5]. Áp dụng học thuyết này trong nghiên cứu cần phải tăng cường tư vấn, giáo dục sức khoẻ cho người bệnh để có kiến thức phòng ngừa các biến chứng có thể xảy ra hoặc phát hiện các biến chứng sớm. Bên cạnh đó điều dưỡng tăng cường chăm sóc, theo dõi người bệnh trong quá trình nằm viện

tốt hơn, để phòng ngừa và phát hiện sớm các biến chứng nhằm xử trí kịp thời.

Kết quả chăm sóc tốt chiếm tỷ lệ 76,5%. Tỷ lệ trung bình do liên quan mật thiết đến sự cải thiện tình trạng lâm sàng; dù các hoạt động chăm sóc đảm bảo tuân thủ theo quy định, không để xảy ra biến chứng, người bệnh/ người nhà rất hài lòng song tình trạng lâm sàng người bệnh không tốt lên thì vẫn là thất bại trong chăm sóc của người điều dưỡng. Đặc biệt người bệnh đột quỵ chảy máu não đa số là những người bệnh nặng, tỷ lệ tàn tật cao, gánh nặng chăm sóc lớn. Do sự khắt khe đó, người điều dưỡng ngày càng phải cập nhật kiến thức chuyên môn, phát triển kỹ năng thực hành lâm sàng, gắn kết chặt chẽ với phương pháp điều trị của bác sĩ thì mới nâng cao được tỉ lệ chăm sóc tốt.

Trong nghiên cứu này người bệnh không có biến chứng phù não là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với bệnh nhân có biến chứng phù não (OR = 3,33; 95% CI : 1,176-7,25), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05%. Vào ngày thứ 7 có 25 người bệnh có biến chứng phù não, trong đó 11 người bệnh có kết quả chăm sóc không tốt. Phù não là một biến chứng gây hậu quả nặng nề, thậm chí tử vong cho người bệnh chảy máu não. Đối với người bệnh có phù não, bên cạnh những hoạt động chăm sóc cơ bản, chăm sóc điều dưỡng phải chú ý chặt chẽ đến những thay đổi về tình trạng ý thức, bất kỳ thay đổi nào về các dấu hiệu sinh tồn như nhịp tim bất thường, nhịp tim chậm, bi-lăng dịch vào-ra mất cân bằng, duy trì huyết áp thích hợp, đặc biệt khi người bệnh sử dụng các thuốc lợi tiểu, báo cáo ngay cho bác sĩ về bất kỳ thay đổi đáng kể nào. Người bệnh không có biến chứng huyết khối tĩnh mạch là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng huyết khối tĩnh mạch (OR = 4,15; 95% CI : 1,199-10,13), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05%. Huyết khối tĩnh mạch sâu là một biến chứng không thường xuyên gặp ở người bệnh chảy máu não, nhưng lại gây ra khó khăn cho quá trình chăm sóc của điều dưỡng, do phải cố định hoàn toàn chi bị tổn thương, ngăn cản quá trình phục hồi của bệnh, có nguy cơ gây ra biến chứng tắc mạch phổi ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 người bệnh có biến chứng huyết khối tĩnh mạch, trong đó 3 người bệnh có kết quả chăm sóc không tốt. Có thể lý giải bằng giả thuyết rằng sự không thường xuyên tiếp xúc và chăm sóc người bệnh có huyết khối tĩnh mạch sâu làm cản trở chất lượng chăm sóc người bệnh. Cung cấp đào tạo, tạo môi trường thuận lợi để chia sẻ kinh nghiệm và nâng cao trình độ của điều dưỡng là các biện pháp để nâng cao kiến thức và thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu.

Người bệnh không có biến chứng viêm đường truyền là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng viêm đường truyền (OR = 3,85; 95%CI: 1,32-10,53), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05%. Viêm đường truyền có thể do truyền các thuốc đường tĩnh mạch, đặc biệt là nicardipin, thuốc được sử dụng rất nhiều trong giai đoạn cấp tính với tác dụng hạ huyết áp người bệnh về giới hạn bình thường, giúp giảm tỉ lệ gia tăng khối máu tụ. Kết quả này đưa ra khuyến nghị mạnh mẽ về tầm quan trọng của đánh giá và theo dõi sát người bệnh sử dụng Nicardipin trong phòng ngừa và ngăn ngừa sự trầm trọng hơn của viêm tĩnh mạch, làm ảnh hưởng đến kết quả chăm sóc người bệnh.

Người bệnh không có biến chứng loét là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng loét (OR=2,79; 95%CI: 1,216-7,23), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05%. Loét ở người bệnh đột quỵ não thường xảy ra ở những vị trí vùng da tiếp xúc lâu với mặt giường, đặc biệt là vùng cùng cụt, ở người bệnh không được lăn trở thường xuyên [61]. Nếu không được chăm sóc cẩn thận có thể gây bội nhiễm vi khuẩn, vi nấm gây tăng chi phí, thời gian điều trị, thậm chí dẫn đến tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10.5% người bệnh có biến chứng loét, trong đó 9 bệnh nhân có kết quả chăm sóc không tốt. Việc phòng ngừa và chăm sóc vết loét hiện vẫn đang được triển khai thực hiện tích cực tại đơn vị của chúng tôi, nhưng vẫn có thể được cải thiện hơn nữa bằng cách đánh giá nguy cơ thường xuyên, đào tạo và đánh giá kiến thức điều dưỡng, sử dụng đệm hơi với người bệnh có nguy cơ và giáo dục người bệnh và người nhà người bệnh tùy theo tình trạng người bệnh.

Người bệnh không có biến chứng nhiễm khuẩn đường hô hấp là yếu tố thuận lợi để đạt kết quả chăm sóc tốt hơn một cách có ý nghĩa so với người bệnh có biến chứng nhiễm khuẩn đường hô hấp (OR = 2,053; 95%CI: 1,045-4,08), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05%. Nhiễm khuẩn đường hô hấp là biến chứng hay gặp nhất ở người bệnh nằm điều trị tại các đơn vị Hồi sức Cấp cứu Thần kinh. Người bệnh chảy máu não thường bị liệt vận động, hạn chế di chuyển gây cản trở việc lưu thông đờm dãi, làm cho đường thở không được thông thoáng. Chảy máu gây tổn thương trên não cũng làm ảnh hưởng đến trung tâm hô hấp khiến bệnh nhân phải can thiệp xâm nhập như đặt ống nội khí quản, mở khí quản, thở máy… Điều này cũng làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn đường hô hấp cho người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 57 người bệnh có biến chứng nhiễm khuẩn đường hô hấp, trong đó 19 bệnh nhân có kết quả chăm sóc không tốt.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 200 người bệnh chảy máu não cấp điều trị tại Trung tâm Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 02/2024 đến 08/2024, chúng tôi rút ra kết luận sau: các biến chứng ảnh hưởng đến kết quả chăm sóc cho bệnh nhân chảy máu não cấp gồm phù não, loét, huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm đường truyền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **An SJ, Kim TJ, Yoon BW.** Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update. J Stroke. 2017;19(1): 3-10. doi:10.5853/jos.2016.00864
2. **Qureshi AI.** Acute hypertensive response in patients with stroke: pathophysiology and management. Circulation. 2008;118(2):176-187. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.723874
3. **Asch CJ van, Luitse MJ, Rinkel GJ, Tweel I van der, Algra A, Klijn CJ.** Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage over time, according to age, sex, and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2010;9(2): 167-176. doi:10.1016/S1474-4422(09)70340-0
4. **Li L, Yiin GS, Geraghty OC, et al.** Incidence, outcome, risk factors, and long-term prognosis of cryptogenic transient ischaemic attack and ischaemic stroke: a population-based study. Lancet Neurol. 2015;14(9):903-913. doi:10.1016/S1474-4422(15)00132-5
5. **Parse RR.** Research findings evince benefits of nursing theory-guided practice. Nurs Sci Q. 2006;19(2): 87. doi:10.1177/0894318406286575

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: ĐIỀU TRỊ CO THẮT NỬA MẶT BẰNG TIÊM BOTULINUM TOXIN A

Nguyễn Thành Vinh[1], Nguyễn Thị Hoài Thu[1]

TÓM TẮT

Co thắt nửa mặt là sự co cơ hoặc giật cơ không tự ý của các cơ ở một bên mặt. Các cơ mặt được chi phối bởi dây thần kinh mặt ở mỗi bên mặt. Dây thần kinh mặt xuất phát từ thân não (một cấu trúc ở sâu bên trong não) và đi qua nhiều nơi trước khi đến mặt. Dây thần kinh mặt dẫn truyền các tín hiệu từ não đến mặt để làm cho cơ mặt co lại hoặc dãn ra. Ví dụ, dây thần kinh mặt điều phối các cơ để di chuyển chân mày, nhắm mắt, và cử động miệng và môi. Nếu dây thần kinh mặt bị chèn ép ở bất cứ vị trí nào trên đường đi của nó, sự dẫn truyền tín hiệu từ não đến mặt sẽ bị ảnh hưởng. Điều này dẫn đến sự co thắt hay giật cơ vùng mặt ngoài ý muốn.

Botulinum toxin A (BoNT-A) ứng dụng trong điều trị co thắt nửa mặt năm 1980 đầu tiên ở Hoa Kì và Cơ quan thuốc và thực phẩm Hoa Kì (FDA) chứng nhận năm 1989.

Botulinum toxin A ức chế tiết acetylcholin tiền synap tại điểm nối thần kinh cơ, từ đó ức chế co cơ. Mục tiêu của phương pháp điều trị này là làm giảm hoạt động co thắt mặt quá mức mà không làm yếu cơ mặt. Tiêm trong cơ Botulinum toxin A thông qua cơ chế này có thể làm thuyên giảm tạm thời triệu chứng trong khoảng 2-4 tháng. Hiệu quả của phương pháp ít xâm lấn này lên đến 90%. Tuy nhiên mục tiêu điều trị trở nên khó khăn khi co thắt nặng và lan rộng đến các cơ vùng má và cơ vòng miệng. Tác dụng phụ như liệt mặt nhẹ thoáng qua có thể gặp nhưng những biến chứng nặng, kéo dài chưa thấy báo cáo.

Bệnh nhân co thắt nửa mặt điều trị với botulinum toxin A phải tiêm 3-4 lần mỗi năm

Từ khóa: Co thắt nửa mặt, Botulinum toxin A(BoNT-A)

SUMMARY

CLINICAL CASE REPORT: TREATMENT OF HEMIFACIAL SPASM WITH BOTULINUM TOXIN A INJECTION

Hemifacial spasm is an involuntary contraction or jerking of the muscles on one side of the face. The facial muscles are innervated by the facial nerve on each side of the face. The facial nerve originates in the brainstem (a structure deep within the brain) and passes through several places before reaching the face. The facial nerve carries signals from the brain to the face to cause the facial muscles to contract or relax. For example, the facial nerve coordinates the muscles that move the eyebrows, close the eyes, and move the mouth and lips. If the facial nerve is compressed anywhere along its path, the transmission of signals from the brain to the face is affected. This results in involuntary contraction or jerking of the facial muscles. Botulinum toxin A (BoNT-A) was first used in the treatment of hemifacial spasm in 1980 in the United States and was approved by the US Food and Drug Administration (FDA) in 1989.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Vinh
Email: dr.ntvinh@gmail.com
SĐT: 0968883366
Ngày nhận bài: 12/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 09/4/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

Botulinum toxin A inhibits the release of presynaptic acetylcholine at the neuromuscular junction, thereby inhibiting muscle contraction. The goal of this treatment is to reduce excessive facial spasm activity without weakening the facial muscles. Intramuscular injection of Botulinum toxin A through this mechanism can temporarily relieve symptoms for about 2-4 months. The effectiveness of this minimally invasive method is up to 90%. However, the treatment goal becomes difficult when the spasm is severe and spreads to the muscles of the cheek and orbicularis oris. Side effects such as transient mild facial paralysis may occur, but severe, long-term complications have not been reported.

Patients with hemifacial spasm treated with botulinum toxin A require 3-4 injections per year

Keywords: Hemifacial spasm, Botulinum toxin A(BoNT-A)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chúng tôi báo cáo ca bệnh điều trị co thắt nửa mặt bằng tiêm Botulinum toxin A, đây là ca bệnh được chẩn đoán bằng biểu hiện lâm sàng và đã chụp MRI sọ não điều trị tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông thời gian từ 04/11/2024 – 26/11/2024 có đáp ứng tốt với Botulinum Toxin A. Với mong muốn chia sẻ ca bệnh với phương pháp điều trị nội khoa can thiệp có hiệu quả

II. BÁO CÁO CA BỆNH

2.1. Thông tin nhập viện

Bệnh nhân nam 69 tuổi vào viện với lý do co thắt nửa mặt trái. Với chẩn đoán ban đầu vào viện là co thắt nửa mặt trái chưa rõ nguyên nhân.

2.2. Tiền sử, bệnh sử

Bệnh nhân tiền sử chưa phát hiện bệnh mạn tính.Bệnh biểu hiện 3 năm nay,khởi đầu bệnh nhân xuất hiện co thắt cơ mi mắt trái tần số 3-5 phút/cơn.Khoảng 1 năm gần đây,tình trạng co thắt tăng lên, co thắt và giật các vùng khác của mặt bên trái.Bệnh nhân đã đi khám và điều trị nhưng chưa cải thiện.1 tuần trước vào viện ,bệnh nhân co thắt nửa mặt trái liên tục cả ngày,hạn chế tầm nhìn,ảnh hưởng đến sinh hoạt và khó ngủ -> vào viện.

2.3. Khám lúc vào viện

Bệnh nhân tỉnh, thể trạng trung bình, nhiệt độ 36,5oC, nhịp thở 19l/p, nặng 53kg, cao 160cm, BMI: 20.7, không phù, hạch ngoại vi không sờ thấy, tim đều, HA 130/80mmHg, lồng ngực cân đối, phổi không rales. Bụng mềm, không sờ thấy khối bất thường, không điểm đau khu trú. Co thắt vùng quanh mắt trái,quanh môi và gò má trái co thắt liên tục. Không liệt vận động,không liệt thần kinh sọ.Hội chứng màng não âm tính. Dấu hiệu Challe Bell (-)

2.4. Xét nghiệm cơ bản

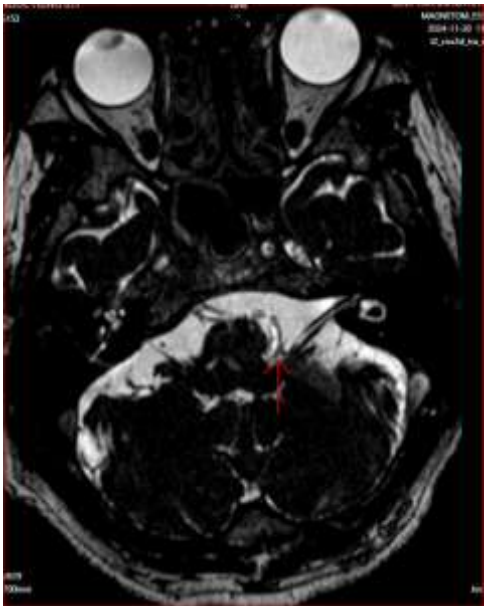
Xét nghiệm máu cơ bản: WBC: 7.5 G/L, Neu: 46%, Hồng cầu: 4.39 G/L; HST: 144 g/dL.

Kết quả điện não đồ: chưa phát hiện bất thường

Kết quả đo lưu huyết não:tăng trương lực hệ động mạch cảnh trong và động mạch sống nền hai bên.

Thiểu năng tuần hoàn não hệ động mạch cảnh trong phải và động mạch sống nền bên phải

2.5. Chẩn đoán hình ảnh



Hình ảnh trên cộng hưởng từ sọ não

Nhu mô não chưa phát hiện bất thường

Hình ảnh động mạch tiểu não trên bên trái đi ngay phía trên và tiếp xúc với dây VII bên trái ở đoạn xuất phát

2.6. Điều trị

Chẩn đoán xác định:Co thắt nửa mặt trái do xung đột mạch máu thần kinh

Bệnh nhân được điều trị tiêm Botulinum toxin A biệt dược Dysport 1 liều duy nhất tổng 100UI.

Chi tiết kỹ thuật tiêm: Bác sĩ điều trị xác định vị trí các nhóm cơ được tiêm bao gồm:cơ vòng mi,cơ vòng môi,cơ gò má,cơ cằm .Liều từng điểm tiêm:20UI cho mỗi vị trí tiêm ở mi trên và mi dưới,40UI còn lại tiêm vào cơ gò má,cơ cằm và cơ vòng môi .

Theo dõi sau tiêm:chú ý tình trạng chảy máu tại chỗ,theo dõi mạch huyết áp và tình trạng dị ứng,phản vệ.

Có kế hoạch tiêm nhắc lại sau 12 tuần nếu tình trạng co thắt nửa mặt tái phát

Kết quả điều trị: Bệnh nhân đỡ co thắt nửa mặt sau 2 ngày và trở về bình thường sau 1 tuần điều trị

III. THẢO LUẬN

Ca lâm sàng của chúng tôi là bệnh nhân nam giới, 69 tuổi.

Co thắt nửa mặt là một rối loạn vận động ảnh hưởng đến các cơ do dây thần kinh mặt kiểm soát.

• Rối loạn này gây ra các cơn co cơ không tự chủ**,** có thể ngắn hoặc kéo dài.

• Ở giai đoạn đầu, hầu hết bệnh nhân xuất hiện co thắt vùng cơ vòng mi mắt (orbicularis oculi), sau đó dần lan sang các phần khác của nửa mặt bị ảnh hưởng**.**

Hầu hết ảnh hưởng một bên mặt, chỉ các ca nặng có thể ảnh hưởng 2 bên mặt

• Thường khởi phát ở tuổi 40, 50 hoặc 60

Bệnh đặc trưng bởi các cử động tiến triển, không tự chủ, không đều, có thể dạng co giật (clonic) hoặc co cứng (tonic) của các cơ do dây thần kinh mặt kiểm soát.

Điều này có thể dẫn đến:

• Nhắm mắt không tự chủ

• Miệng bị kéo về một bên

• Co thắt toàn bộ cơ mặt ở bên bị ảnh hưởng

Nguyên nhân chính của co thắt nửa mặt là do một mạch máu chèn ép dây thần kinh

mặt tại vị trí nó đi ra khỏi thân não.

• Vị trí đặc biệt của dây thần kinh này khiến nó dễ bị tổn thương và nhạy cảm hơn với chèn ép, lão hóa hoặc tổn thương.

* Bệnh cũng có thể do:

• Chấn thương dây thần kinh mặt

• Khối u ảnh hưởng đến dây thần kinh mặt

• Không có nguyên nhân rõ ràng (trường hợp vô căn)

Điều trị nội khoa bằng kháng cholinergic, giãn cơ. Hiệu quả giới hạn nhưng nhiều tác dụng phụ nên không thể sử dụng lâu dài

Với biện pháp tiêm Botulinum Toxin A tỉ lệ thành công cao, hiệu quả, đơn giản an toàn

Ngoài ra có thể xem xét chỉ định phẫu thuật trong những trường hợp sau. Được chỉ định trong những trường hợp không đáp ứng với BoNT-A. Hoặc giảm bớt chèn ép lên dây thần kinh mặt, nhưng có nguy cơ liệt mặt cao

Bệnh nhân bị co thắt nửa mặt chủ yếu phải chịu căng thẳng tâm lý, xã hội do tình trạng này gây ra Ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày:

• Khó khăn khi đọc sách và lái xe

• Khoảng 90% bệnh nhân bị ảnh hưởng đến đời sống xã hội

• Dẫn đến cô lập xã hội và trầm cảm, gây tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống

Khó đáp ứng hoặc đáp ứng không ổn định

đối với các thuốc điều trị nội khoa

• BoNT là điều trị phổ biến nhất, với hiệu quả và an toàn đã được FDA phê duyệt.

• Phẫu thuật chỉ khuyến cáo trong trường hợp không đáp ứng với BoNT

Phương pháp điều trị sử dụng thường xuyên nhất, được một số tác giả cho là hiệu quả nhất, là điều trị bằng cách tiêm độc tố Botulinum toxin A hoạt động bằng cách ức chế giải phóng acetylcholine tại điểm nối thần kinh cơ, làm giảm co thắt quá mức và giúp bình thường hoá hoạt động của cơ. Với phương pháp điều trị này, bệnh nhân có thể tiêm nhắc lại, với ít nhất 10-12 tuần giữa các lần tiêm để ngăn ngừa tình trạng kháng thuốc. Các biến chứng điều trị có thể gồm sụp mi, chảy nước mắt, song thị, tuy nhiên, các tác dụng phụ này sẽ biến mất trong vòng vài tuần, trong khi tác động tích cực kéo dài đến. Như vậy, giữa các phương pháp điều trị thì việc tiêm BoNT- A đem lại hiệu quả tối ưu, giảm thiểu tác dụng phụ và các khó chịu khác đi kèm so với liệu pháp sử dụng thuốc hay phương pháp phẫu thuật có nhiều rủi ro trong lúc phẫu thuật và biến chứng sau đó. Sự cải thiện lâm sàng được duy trì về cường độ và thời gian sau khi BoNT-A lặp lại. Hơn nữa việc điều trị mang lại rất ít tác dụng phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Albanese et al.,** "Dystonia rating scales: Critique and recommendations," Movement Disorders, vol. 28, no. 7. pp. 874–883, Jun. 15, 2013. doi:
2. **Elsevier Ltd, pp.** 94–114, Jun. 01, 2013. doi: 10.1016/j.toxicon.2012.12.004.
3. **J. Jankovic,** "Botulinum toxin: State of the art," Movement Disorders, vol. 32, no. 3. John Wiley and Sons Inc., pp. 1131–1138, Aug. 01, 2017. doi: 10.1002/ mds.27072.
4. **C. Ledda et al.,** "Time to onset and duration of botulinum toxin efficacy in movement

disorders," J. Neurol., vol. 269, no.pp. 3706–3712, Jul. 2022, doi: 10.1007/s00415-022-10995-2.

5. **K. Yoshida,** "Development and Validation of a Disease-Specific Oromandibular Dystonia Rating Scale (OMDRS)," Front. Neurol., vol. 11, Nov. 2020, doi: 10.3389/ fneur.2020.583177.
6. **N. Tambasco et al.,** "Validation of the Hemifacial Spasm Grading Scale: a clinical tool for hemifacial spasm," Neurol. Sci., vol. 40, no. 9, pp. 1887–1892, Sep. 2019, doi: 1007/s10072-019-03921-4.
7. **W. Poewe et al.,** "What is the optimal dose of botulinum toxin A in the treatment of cervical dystonia? Results of a double blind, placebo controlled, dose ranging study using Dysport®," J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, vol. 64, no. 1, pp. 13–17, 1998, doi: 10.1136/jnnp.64.1.13.
8. **Y. Herrero-Infante, A. Rodríguez-Sanz, J. MáñezMiró, and F. Vivancos-Matellano,** "Hemifacial spasm through the last three decades: From etiology to efficacy and safety of long-term botulinum toxin treatment," Clin. Neurol. Neurosurg., vol. 203, Apr. 2021, doi: 10.1016/j. clineuro.2021.106555.
9. **C. Sampaio et al.,** "DYSBOT: A single-blind, randomized parallel study to determine whether any differences can be detected in the efficacy and tolerability of two formulations of botulinum toxin type A - Dysport and Botox - Assuming a ratio of 4:1," Mov. Disord., vol. 12, no. 6, pp. 1013–1018, 1997, doi: 9.1002/mds.870120627.
10. **N. Tambasco, M. Filidei, P. Nigro, L. Parnetti, and S. Simoni,** "Botulinum toxin for the treatment of hemifacial spasm: An update on clinical studies," Toxins, vol. 13, no. 12. MDPI, Dec. 01, 2021. doi: 10.3390/toxins13120881.
11. **D. Truong, C. Comella, H. H. Fernandez, and W. G. Ondo,** "Efficacy and safety of purified botulinum toxin type A (Dysport®) for the treatment of benign essential blepharospasm: A randomized, placebo-controlled, phase II trial," Park. Relat. Disord., vol. 14, no. 5, pp. 407–414, Jul. 2008, doi: 10.1016/j.parkreldis.2007.11.003.

ĐÁNH GIÁ SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT ĐẠI TRỰC TRÀNG CHẢY MÁU THỂ TÁI PHÁT

Trần Thị Hòa[1], Lê Văn Co[2], Trần Ngọc Ánh[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu thể tái phát tại bệnh viện đại học y Hà Nội và các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ tuân thủ của bệnh nhân.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả theo dõi dọc, nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Kết quả: nghiên cứu trên 40 bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu tái phát tại bệnh viện đại học y Hà Nội. Tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc đạt 57.5%, không tuân thủ sử dụng thuốc chiếm 42,5%. Nguyên nhân không tuân thủ sử dụng thuốc: tự ngưng dùng thuốc khi không có rối loạn phân (55%) và do tác dụng phụ (52.5%). Các yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến tuân thủ sử dụng thuốc của bệnh nhân như trình độ học vấn, số năm bị bệnh, số loại thuốc, tần suất dùng thuốc, phản ứng có hại, hiểu biết về bệnh và đặc biệt là mối quan hệ bác sĩ- bệnh nhân.

Kết luận: Hiệu quả của việc điều trị phụ thuộc vào cả tác dụng của thuốc và sự tuân thủ chế độ điều trị của bệnh nhân. Do vậy, việc kiểm soát mức độ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân là rất cần thiết.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
[2]*Bệnh viện E*
[3]*Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hòa
Email: hoatran91.hvqy@gmail.com
SĐT: 0398048419
Ngày nhận bài: 12/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 09/4/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, viêm loét đại trực tràng

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT ADHERENCE OF PATIENTS WITH RECURRENT BLEEDING ULCERATIVE COLITIS

Research objective: To evaluate the treatment adherence of patients with recurrent bleeding ulcerative colitis at Hanoi Medical University Hospital and factors affecting the patient's compliance rate.

Methods: descriptive longitudinal follow-up, retrospective combined prospective study.

Results: a study on 40 patients with recurrent bleeding ulcerative colitis at Hanoi Medical University Hospital. The rate of adherence to drug use reached 57.5%, non-adherence to drug use accounted for 42.5%. Causes of non-adherence to medication use: self-discontinuation in the absence of stool disorders (55%) and side effects (52.5%). Factors that significantly influence patient adherence to medication use such as education level, number of years of illness, number of medications, frequency of medication use, adverse reactions, knowledge of the disease, and especially relationship doctor-patient relationship.

Conclusion: The effectiveness of the treatment depends on both the effect of the drug and the patient's adherence to the treatment regimen. Therefore, it is very important to control the patient's adherence to medication.

Keywords: Treatment adherence, ulcerative colitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét đại trực tràng chảy máu (VLĐTTCM) là bệnh lý viêm ruột mạn tính với cơ chế bệnh sinh chưa thật rõ ràng. Bệnh tác động đến trực tràng và đại tràng ở các mức độ khác nhau với từng đợt tiến triển và lui bệnh[1]. Các loại thuốc điều trị bao gồm 5-aminosalicylat, corticosteroid, chất điều hòa miễn dịch (thiopurines [azathioprine, mercatopurin] và methotrexate) và các tác nhân sinh học (yếu tố chống hoại tử khối u [TNF, infliximab, adalizumab, certolizumab pegol] và các phân tử chống bám dính [vedolizumab]) là nền tảng của điều trị IBD.

Tuy nhiên sự tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân, giống như các bệnh mạn tính khác thường rất kém. Định nghĩa về tuân thủ điều trị đã phát triển trong 4 thập kỉ qua. Sackett và Haynes là những người đầu tiên giới thiệu thuật ngữ "tuân thủ" trong y học vào năm 1976. Họ định nghĩa "tuân thủ" là mức độ mà hành vi của bệnh nhân (về việc dùng thuốc, tuân theo chế độ ăn kiêng hoặc thực hiện các thay đổi lối sống khác) trùng khớp với đơn thuốc lâm sàng. Kể từ đó, nhiều sự điều chỉnh của định nghĩa ban đầu đã diễn ra, dẫn đến hiểu lầm, nhầm lẫn và cản trở việc so sánh các kết quả nghiên cứu và ứng dụng y học thực tế. Ngày nay, từ "tuân thủ" được nhiều chuyên gia chăm sóc sức khỏe ưa thích hơn, bởi vì "tuân thủ", hàm ý bệnh nhân tuân theo mệnh lệnh của bác sĩ một cách thụ động và có kế hoạch điều trị không dựa trên sự hợp tác giữa bác sĩ và bệnh nhân.

Điều trị VLĐTTCM cần phối hợp nhiều loại thuốc, thời gian dài và có thuốc có nhiều tác dụng phụ nên tuân thủ sử dụng thuốc là mối quan tâm ngày càng tăng đối với bác sĩ và các hệ thống chăm sóc sức khỏe vì có bằng chứng cho rằng việc không tuân thủ sử dụng thuốc ngày càng phổ biến (33% - 69%)[2].

Việc tuân thủ sử dụng thuốc là một phần quan trọng trong việc chăm sóc bệnh nhân và điều không thể thiếu được để đạt được các mục tiêu lâm sàng.

TheoTổ chức Y tế Thế giới (WHO) báo cáo năm 2003 về tuân thủ sử dụng thuốc,nói rằng "Tăng hiệu quả các biện pháp can thiệp về tuân thủ có thể có tác động lớn đến sức khỏe của người dân hơn bất cứ cải tiến nào trong điều trị y tế chuyên biệt[3]. Ngược lại, không tuân thủ điều trị dẫn đến kết cục lâm sàng xấu, gia tăng tỉ lệ mắc bệnh, tỉ lệ tử vong và chi phí chăm sóc y tế không cần thiết[4].

Nhận thấy sự cần thiết của việc tuân thủ trong điều trị bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. Đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu thể tái phát tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ tuân thủ của bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán VLĐTTCM thể tái phát đang theo dõi và quản lý điều trị tại phòng khám ngoại trú và khoa nội tổng hợp bệnh viện đại học Y trong khoảng thời gian từ 10/2022 đến 6/2023.

- Thời gian điều trị ít nhất là 3 tháng tính tới thời điểm phỏng vấn.

Tiêu chuẩn chẩn đoán VLĐTTCM[5]:

- Tiêu chuẩn lâm sàng

+ Đại tiện nhiều lần trong ngày, phân lỏng hoặc có lẫn nhày máu.

+ Đau quặn bụng.

+ Sốt, gầy sút cân.

- Tiêu chẩn về hình ảnh nội soi đại tràng

+ Vị trí tổn thương: Từ trực tràng đến mang tràng.

+ Niêm mạc phù nề, xung huyết, mủn.

+ Dễ chảy máu khi chạm đèn soi hoặc chảy máu niêm mạc tự phát.

+ Tổn thương giả polyp.

+ Không có tổn thương ở hậu môn và hồi tràng.

+ Phân loại tổn thương trên đại tràng theo Baron.

- Tiêu chuẩn về mô bệnh học

+ Tổn thương chỉ ở lớp niêm mạc, dưới niêm mạc, không tổn thương đến lớp cơ.

+ Biểu mô phủ bong tróc, mất bằng phẳng.

+ Cấu trúc khe tuyến bất thường: ngắn lại, mất sự song song, chia nhánh, giảm số lượng tế bào hình đài, tế bào hình đài cạn kiệt chất nhày.

+ Tương bào thâm nhập xuống mô đệm.

+ Áp xe khe, hốc.

+ Xuất huyết niêm mạc, các mạch máu xung huyết.

Tiêu chuẩn chẩn đoán tái phát:

- Bệnh nhân được chẩn đoán VLĐTTCM có ỉa máu trở lại.

***Tiêu chuẩn loại trừ*:**

- Bệnh nhân không tới khám theo đúng hẹn.

- Bệnh nhân không có hồ sơ đầy đủ.

Thang điểm:

Bảng 2.1. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm Morisky[6]

Câu hỏi	Không=1	Có=0
1. Thỉnh thoảng quên dùng thuốc		
2. Trong suốt 2 tuần qua, có ngày quên dùng thuốc		
3. Giảm liều hoặc ngừng dùng thuốc mà không báo với bác sĩ bởi vì cảm thấy tệ hơn khi sử dụng thuốc		
4. Khi rời khỏi nhà, quên mang theo thuốc		
5. Hôm qua chưa dùng thuốc		
6. Khi thấy đại tiện phân bình thường, thỉnh thoảng ngưng dùng thuốc		
7. Cảm thấy phiền phức khi theo sát kế hoạch điều trị		
8. Khó khăn trong việc nhớ dùng tất cả các loại thuốc		

Bảng 2.2. Đánh giá mức độ tuân thủ dùng thuốc[7]

Tổng điểm	Mức độ tuân thủ	Đánh giá tuân thủ
8	Tuân thủ tốt	Tuân thủ dùng thuốc
6 – 7	Tuân thủ trung bình	
< 6	Tuân thủ thấp	Không tuân thủ dùng thuốc

Bảng 2.3. Bộ câu hỏi đánh giá mối quan hệ giữa bệnh nhân và bác sĩ[8]

Câu trả lời / Câu hỏi	Hoàn toàn không thích hợp	Một chút thích hợp	Thích hợp	Hầu hết là thích hợp	Hoàn toàn thích hợp
1.Bác sĩ của tôi đang giúp đỡ tôi					
2.Bác sĩ có đủ thời gian dành cho tôi					
3.Tôi tin tưởng vào bác sĩ điều trị của tôi					
4.Bác sĩ thấu hiểu được tôi					
5.Bác sĩ sẵn sàng giúp đỡ tôi					
6.Bác sĩ và tôi có cùng sự đồng ý về bệnh và triệu chứng bệnh của tôi					
7.Tôi có thể nói chuyện với bác sĩ của tôi					
8.Tôi cảm thấy bằng lòng với điều trị của bác sĩ					
9.Tôi có thể dễ dàng tiếp cận với bác sĩ điều trị					

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả theo dõi dọc, hồi cứu kết hợp tiến cứu

Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023 chúng tôi đã thu nhận được 40 bệnh nhân VLĐTTCM tái phát được hỏi và phỏng vấn bộ câu hỏi Morisky. Nam/nữ: 18/22, bệnh nhân ≥45 tuổi 55%, ở thành thị 57.5%, 20% có bệnh mắc kèm.

3.1. Các đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Các đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (Tỉ lệ%)
Ỉa máu	Không	0 (0%)
	Ít hơn ½ lần đại tiện	17 (42.5%)
	Nhiều hơn ½ lần đại tiện	19 (47.5%)
	Tất cả số lần đại tiện	4 (10%)
Số lần phân lỏng	<4 lần/ngày	10 (25%)
	4-6 lần/ngày	9 (22.5%)
	>6 lần/ngày	21 (52.5%)
Gầy sút	Không	26 (65%)
	Có	14 (35%)
Sốt	<37.5	37 (92.5%)
	37.5-37.8	1 (2.5%)
	>37.8	2 (5.0%)

Mạch	≤90	32 (80%)
	>90	8 (20%)
Mức độ thiếu máu	>120	19 (47.5%)
	90-120	19 (47.5%)
	60-89	2 (5%)
Máu lắng 1h	<20	22 (55%)
	20-30	5 (12.5%)
	>30	13 (32.5%)
CRP	<5	29 (72.5%)
	5-30	9 (22.5%)
	>30	2 (5.0%)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều có ỉa máu, và đại tiện phân lỏng, có gầy sút 35%, hầu hết sốt nhẹ (92.5%) và mạch ≤90 (80%),bệnh nhân không thiếu máu và thiếu máu nhẹ tổng chiếm 95%

3.2. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm Morisky

Các thuốc đang dùng: Mesalazine đường uống và đường thụt, corticoid theo phác đồ điều trị tại khoa nội tổng hợp.

Bảng 3.2. Kết quả đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm Morisky

Câu hỏi	n	%
1. Thỉnh thoảng quên dùng thuốc	19	47.5%
2. Trong suốt 2 tuần qua, có ngày quên dùng thuốc	18	45%
3. Giảm liều hoặc ngừng dùng thuốc mà không báo với bác sĩ bởi vì cảm thấy tệ hơn khi sử dụng thuốc	21	52.5%
4. Khi rời khỏi nhà, quên mang theo thuốc	19	47.5%
5. Hôm qua chưa dùng thuốc	17	42.5%
6. Khi thấy đại tiện phân bình thường, thỉnh thoảng ngưng dùng thuốc	22	55%
7. Cảm thấy phiền phức khi theo sát kế hoạch điều trị	8	20%
8. Khó khăn trong việc nhớ dùng tất cả các loại thuốc	7	17.5%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân khi thấy đại tiện phân bình thường thì ngưng dùng thuốc (55%) và giảm liều hoặc ngừng dùng thuốc mà không báo với bác sĩ bởi vì cảm thấy tệ hơn khi sử dụng thuốc (52.5%)

Bảng 3.3. Phân loại và mức độ tuân thủ sử dụng thuốc (TTSDT) của bệnh nhân nghiên cứu

Phân loại TTSDT	Mức độ TTSDT	Số BN n	Tỉ lệ %	Tổng n (%)
Có	Tốt	13	32,5	23 (57,5)
	Trung bình	10	25	
Không	Kém	17	42,5	17 (42,5)

Nhận xét: Tỉ lệ tuân thủ điều trị đạt 57.5%, không tuân thủ điều trị chiếm 42,5%.

3.3. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ tuân thủ của bệnh nhân.

Bảng 3.4. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ tuân thủ của bệnh nhân.

Phân loại tuân thủ sử dụng thuốc			
Đặc điểm	**Tốt n(%)**	**Trung bình n(%)**	**Kém n(%)**
Học vấn			
Dưới THPT	0	1 (33.3%)	2 (66.7%)
THPT	3 (25%)	2 (16.7%)	7 (58.3%)
Sau THPT	10 (40%)	7 (28.0%)	8 (32.0%)
Số năm bị bệnh			
<3 năm	6 (33.3%)	6 (33.3%)	6 (33.3%)
3-5 năm	6 (46.2%)	1 (7.7%)	6 (46.2%)
>5 năm	1 (11.1%)	3 (33.3%)	5 (55.6%)
Số loại thuốc			
1	3 (33.3%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)
2	6 (26.1%)	6 (26.1%)	11 (47.8%)
≥3	4 (50%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)
Tần suất dùng thuốc			
1	2 (25%)	3 (37.5%)	3 (37.5%)
2-3	11 (34.4%)	7 (21.9%)	14 (43.8%)
≥4	0	0	0
Phản ứng có hại			
Không	12 (34.3%)	8 (22.9%)	15 (42.9%)
Có	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)
Hiểu biết về bệnh			
Không	0	1 (25%)	3 (75%)
Một phần	4 (14.8%)	9 (33.3%)	14 (51.9%)
Tốt	9 (100%)	0	0
Mối quan hệ bác sĩ - bệnh nhân			
Hoàn toàn k thích hợp	0	1 (100%)	0
Một chút thích hợp	0	1 (12.5%)	7 (87.5%)
Thích hợp	7 (36.8%)	4 (36.8%)	8 (42.1%)
Hầu hết là thích hợp	5 (45.5%)	4 (36.4%)	2 (18.2%)
Hoàn toàn thích hợp	1 (100%)	0	0

Nhận xét: Bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc mức tốt chiếm tỉ lệ cao ở nhóm sau THPT, có hiểu biết tốt về bệnh và có mối quan hệ bác sĩ- bệnh nhân hoàn toàn thích hợp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Số lượng bệnh nhân trên 45 tuổi chiếm tỉ lệ lớn (55%). Tỉ lệ bệnh nhân nữ (55%) nhiều hơn tỉ lệ bệnh nhân nam (45%). Bệnh nhân ở thành thị (57.5%) nhiều hơn tỉ lệ bệnh nhân ở nông thôn (42.5%). Trong nghiên cứu chỉ có 20% bệnh nhân có bệnh mắc kèm, còn đa số chiếm 80% bệnh nhân không có bệnh kèm theo. Tất cả bệnh nhân đều có ỉa máu, đại tiện phân lỏng >6 lần/ngày chiếm tỉ lệ lớn (52.5%). Bệnh nhân không gầy sút chiếm 65% trong khi bệnh nhân gầy sút chỉ chiếm 35%. Đa số bệnh nhân không sốt và sốt nhẹ <37.5 độ C tỉ lệ là 92.5%. Hầu hết mạch bình thường ≤90ck/p tỉ lệ là 80%. Bệnh nhân không thiếu máu và thiếu máu mức độ nhẹ đều chiếm 47.5%, tỉ lệ thiếu máu mức độ trung bình chiếm 5% và không có bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng.

4.2. Khảo sát sự tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky 8 câu hỏi

VLĐTT là một bệnh mãn tính và bệnh nhân cần sử dụng thuốc trong thời gian dài.

Trong nhóm bệnh viêm đại tràng đặc hiệu, dữ liệu tuân thủ khác nhau rất nhiều tùy theo dân số nghiên cứu (người lớn so với bệnh nhi), đường dùng và phương pháp đo lường tuân thủ (ví dụ: phân tích máu, mua thêm thuốc, tự báo cáo [nhật ký, phỏng vấn và bảng câu hỏi]).

Một đánh giá có hệ thống trong số 17 nghiên cứu với tổng số 4322 đối tượng viêm đại tràng đặc hiệu trưởng thành cho thấy tỉ lệ không tuân thủ điều trị bằng thuốc uống nằm trong khoảng từ 7% đến 72%. Tỉ lệ không tuân thủ điều trị thuốc được báo cáo ở bệnh nhân viêm đại tràng đặc hiệu châu Á dao động từ 20-30%. Kawakami et al. cho thấy 27,9% bệnh nhân của họ không tuân thủ điều trị bằng aminosalicylate, trong khi Kim et al. báo cáo tỉ lệ không tuân thủ điều trị là 22,3% trong nhóm bệnh nhân của họ ở Hàn Quốc. Tỉ lệ không tuân thủ uống thuốc ở thanh thiếu niên mắc viêm đại tràng đặc hiệu dao động từ 2% đến 93%. Jeganathan và cộng sự gần đây đã quan sát thấy rằng việc chuyển đổi từ viêm đại tràng đặc hiệu trẻ em sang người lớn không ảnh hưởng đến việc tuân thủ dùng thuốc. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ không tuân thủ điều trị của thanh niên (18-25 tuổi) và bệnh nhi (12-18 tuổi) lần lượt là 17% và 5% (P=0.28). Không có sự khác biệt đáng kể về thang điểm báo cáo tuân thủ thuốc (MARS) giữa trẻ em, người lớn mới chuyển đổi gần đây, người lớn sau chuyển đổi khác và người lớn chưa từng chuyển đổi. Tỉ lệ tuân thủ với liệu pháp sinh học cao hơn. Selinger và cộng sự đã báo cáo tỉ lệ không tuân thủ điều trị tổng thể là 30% đối với thuốc duy trì trong một nhóm bệnh nhân viêm đại tràng đặc hiệu ở Úc, với tỉ lệ tuân thủ cao nhất trong số những bệnh nhân sử dụng liệu pháp sinh học (94,7%). Lopez và cộng sự đã thực hiện đánh giá có hệ thống về tỉ lệ tuân thủ điều trị chống TNF trong viêm đại tràng đặc hiệu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc đạt 57.5%, không tuân thủ sử dụng thuốc chiếm 42,5%. Nguyên nhân không tuân thủ sử dụng thuốc: tự ngưng

dùng thuốc khi không có rối loạn phân (55%) và do tác dụng phụ (52.5%). Có thể nhận thấy mặc dù số lượng bệnh nhân của chúng tôi chưa nhiều, nhưng việc không tuân thủ điều trị của bệnh nhân VLĐTTCM khá lớn, có thể do bệnh nhân chưa chấp nhận việc mình mắc bệnh mạn tính kéo dài, thời gian tư vấn của bác sĩ với bệnh nhân chưa đủ, bệnh nhân thiếu hiểu biết về bệnh và nguy cơ xuất hiện biến chứng khi không tuân thủ thuốc.

Tuân thủ sử dụng thuốc kém là một vấn đề nghiêm trọng và các tác động xấu của nó sẽ được nhân lên trong việc tăng tỷ lệ biến chứng, tái phát, gánh nặng tâm lý và chăm sóc sức khỏe nếu không được giải quyết. Hiệu quả của việc điều trị phụ thuộc vào cả tác dụng của thuốc và sự tuân thủ chế độ điều trị của bệnh nhân. Do vậy, việc kiểm soát mức độ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân là rất cần thiết.

Khi nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ tuân thủ kết quả cho thấy ở nhóm có trình độ học vấn sau THPT tỉ lệ TTSDT mức tốt đạt cao nhất là 40% và ở nhóm có trình độ học vấn dưới THPT tỉ lệ TTSDT mức kém chiếm cao nhất 66.7%. TTSDT tốt đạt tỉ lệ cao nhất ở nhóm bệnh nhân có số năm bị bệnh từ 3-5 năm (46.2%) và TTSDT kém chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm bệnh nhân có số năm bị bệnh >5 năm (55.6%). Bệnh nhân điều trị từ 3 loại thuốc có tỉ lệ TTSDT cao nhất đạt 50% trong khi nhóm điều trị bằng 2 loại thuốc có TTSDT kém chiếm cao nhất 47.8%. Bệnh nhân phải dùng thuốc 2-3 lần/ngày TTSDT kém cao nhất chiếm 43.8%. Đa số bệnh nhân dùng thuốc không có phản ứng có hại, tuy nhiên tỉ lệ TTSDT kém vẫn cao chiếm 42.9%. Khi bệnh nhân không hiểu biết về bệnh tỉ lệ TTSDT kém chiếm rất cao 75% và khi bệnh nhân hiểu biết tốt về bệnh thì 100% TTSDT tốt. Mối quan hệ bác sĩ- bệnh nhân ở mức hầu hết là thích hợp và hoàn toàn thích hợp tỉ lệ TTSDT tốt cũng ở mức cao 45.5% và 100%. Do đó, vấn đề tư vấn cho bệnh nhân khi điều trị bệnh, về phương pháp điều trị, về thuốc điều trị một cách chính xác, đơn giản, dễ hiểu nhất và củng cố mối quan hệ giữa bệnh nhân và nhân viên y tế là cần thiết.

4.3. Đề xuất

1. Tăng cường phối hợp công tác dược lâm sàng với các bác sĩ điều trị và giáo dục bệnh nhân về tầm quan trọng của tuân thủ điều trị nhằm nâng cao hiệu quả trong điều trị bệnh.

2. Nên có bảng hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ sử dụng thuốc trong điều trị khi đến khám và điều trị ngoại trú.

3. Khuyên bệnh nhân có kế hoạch sắp xếp thời gian đi khám và lấy thuốc theo đúng lịch hẹn, mang theo thuốc khi đi xa và kiên trì dùng thuốc lâu dài.

4. Cải thiện mối quan hệ bác sĩ- bệnh nhân giúp tăng tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc.

V. KẾT LUẬN

VLĐTT là một bệnh mãn tính và bệnh nhân cần sử dụng thuốc trong thời gian dài. Tỉ lệ TDSDT chỉ đạt 57.5%. Hiệu quả của việc điều trị phụ thuộc vào cả tác dụng của thuốc và sự tuân thủ chế độ điều trị của bệnh nhân. Do vậy, việc kiểm soát mức độ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân là rất cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, et al.** Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. J Crohns Colitis. 2017;11(6):649-670. doi:10.1093/ecco-jcc/jjx008
2. **Osterberg L, Blaschke T.** Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-497. doi:10.1056/NEJMra050100
3. **Burkhart PV, Sabaté E.** Adherence to long-term therapies: evidence for action. J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs. 2003;35(3):207.
4. **Brown MT, Bussell JK.** Medication adherence: WHO cares? Mayo Clin Proc. 2011;86(4): 304-314. doi:10.4065/mcp. 2010.0575
5. Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. J Crohns Colitis. 2017;11(7):769-784. doi:10. 1093/ecco-jcc/jjx009
6. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. J Clin Hypertens. 2008;10(5):348-354. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
7. Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Innov Pharm. 2014;5(3). doi:10.24926/iip. v5i3.347
8. Ridd MJ, Lewis G, Peters TJ, Salisbury C. Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation. Ann Fam Med. 2011;9(6):538-545. doi:10.1370/afm.1322

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI NGƯỜI BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG KHÔNG BIẾN CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY NĂM 2024

Đặng Đức Hoàn[1], Trần Thị Nhung[1], Ngyễn Thị Hồng Hạnh[1], Nguyễn Thị Minh Hương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi người bệnh viêm loét dạ dày tá tràng tá tràng tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2024: Nhận xét một số yếu tố liên quan người bệnh viêm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Gồm 150 người bệnh nội trú, ngoại trú có nội soi dạ dày tá tràng được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng.

Kết quả: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 150 người bệnh đến khám, điều trị tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây, được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng; Trong đó có 61,3% nữ và 38,7% nam; Lý do chủ yếu đến khám là đau bụng thượng vị 54,6%; Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất là đau và nóng rát thượng vị chiếm 34,8%; Triệu chứng thực thể phổ biến là ấn đau thượng vị với 89,3%; Đặc điểm hình ảnh nội soi thường gặp nhất là viêm phù nề xung huyết, xuất tiết với 60,7%;Vị trí tổn thương hay gặp tại hang vị dạ dày 34,7%; 81,3% người bệnh có tiền sử bản thân mắc viêm loét dạ dày tá tràng có tỷ lệ cao hơn nhóm không có tiền sử 18,7% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p< 0,05); 24% người bệnh có tiền sử sử dụng NSAID, trong đó 4,7% có loét dạ dày tá tràng; 52,7% người bệnh nhiễm vi khuẩn H.pylori; 67,3% người bệnh có thói quen ăn chua cay; 27,3% người bệnh thường xuyên thức khuya; 28% người bệnh có tiền sử stress.

Kết luận: Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, tỉ lệ phần trăm các tổn thương gặp trên người bệnh viêm loét dạ dày tá tràng; Nghiên cứu khẳng định bên cạnh hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng nội soi dạ dày tá tràng là một trong những công cụ hữu ích không thể thiếu được góp phần chẩn đoán xác định bệnh viêm loét dạ dày tá tràng; Nghiên cứu chỉ ra mối tương quan giữa các yếu tố liên quan đến bệnh như tiền sử nhiễm bệnh viêm loét dạ dày tá tràng, tỷ lệ nhiễm H.pylori, chế độ dùng thuốc, ăn uống, các thói quen sinh hoạt hàng ngày của người bệnh và bệnh viêm loét dạ dày tá tràng. Chúng ta cần đẩy mạnh truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người dân chủ động thăm khám bệnh sớm để chẩn đoán, phòng và điều trị kịp thời hạn chế các biến chứng nguy hiểm của bệnh.

Từ khóa: Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT), Helicobacter Pylori (H.pylori), thuốc chống viêm giảm đau không steroid (NSAID)

[1]*Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nhung
Email: nhungtrangd@gmail.com
SĐT: 0969642780
Ngày nhận bài: 12/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 09/4/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

SUMMARY

EVALUATE CLINICAL FEATURES, ENDOSCOPIC IMAGES OF PATIENTS WITH UNCOMPLICATED PEPTIC ULCER DISEASE AT SON TAY GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objectives: Describe clinical features, endoscopic images of patients with peptic ulcers at Son Tay General Hospital in 2024. Comment on some factors related to patients with peptic ulcers at Son Tay General Hospital in 2024.

Subjects and research methods: Including 150 inpatients and outpatients with peptic endoscopy were diagnosed with peptic ulcer.

Results: Our research was carried out on 150 patients who were diagnosed with peptic ulcer, including 61.3% of females and 38.7% of men; The main reason for the exam is epigastric pain (54.6%). The most common muscle function symptoms are painful and burning epigastric, accounting for 34.8%. Common physical symptoms are epigastric pain with 89.3%; the most common endoscopic image characteristics are hemorrhagic edema, secreted with 60.7%; the location of the lesions is common in the stomach cave 34.7%; 81.3% of patients with a history of peptic ulcer themselves have a higher rate than the group without a history (18.7%) of statistical differences ($p < 0.05$); 24% of patients have a history of using NSAIDs, of whom 4.7% have peptic ulcers; 52.7% of patients are infected with H.pylori bacteria; 67.3% of patients have a habit of eating sour; 27.3% of patients stay up late; and 28% of patients have a history of stress.

Conclusion: Research describes clinical features, laparoscopic images, and the percentage of lesions encountered in patients with peptic ulcers. The study affirmed that besides asking about diseases and clinical examination, duodenal gastroscopy is one of the indispensable, useful tools that contribute to the diagnosis of peptic ulcers. Research shows the relationship between disease-realated factors such as history of peptic ulcers, the rate of H.pylori infection, the medication diet, eating, the daily routines of the patient, and peptic ulcer disease. We need to promote communication and health education for people to actively examine early examination to guess, prevent, and promptly treat the dangerous complications of the disease.

Keywords: peptic ulcer, Helicobacter pylori (H.pylori), Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dạ dày tá tràng là bệnh lý nội khoa thường gặp, tuy đã được Y học quan tâm từ lâu nhưng đến nay tần suất và tỷ lệ bệnh viêm loét dạ dày tá tràng ngày càng tăng và có biểu hiện ngày càng đa dạng và phức tạp cùng với sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ như rượu bia, Stress, lạm dụng thuốc giảm đau chống viêm NSAID, thói quen ăn uống sinh hoạt, nhiễm vi khuẩn HP...[1][3]. Theo tổ chức y tế thế giới mỗi năm có khoảng 5-10% dân số thế giới mắc bệnh viêm loét dạ dày tá tràng. Tại Việt Nam tỉ lệ này khoảng 7% dân số, đây là bệnh lý tiêu hóa có nhiều biến chứng và đứng hàng thứ hai gây gánh nặng bệnh tật toàn cầu [2][5].

Bệnh lí viêm loét dạ dày tá tràng gặp ở mọi lứa tuổi, ở mỗi vùng miền các đặc điểm tuổi, giới, các nhóm nghề nghiệp, tỉ lệ nhiễm bệnh có sự khác nhau ít nhiều. Đặc điểm của bệnh với các triệu chứng như ợ hơi, ợ chua, nóng rát thượng vị, buồn nôn, đầy hơi, tính chất đau có hoặc không liên quan đến bữa ăn, một số trường hợp đi ngoài phân đen, nôn ra máu là dấu hiệu của biến chứng của bệnh. Bằng phương pháp nội soi dạ dày tá tràng có thể phát hiện được những tổn thương trên nội

soi bằng hình ảnh như viêm hang vị, viêm tâm vị, viêm bờ cong nhỏ hoặc loét bờ cong nhỏ, loét hang vị, loét tiền môn vị, viêm loét tá tràng... [8][9]

Hậu quả của bệnh viêm loét dạ dày tá tràng làm ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời bệnh có thể gây ra những biến chứng nặng như xuất huyết tiêu hóa, ung thư hóa gây nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh [7][10].

Những năm gần đây, cùng với sự phát triển mạnh về kinh tế và đô thị hóa, tỉ lệ người dân mắc các bệnh lý về dạ dày, tá tràng ngày càng gia tăng, biểu hiện bởi sự gia tăng số lượng và lượt người bệnh đến khám và điều trị bệnh lý dạ dày tá tràng tại bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, đồng thời các biến chứng nguy hiểm của nó ngày càng nhiều. Chính vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài "Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi người bệnh viêm loét dạ dày tá tràng không biến chứng tại bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2024" với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi người bệnh viêm loét dạ dày tá tràng tá tràng tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2024

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan người bệnh viêm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh ngoại trú, nội trú đến khám, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây có kết quả nội soi dạ dày tá tràng, được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng.

**** Tiêu chuẩn lựa chọn***

- Người bệnh từ 16 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, có đầy đủ năng lực hành vi. Hiện tại có hoặc không triệu chứng đau vùng thượng vị, triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản, hội chứng dạ dày…

Người bệnh được nội soi và chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng.

**** Tiêu chuẩn loại trừ***

- Người bệnh có hội chứng dạ dày nhưng không nội soi dạ dày tá tràng.
- Người bệnh nhỏ hơn 16 tuổi
- Người bệnh có biến chứng của viêm loét dạ dày tá tràng: chảy máu dạ dày, ung thư dạ dày, hẹp môn vị.
- Người bệnh có triệu chứng lâm sàng gợi ý viêm loét dạ dày tá tràng nhưng kết quả nội soi dạ dày bình thường.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2024 – tháng 10/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

**** Thiết kế nghiên cứu***

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện không xác suất

**** Phương pháp thu thập số liệu***

Công cụ: Số liệu được lấy bằng phiếu thu thập thông tin được nhóm nghiên cứu xây dựng trên mục tiêu nghiên cứu, hoàn thiện, có tính logic khoa học.

Phương pháp: Thu thập thông tin về lâm sàng và hình ảnh nội soi từ hồ sơ khám bệnh của người bệnh đến khám ngoại trú, nội trú được chẩn đoán có viêm loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

**** Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu***

Nghiên cứu thực hiện chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn các người bệnh đến khám ngoại trú, điều trị nội trú theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2024 đến hết tháng 10/2024.

2.4. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, lí do đến khám, tiền sử viêm loét dạ dày tá tràng, thói quen ăn chua cay, thói quen ăn khuya,thói quen thức khuya, sử dụng rượu bia tiền sử nhiễm H.pylori…

- Lâm sàng: triệu trứng cơ năng đau nóng rát thượng vị, đầy bụng, ợ hơi, buồn nôn, nuốt vướng nuốt nghẹn; triệu chứng thực thể ấn đau thượng vị, co cứng cơ vùng thượng vị.

- Cận lâm sàng: hình ảnh nội soi viêm phù nề xung huyết, viêm trợt phẳng, viêm trợt lồi, viêm phì đại, viêm teo niêm mạc; chẩn đoán trên nội soi viêm trợt, xung huyết, loét; vị trí tổn thương thực thể trên nội soi toàn bộ dạ dày, tâm vị, phình vị, hang vị, hành tá tràng, kết hợp.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được thu thập xử lý bằng các thuật toán thống kê sử dụng trong y học sinh học với phần mềm SPSS 20.0

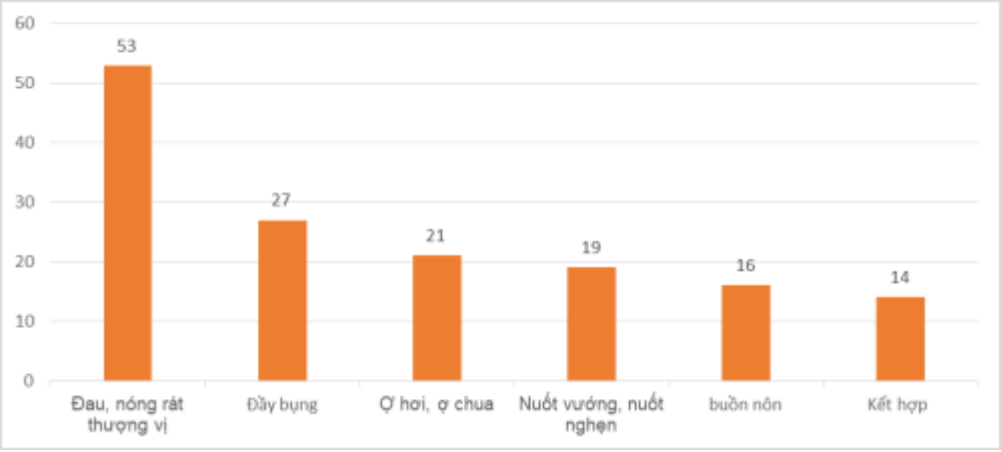
- Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng số trung bình, độ lệch chuẩn (SD), các giá trị tính được bao gồm hai chữ số sau dấu thập phân.

- Các giá trị phần trăm tính được, lấy đến một chữ số sau dấu thập phân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung

Tuổi	48,8±12,2
Giới	Nam 38,7% Nữ 61,3%
Nghề nghiệp	Nông dân 41,3%



Biểu đồ 1: Triệu chứng cơ năng

Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng của người bệnh đến khám rất đa dạng: Đau, nóng rát thượng vị chiếm tỷ lệ cao nhất 34,8%.

Bảng 2: Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ấn thượng vị đau	134	89,3
Co cứng cơ vùng thượng vị	3	2,0
Không có triệu chứng	13	8,7
Tổng	150	100

Nhận xét: Phần lớn người bệnh có triệu chứng ấn đau vùng thượng vị chiếm 89,3%.

Bảng 3: Hình ảnh nội soi dạ dày

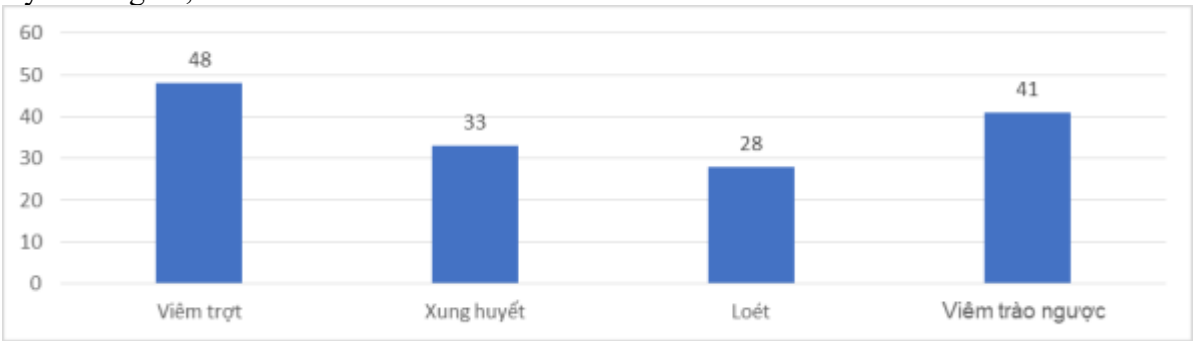
Kết quả hình ảnh nội soi dạ dày	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Viêm xung huyết, xuất tiết	91	60,7
Viêm trợt phẳng	28	18,7
Viêm trợt lồi	20	13,3
Viêm phì đại	6	4,0
Viêm teo niêm mạc	5	3,3
Tổng	150	100

Nhận xét: Hình ảnh nội soi dạ dày chủ yếu là viêm sung huyết, xuất tiết chiếm 60,7%: Viêm phì đại và viêm teo niêm mạc chiếm tỷ lệ nhỏ nhất 3,3%

Bảng 4: Vị trí tổn thương trên nội soi

Vị trí viêm loét	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Toàn bộ dạ dày	25	16,7
Phình vị,Thân vị	36	24,0
Hang vị	52	34,7
Hành tá tràng	17	11,3
Dạ dày - tá tràng	20	15,3
Tổng	150	100

Nhận xét: Đa số vị trí tổn thương ở hang vị dạ dày chiếm 34,7%, tổn thương toàn bộ dạ dày tá tràng 15,3%



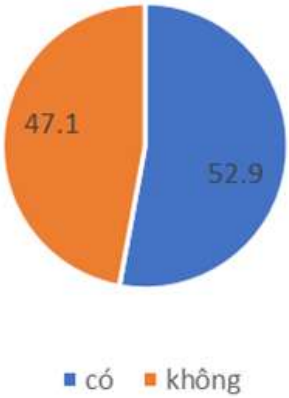
Biểu đồ 2: Chẩn đoán hình ảnh nội soi

Nhận xét: Hình ảnh trên nội soi chủ yếu là viêm trợt với 32% và viêm trào ngược với 27,3%. Loét chiếm tỷ lệ 18,7%

Bảng 5: Liên quan tiền sử bản thân, gia đình với bệnh

Tham số		Số lượng	Tỷ lệ (%)	P
Bản thân có tiền sử viêm loét DDTT	Có	122	81,3	0,025
	Không	28	18,7	
Trong gia đình có người mắc viêm loét DDTT	Có	63	42	0,06
	Không	87	58	

Nhận xét: Phần lớn người bệnh có tiền sử bản thân viêm loét dạ dày tá tràng chiếm 81,3%.



Biểu đồ 3: Tỷ lệ nhiễm H.pylori với bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn H.pylori chiếm 52,9%, không nhiễm H.pylori chiếm 47,1%.

Bảng 6. Liên quan giữa sử dụng thuốc NSAID với triệu chứng loét niêm mạc dạ dày – tá tràng trên nội soi (n=150)

		Loét		Tổng
		Có	Không	
Sử dụng thuốc NSAID	Có	7 (4,7%)	29 (19,3%)	36 (24,0%)
	Không	21 (14%)	93 (62%)	114 (76,0%)
Tổng		28 (18,7%)	122 (81,3%)	150 (100%)

Nhận xét: Có 24% người bệnh sử dụng thuốc NSAID trong đó 4,7% gây loét niêm mạc DDTT, tỷ lệ này ở nhóm không sử dụng NSAID là 76%, trong đó loét DDTT 14 %.

IV. BÀN LUẬN

*** Đặc điểm chung, tuổi, giới:**

Tuổi: Qua nghiên cứu 150 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm loét DDTT, kết quả cho thấy tuổi nhỏ nhất là 16, lớn nhất là 86, nhóm tuổi từ 41-60 có tỷ lệ lớn nhất, tuổi trung bình là 48,8 ± 12,2 tương đương với kết quả của một số tác giả: Dương Hiền Thảo Lan [1] tuổi nhỏ nhất là 19, lớn nhất là 81, nhóm tuổi 40-59 chiếm 49,4%, tuổi trung bình là 48,8 ± 13,6. Đặng Ngọc Quý Huệ [7] tuổi nhỏ nhất là 17, tuổi lớn nhất là 73 tỷ lệ

cao nhất ở nhóm tuổi 30-49, tuổi trung bình là 38,8 ± 10,6; Theo nghiên cứu của Kwangwoo Nam, Jeong Eun Shin [10] tuổi trung bình là 51,9 ± 12,7 nhóm tuổi < 40 tuổi chiếm 18,8%.

Giới: Bệnh lý viêm loét dạ dày tá tràng theo nhiều nghiên cứu thì cho tỷ lệ gặp ở nam nhiều hơn nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới có 48 người chiếm 38,7 %, nữ có 92 chiếm 61,3% tỷ lệ nam/nữ là 1/1,6. Tỷ lệ nam/nữ ở 1 số nghiên cứu có sự khác nhau. Kết quả của chúng tôi gần tương đương với kết quả của 1 số nghiên cứu về bệnh viêm loét dạ dày tá tràng mạn tính nhưng có liên quan đến H.pylori có tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới. Đặng Ngọc Quý Huệ [7] nam/nữ là 1/1,3; Nguyễn Thị Ngọc Huyền[5] nam/nữ là 1/1,26. Theo nghiên cứu của KalKan [9] nam/nữ: 1/1,24 và của Đặng Trần Dũng [2] nữ/nam: 1/11 do tác giả nghiên cứu riêng trên đối tượng là quân nhân trong lực lượng vũ trang thì nam giới chiếm ưu thế.

Nghề nghiệp: Có 62 trường hợp là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 41,3%; 42 trường hợp là lao động tự do chiếm 28%, 24 trường hợp là công nhân chiếm 16%, còn lại là cán bộ viên chức và học sinh, sinh viên chiếm tỷ lệ 7,3% như vậy những người có nghề nghiệp vất vả, lao động nặng, bữa ăn cũng như chế độ ăn thất thường có tỷ lệ VLDDTT cao hơn những nhóm nghề khác. Tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Huyền [5] tỷ lệ nông dân mắc bệnh chiếm 33,5%, tỉ lệ ở viên chức là 29.0%.

*** Triệu chứng lâm sàng:**

- Triệu chứng cơ năng: Trong nghiên cứu của chúng tôi 53 trường hợp có đau, nóng rát thượng vị (34,8%), 21 người có ợ hơi ợ chua (14%), 19 người có triệu chứng nuốt vướng, nuốt nghẹn (12,7%), 14 người có kết hợp từ 2 triệu chứng trở lên (9,3%). So sánh với nghiên cứu của Đặng Ngọc Quý Huệ [7] trong những người bị bệnh đau bụng thượng vị chiếm 68,8%, nóng rát thượng vị 56,3%, ợ hơi 46,6%, ợ chua là 37.5%, buồn nôn là 32,4%. Các triệu chứng cũng đa dạng như nghiên cứu của chúng tôi.

- Triệu chứng thực thể có 89,3% ấn đau thượng vị, 2% khám có co cứng cơ vùng thượng vị, 8,7% không có triệu chứng. So với nghiên cứu của các tác giả khác: Đặng Ngọc Quý Huệ [7] đau bụng chiếm 92,8%; Trần Ngọc Huy [6] đau bụng chiếm 95,1%.

*** Liên quan giữa hình ảnh nội soi, vị trí tổn thương với bệnh:**

Kết quả hình ảnh nội soi dạ dày tá tràng cho thấy hình ảnh nội soi dạ dày chủ yếu là viêm xung huyết, xuất tiết là 60,7%, viêm trợt phẳng với tỉ lệ 18,7% viêm trợt lồi là 13,3%, viêm phì đại là 4%, viêm teo niêm mạc là 3,3%. Tương đương Trần Ngọc Anh [8] viêm xung huyết chiếm 53,5%, viêm trợt phẳng 30,2%, viêm trợt lồi 14,0%, viêm teo niêm mạc 2,3%. Kết quả của chúng tôi có khác so nghiên cứu của Nguyễn Thanh Dung [3] viêm phù nề sung huyết là 45,36%, viêm trợt phẳng 5,15%, viêm trợt lồi là 16,5%. Tuy nhiên các dạng ít gặp như viêm teo niêm mạc (3,09%), viêm phì đại (4,13%) cũng tương đương nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chẩn đoán xác định theo nội soi dạ dày tá tràng có kết quả: 32% viêm trợt, viêm thực quản trào ngược 27,3%, 22,0% xung huyết, 18,7% loét. Kết quả này cho thấy đa số các trường hợp được kiểm tra và chẩn đoán ở giai đoạn viêm cấp tính, viêm nhẹ, chưa có nhiều biến chứng, mức độ chủ yếu là viêm xung huyết, viêm trợt. Tuy nhiên cũng có tới 18,7% trường hợp đã có mức độ loét là tổn thương nặng hơn cả, các triệu chứng có thể âm thầm hay rầm rộ khiến người bệnh đến khám bệnh. Tương đương với Trần Ngọc Huy [6] viêm cũng chiếm ưu thế 91.3%; loét 8,7%.

*** Đặc điểm vị trí tổn thương:**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương ở dạ dày tá tràng cũng tương đối đa dạng: Tổn thương ở hang vị chiếm 34,7%, tâm vị 4,6%, thân vị là 24%, hành tá tràng với 11,3%, kết hợp nhiều vị trí với 8,7%, tổn thương toàn bộ dạ dày có 16,7%. Tương đương với Trần Ngọc Anh [8] tổn thương ở hang vị chiếm 76,7%, hang vị + tiền môn vị 9,3%, tiền môn vị 7%, thân vị 4,7% và phình vị 2,3%; Trần Ngọc Huy [6] vị trí tổn thương chủ yếu ở hang môn vị 81,6%, hành tá tràng 14,2%, thân vị 4,2%.

*** Các yếu tố liên quan:**

Tiền sử bản thân và gia đình với bệnh:

Trong 150 trường hợp thì 81,3% người có tiền sử viêm loét DDTT, người không có chiếm 18,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Có 42% trường hợp trong gia đình có người mắc viêm loét DDTT, 58% người không có, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trần Ngọc Huy [6] tỷ lệ người bệnh có tiền sử là 63,3%, nghiên cứu của KalKan [9] là 68,5%.

Liên quan với tỷ lệ nhiễm H.pylori của người bệnh:

Helicobacter Pylori (H. Pylori) được coi là nguyên nhân chính dẫn đến viêm loét dạ dày hành tá tràng và là tác nhân quan trọng liên quan đến ung thư dạ dày, vì vậy việc phát hiện và điều trị H.pylori có ý nghĩa quan trọng trong bệnh lý dạ dày tá tràng [9][10]

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trong tổng số người bị bệnh thì tỷ lệ nhiễm H.pylori chiếm 52,9%, không nhiễm H.pylori là 47,1%. Tỷ lệ nhiễm H.pylori này cao hơn so với các tác giả: Nguyễn Thị Ngọc Huyền [5] tỷ lệ nhiễm HP 40,8%; Trần Ngọc Huy [6] 39,2 % và thấp hơn Nguyễn Thanh Dung [3] cho tỷ lệ nhiễm H.pylori 63,7% trên những người bị bệnh viêm dạ dày mạn tính. Cho thấy tỉ lệ nhiễm H. Pylori trong số người bệnh đến khám khá cao tương đương với tình trạng nhiễm vi khuẩn H. Pylori hiện tại của Việt Nam.

Liên quan đến sử dụng NSAID:

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả trong số 150 đối tượng mắc bệnh có 24% sử dụng thuốc kháng viêm NSAID trong đó 4,7% người sử dụng NSAID có loét niêm mạc dạ dày tá tràng trên nội soi. Cho thấy rằng việc sử dụng nhiều NSAID là một trong những nguy cơ gây ra viêm loét dạ dày tá tràng. Trong nghiên cứu của Đặng Trần Dũng [2] có 4,7% trường hợp loét dạ dày và 2,4% người sử dụng NSAID gây biến chứng chảy máu dạ dày tá tràng.

V. KẾT LUẬN

Mục tiêu 1: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi người bệnh viêm loét dạ dày tá tràng tá tràng tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2024

- Tuổi: cao nhất là 86, thấp nhất là 16, tuổi trung bình là 48,8 ± 12,2, tuổi từ 41-60 có tỷ lệ cao nhất 40,7%.

- Giới: Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,6.

- Nghề nghiệp: Chủ yếu là nông dân với 41,33%.

- Lý do đến khám bệnh chủ yếu là đau tức vùng thượng vị chiếm 54,6%.

- Triệu chứng cơ năng đa dạng, thường gặp là đau, nóng rát vùng thượng vị chiếm 34,8%.

- Triệu chứng thực thể chủ yếu là ấn thượng vị đau chiếm 89,3%.

- Hình ảnh nội soi dạ dày là viêm xung huyết, xuất tiết với 60,7%.

- Vị trí tổn thương đa dạng: Hang vị chiếm ưu thế với 34,7%, tổn thương toàn bộ DDTT với 15,3%.

- Chẩn đoán trên nôi soi chủ yếu là viêm trợt với 32%, loét chiếm 18,7%.

Mục tiêu 2: Nhận xét một số yếu tố liên quan người bệnh viêm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2024

- Tiền sử bản thân có liên quan đến bệnh với 81,3%, không có tiền sử 18,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$

- Tỷ lệ nhiễm H.pylori cao chiếm 52,9% là một nguyên nhân gây ra bệnh viêm loét DDTT

- Có 24% người sử dụng thuốc NSAID trong đó có 4,7% người loét dạ dày tá tràng, việc sử dụng nhiều NSAID là một trong những nguy cơ gây ra viêm loét dạ dày tá tràng.

- Những đối tượng mắc bệnh cũng có liên quan đến một số vấn đề như: 28% có biểu hiện Stress, 31,3% trường hợp có sử dụng bia rượu, 27,3% thường xuyên thức khuya và 67,3% có thói quen ăn chua cay.

Từ kết quả trên chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau:

Nghiên cứu khẳng định bên cạnh hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng nội soi dạ dày tá tràng là một trong những công cụ hữu ích không thể thiếu được góp phần chẩn đoán xác định bệnh viêm loét dạ dày tá tràng.

Chỉ định đúng, điều trị sớm rất quan trọng, phòng tránh được các biến chứng nguy hiểm cho người bệnh viêm loét dạ dày tá tràng như loét, thủng, ung thư dạ dày...

Nghiên cứu chỉ ra mối tương quan giữa các yếu tố liên quan tiền sử bản thân, sử dụng thuốc NSAID, nhiễm H.pylori… với bệnh.

Chúng ta cần đẩy mạnh truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người dân chủ động thăm khám bệnh sớm để chẩn đoán, phòng và điều trị kịp thời hạn chế các biến chứng nguy hiểm của bệnh, nâng cao sức khỏe cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Hiền Thảo Lan** (2022), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và kết quả điều trị bệnh nhân viêm loét dạ dày -tá tràng nhiễm Helicobacter pylori bằng phác đồ 4 thuốc có bismuth', Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí y học Cần Thơ số

53/2022

2. **Đặng Trần Dũng** (2011), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh loét dạ dày tá tràng có biến chứng chảy máu ổ loét điều trị tại Bệnh viện 198 Bộ công an, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên, 2011, Thái Nguyên.
3. **Nguyễn Thanh Dung, Trần Quang Đi, Hoàng Trọng Thảng** (2011), đặc điểm lâm sàng nội soi và mô bệnh học viêm dạ dày mạn do H.pylori. Tạp chí Y Dược học trang. 168 – 175
4. **Nguyễn Ngọc Chức** (2004), "Nghiên cứu tỷ lệ viêm dạ dày, viêm hành tá tràng mạn tính, nhiễm Helicobacter pylori ở bệnh nhân loét tá tràng và mối liên quan của chúng". Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Ngọc Huyền** (2020), "Tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori ở người bệnh đến nội soi thực quản dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình", Tạp chí Nội khoa Việt Nam, số 21/2021.
6. **Trần Ngọc Huy** (2023), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và tình hình tuân thủ điều trị bệnh viêm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện Đại học y dược Shing Mark". Tạp chí y học Việt Nam tập 535 - tháng 2 số 1-2024.
7. **Đặng Ngọc Quý Huệ** (2018), "Nghiên cứu tỷ lệ kháng Clarithromycin, Levofloxacin của Helicobacter pylori bằng Epsilometer và hiệu quả của phác đồ Ebmt ở người bệnh viêm dạ dày mạn tính", Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Huế, 2018, Huế.
8. **Trần Ngọc Anh** (2021). Đặc điểm lâm sàng hình ảnh nội soi của bệnh nhân viêm loét dạ dày – tá tràng mạn tính điều trị tại khoa nội bệnh viện quốc tế Thái Nguyên năm 2020.
9. **Kalkan, I. H., Sapmaz, F., Guliter, S., Atasoy, P.** (2016), Severe gastritis decreases success rate of Helicobacter pylori eadication, Wien KlinWochenschr, 128(9-10), pp.329-334.
10. **Kwangwoo Nam, Jeong Eun Shin** (2018), "Prevalence and risk factors for upper gastrointestinal diseases in health check-up subjects: a nationwide multicenter study in Korea", Scandina Journal of Gastroenterology (53), pp.910-916.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO DO LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÂN ĐÌNH NĂM 2024

Nguyễn Tiến Đạt[1], Vũ Đức Tiến[1], Nghiêm Xuân Khương[1], Trần Thị Xuân[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích một số yếu tố liên quan của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày – tá tràng điều trị tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có phân tích từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành trên 35 bệnh nhân, 71,43% xuất huyết mức độ nhẹ. Vị trí gặp loét chủ yếu ở tá tràng (60%). Tỉ lệ ổ loét Forrest III, IIC, IIB, IIA là 37,14%, 5,71%, 31,43%, 20%. Có tới 68,57% bệnh nhân chưa có tiền sử xuất huyết tiêu hóa, trong khi đó tỉ lệ xuất huyết tiêu hóa 1 lần trước đó là 20%. Kích thước ổ loét trung bình là 11,17 ± 4,78 mm. **Kết luận:** phần lớn bệnh nhân có mức độ xuất huyết tiêu hóa nhẹ và ổ loét là Forrest III. Không thấy liên quan giữa tiền sử bệnh tật, tiền sử xuất huyết tiêu hóa và nhóm tuổi với mức độ xuất huyết.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa cao, loét.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Vân Đình, thị trấn Vân Đình, Ứng Hòa, Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đạt
Email: nguyentiendatydk@gmail.com
SĐT: 0967497164
Ngày nhận bài: 12/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 09/4/2025
Ngày duyệt bài: 12/5/2025

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO PEPTIC ULCER DISEASE TREATED AT VAN DINH GENERAL HOSPITAL IN 2024

Purpose: Describe clinical and subclinical characteristics and analyze some related factors of patients with upper gastrointestinal bleeding due to gastric and duodenal ulcers treated at Van Dinh General Hospital. **Subjects and methods:** Prospective, cross-sectional study with analysis from January 2024 to September 2024. **Results:** Study of 35 patients diagnosed upper gastrointestinal bleeding, 71.43% of whom had mild bleeding. The main ulcer location was in the duodenum (60%). The rate of III, IIC, IIB, IIA Forrest was 37.14%, 5.71%, 31.43%, 20%. Up to 68.57% of patients had no history of gastrointestinal bleeding, while the rate of gastrointestinal bleeding once before was 20%. The average ulcer size was 11.17 ± 4.78 mm. **Conclusion:** Most patients had mild gastrointestinal bleeding and Forrest III ulcers. There was no association between medical history, history of gastrointestinal bleeding, and age group with the degree of bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa cao là một cấp cứu thường gặp trong nội khoa và ngoại khoa, tần suất mắc bệnh thay đổi từ 50-150/100000 dân, tỷ lệ tử vong trong bệnh viện lên tới 33%. Nội soi điều trị bệnh lý xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng ngày càng phát triển với nhiều phương pháp như tiêm cầm máu, đốt điện cầm máu, kẹp cầm máu và gần đây là phương pháp cầm máu bằng phun chất bột (Hemospray). Hầu hết các phương pháp đều có hiệu quả cầm máu cao khoảng 90% từ đó làm giảm xuất huyết tái phát, giảm tỷ lệ phẫu thuật và giảm tỷ lệ tử vong.

Bệnh viện Vân Đình thường xuyên tiếp nhận điều trị bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu để có những thống kê tổng quát về công tác khám và điều trị tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày – tá tràng, điều trị tại khoa Nội tổng hợp từ tháng 01 đến tháng 09 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Các bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày tá tràng được chẩn đoán dựa vào lâm sàng và nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có kết quả nội soi dạ dày – tá tràng, không được làm đầy đủ cận lâm sàng liên quan đến nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có phân tích hiệu chỉnh Yates khi tần suất n<5.

Đánh giá sự khác biệt bằng kiểm định thống kê p hai phía < 0,05. Khoảng tin cậy 95%.

Địa điểm nghiên cứu

Khoa Nội tổng hợp – bệnh viện đa khoa Vân Đình.

Xử lý số liệu

Tất cả các dữ liệu được đưa vào máy vi tính. Các số liệu được nhập và xử lý dựa vào phần mềm thống kê SPSS phiên bản 18.0. Các biến số định tính được biểu thị bằng tỷ lệ phần trăm và các biến số định lượng được tính bằng giá trị trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn.

Thời gian nghiên cứu

Các thông tin được thu thập từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024.

So sánh tỷ lệ của các biến định tính bằng kiểm định thống kê Chi bình phương hoặc Fisher khi tần suất n < 5 và hiệu chỉnh khi n< 5.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tiền sử bệnh tật của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nghiện rượu		1	2,86%
Dùng thuốc có nguy cơ gây XHTH (aspirin, NSAIDs, corticoid...)		2	5,72%
Xơ gan		3	8,57%
Bệnh kèm theo	Không có	13	37,14%
	Cơ, xương, khớp	1	2.86%
	Tim mạch	11	31,43%
	Đái tháo đường	1	2,86%
	Bệnh khác	3	8,57%

Từ bảng 1, có 31,43% bệnh nhân XHTH cao có tiền sử mắc các bệnh lý tim mạch.

Tiền xử xơ gan và dùng thuốc có nguy cơ gây XHTH chiếm 14.29%, trong khi đó có 13 bệnh nhân không mắc bệnh lý mạn tính, chiếm tỉ lệ 37,14%.

Bảng 2: Tiền sử xuất huyết tiêu hóa của đối tượng nghiên cứu

Số lần XHTH	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
0	24	68,57%
1	7	20%
2	4	11,43%

Từ bảng 2, nhận thấy có 24 bệnh nhân chưa từng bị XHTH trước đó, chiếm tỉ lệ 68,57%. Có 4 bệnh nhân từng bị XHTH 2 lần, chiếm tỉ lệ 11,43%. Tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử XHTH 1 lần trước đó là 20%. Triệu chứng hay gặp nhất ở đối tượng nghiên cứu là đi ngoài phân đen, chiếm tỉ lệ 54,29%, tiếp đến là đau thượng vị với tỉ lệ 48,57%. Các triệu chứng ít gặp hơn là cả nôn máu và đi ngoài phân đen chiếm tỉ lệ 28,57%. Có 3 bệnh nhân chỉ xuất hiện nôn máu với tỉ lệ 8,57%. 100% bệnh nhân nhập viện với tri giác tỉnh táo. Kết quả khám lâm sàng chỉ ra 60% bệnh nhân có niêm mạc nhợt, trong khi đó tỉ lệ niêm mạc hồng là 40%. Có 3 bệnh nhân có huyết áp tụt (huyết áp tâm thu < 90 mmHg) chiếm tỉ lệ 8,57%. Phần lớn bệnh nhân có mạch ngoại vi < 100 chu kì/phút chiếm tỉ lệ 71,43%.

Bảng 3: Mức độ xuất huyết

Mức độ xuất huyết	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	25	71,43%
Vừa	9	25,71%
Nặng	1	2,86%
Tổng	35	100%

Có 25 bệnh nhân bị XHTH mức độ nhẹ, chiếm 71,43%. XHTH mức độ nặng chỉ có 01 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 2,86%. Tỉ lệ bệnh nhân XHTH mức độ vừa là 25,71%.

Bảng 4: Vị trí, kích thước tổn thương trên nội soi tiêu hóa

Tổn thương	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dạ dày	14	40%
Tá tràng	21	60%
Kích thước ổ loét trung bình (nhỏ nhất; lớn nhất)	11,17 ± 4,78 mm (03; 20)	

Tỉ lệ tổn thương phát hiện qua nội soi tiêu hóa tại vị trí dạ dày và tá tràng lần lượt là 40% và 60%. Kích thước trung bình của tổn thương loét là 11,17 ± 4,78 mm, kích thước ổ loét lớn nhất trong nghiên cứu là 20mm. Trong 14 trường hợp XHTH do loét dạ dày thì có 12 trường hợp có 1 ổ loét, chiếm 85,71%, chỉ có 2 trường hợp có > 1 ổ loét chiếm tỉ lệ 14,29%. Trong khi đó, 96,55% loét hành tá tràng có tổn thương đơn độc. Vị trí hay gặp nhất trong XHTH cao do loét dạ dày là loét tại hang vị, chiếm tỉ lệ 57,14%, tiếp theo là thân, phình vị (chiếm 28,57%) và bờ cong nhỏ chiếm 14,29%.

100% trường hợp XHTH cao do loét hành tá tràng gặp ở mặt trước. Đa số các trường hợp XHTH cao do loét dạ dày có kích thước ổ loét từ 0,6 cm đến 1,9 cm chiếm tỉ lệ 85,71%. Ổ loét ≤ 0,5 cm chiếm 14,29%. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có ổ loét > 2 cm.

Bảng 5: Đặc điểm ổ loét trên phân loại Forrest.

Phân loại trên Forrest	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
IA	1	2,86%
IB	1	2,86%
IIA	7	20%
IIB	11	31,43%
IIC	2	5,71%
III	13	37,14%

Kết quả nội soi tiêu hóa chỉ ra, 37,14% bệnh nhân XHTH có tổn thương loét là Forrest III, tổn thương Forrest IA và IB ít gặp nhất với tỉ lệ 2,86%. Tỉ lệ tổn thương Forrest IIA là 20%, tỉ lệ tổn thương Forrest IIB và IIC lần lượt là 31,43% và 5,71%.

Bảng 6: Mối liên quan giữa mức độ xuất huyết và nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Mức độ xuất huyết			Tổng	P
	Nhẹ	Vừa	Nặng		
16-29	1	0	1	2	0,79
30-49	8	0	0	8	
50-69	9	9	0	18	
70-99	7	1	0	8	

Trong nhóm 30-49 tuổi, đa số BN bị XHTH mức độ nhẹ, trong nhóm 50-69 tuổi mức độ XHTH nhẹ và vừa không có sự khác biệt. Sự khác nhau giữa mức độ xuất huyết và nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê do P > 0,05.

Bảng 7: Mối liên hệ giữa mức độ xuất huyết và tần số xuất huyết

Tần xuất xuất huyết	Mức độ xuất huyết			Tổng	P
	Nhẹ	Vừa	Nặng		
Lần đầu tiên	16	7	1	24	
Lần thứ 2 trở đi	9	2	0	11	0,39

Đa số BN bị XHTH lần đầu và những bệnh nhân đã có tiền sử XHTH có tình trạng XHTH ở mức độ nhẹ. Sự khác nhau giữa tần xuất mắc XHTH với mức độ XHTH không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi phân tích 35 trường hợp bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tuổi trung bình là 58,17± 16,60 tuổi, với độ tuổi dao động từ 17 đến 82 tuổi. Độ tuổi thường gặp nhất là 50 đến 69 tuổi, chiếm 48,57%, tiếp đến là độ tuổi từ 30 đến 49 tuổi, chiếm tỉ lệ 22,86%. Nhóm độ tuổi từ 16 đến 29 chiếm tỉ lệ thấp nhất với chỉ 5,71%. Nhìn chung, tuổi trung bình mắc

bệnh trong nghiên cứu trong khoảng 60 tuổi cho thấy bệnh có khuynh hướng tăng cao ở người cao tuổi. Nguyên nhân có thể do gia tăng việc sử dụng các thuốc NSAID.

Nghiên cứu của Ngô Thị Hiền là 26,5% [1]. Kết quả nghiên cứu của Telaku S và cs năm 2014 ở Kosova có 57,6% bệnh nhân XHTH do loét DD TT có bệnh lý phối hợp chủ yếu là bệnh lý về tim mạch, bệnh về mô liên kết và bệnh lý về thận [3] cao hơn nghiên cứu của chúng tôi 31,34% bệnh nhân có bệnh lý phối hợp như bệnh tim mạch.

Triệu chứng hay gặp nhất ở đối tượng nghiên cứu là đi ngoài phân đen, chiếm tỉ lệ 54,29%, tiếp đến là đau thượng vị với tỉ lệ 48,57%. Các triệu chứng ít gặp hơn là cả nôn máu và đi ngoài phân đen chiếm tỉ lệ 28,57%. Có 3 bệnh nhân chỉ xuất hiện nôn máu với tỉ lệ 8,57%. Hầu hết các bệnh nhân XHTH trên cấp tính đều có biểu hiện nôn ra máu hoặc nôn ra chất giống cà phê và đại tiện phân đen. Trong nghiên cứu của Trần Duy Ninh trên 126 bệnh nhân XHTH do loét DD-TT, biểu hiện nôn ra máu chiếm tỷ lệ 22,6%, đại tiện phân đen 28,6%, trong khi đó bệnh nhân vừa nôn và đại tiện phân đen chiếm tỷ lệ cao 43,6% [2]. Trong nghiên cứu công bố năm 2023 của tác giả Ngô Thị Hiền và cộng sự, có 38,3 % bệnh nhân nôn máu ở nhóm dùng kháng ngưng tập tiểu cầu đơn, tỉ lệ này ở nhóm dùng kháng ngưng tập tiểu cầu kép là 11,2%. Tỉ lệ đi ngoài phân đen ở hai nhóm này lần lượt là 94,1% và 100% [1].

Tỉ lệ bệnh nhân XHTH có hồng cầu < 3 T/L là 65,72%, hồng cầu từ 2-2,9 T/L là 34,28%. Nghiên cứu không có bệnh nhân có số lượng hồng cầu < 2 T/L. Tỉ lệ bệnh nhân có Hct > 35% là 14,29%, Hct từ 30-35% chiếm tỉ lệ 34,28%. Bệnh nhân XHTH có Hct < 30% chiếm tỉ lệ cao nhất là 51,43%. Phần lớn bệnh nhân có biểu hiện giảm Hb trên xét nghiệm, bệnh nhân có Hb < 100 g/L là 48,57%. Trung bình Hb trong nghiên cứu của chúng tôi là 99,43g/L. Các nghiên cứu trong và ngoài nước liên quan đến nội soi can thiệp cầm máu có trung bình Hb thay đổi tương đối so với nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu của Đào Văn Long và cs có trung bình Hb là 110,12g/L [3]. Nghiên cứu chỉ ra có 60% trường hợp tổn thương gây xuất huyết nằm tại hành tá tràng, tổn thương ở dạ dày chiếm 40%. Kết quả trong bảng 3.9 cho thấy trong số những bệnh nhân XHTH cao do loét dạ dày, nhóm có vị trí loét chiếm tỷ lệ cao nhất là hang vị 57,14% kế đến là loét thân và phình vị 28,57%, vị trí bờ cong nhỏ 14,29%. Trong nghiên cứu chũng nhận thấy, kích thước ổ loét trung bình là 11,17 ± 4,78 mm. Kết quả này tương đồng với tác giả Đặng Ngọc Quý Huệ, kích thước trung bình của ổ loét DD-TT có biến chứng XH là 12,5mm ± 4,4 [4]. Theo Nguyễn Ngọc Tuấn, nghiên cứu trên 38 trường hợp kẹp clip cầm máu, kích thước trung bình các ổ loét DD-TT là 8,05mm ± 2,1 tương đối nhỏ hơn nghiên cứu này. Trong 35 trường hợp nghiên cứu, Xếp loại Forrest III có tỷ lệ cao nhất 37,14%, kế đến là FIIB 31,43% và thấp nhất là FIA, FIB 2,86%. Nghiên cứu của Dương Trọng Hiền và Trương Văn Cường có tần suất tổn thương FIIB nhiều nhất (58,4%), kế đến là FIB (18,7%) và ít nhất là FIA (7,2%) [5]. Tương tự, trong nghiên cứu của Ngô Thị Hiền và cs ở những bệnh nhân XH do loét DD-TT cũng có tần suất FIII nhiều nhất 32,69%, kế đến là FIB và FIIC có chung

số lượng 9/54 bệnh nhân, ít nhất là FIIB [1]. Trong khi đó, theo Nguyễn Đình Bảo Long và Huỳnh Hiếu Tâm, tổn thương FIIA hay gặp nhất với 36 trường hợp (67,92%) và ít nhất là FIIB với chỉ 1 trường hợp (1,88%) [6].

Về mối liên quan giữa XHTH và các yếu tố khác, nghiên cứu chỉ ra các yếu tố như tiền sử bệnh tật, tiền sử XHTH tiêu hóa trước đó và độ tuổi đều không có liên quan đến mức độ nặng của XHTH. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiệu có 42,45% BN có tiền sử bệnh DD-TT [7]. Sự khác biệt giữa tiền sử bệnh DD-TT và XHTH do loét dạ dày tá tràng không có ý thống kê. Sự khác biệt giữa tiền sử bệnh và XHTH cao không có ý thống kê. Cũng theo đó, tất cả các nhóm tuổi, mất máu nặng chiếm tỷ lệ cao và liên quan giữa nhóm tuổi và mức độ mất máu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân có mức độ xuất huyết tiêu hóa nhẹ và ổ loét là Forrest III. Không thấy liên quan giữa tiền sử bệnh tật, tiền sử xuất huyết tiêu hóa và nhóm tuổi với mức độ xuất huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Thị Hiền, Nguyễn Công Long, Nguyễn Thị Vân Hồng** (2023), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến xuất huyết tiêu hóa cao do viêm loét dạ dày tá tràng ở bệnh nhân dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu", Tạp chí Y học Việt Nam, Số 531. Tr.125-129.
2. **Trần Duy Ninh, Nguyễn Ngọc Chức** (2008), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan với xuất huyết do loét dạ dày-tá tràng tại khoa nội B bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình", Tạp chí Y học thực hành, số 629, tr.158-162..
3. **Đào Văn Long, Vũ Trường Khanh, Trần Thị Thanh Thảo, Trần Ngọc Ánh** (2012), "Đánh giá kết quả tiêm cầm máu với adrenaline 1/10.000 qua nội soi kết hợp rabeprazole (Rabeloc) tĩnh mạch liều cao ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, VII(28). tr.1827-1834..
4. **Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy** (2012), "Tình hình xuất huyết tiêu hóa tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất, Đồng Nai", Tạp chí Y học thực hành, 814(3), tr. 54.
5. **Dương Trọng Hiền, Trương Văn Cường** (2024), "Kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", Tạp chí Y học Việt Nam, Số 535. Tr.1-5.
6. **Nguyễn Đình Bảo Long, Huỳnh Hiếu Tâm** (2021), "Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao do loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020-2021", Tạp chí Y dược học Cần Thơ, Số 43/2021. Tr.6-13.
7. **Nguyễn Văn Hiệu** (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2015".

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA TENOFOVIR TRONG MỘT NĂM ĐẦU Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN VI RÚT B MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Trần Thị Kim Anh[1], Nguyễn Thành Vinh[1], Cao Đại Dương[1], Nguyễn Trần Hải Ánh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của Tenofovir trong 1 năm đầu điều trị ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính tại phòng khám Viêm gan – khoa Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu được thực hiện trên 71 bệnh nhân viêm gan B mạn tính được điều trị bằng Tenofovir tại phòng khám Viêm gan – Bệnh viện Đa khoa Hà Đông trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 11/2024. Bệnh nhân được theo dõi trong 48 tuần. Các chỉ tiêu được phân tích bao gồm triệu chứng lâm sàng, chỉ số sinh hóa, tải lượng HBV-DNA, chỉ dấu huyết thanh và các tác dụng không mong muốn liên quan đến điều trị.

Kết quả: Sau 48 tuần điều trị, triệu chứng lâm sàng như mệt mỏi, chán ăn, vàng da được cải thiện rõ rệt. ALT trở về giới hạn bình thường ở 90,14% bệnh nhân, tải lượng HBV-DNA giảm dưới ngưỡng phát hiện ở 95,77%. Tỷ lệ chuyển đảo huyết thanh HBeAg đạt 31,25%, cho thấy đáp ứng miễn dịch tốt. Về mặt an toàn, chỉ ghi nhận 1 trường hợp tăng nhẹ creatinine huyết thanh, không cần can thiệp điều trị và các chỉ số trở lại bình thường trong lần kiểm tra sau.

Kết luận: Tenofovir cho thấy hiệu quả điều trị cao trong năm đầu ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính, với tỷ lệ đáp ứng sinh hóa và virus học tích cực, đồng thời ít ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng

Từ khóa: Viêm gan B mạn tính; Tenofovir; ALT; HBV-DNA; chuyển đảo huyết thanh HBeAg

SUMMARY

EVALUATION OF THE THERAPEUTIC EFFECTIVENESS OF TENOFOVIR DURING THE FIRST YEAR IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B AT HA DONG GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the clinical efficacy and safety of Tenofovir during the first year of treatment in patients with chronic hepatitis B infection at the Hepatitis Clinic, Department of Infectious Diseases, Ha Dong General Hospital.

Subjects and Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted on 71 patients with chronic hepatitis B who received Tenofovir therapy at the Hepatitis Clinic, Ha Dong General Hospital from January 2024 to November 2024. Patients were followed for a duration of 48 weeks. Clinical symptoms, biochemical parameters, HBV-DNA levels,

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
[2]*Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Cao Đại Dương
Email: daiduongcao96@gmail.com
Sđt 0344022315
Ngày nhận bài: 13/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 10/4/2025
Ngày duyệt bài: 13/5/2025

serologic markers, and treatment-related adverse events were recorded and analyzed.

Results: After 48 weeks of treatment, clinical symptoms such as fatigue, anorexia, and jaundice improved significantly. ALT normalized in 90.14% of patients, and HBV-DNA levels became undetectable in 95.77% of cases. The HBeAg seroconversion rate reached 31.25%, indicating a favorable immunologic response. Regarding safety, only one patient developed a mild elevation in serum creatinine; however, it did not require intervention and returned to baseline upon reevaluation.

Conclusion: Tenofovir proved to be highly effective in the treatment of chronic hepatitis B during the first year of therapy, with a favorable safety profile and minimal adverse effects.

Keywords: Chronic hepatitis B; Tenofovir; ALT; HBV-DNA; HBeAg seroconversion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan mạn là bệnh lý thường gặp ở gan do nhiều nguyên nhân gây ra, trong đó hàng đầu là các vi rút viêm gan.Theo tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), ước tính gần một phần ba dân số thế giới (khoảng 2 tỷ người) có tiền sử nhiễm HBV, trong đó trên 350 triệu người nhiễm HBV mạn tính [1]. Số bệnh nhân nhiễm HBV mạn tính tại Trung Quốc và khu vực Đông Nam châu Á, trong đó có Việt Nam, chiếm khoảng 50% tổng số bệnh nhân trên toàn thế giới.

Tại Việt Nam, theo thông báo của Bộ Y tế, Tỷ lệ nhiễm HBV rất cao, trên 10-25% dân số [1][2]. Đã có nhiều nghiên cứu về thuốc kháng virus VGVR B mạn tính như: Lamivudine năm 1998, Adefovir năm 2002, Entecavir năm 2005, Telbivudine năm 2006, Tenofovir 2008. Tenofovir đã được Hoa Kỳ và EU đưa vào điều trị VGVR B mạn tính và có hiệu quả tương đối tốt [3]. Tuy nhiên đến nay, hiện tượng kháng thuốc đã xảy ra đối với một số thuốc kháng vi rút với những tỷ lệ khác nhau, dẫn đến giảm hiệu quả điều trị của các loại thuốc này. Để tìm hiểu tình hình đáp ứng điều trị thuốc Tenofovir đối với bệnh nhân VG B nhằm đưa ra các phác đồ điều trị tốt nhất, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả điều trị của Tenofovir ở những bệnh nhân Viêm gan vi rút B mạn tính.

2. Xác định tác dụng không mong muốn của Tenofovir.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân VGVR B mạn tính được khám, theo dõi điều trị bằng cùng một loại thuốc Tenofovir tại phòng khám viêm gan BVĐK Hà Đông.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân nghiên cứu được lựa chọn theo "Hướng dẫn điều trị Viêm gan B mạn tính của bộ Y Tế Việt Nam"

1. HBsAg dương tính >6 tháng hoặc HBsAg (+) và Anti HBc IgG (+)

2. AST, ALT tăng từng đợt hoặc liên tục trên 6 tháng

3. Có bằng chứng tổn thương mô bệnh học tiến triển, xơ gan (được xác định bằng sinh thiết gan hoặc độ đàn hồi gan hoặc Fibrotest hoặc chỉ số APRI) mà không do căn nguyên khác.

4. HBV-DNA $\geq 10^4$ với HBeAg (-), HBV – DNA $\geq 10^5$ với HBeAg (+)

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

✓ Bệnh nhân< 18 tuổi,

✓ Phụ nữ có thai, cho con bú.

✓ Phối hợp với các nguyên nhân viêm gan khác.

✓ Đã điều trị bằng thuốc kháng vi rút

trước đó.

✓ Mắc các bệnh mạn tính khác.

✓ Bệnh nhân không tuân thủ liệu trình điều trị.

✓ Không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

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

✓ Cách chọn mẫu: Bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu đều được chọn vào để phân tích

✓ Phương pháp tiến hành: Chúng tôi tiến hành hồi cứu lại toàn bộ các bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan vi rút B mạnh tính được điều trị bằng Tenofovir tại phòng khám viêm gan khoa bệnh nhiệt đới BVĐK Hà Đông trong thời gian nghiên cứu.

2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

✓ Địa điểm nghiên cứu: Tại phòng khám viêm gan BVĐK Hà Đông

✓ Thời gian nghiên cứu: 02 tháng 01 năm 2024 đến ngày 01 tháng 11 năm 2024.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

✓ Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, địa phương nơi đang sinh sống và làm việc, tiền sử bản thân và gia đình, các bệnh đã mắc, các yếu tố thuận lợi

✓ Lâm sàng: Các triệu chứng mệt mỏi, sốt, đau tức vùng gan, gan to, rối loạn tiêu hóa, tiểu vàng; da, niêm mạc: xuất huyết tự nhiên, vàng da, vàng mắt, phù

✓ Xét nghiệm: Công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hóa máu: Ure, Creatinin, AST, ALT, Bilirubin, Albumin, các marker viêm gan: HBsAg, HBeAg, định lượng virus HBV – DNA

✓ Đánh giá tác dụng không mong muốn của thuốc:

✓ Các chỉ tiêu về LS:Toàn trạng, rối loạn tiêu hóa, nổi sẩn ngứa, đau đầu , mất ngủ…

✓ Các chỉ tiêu XN:SH, Virus, chức năng gan thận…

✓ Đánh giá kết quả điều trị: Theo hướng dẫn của BYT Việt Nam**.**

✓ Đáp ứng hoàn toàn: Tiêu chuẩn vàng là HBV- DNA trở về âm tính (dưới ngưỡng phát hiện). ALT, AST trở về bình thường.

✓ Đáp ứng một phần: HBV DNA giảm từ 200 lần bản sao/ml trở lên. ALT, AST trở về bình thường

✓ Không đáp ứng: Các chỉ số virut, đáp ứng miễn dịch, sinh hoá không thay đổi, hoặc HBV DNA có giảm giảm dưới 100 lần bản sao/ml.

✓ Một số biểu hiện theo dõi kháng thuốc Bệnh nhân đang điều trị thuốc kháng vi rút (Tenofovir) thấy xuất hiện các biểu hiện: ALT tăng lên, HBV-DNA không giảm mà tăng cao hơn lúc đầu ít nhất 1 $\log_{10}$, HBeAg đã âm tính (-) nay lại trở về dương (+).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới

Tuổi	43,72 ± 13,88
18 - 30 31 - 45 45 - 60 >60	15,49 % 26,76 % 45,07 % 12,68 %
Giới	Nữ: 49.3% Nam: 50.7%

Nhận xét:

✓ Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là: 43,72 ± 13,88, tuổi thấp nhất 18, cao nhất 68 tuổi. Bệnh nhân lứa tuổi 45 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (45,57%), chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,68%) là nhóm tuổi > 60 tuổi.

✓ Tỉ lệ mắc bệnh ở cả 2 giới Nam và nữ là như nhau.

Bảng 2. Dịch tễ đường lây

Đường lây	N (%)
Mẹ truyền sang con	37 (52,1)
Đường tình dục	31 (43,7)
Đường máu	3 (4,2)

Nhận xét:

✓ Tỉ lệ nhiễm viêm gan B cao nhất là lây qua đường mẹ sang con và đường tình dục.

✓ Thấp nhất là lây qua đường máu.

Bảng 3: Biến đổi về lâm sàng qua các mốc thời gian

Biểu hiện LS	M0		M3		M6		M12	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mệt	71	100	45	63.38	19	27.76	7	9.86
Sốt	3	4.22	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Vàng da	40	56.34	7	9.86	3	4.22	3	4.22
Rối loạn T.H	52	73.24	11	15.49	3	4.22	4	5.63
Tiểu vàng	40	53.34	6	8.45	4	5.63	4	5.63
Đau hạ sườn phải	41	57.75	23	32.39	10	14.08	7	9.86
Gan to	4	5.63	0	0.00	1	1.41	1	1.41
Phù	1	1.41	0	0.00	0	0.00	0	0.00

***Nhận xét*:** Các triệu chứng mệt mỏi, rối loạn tiêu hoá, vàng da vàng mắt, nước tiểu vàng và đau tức vùng gan giảm nhanh sau tháng T3 và gần như hết ở thời điểm sau T6 và T12 điều trị.

Bảng 4: Thay đổi về xét nghiệm qua các mốc thời gian

Chỉ số		M0	M3	M6	M12
Bilirubin TP	B.thường	53	59	66	69
	Tăng	18	12	5	2
Bilirubin TT	B.thường	50	61	67	70
	Tăng	21	10	4	1
AST	B.thường	15	37	55	62
	Tăng	56	34	16	9
ALT	B.thường	0	23	52	64
	Tăng	71	48	19	7

Nhận xét: Các chỉ số men gan và men mật trở về bình thường tăng dần theo thời gian điều trị qua các tháng M3, M6, M12.

Bảng 5: Thay đổi về tải lượng virus và huyết thanh học theo thời gian

HBV - DNA	M0		M3		M6		M12	
Copies/ml	n	%	n	%	n	%	n	%
$\geq 10^6$	47	66.20	31	43.66	15	21.13	0	0.00
10^4-10^6	24	33.80	13	18.31	5	7.04	0	0.00
DN.phát hiện	0	0.00	23	32.39	49	69.01	68	95.77
Chuyển đảo huyết thanh								
HBeAg(+) (n=39)	0	0	0	0	0	0	12	31.25
Mất HBsAg	0	0	0	0	0	0	0	0

Nhận xét:

✓ Tải lượng virus giảm dần theo thời gian điều trị qua các tháng M3, M6, M12. Tải lượng virus dưới ngưỡng phát hiện tăng dần theo thời gian điều trị qua các tháng M3, M6, M12.

✓ Không có chuyển đảo huyết thanh trong các tháng điều trị M3, M6, nhưng kết thúc M12 có 12 BN có chuyển đảo huyết thanh (31,25%). Qua 48 tuần theo dõi chúng tôi không thấy BN nào đáp ứng hoàn toàn (mất HBsAg và hình thành AntiHBs(+).

Bảng 6: Tác dụng không mong muốn của thuốc

Lâm sàng	M0 (n = 71)	M3 (n = 71)	M6 (n =71)	M12 (n =71)
Buồn nôn, đau bụng, RLTH	4(5,6%)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Nổi sẩn ngứa	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Mất ngủ	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Đau xương khớp	0 (0 %)	1(1,4%)	0 (0 %)	0 (0 %)
Xét nghiệm				
BN có ure>6,6mmol/l	0 (0 %)	2 (2,8%)	0 (0 %)	0 (0 %)
BN có creatinine >110mcmol/l	0 (0 %)	1 (1,4%)	0 (0 %)	0 (0 %)

Nhận xét:

✓ Sau 24 tuần theo dõi BN viêm gan B mạn được điều trị bằng tenofovir chúng tôi thấy có 4 BN (5,6%) rối loạn tiêu hóa (đau bụng âm ỉ, đi ngoài phân lỏng, buồn nôn) sau điều trị thuốc 4 tuần. 1 BN xuất hiện đau khớp gối. Các BN trên đều được điều trị triệu chứng, chưa cần điều chỉnh giảm liều hay ngừng điều trị, BN đều hết các triệu chứng đó.

✓ Tại thời điểm sau 12 tuần điều trị có 2 BN tăng ure huyết, 1 BN tăng creatinin máu, nhưng các BN trên đều có mức tăng nhẹ, không cần can thiệp gì và sau kiểm tra lại đều về bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 71 trường hợp bệnh nhân viêm gan B mạn tính được điều trị bằng Tenofovir tại phòng khám Viêm gan – Bệnh viện Đa khoa Hà Đông trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 11/2024 thu được kết quả như sau:

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu theo tuổi và giới

✓ Tuổi trung bình là 43,72 ± 13,88 (năm), BN gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 51- 60 (25,35%) và nhóm tuổi 31 - 40 tuổi (22,54%). Trong đó tuổi thấp nhất là 18 cao nhất là 68. Kquả này hoàn toàn tương đồng với KQNC của Trịnh Thị Ngọc, tuổi trung bình là 37,24[4], Nguyễn Thái Minh tuổi trung bình là 46,2 ± 15,6[5]. BN VGB mạn tính tiến triển chủ yếu ở lứa tuổi 30 - 40 tuổi. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với tiến triển tự nhiên của nhiễm trùng HBV khu vực châu Á, khu vực mà người nhiễm HBV chủ yếu từ mẹ mang HBV.

➢ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ là tương đương: 50,7% và 49,3%. Trong nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Ngọc thì nam giới chiếm 73,7%, nữ là 26,3% [4], của Đinh Văn Huy thì kết quả tỷ lệ bệnh nhân nam là 66%, nữ là 34% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với 2 kết quả nghiên cứu trên.

Kết quả điều trị của thuốc tenofovir

• ***Cải thiện lâm sàng sau điều trị M3, M6 và M12:***

✓ Trong NC này có 100% BN có triệu chứng lâm sàng. Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu trước điều trị là mệt mỏi (100%), RLTH(73,24%) và đau tức hạ sườn phải (57,75%).

✓ Sau điều trị M3, M6 và M12 đều giảm rõ rệt. BN đỡ mệt mỏi, ăn ngon miệng và không còn đau tức vùng HSP.

✓ Chưa có BN nào xuất hiện biến chứng của bệnh.

✓ Kết quả NC này phù hợp với nhận xét của tác giả Nguyễn Văn Mùi [7] và tác giả Nguyễn Thái Minh [5].

• ***Đáp ứng điều trị:***

➢ Đáp ứng sinh hóa

✓ Kquả cho thấy tenofovir có tác dụng làm ALT giảm nhanh sau M3, tỷ lệ đáp tăng dần sau điều trị M6 và M12 (tỷ lệ bình thường hóa enzyme ALT sau M3,M6,M12 lần lượt là 32,39%; 73,24%; 90,14),

✓ Không còn BN nào có ALT ≥ 200 UI/l, những BN còn tăng ALT đều ở mức thấp 1,5 -2 lần giá trị bình thường.

✓ Kquả này thấp hơn kquả NC của tác giả Trịnh Thị Ngọc (95,6%) [4] và Nguyễn Văn Mùi (95,2%)[7].

➢ Đáp ứng về vi rút học

✓ Kết quả cho thấy tải lượng HBV-DNA giảm đến dưới ngưỡng phát hiện (< 100 copies/ml) sau M3,M6, M12 điều trị tương ứng là: (32,39%),(69.01%), (95,77%).

✓ Kết quả này tương tự như kquả của một số tác giả trong nước như: Trần Thị Phương Thúy sau 6 tháng, 12 tháng là 63% và 96%, Tác giả Lê Hữu Song là 96,7% [6], kquả nghiên cứu của tgiả Trịnh Thị Ngọc là 85,1% [4] có nồng độ HBV- DNA dưới ngưỡng phát hiện.

✓ Chưa thấy có BN nào xuất hiện kháng thuốc sau thời gian theo dõi 18 tháng.

➢ Đáp ứng về huyết thanh học

✓ Trong nghiên cứu có 39 BN có HBeAg (+) được điều trị tenofovir, tại tuần thứ 12 và 24 không ghi nhận trường hợp nào chuyển đảo huyết thanh, tại tuần 48 có 12 BN (31,25%) có chuyển đảo huyết thanh,

✓ Kquả này tương đương với tác giả Đinh Văn Huy [8] và tác giả Nguyễn Thái Minh [9], tuy nhiên lại cao hơn so với tác giả Trần Thị Phương Thúy, tỷ lệ chuyển đổi huyết thanh hoàn toàn sau 12 tháng điều trị là 23,5% [10].

✓ Qua 48 tuần theo dõi chúng tôi không thấy BN nào đáp ứng hoàn toàn mất HBsAg và hình thành AntiHBs(+).

• ***Đánh giá ảnh hưởng của thuốc tenofovir đến xương và chức năng thận:***

✓ Trong NC chưa ghi nhận trường hợp nào có tác dụng không mong muốn trên xương, có lẽ vì thời gian điều trị chưa đủ dài để đánh giá.

✓ Trong NC thấy có 1 BN nam có creatinin máu = 125 µmol/l ở tuần thứ 12 sau đó trở lại bình thường mà không cần điều chỉnh giảm liều thuốc. Sau 24 tuần, 48 tuần điều trị không phát hiện thấy bệnh nhân nào tăng ure, creatinin huyết tương.

✓ Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị Tenofovir trên 71 bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính tại phòng khám Viêm gan, khoa Bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Đa khoa Hà Đông trong 48 tuần cho thấy:

- Các triệu chứng lâm sàng như mệt mỏi, vàng da, rối loạn tiêu hóa... cải thiện rõ rệt sau 3 tháng điều trị, và gần như biến mất hoàn toàn sau 12 tháng.
- Chỉ số ALT trở về bình thường ở 90,14% bệnh nhân, cho thấy đáp ứng sinh hóa tích cực.
- Tải lượng HBV-DNA giảm đáng kể, với 95,77% bệnh nhân đạt mức dưới ngưỡng phát hiện sau 48 tuần.
- Tỷ lệ chuyển đảo huyết thanh HBeAg (+) sang anti-HBe (+) đạt 31,25%, phản ánh hiệu quả miễn dịch của thuốc.
- Tác dụng không mong muốn hiếm gặp, chỉ ghi nhận một trường hợp tăng nhẹ creatinine máu, không cần can thiệp.

Tóm lại: Tenofovir là thuốc điều trị có hiệu quả cao, an toàn, ít tác dụng phụ nghiêm trọng và có khả năng cải thiện rõ rệt cả về lâm sàng lẫn cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính. Nghiên cứu này góp phần khẳng định vai trò quan trọng của Tenofovir trong điều trị viêm gan B tại tuyến cơ sở và hỗ trợ xây dựng chiến lược kiểm soát bệnh viêm gan B trong cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).** Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Geneva: WHO; 2015.
2. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B. Ban hành kèm theo Quyết định số 5448/QĐ-BYT ngày 30/12/2014.
3. **Marcellin P, Heathcote EJ, Buti M, et al.** (2008). Tenofovir disoproxil fumarate versus adefovir dipivoxil for chronic hepatitis B. N Engl J Med, 359:2442–2455
4. **Trịnh Thị Ngọc, Nguyễn Văn Dũng.** Nhận xét bước đầu hiệu quả điều trị của Tenofovir trong điều trị viêm gan vi rút B mạn tính. Tạp chí Y học thực hành. 2011;(781):14-18.
5. **Nguyễn Thái Minh.** Đánh giá hiệu quả điều trị bằng Tenofovir tại Bệnh viện Đống Đa. Luận văn BSCKII. Học viện Quân y; 2015.
6. **Lê Hữu Song, Nguyễn Trọng Chính.** Hiệu quả bước đầu của Tenofovir tại Việt Nam.
7. **Nguyễn Văn Mùi, Hoàng Vũ Hùng.** Bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị của Toflovir (Tenofovir) ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính hoạt động. Luận án tiến sĩ. Đại học Y Dược Huế; 2010.
8. **Đình Văn Huy.** Đánh giá kết quả điều trị của thuốc Tenofovir tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2012.
9. **Nguyễn Thái Minh.** Đánh giá hiệu quả điều trị bằng Tenofovir trên bệnh nhân viêm gan B mạn tại Bệnh viện Đống Đa. Luận văn BSCKII. Học viện Quân y; 2015.
10. **Trần Thị Phương Thúy, Cao Thị Thu Thủy.** Hiệu quả Tenofovir tại BV Bệnh Nhiệt đới Trung Ương. Luận văn; 2016.

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG TRÊN BỆNH NHÂN COVID-19 NHIỄM NẤM MÁU

Hoàng Bùi Hải[1], Ninh Thị Ngọc[2], Nguyễn Tuấn Anh[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhiễm nấm máu trên bệnh nhân COVID-19 là tình trạng phổ biến có tỷ lệ tử vong cao, việc đặt ra các yếu tố tiên lượng tử vong có ý nghĩa quan trọng phục vụ chẩn đoán và điều trị. Nghiên cứu này nhằm nhận xét một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân COVID-19 nhiễm nấm máu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập số liệu trên 51 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân covid-19 nhiễm nấm máu tại Bệnh viện Nhiệt Đới Trung Ương và Bệnh viện Điều trị người bệnh COVID-19 từ tháng 1/2022 – 6/2023.

Kết quả: Trong 51 bệnh nhân nghiên cứu với tỷ lệ nam/nữ 3/1, tuổi trung bình 57,35±19,38, 49% bệnh nhân có độ tuổi 60 – 80 tuổi, 23,5% bệnh nhân đồng mắc HIV. Mức độ covid-19 nặng và nguy kịch chiếm tỷ lệ cao với 68,6%. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 43,14%. C.albicans có tỷ lệ tử vong cao nhất với 60%, sau đó là C.tropicalis với 45,5%, Trong các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong, mức độ COVID nặng hoặc nguy kịch, tỷ lệ P/f thấp có liên quan dến tỷ lệ tử vong cao hơn. Điểm APACHE II và điểm SOFA có khả năng tiên lượng tử vong với Cut-off lần lượt là 9 và 6 điểm với AUC > 0,7 và p < 0,05.

Kết luận: Bệnh nhân COVID-19 nhiễm nấm máu có tỷ lệ tử vong tương đối cao, điểm APACHE II và điểm SOFA cho phép dự báo nguy cơ tử vong, mức độ COVID-19 nặng/nguy kịch và mức độ oxy máu theo tỷ lệ P/f thấp hơn có nguy cơ tử vong cao hơn.

Từ khóa: nấm máu, căn nguyên nấm máu, COVID-19

SUMMARY

SOME FACTORS OF MORTALITY IN COVID-19 PATIENTS WITH FUNGAL INFECTION

Objective: Fungal infection in COVID-19 patients is a common condition with a high mortality rate, establishing mortality predictors is important for diagnosis and treatment. This study aims to review some mortality predictors in COVID-19 patients with fungemia.

Method: A cross-sectional descriptive study, data was collected on all patients diagnosed COVID-19 who has bacteremia with fungal at the Central Tropical Hospital and COVID-19 Treatment Hospital during period from January 2022 to June 2023.

Results: 51 COVID-19 patients wereinvolved in this studied in which male/female ratio of 3/1, average age 57.35±19.38, 49% of patients were aged 60-80

[1]*Bộ môn Hồi sức cấp cứu – Trường Đại học Y Hà Nội*

[2]*Khoa cấp cứu – Bệnh viện Nhiệt Đới Trung Ương*

[3]*Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Lão khoa Trung Ương*

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Thị Ngọc

Email: dr.sukaninhngoc@gmail.com

SĐT: 0961190892

Ngày nhận bài: 13/3/2025

Ngày phản biện khoa học: 10/4/2025

Ngày duyệt bài: 13/5/2025

years old, 23.5% of patients were co-infected with HIV. Severe and critical COVID-19 accounted for a high proportion of 68.6%. The mortality rate in the study was 43.14%. C.albicans had the highest mortality rate at 60%, followed by C.tropicalis at 45.5%. Among the factors associated with mortality, severe or critical COVID severity, low P/f ratio was associated with higher mortality. APACHE II score and SOFA score were predictive of mortality with Cut-offs of 9 and 6 points, respectively, with AUC > 0.7 and p < 0.05.

Conclusion: COVID-19 patients with candidemia had a relatively high mortality rate, APACHE II score and SOFA score allowed prediction of mortality risk, severe/critical COVID-19 severity and lower P/f ratio oxygen levels were associated with higher mortality risk.

Keywords: Blood fungus, Candida, bacteremia, COVID-19

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 là bệnh viêm đường hô hấp cấp do SARS-CoV2 gây ra. Bệnh lần đầu tiên được phát hiện vào cuối tháng 12/2019 tại tỉnh Vũ Hán – Trung Quốc.[1,2] Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, thời gian ủ bệnh từ 2-14 ngày, trung bình 5-7 ngày. Việc điều trị COVID 19 cần sử dụng các thuốc như steroid, các thuốc ức chế miễn dịch hoặc các can thiệp xâm lần, và do bản thân cơ chế tác động của COVID-19 lên hệ thống miễn dịch làm suy yếu khả năng phòng vệ của cơ thể chống lại nấm.[3] Từ đó làm gia tăng khả năng nhiễm nấm xâm lấn và làm tăng nguy cơ tử vong trên các bệnh nhân này. Theo nghiên cứu của Meawed,T.E (2021) đưa ra 100% bệnh nhân COVID-19 thở máy đều phát triển viêm phổi thở máy, tỷ lệ tử vong 100% trong đó 68% phát triển căn nguyên nấm[4]. Các loại nấm được báo cáo phổ biến nhất ở bệnh nhân mắc COVID-19 bao gồm nhiễm nấm Aspergillosis, nhiễm nấm Candida xâm lấn và bệnh Mucormycosis.[5]

Tại Việt Nam, tính tới ngày 7/6/2023 có 11.616.702 trường hợp COVID-19 được ghi nhận, trong đó tử vong 43.206 trường hợp chiếm tỷ lệ 0,4%.[6] Tỷ lệ tử vong tăng cao trong nhóm bệnh nhân thở máy ở các đơn vị ICU, phần lớn là những bệnh nhân cao tuổi và hoặc có bệnh lý nền như tim mạch, đái tháo đường, tăng huyết áp, ung thư giai đoạn cuối, suy thận mạn, xơ gan mất bù…nhưng bên cạnh đó cũng có những bệnh nhân trẻ, không có tiền sử gì đặc biệt, nguyên nhân tử vong ở những bệnh nhân này là nhiễm trùng thứ cấp trong đó một tỷ lệ không nhỏ nhiễm nấm.

Nhiễm nấm máu ở bệnh nhân COVID-19 là một thách thức đối với các bác sĩ lâm sàng và là một gánh nặng kinh tế lớn với gia đình bệnh nhân cũng như xã hội. Đồng thời, việc nhiễm nấm máu cũng làm gia tăng tỷ lệ tử vong và khiến cho tiêu tốn một lượng viện phí khổng lồ. Việc có các yếu tố cho phép dự báo tiên lượng nặng và tử vong cho phép nhân viên y tế có các lựa chọn điều trị phù hợp. Tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu đề cập đến vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định một số yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân COVID-19 nhiễm nấm máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc COVID-19 theo hướng dẫn Bộ Y Tế năm 2022

+ Có kết quả cấy máu ít nhất 1 mẫu dương tính với các chủng nấm

- ***Tiêu chuẩn loại trừ:***

+ Bệnh nhân thiếu các thông tin nghiên cứu trên hồ sơ bệnh án

• Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu

• Thời gian nghiên cứu: tháng 1/2020 đến tháng 6/2023

• Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nhiệt đới Trung Ương và Bệnh viên Điều trị người bệnh COVID-19

• Các bước tiến hành nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện hồi cứu trên hồ sơ bệnh án, sau khi lấy đủ thông tin vào bệnh án nghiên cứu, nhập số liệu vào phần mềm thống kê y học, tiến hành phân tích số liệu theo mục tiêu nghiên cứu.

2.2. Phân tích số liệu

- Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học SPSS 20.0

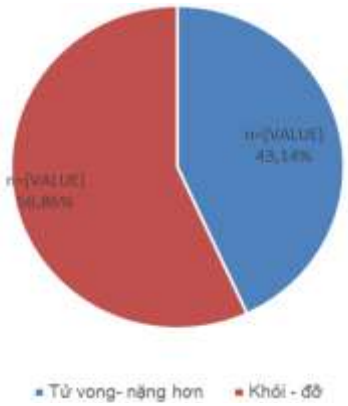
- Tính tỷ lệ phần trăm (%) với các biến định tính. Tính trung bình cộng, độ lệch chuẩn: các thông số được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. So sánh giá trị trung bình của biến định tính bằng kiểm định T-Test. So sánh hai tỉ lệ bằng kiểm định khi bình phương.Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p< 0,05. Sử dụng đường cong ROC trong xác định các yếu tố liên quan với diện tích dưới đường cong, phân tích hồi quy logistic để xác định các yếu tố độc lập.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được hội đồng đề cương trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học Bệnh viện nhiệt đới trung ương thông qua. Tất cả các đối tượng tham gia đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

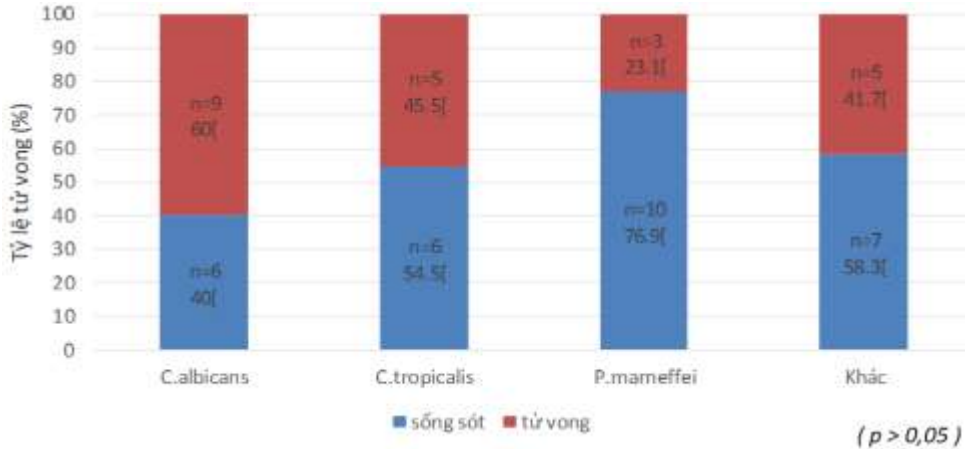
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2023, có 51 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lấy vào nghiên cứu, trong đó bệnh nhân nam chiếm 72,5 với 37 trường hợp, bệnh nhân nữ với 14 bệnh nhân với 27,5, tuổi trung bình trong nghiên cứu 57,35±19,38 tuổi, cao nhất là 92 tuổi, thấp nhất là 14 tuổi, độ tuổi phổ biến từ 60 đến 79 với 49. Trong các bệnh lý đồng mắc, đái tháo đường là bệnh lý hay gặp nhất với 23,5%, các trường hợp suy giảm miễn dịch gặp ở 9 bệnh nhân với 17,6%.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 43,14% thấp hơn so với tỷ lệ bệnh nhân có kết cục tốt.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ tử vong theo loại nấm phân lập được

Nhận xét: Trong nghiên cứu, C.albicans có tỷ lệ tử vong cao nhất với 60%, C.tropicalis đứng thứ 2 với 45,5%, tuy nhiên các khác biệt về tỷ lệ tử vong không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 1: Một số yếu tố về lâm sàng trong tiên lượng tử vong

Đặc điểm bệnh nhân		Sống sót		Tử vong		p	OR (95%CI)
		n	%	n	%		
Giới tính	Nam	23	62,2%	14	37,8%	0,342	2,19 (0,63- 7,64)
	Nữ	6	42,9%	8	57,1%		
Tuổi	Dưới 40	11	78,6%	3	21,4%	0,154	
	40 - 59	5	62,5%	3	37,5%		
	60 - 79	12	48%	13	52%		
	Trên 80	1	25%	3	75%		
Mức độ COVID-19	Nhẹ	11	84,6%	2	15,4%	0,007	
	Trung bình	3	100%	0	0%		
	Nặng	5	71,4%	2	28,6%		
	Nguy kịch	10	35,7%	18	64,3%		
Thể trạng	Gầy	8	61,5%	5	38,5%	0,71	
	Bình thường	18	58,1%	13	41,9%		
	Thừa cân	3	42,9%	4	57,1%		
Mức độ suy hô hấp (P/f)	>300	18	81,8%	4	18,2%	0,002	
	200 -300	7	63,6%	4	36,4%		
	100 - 200	1	12,5%	7	87,5%		
	Dưới 100	3	30%	7	70%		

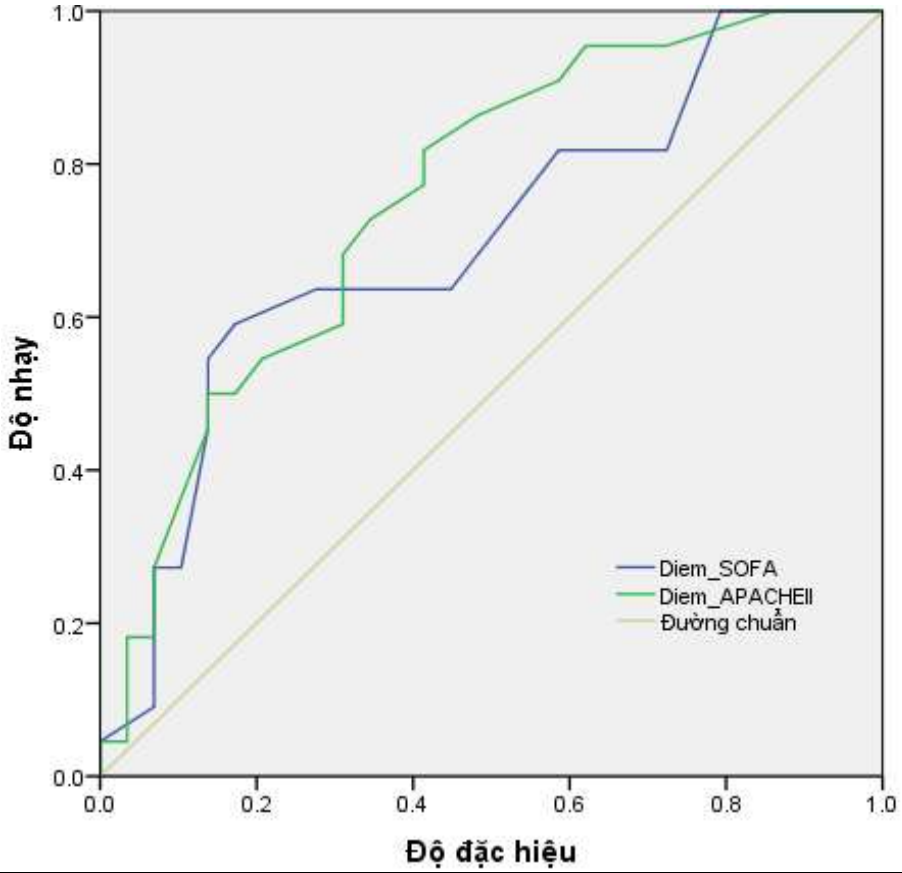
N = 51

Nhận xét: Trong nghiên cứu, không ghi nhận các khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa 2 nhóm giới tính, giữa các nhóm mức độ tuổi và thể trạng.Tỷ lệ tử vong có xu hướng cao hơn ở nhóm mức độ COVID-19 nặng và nguy kịch, ghi nhận tỷ lệ tử vong tăng dần ở các mức P/f thấp, các khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 2: Một số yếu tố cận lâm sàng giữa nhóm tử vong và sống sót

	Sống sót (X±SD)	**Tử vong (X±SD)**	**p**
Nồng độ IL6	1634±2162,77	1713,11±2189,32	> 0,05
Nồng độ Feritin	1677,93±565,96	1408,56±675,08	
Nồng độ LDH	609±577,95	897,25±1700,6	
Số lượng Bạch cầu toàn phần	8,12±5,86	10,18±10,33	
Bạch cầu trung tính	6,86±5,32	8,93±9,78	
Số lượng CD4	218,23±241,32	145,43±117,4	
Nồng độ Pct	6,08±14,82	7,05±21,26	
Nồng độ Crp	89,366±74,99	110,41±111,61	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, các chỉ số phản ánh bilant viêm và chỉ số IL-6, LDH có xu hướng cao hơn ở nhóm tử vong, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05



	AUC	**Cut-off**	**Độ nhạy**	**Độ đặc hiệu**	**p**
Điểm SOFA	70,2%	5,5	63,6%	55,2%	0,014
ĐiểmAPACHE II	75,6%	8,5	86,4%	51,7%	0,002

Biểu đồ 3: Khả năng tiên lượng tử vong của điểm SOFA và APACHEII

Nhận xét: Trong nghiên cứu, điểm SOFA và điểm APACHEII có khả năng dự đoán tử vong với diện tích dưới đường cong trên 70% với p < 0,05, có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Một số yếu tố tiên lượng tử vong

Một số yếu tố tiên lượng tử vong		
	OR	**p[A]**
Điểm SOFA ≥ 6	2,771 (0,58 – 13,154)	0,2
Điểm APACHEII ≥ 9	2,692 (0,38 – 19,053)	0,32
Giới nam	3,18 (0,548 – 18,44)	0,19
Nồng độ Feritin > 723,8	0,847 (0,076 – 9,424)	0,892
COVID-19 mức độ nặng/nguy kịch	10,992 (0,65 – 185,31)	0,096
Giảm bạch cầu	6,68 (0,49 – 91,69)	0,155

A: phân tích hồi quy đa biến với R^2: 0,327

Nhận xét: Trong nghiên cứu, không ghi nhận yếu tố nguy cơ độc lập gây nên tử vong với mô hình hồi quy có ý nghĩa thấp với diện tích:0,327 với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 51 người bệnh COVID-19 được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết mắc nấm máu tại bệnh viện điều trị người bệnh COVID_19, bệnh viện nhiệt đới trung ương từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2023, chúng tôi thu được kết quả với tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 72,5% và tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 27,5%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 57,35±19,38 trong đó nhóm tuổi từ 60 đến 80 tuổi chiếm ưu thế với 49%. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương về bệnh nhân nấm máu với tỷ lệ nam nhiều hơn tỷ lệ bệnh nhân nữ với 72% so với 28%, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 60 và độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 55 đến 64 tuổi.[7] Nghiên cứu của Cao Vân Trường và cộng sự trên cá bệnh nhân nấm xâm lấn mắc COVID-19 cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm ưu thế với 54,3% và nhóm tuổi phổ biến trên 60 với 71,5%.[8]

Trong 51 bệnh nhân lấy vào nghiên cứu, có một só bệnh nhân đồng mắc các bệnh lý về viêm gan B, viêm gan C và HIV, tuy nhiên tỷ lệ các bệnh nhân này trong nghiên cứu là không cao đều dưới 10% bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu, các bệnh nhân COVID-19 đa phần ở mức độ nặng hoặc nguy kịch với tỷ lệ trên 60% khi xét chung 2 nhóm mức độ này. Việc người bệnh COVID-19 mức độ nặng và nguy kịch cần can thiệp nhiều thủ thuật xâm lấn cũng như cần sử dụng liều corticoid cao hơn cũng có thể là yếu tố thuận lợi cho nhiễm khuẩn huyết đặc biệt là nấm máu, điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương về các nguy cơ nhiễm nấm máu với can thiệp nội mạch là 49%và sử dụng corticoid kéo dài là 37%.[7]

Từ Biểu đồ 1, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 43,14%. Đây là tỷ lệ tử vong ghi nhận trên các đối tượng mắc COVID-19 và được xác định nhiễm nấm máu. Trên thế giới hiện chưa nhiều nghiên cứu về đối tượng này, tuy nhiên khi so sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Chi, tỷ lệ tử vong cao hơn nhiều với 56,63% mặc dù nghiên cứu này chỉ xác định trên nhóm đối tượng nhiễm nấm xâm lấn đơn thuần. Tuy nhiên, khi so sánh các yếu tố nguy cơ khác như bệnh lý nền chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân của Nguyễn Thị Ngọc Chi có tỷ lệ mắc bệnh lý nền nhiều và nặng hơn trong nhóm bệnh nhân chúng tôi. Tuy nhiên khi so sánh với nghiên cứu của Đinh Xuân Quang, tác giả

này chỉ ra kết quả điều trị tiên lượng tốt lên tới 65,85% với chỉ 14 bệnh nhân tử vong, mặc dù nghiên cứu này thực hiện trên các bệnh nhân bỏng nặng, vốn là nhóm bệnh nhân có tiên lượng rất kém. Tuy nhiên, tác giả này chỉ đánh giá đáp ứng của bệnh nhân với thuốc kháng nấm, ngược lại trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tỷ lệ tử vong chung chứ không đơn thuần là việc ảnh hưởng của thuốc kháng nấm.

Một yếu tố quan trọng với các trường hợp nấm xâm lấn là thời gian bắt đầu điều trị và hệ thống kháng sinh sử dụng ban đầu. Theo Morrell (2005), việc điều trị muộn 48 giờ sau khi chẩn đoán nhiễm nấm huyết sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong lên gấp 2 lần. Phần lớn các bệnh nhân điều trị mục tiêu đều tử vong chứng tỏ việc bắt đầu điều trị mục tiêu trên những bệnh nhân này đang trong giai đoạn nặng của bệnh. Các bệnh nhân nhiễm nấm đều là các bệnh nhân có thời gian điều trị kéo dài gây tăng nguy cơ bội nhiễm. Theo một nghiên cứu khác cho thấy ở những BN Candida huyết thì mức độ nghiêm trọng về lâm sàng chứ không phải là chiến lược lựa chọn thuốc kháng nấm ban đầu có ảnh hưởng đáng kể với tỷ lệ tử vong. Điều trị kinh nghiệm bệnh nấm có thể liên quan đến tỉ lệ sống sót cao hơn, nhưng thời gian tối ưu để bắt đầu điều trị kháng nấm kinh nghiệm vẫn chưa được xác định. Trì hoãn liệu pháp kháng nấm phù hợp có liên quan với kết cục xấu, nhưng dữ liệu cho thấy sự cải thiện tỷ lệ sống với điều trị theo kinh nghiệm vẫn còn chưa đầy đủ.

Từ Biểu đồ 2, tỷ lệ tử vong C.albicans cao hơn các nhóm nấm khác, mặc dù C.tropicalis là nhóm vi nấm thường đề kháng tự nhiên với nhóm Fluconazol. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân đều được sử dụng các nhóm kháng nấm khởi đầu là Caspofungin, bên cạnh đó chúng tôi chỉ phân lập các trường hợp nhiễm nấm máu, trong đó sự có mặt của hầu hết C.albicans trên hệ thống bề mặt cũng giải thích được tỷ lệ hay gặp của nhóm nấm này. Tuy nhiên, trong nghiên cứu sự khác bieetjj về tỷ lệ tử vong này cũng không có sự khác biệt đủ lớn có lẽ do số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi còn tương đối bé cho nên tính đại diện còn chưa cao.

Qua số liệu ở Bảng 1, chúng tôi nhận thấy mức độ COVID-19 và tỷ lệ P/f có liên quan đến tỷ lệ tử vong với $p < 0,05$, tuy nhiên với dặc điểm tổn thương phổi của COVID-19 cho nên yếu tố này không thể phản ánh được chính xác yếu tố tiên lượng tử vong của nấm máu. Các yếu tố khác cũng không nhận thấy khả năng tiên lượng khi chúng tôi thực hiện so sánh hồi quy logistic đơn biến và đa biến, điều này cho thấy việc tử vong ở những đối tượng bệnh nhân này không là hiệu quả đơn thuần của một số yếu tố mà là sự tác động cộng dồn của nhiều yếu tố. Ở một số nghiên cứu khác nhận thấy, bệnh nhân có bệnh nền (aHR 2,13, KTC95% 1,23 – 3,64, $p = 0,01$), đồng nhiễm vi khuẩn đa kháng trong máu (aHR=3,64; KTC 95%=1,65 – 8,07, $p < 0,001$), SOFA > 11 tại thời điểm cấy máu (aHR 1,93 KTC95% 1,05 - 3,56, $p= 0,03$) là các yếu tố tiên lượng độc lập tử vong 30 ngày ở đối tượng nghiên cứu. Tuổi, tình trạng sốc nhiễm khuẩn, APACHE II, căn nguyên nấm và đường vào không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê tới tử vong trong phân tích đa biến. Các yếu tố tiên lượng tử vong này có khác biệt so với các nghiên cứu quốc tế và trong nước. Trong nghiên cứu của Colombo và cộng sự tại San Paolo, Brazil tuổi cao, điểm APACHE II cao là hai yếu tố liên quan độc lập với nguy cơ tử vong 45. Nghiên cứu của Keighley (Úc) cho

thấy đường vào tiêu hóa hoặc đường vào không xác định có tỷ lệ tử vong cao hơn so với đường vào nội mạch hoặc đường vào tiết niệu (p<0,01)67. Theo Zhang-rui Zeng (Trung Quốc) thì rối loạn chức năng hô hấp, nhiễm trùng do C. albicans là các yếu tố tiên lượng tử vong68. Nghiên cứu của Lê Hữu Phần tại Bệnh viện Chợ Rẫy (2022) cho thấy các yếu tố liên quan tử vong bao gồm: rối loạn tri giác, tăng nồng độ AST, tăng nồng độ bilirubin toàn phần trong máu. Điều đó cho thấy yếu tố tiên lượng tử vong rất khác nhau ở các nhóm đối tượng nghiên cứu, địa điểm nghiên cứu. Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng ghi nhận khả năng tiên lượng tử vong của điểm SOFA và điểm APAACHE II với diện tích dưới đường cong trên 0,7 và với p < 0,05.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân COVID-19 nhiễm nấm máu có tỷ lệ tử vong tương đối cao, điểm APACHE II và điểm SOFA cho phép dự báo nguy cơ tử vong, mức độ COVID-19 nặng/nguy kịch và mức độ oxy máu theo tỷ lệ P/f thấp hơn có nguy cơ tử vong cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Bộ Y tế- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2). 2021.
2. **Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al.** Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18):1708-1720. doi:10.1056/NEJMoa2002032
3. **Narayanan S, Chua JV, Baddley JW.** Coronavirus Disease 2019–Associated Mucormycosis: Risk Factors and Mechanisms of Disease. Clinical Infectious Diseases. 2022;74(7): 1279-1283. doi:10. 1093/cid/ciab726
4. **Meawed TE, Ahmed SM, Mowafy SMS, Samir GM, Anis RH.** Bacterial and fungal ventilator associated pneumonia in critically ill COVID-19 patients during the second wave. J Infect Public Health. 2021;14(10): 1375-1380. doi:10.1016/j.jiph.2021.08.003
5. **Hoenigl M.** Invasive Fungal Disease Complicating Coronavirus Disease 2019: When It Rains, It Spores. Clin Infect Dis. 2020;73(7): e1645-e1648. doi:10.1093/cid/ ciaa1342
6. **Bản tin phòng chống dịch COVID-19 ngày 7/6 của Bộ Y tế** - Tin tổng hợp - Cổng thông tin Bộ Y tế. Accessed June 12, 2023.
7. **Hương NTM.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm Candida máu.
8. **Cao Vân Trường** (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi thở máy ở bệnh nhân COVID-19. tạp chí y học Việt Nam.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỨC ĐỘ NẶNG Ở NGƯỜI BỆNH MẮC COVID-19 ĐỒNG NHIỄM HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 7/2021 - 6/2024

Trần Văn Giang[1,2], Quách Duy Cường[1,2], Ngô Thị Mai Khanh[1]

TÓM TẮT

Đồng nhiễm HIV/AIDS ở người bệnh COVID-19 có liên quan đến việc tăng nguy cơ sốt, khó thở, nhập viện vào các đơn vị điều trị tích cực (ICUs) và tử vong. Sử dụng ARV trong điều trị và tiêm phòng vắc xin Covid-19 đầy đủ có thể làm giảm diễn biến nặng và nguy cơ tử vong cho người bệnh. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành từ tháng 07/2021 đến tháng 06/2024. Trên 113 người bệnh được chẩn đoán SARS-CoV-2 đồng nhiễm HIV/AIDS đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, chúng tôi mô tả một số đặc điểm lâm sàng và đánh giá mức độ nặng ở người bệnh mắc COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương (NHTD) giai đoạn từ 01/07/2021 đến 30/06/2024. Kết quả cho thấy, các triệu chứng thường gặp ở người bệnh HIV nhiễm COVID-19 là mệt mỏi, đau mỏi cơ (93,8%), sốt (79,6%), ho khan/có đờm (76,1%) và đau rát họng (74,4%). Triệu chứng khó thở, chảy nước mũi/hắt hơi chiếm tỷ lệ ít hơn lần lượt là 34,5% và 33,6% nhưng thường gặp nhiều hơn ở người bệnh nhiễm COVID-19 nặng và nguy kịch. Người bệnh COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 52,2%, mức độ trung bình chiếm 23,0%. Người bệnh COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS mức độ nặng chiếm 14,2%; nguy kịch chiếm 10,6%. Người bệnh được tiêm đầy đủ vắc xin COVID-19 có mức độ chuyển nặng thấp hơn. Tỷ lệ người bệnh mắc COVID-19 có diễn biến nặng/nguy kịch ở nhóm được điều trị ARV thấp hơn nhóm không được điều trị ARV/bỏ trị có ý nghĩa thống kê với p=0,003 không phụ thuộc vào phác đồ và thời gian điều trị ARV trên 1 năm và dưới 1 năm.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, mức độ nặng, SARS-CoV2, COVID-19, HIV/AIDS.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SEVERITY IN COVID-19 PATIENTS CO-INFECTED WITH HIV/AIDS AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES (7/2021-6/2024)

Co-infection of HIV/AIDS in COVID-19 patients is associated with an increased risk of fever, shortness of breath, admission to intensive care units (ICUs), and death. Using ARV in treatment and getting fully vaccinated against COVID-19 can reduce severe progression and the risk of death for patients. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted from July 2021 to June 2024. Out of 113 patients diagnosed with SARS-CoV-2 coinfected with HIV/AIDS who met the selection criteria, we describe some clinical characteristics and assess

[1]*Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang
Email: Giangminh08@gmail.com
SĐT: 0912832279
Ngày nhận bài: 13/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 10/4/2025
Ngày duyệt bài: 13/5/2025

the severity of patients with COVID-19 coinfected with HIV/AIDS treated at the National Hospital for Tropical Diseases (NHTD) during the period from July 2021 to June 2024. **Results:** The common symptoms in HIV patients infected with COVID-19 were fatigue, muscle pain (93.8%), fever (79,6%), cough (76,1%), and sore throat (74.4%). Symptoms of shortness of breath and runny nose/sneezing were less common, accounting for 34,5% and 33,6% respectively, but were more frequently observed in patients with severe and critical COVID-19. Mild COVID-19 cases accounted for 52,2%, moderate cases 23,0%. Severe cases accounted for 14,2%; critical cases 10,6%. Patients fully vaccinated against COVID-19 had a lower rate of severe progression. **Conclusion:** The rate of severe progression in COVID-19 patients on antiretroviral therapy (ART) was statistically significantly lower than in those not on ART/discontinued ART, with p=0.003, and was independent of the ART regimen and duration of treatment over one year or under one year.

Keywords: Clinical characteristics, severity, SARS-CoV2, COVID-19, HIV/AIDS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus corona gây hội chứng hô hấp cấp tính nặng được viết tắt là SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome corona virus 2) thuộc phân họ Sarbecovirus gây ra bệnh viêm đường hô hấp cấp xuất hiện lần đầu tiên vào tháng 12 năm 2019 ở thành phố Vũ Hán, Trung Quốc và bắt đầu lây lan nhanh chóng, sau đó trở thành đại dịch toàn cầu[1]. Tỷ lệ người nhiễm HIV chiếm khoảng 1% tổng số trường hợp nhập viện do COVID-19, trong khi tỷ lệ nhiễm SARS-CoV2 trong dân số chung dao động từ 0,68 đến 1,8%. Đồng nhiễm HIV/AIDS ở bệnh nhân COVID-19 có liên quan đến việc tăng nguy cơ sốt, khó thở, nhập viện vào các đơn vị điều trị tích cực (ICUs) và tử vong (Moradi 2022)[2]. Phân tích tổng hợp từ 11 nghiên cứu trên 19.642.775 trường hợp nhiễm COVID-19, 59.980 trường hợp dương tính với HIV và 4.373 trường hợp tử vong do COVID-19 cho thấy, bệnh nhân dương tính với HIV có nguy cơ tử vong vì nhiễm COVID-19 cao hơn 21% so với người không nhiễm HIV (Kouhpayeh, 2021)[3]. Sự hiện diện của các bệnh lý nền và các bệnh lý nhiễm trùng cơ hội kèm theo có thể làm tăng mức độ nặng của bệnh. Nhằm đóng góp thêm sự hiểu biết về các đặc điểm lâm sàng và mức độ nặng ở người bệnh mắc COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDs, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: ***"Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá mức độ nặng ở người bệnh mắc COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương (NHTD) giai đoạn từ tháng 01/07/2021 đến 30/06/2024".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 113 người bệnh được chẩn đoán xác định SARS-CoV-2 có HIV dương tính điều trị nội trú tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 01 tháng 07 năm 2021 đến 30 tháng 06 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh đáp ứng đủ các tiêu chuẩn sau:

- Trên 16 tuổi.
- Người bệnh được chẩn đoán COVID-19: có kết quả xét nghiệm dịch tỵ hầu, dịch phế quản bằng phương pháp RT-PCR dương tính với virus SARS-CoV-2 và/hoặc xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên (test nhanh COVID-19) dương tính.
- Có kết quả HIV khẳng định dương tính theo quy định của Bộ Y tế Việt Nam.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh đang mắc các bệnh lý nhiễm trùng cơ hội cấp tính gây tổn thương tại phổi: Viêm phổi do Pneumocystis jirovecii, lao phổi mới phát hiện, đang điều trị giai đoạn tấn công...
- Người bệnh có phù phổi, nghẽn mạch phổi, nhồi máu phổi.
- Phụ nữ có thai.
- Người bệnh ung thư mới phát hiện hoặc đang điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: chọn mẫu toàn bộ, không tính cỡ mẫu. Tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn được lựa chọn nhập viện trong giai đoạn nghiên cứu sẽ được chọn vào nghiên cứu.
- Cách chọn mẫu: ngẫu nhiên hệ thống

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại bệnh

Theo hướng dẫn chẩn đoán, phân loại bệnh và điều trị COVID-19 của Bộ Y tế Việt Nam ban hành ngày 28 tháng 1 năm 2022. Trong nghiên cứu này chúng tôi phân thành 2 nhóm:

+ Người bệnh mức độ nhẹ, vừa.
+ Người bệnh mức độ nặng, nguy kịch.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được làm sạch bằng phần mềm Excel 11.0, xử lý thống kê y học bằng phần mềm SPSS 25.0.

- Thống kê mô tả với biến định tính: tần số và tỷ lệ; biến định lượng: giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (biến có phân bố chuẩn); trung vị và khoảng tứ phân vị (biến không có phân bố chuẩn); giá trị nhỏ nhất, lớn nhất.
- Thống kê suy luận: sử dụng kiểm định Pearson Chi-Square so sánh 2 tỷ lệ; kiểm định Fisher's Exact Test với các biến có tần số quan sát < 5. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

2.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: 01/07/2023 đến 30/06/2024 tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương.

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu đảm bảo tính khoa học, chính xác. Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới, chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu

Phân nhóm theo tuổi, giới		Số lượng (n=113)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$ Min-Max	39,4 ± 10,7 17 - 68	
Nhóm tuổi	16- <35	35	31,0
	35-55	66	58,4
	> 55	12	10,6
Giới	Nam	87	77,0
	Nữ	26	23,0
Chỉ số BMI (kg/m^2)	$\bar{X} \pm SD$ Min-Max	19,4 ± 2,6 14,2 - 26,0	
	< 18,5	46	43,0
	18,5 – 24,9	60	56,1
	≥ 25	1	0,9

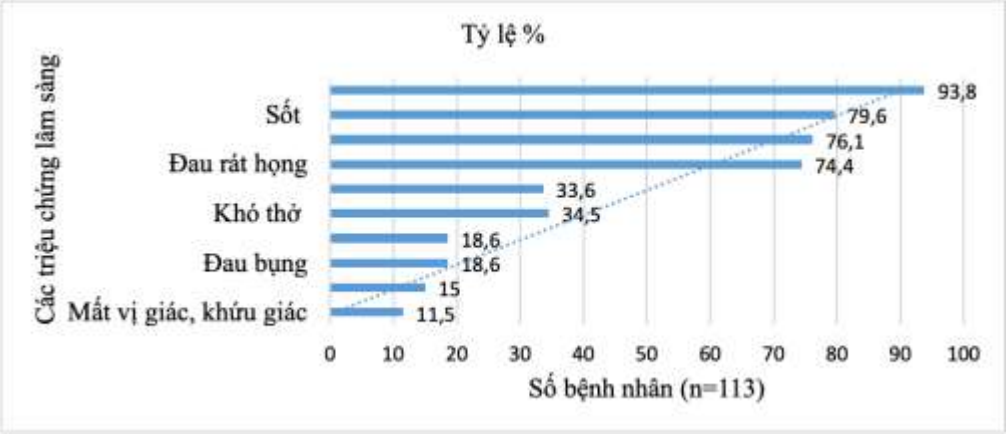
Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 39,4 ± 10,7 (tuổi), thấp nhất là 17 tuổi, và cao nhất là 68 tuổi. Phân bố người bệnh phần lớn ở nhóm tuổi từ 35 – 55 tuổi chiếm tỷ lệ 58,4%. Người bệnh HIV nhiễm COVID-19 ở giới nam gấp 3 lần giới nữ (77,0% so với 23,0%). Trong đó, người bệnh có chỉ số khối cơ thể bình thường chiếm phần lớn (56,1%), nhóm có tình trạng thiếu cân chiếm tỷ lệ 43,0%, thừa cân/béo phì chiếm 0,9%.

Bảng 2: Tiền sử bệnh nền khác ngoài HIV

Bệnh nền	Số lượng (n=113)	Tỷ lệ %
Không	63	55,8
Có	50	44,2
Bệnh gan mạn tính	34	30,1
Bệnh lý gan, thận mạn tính	5	4,4
Bệnh lý tim, phổi mạn tính	3	2,7
Đái tháo đường	2	1,8
Đái tháo đường, viêm gan mạn	1	0,9
Suy thận giai đoạn cuối	1	0,9
Bệnh nền khác	4	3,5
Bệnh lý nhiễm trùng cơ hội kèm theo	80	70,8
1 bệnh lý	51	45,1
≥ 2 bệnh lý	29	25,7

Nhận xét: 44,2% người bệnh có ít nhất một bệnh mạn tính trước đó. Thường gặp nhất là bệnh gan mạn tính chiếm 30,1%. Một số người bệnh có hai bệnh lý nền phối hợp như bệnh lý gan và thận mạn tính chiếm 4,4%; bệnh lý tim và phổi mạn tính chiếm 2,7%. Có 80/113 người bệnh (70,8%) đang mắc các bệnh lý nhiễm trùng cơ hội kèm theo, trong đó tỷ lệ nhiễm 1 bệnh lý nhiễm trùng cơ hội là 45,1%, trên 2 bệnh lý nhiễm trùng cơ hội là 25,7%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh COVID-19 ở người nhiễm HIV/AIDS



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng của người bệnh HIV nhiễm COVID-19 khi nhập viện

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp ở người bệnh HIV nhiễm COVID-19 là mệt mỏi, đau mỏi cơ (93,8%), sốt (79,6%), ho và đau rát họng (76,1%). Triệu chứng khó thở, chảy nước mũi/hắt hơi chiếm tỷ lệ ít hơn lần lượt là 34,5%, 33,6%. Triệu chứng ít gặp hơn liên quan đến đường tiêu hoá như tiêu chảy (18,6%), đau bụng (18,6%), mất vị giác, mất khứu giác chiếm tỷ lệ 11,5%.

3.3. Phân loại mức độ bệnh COVID-19 ở người nhiễm HIV/AIDS

Bảng 3: Phân loại mức độ bệnh COVID-19 ở người nhiễm HIV/AIDS

Phân độ lâm sàng	Số lượng (n=113)	Tỉ lệ (%)
Người bệnh mức độ nhẹ	59	52,2
Người bệnh mức độ trung bình	26	23,0
Người bệnh mức độ nặng	16	14,2
Người bệnh mức độ nguy kịch	12	10,6

Nhận xét: Người bệnh COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 52,3%, mức độ trung bình chiếm 23,0%. Người bệnh COVID-19 đồng nhiễm HIV/AIDS mức độ nặng chiếm 14,2%; nguy kịch chiếm 10,6%.

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng theo phân loại mức độ bệnh

Triệu chứng	Phân loại mức độ n (%)		p
	Nhẹ, trung bình (n=85)	Nặng, nguy kịch (n=28)	
Sốt	65 (76,5)	25 (89,3)	p=0,144
Ho khan, ho có đờm	61 (71,8)	25 (89,3)	p=0,059
Khó thở	12 (14,1)	27 (96,4)	p<0,0001
Đau rát họng	62 (72,9)	22 (78,6)	p=0,554
Chảy nước mũi, hắt hơi	22 (25,9)	16 (57,1)	p=0,002
Mệt mỏi, đau mỏi cơ	79 (92,9)	27 (96,4)	p*=0,679
Đau bụng	13 (15,3)	8 (28,6)	p*=0,117
Tiêu chảy	15 (17,6)	6 (21,4)	p*=0,655
Mất vị giác, khứu giác	11 (12,9)	2 (7,1)	p*=0,513
Triệu chứng khác	13 (15,3)	4 (14,3)	p*=1,0

Pearson Chi-Square; (*) Fisher's Exact Test

Nhận xét: Các triệu chứng khó thở và chảy nước mũi/hắt hơi gặp ở người bệnh HIV nhiễm COVID-19 mức độ nặng, nguy kịch có tỷ lệ cao hơn nhóm mức độ nhẹ và trung bình có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5: Phân độ lâm sàng theo tình trạng tiêm chủng vắc xin

Tình trạng tiêm vắc xin COVID-19	Chung n (%)	Phân độ lâm sàng		Giá trị p
		Nhẹ, trung bình n (%)	Nặng, nguy kịch n (%)	
Đã tiêm 1 mũi *	3 (2,8)	1 (1,3)	2 (7,7)	P*>0,05 $p^{(2,3)}$=0,003
Đã tiêm 2 mũi (2)	29 (27,4)	16 (20,0)	13 (50,0)	
Đã tiêm 3 mũi (3)	63 (59,4)	53 (66,3)	10 (38,5)	

Đã tiêm > 3 mũi *	6 (5,7)	6 (7,5)	0 (0)	
Chưa tiêm chủng*	5 (4,7)	4 (5,0)	1 (4,8)	
Tổng số	106 (100)	80 (100)	26 (100)	

Pearson Chi-Square; (*) Fisher's Exact Test (So sánh từng cặp giữa các nhóm)

Nhận xét: Người bệnh được tiêm chủng 3 mũi vắc xin COVID-19 chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,4%, tiếp đến là nhóm người bệnh tiêm chủng 2 mũi vắc xin COVID-19 chiếm tỷ lệ 27,4%. Đánh giá tình trạng tiêm phòng vắc xin COVID 19 theo mức độ nặng cho thấy, tỷ lệ người bệnh HIV nhiễm COVID-19 mức độ nặng ở nhóm tiêm chủng 3 mũi vắc xin COVID-19 thấp hơn nhóm được tiêm chủng 2 mũi vắc xin COVID-19 là 38,5% so với 50,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,003.

Bảng 6: Phân độ lâm sàng theo tiền sử điều trị thuốc kháng virus ARV

Tình trạng điều trị ARV	Chung n (%)	Phân độ lâm sàng		Giá trị p
		Nhẹ, trung bình n(%)	Nặng, nguy kịch n(%)	
Chưa điều trị ARV/bỏ trị	61 (54,0)	39 (63,9)	22 (36,1)	0,003
Có điều trị ARV	52 (46,0)	46 (88,5)	6 (11,5)	
Tổng người bệnh	113 (100)	85 (75,2)	28 (24,8)	
Phác đồ điều trị				
- Phác đồ bậc 1	44 (84,6)	40 (90,9)	4 (9,1)	p*=0,227
- Phác đồ bậc 2	8 (15,4)	6 (75,0)	2 (25,0)	
Thời gian điều trị				
- Dưới 1 năm	30 (57,7)	26 (86,7)	4 (13,3)	p*=1,0
- Trên 1 năm	22 (42,3)	10 (90,9)	2 (9,1)	
Tổng người bệnh được điều trị ARV	52 (100)	46 (88,5)	6 (11,5)	

Pearson Chi-Square; (*) Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh HIV mắc COVID-19 đang điều trị thuốc kháng virus (ARV) là 46,0%, chưa điều trị ARV hoặc bỏ trị là 54,0%. So sánh giữa 2 nhóm này cho thấy tỷ lệ người bệnh HIV nhiễm COVID-19 nhập viện là tương đương nhau nhưng tỷ lệ người bệnh nhiễm COVID-19 mức độ nặng, nguy kịch ở nhóm chưa điều trị/bỏ trị cao hơn nhóm đang điều trị ARV (36,1% so với 11,5%) có ý nghĩa thống kê với p = 0,003.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 39,4 ± 10,7 (tuổi), cao nhất 68 tuổi, thấp nhất 17 tuổi. Phân bố người bệnh trong các nhóm tuổi không đồng nhất, tỷ lệ người bệnh ở nhóm tuổi 35 – 55 chiếm đa số 58,4% (Bảng 1). Kết quả này thấp hơn so với

nghiên cứu của Mirzaei H và cộng sự [4] với tuổi trung bình của người bệnh là 52,7 tuổi. Cũng trong nghiên cứu của Mirzaei H, hầu hết người bệnh là nam giới 80,9% cao hơn nữ giới chiếm 18,3%, tương đương với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ nhóm người bệnh nam giới là 77,0% và nữ giới là 23,0%.

Về tiền sử bệnh lý mạn tính, có 44,2% người bệnh HIV nhiễm COVID-19 có ít nhất 1 bệnh lý mạn tính trước đó (bảng 2). Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Mirzaei và cộng sự [4] (44,2% so với 39,3%), nhưng thấp hơn khá nhiều so nghiên cứu của Silvia Bertagnolio và cộng sự khi tỷ lệ này là (60,8%) [5]. Sự khác biệt này có thể do khác nhau về điều kiện kinh tế – xã hội, chế độ sinh hoạt với những yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, hoạt động thể lực và chế độ ăn uống không hợp lý.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 80 người bệnh (70,8%) có bệnh lý nhiễm trùng cơ hội kèm theo, trong đó 1 bệnh lý chiếm 45,1% và từ 2 bệnh lý nhiễm trùng cơ hội trở lên chiếm 25,7% (bảng 2). Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Vizcarra và cộng sự, ghi nhận tỷ lệ mắc các bệnh lý nhiễm trùng cơ hội ở người bệnh HIV nhiễm COVID-19 là 63% [7]. Các bệnh lý nhiễm trùng cơ hội thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là nhiễm nấm Candida ở miệng, nhiễm nấm T. marneffei trong máu và da, nhiễm CMV…

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh COVID-19 ở người nhiễm HIV/AIDS

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng thường gặp ở người bệnh HIV nhiễm COVID-19 là mệt mỏi/đau mỏi người (93,8%), sốt (79,6%), ho khan/có đờm (76,1%) và đau rát họng (74,4%), triệu chứng khó thở chiếm tỷ lệ thấp hơn (34,5%) (biểu đồ 1). Kết quả của chúng tôi tương tự so với kết quả nghiên cứu của Mirzaei H và cộng sự với triệu chứng sốt (74%) và khó thở (30,5%) [4]. Tuy nhiên, triệu chứng ho và đau rát họng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể (ho: 76,1% so với 58,3%, đau rát họng: 74,4% so với 8,1%). Sự khác biệt này có thể do thời điểm nghiên cứu khác nhau, có thể liên quan đến sự biến chủng của virus, tỷ lệ bao phủ của vắc xin COVID-19 và người bệnh có thể kèm theo các bệnh lý nhiễm trùng cơ hội gây ra triệu chứng ho và đau rát họng như nhiễm nấm Candida ở miệng, thực quản 27/113 trường hợp chiếm 23,9%.

So sánh với tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng phổ biến ở người bệnh COVID-19 không nhiễm HIV trong các nghiên cứu của Guan WJ và cộng sự [8], thấy rằng tần suất các triệu chứng lâm sàng thường gặp xuất hiện sốt (80-90%), ho (60-80%), khó thở (18-46%). Tỷ lệ này tương đồng với tỷ lệ các triệu chứng sốt, ho, và khó thở trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều đó cho thấy, không có sự khác biệt lớn giữa người bệnh HIV nhiễm COVID-19 và người bệnh không HIV nhiễm COVID-19 về tần suất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng chính phổ biến như sốt, ho và khó thở.

Các triệu chứng đường tiêu hoá như tiêu chảy và đau bụng (18,6%), triệu chứng mất vị giác/ khứu giác (11,5%) (biểu đồ 1) có tỷ lệ khá tương đồng với nghiên cứu của Silvia Bertagnolio và cộng sự với tỷ lệ các triệu chứng tiêu chảy, đau bụng, và mất vị giác/ khứu giác lần lượt là 16,1%, 19,4% và 11,9% [5]. Các thí nghiệm trên tế bào đã chỉ ra rằng virus SARS-CoV và SARS-CoV-2 có khả năng lây nhiễm tế bào ruột, sự sao chép tích cực đã diễn ra ở ruột. Calprotectin trong phân là một dấu ấn sinh học đáng tin cậy cho phép phát hiện tình trạng viêm ruột trong các bệnh viêm đại tràng và nhiễm trùng đại tràng được tìm thấy ở một số người bệnh. Điều này cung cấp bằng chứng cho thấy virus SARS-CoV-2 tạo ra phản ứng viêm trong ruột. Những phát hiện này giải thích tại sao các triệu chứng tiêu hoá lại được tìm thấy ở một nhóm người bệnh và tại sao RNA virus có thể tìm thấy trong mẫu phết trực tràng ngay cả khi xét nghiệm phết mũi hầu họng âm tính.

4.3. Phân loại mức độ bệnh COVID-19 ở người nhiễm HIV/AIDS

Tỷ lệ người bệnh HIV nhiễm COVID-19 mức độ nhẹ, trung bình chiếm 75,2%, mức độ nặng, nguy kịch chiếm 24,8% (bảng 3). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Pilar Vizcarra và cộng sự[7] với 75% người bệnh mắc bệnh nhẹ hoặc trung bình, 25% người bệnh mắc bệnh nặng, và có sự chênh lệch so với báo cáo của Mirzaei H và cộng sự [4] khi mức độ nhẹ, trung bình chiếm 66,5%, mức độ nặng, nguy kịch chiếm 33,5%. Người bệnh HIV nhiễm COVID-19 mức độ nặng, nguy kịch trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với tỷ lệ người bệnh COVID-19 mức độ nặng ở nhóm người không bị HIV. Trong nghiên cứu của Guan JW và cộng sự[8], tỷ lệ người bệnh COVID-19 có mức độ nặng, nguy kịch là 15,7%. Lý giải cho điều này, các bệnh lý nhiễm trùng cơ hội đi kèm có thể đóng vai trò quan trọng trong phân loại mức độ bệnh COVID-19 ở người bệnh HIV/AIDS.

Khi so sánh triệu chứng lâm sàng theo mức độ nặng, các triệu chứng khó thở, chảy nước mũi/hắt hơi trong nhóm người bệnh HIV nhiễm COVID-19 mức độ nặng, nguy kịch cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mức độ nhẹ, trung bình ($p \leq 0,002$) (bảng 4). Đây là các triệu chứng lâm sàng cần chú ý để có thể phát hiện, theo dõi nhằm đánh giá kịp thời và phân loại khoa phòng để điều trị thích hợp.

4.4. Phân loại mức độ bệnh COVID-19 theo tình trạng tiêm chủng vắc xin và điều trị ARV

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mức độ bao phủ vắc xin tương đối phổ biến ở người nhiễm HIV/AIDS, 59,4% người bệnh được tiêm chủng 3 mũi vắc xin; 5,7% người bệnh được tiêm chủng đầy đủ 4 mũi vắc xin và điều đáng lưu ý là ở các bệnh nhân được tiêm đầy đủ 4 mũi vắc xin này không có trường hợp nào chuyển nặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận, người bệnh tiêm chủng đủ 3 mũi có tỷ lệ chuyển nặng thấp hơn người bệnh tiêm chủng 2 mũi (38,5% so với 50,0%) sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê với p=0,003 (bảng 5). Kết quả này chứng minh hiệu quả rõ rệt của vắc xin với người nhiễm HIV/AIDS. Các nghiên cứu trên thế giới cũng đã cho thấy vắc xin COVID-19 mang đến lợi ích cho người nhiễm HIV tương tự đối với tất cả các cá nhân và cộng đồng, dự phòng bệnh nặng do virus SARS-CoV-2 và nhóm chuyên gia tư vấn chiến lược về tiêm chủng (SAGE) của WHO đã coi những người sống chung với HIV là nhóm nguy cơ cần được ưu tiên xem xét tiêm chủng vắc xin COVID-19.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng thường gặp ở người bệnh HIV nhiễm COVID-19 là mệt mỏi, đau mỏi cơ (93,8%), sốt (79,6%), ho khan/có đờm (76,1%) và đau rát họng (74,4%). Triệu chứng khó thở, chảy nước mũi/hắt hơi thường gặp nhiều hơn ở người bệnh nhiễm COVID-19 nặng và nguy kịch. Việc tiêm đầy đủ vắc xin, và điều trị ARV ở đối tượng HIV cho thấy tỷ lệ chuyển nặng thấp hơn có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wu F, Zhao S, Yu B, et al.** (2020). A new coronavirus associated with human respiratory disease in China Nature; 579(7798), 265-269.
2. **Moradi Y, Soheili M, Dehghanbanadaki H, Moradi G, Moradpour F, Mahdavi, Mortazavi S.M, Gilzad Kohan H, & Zareie M.** (2022). The Effect of HIV/AIDS Infection on the Clinical Outcomes of COVID-19: A Meta-Analysis. Journal of pharmacy & pharmaceutical sciences : a publication of the Canadian Society for Pharmaceutical Sciences, Societe canadienne des sciences pharmaceutiques, 25, 183-192.
3. **Kouhpayeh H, Ansari H.** (2021). HIV infection and increased risk of COVID-19 mortality: A MetaAnalysis. HIV infection and COVID-19. Eur J Transl Myol 31 (4): 10107, 2021 doi: 10.4081/ejtm.2021.10107.
4. **Mirzaei H, McFarland W, Karamouzian M, Sharifi H.** COVID-19 among people living with HIV: a systematic review. AIDS Behav 2021; 25: 85–92.
5. **Silvia B, Soe Soe T, Ronaldo S, Sairaman N, et al.** Clinical features of, and risk factors for, severe or fatal COVID-19 among people living with HIV admitted to hospital: analysis of data from the WHO Global Clinical Platform of COVID-19. Lancet HIV 2022; 9: e486–95. May 10, 2022.
6. **G. Lippi, M.H.S. de Oliveira, B.M. Henry.** Chronic liver disease is not associated with severity or mortality in Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a pooled analysis. Eur J Gastroenterol Hepatol, 33 (1) (2021), pp. 114-115.
7. **Vizcarra P., Pérez-Elías M.J., Quereda C.** Description of COVID-19 in HIV-infected individuals: a single-centre, prospective cohort. Lancet HIV. 2020
8. **Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al.** Clinical Characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382:1708–20.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIÊM NỘI KHỚP COLLAGEN Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Nguyễn Thành Vinh[1], Phạm Văn Cường[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu:

- Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị tiêm nội khớp bằng collagen ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện đa khoa Hà đông.

- Nhận xét các phản ứng không mong muốn của phương pháp này.

Đối tượng và phương pháp: Gồm 70 bệnh nhân nội và ngoại trú điều trị tiêm nội khớp bằng collagen (Arthrys 5 loại 2ml - sản xuất tại Italy) theo liệu trình 1 mũi ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện đa khoa Hà đông từ tháng 4/2024 đến tháng 10/2024.

Kết quả:

- 100% bệnh nhân tiêm nội khớp bằng Collagen có cải thiện các triệu chứng lâm sàng thể hiện qua sự cải thiện của các chỉ số số VAS, WOMAC. Hiệu quả cải thiện mức độ đau và chức năng vận động theo thang điểm VAS, WOMAC ở nhóm nghiên cứu rõ rệt ngay từ sau 3 tháng sau tiêm, tốt hơn so với thời điểm ban đầu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

- Đau sau tiêm kép dài 12-24h: 17/70(24,3%) ở nhóm nghiên cứu. Không có bệnh nhân nào bỏ điều trị vì tác dụng không mong muốn của phương pháp.

Kết luận: Liệu pháp tiêm nội khớp bằng collagen nên được chỉ định thường quy trong điều trị thoái hóa khớp gối vì hiệu quả điều trị bệnh tốt, tương đối an toàn.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối; tiêm nội khớp; collagen, Arthrys 5, Chỉ số VAS

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF COLLAGEN INJECTION TREATMENT IN PATIENTS WITH DEGENERATIVE JOINT DISEASES AT HA DONG GENERAL HOSPITAL

Objective:

- To evaluate the effectiveness of intra-articular collagen injection treatment in patients knee osteoarthritis at Ha Dong General Hospital.

- Consider the unwanted reactions of this method.

Subjects and methods: Including 70 inpatients and outpatients treated with intra-articular injection of collagen (Arthrys 5 2ml - made in Italy) according to a 1-injection regimen for patients with knee osteoarthritis at Ha Dong General Hospital from April 2024 to October 2024.

Results:

- 100% of patients injected with Collagen intra-articularly had improved clinical symptoms as shown by the improvement of VAS and WOMAC indexes. The effectiveness of improving pain level and motor function according to VAS and WOMAC scores in the study group was clear right after 3 months after

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Vinh
Email: Dr.ntvinh@gmail.com
SĐT: 0968883366
Ngày nhận bài: 13/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 10/4/2025
Ngày duyệt bài: 13/5/2025

injection, better than at baseline, the difference was statistically significant ($p<0.05$).

- Pain after double injection lasting 12-24 hours: 17/70 (24.3%) in the study group. No patient discontinued treatment due to unwanted effects of the method.

Conclusion: Collagen joint injection therapy should be routinely prescribed in the treatment of knee osteoarthritis because of its good treatment effect and relative safety.

Keywords: Knee osteoarthritis, intra-articular injection, collagen, Arthrys 5, VAS score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (còn gọi là hư khớp) là một bệnh lý thường gặp [1]. Theo điều tra dịch tễ tình hình bệnh xương khớp tại cộng đồng ở hai quần thể dân cư Trung Liệt (Hà Nội) và Tân Trường (Hải Dương) năm 2002, bệnh thoái hóa khớp chiếm tỷ lệ cao nhất trong hai quần thể là 5,7% ở nông thôn và 4,7% ở thành phố [2]. Trong THK, THK gối là bệnh hay gặp, tỷ lệ bệnh gặp ở người lớn là 6% và lên tới 40% ở người trên 70 tuổi [3]. Cứ 2 người trưởng thành thì có 1 người có nguy cơ bị thoái hóa khớp ở ít nhất một khớp gối, và nguy cơ tương tự ở 2 trong 3 người béo phì [4]. Tại Việt Nam, tỷ lệ thoái hóa khớp là 4,66% số bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai, đứng hàng thứ 3 trong nhóm các bệnh có tổn thương khớp. Trong thoái hóa khớp (không kể thoái hóa cột sống), thoái hóa khớp gối chiếm 56,5% [5].

Thoái hóa khớp gây ảnh hưởng đến lao động và sinh hoạt hàng ngày. Trong đó, thoái hóa khớp gối gây nên triệu chứng đau, ảnh hưởng nhiều đến tâm lý, chức năng vận động, gây tàn phế, suy giảm năng suất lao động và tự phục vụ của bệnh nhân. Cùng với đó là sự gia tăng những chi phí tốn kém về kinh tế, chăm sóc và bảo hiểm y tế cho gia đình và xã hội. Thoái hóa khớp chính là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến phẫu thuật thay khớp. Vì vậy thoái hóa khớp ngày càng được quan tâm trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng, đặc biệt là các nước có nền kinh tế phát triển và có tuổi thọ trung bình cao.

Hiện nay, có nhiều biện pháp được sử dụng phối hợp trong điều trị thoái hóa khớp, như là vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, điều trị bằng thuốc (thuốc chống viêm giảm đau, thuốc làm chậm quá trình thoái hóa, tiêm nội khớp…), điều trị ngoại khoa (nội soi can thiệp, thay khớp giả…). Vì đây là một bệnh lý mạn tính nên việc điều trị cần phải kéo dài hàng tháng thậm chí hàng năm. Việc chọn lựa phương pháp điều trị là rất quan trọng để đạt hiệu quả, tránh được tác dụng không mong muốn, tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân. Phương pháp tiêm nội khớp từ lâu đã được sử dụng trong điều trị thoái hóa khớp gối giúp hạn chế sự tiến triển của bệnh, làm giảm tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc đường toàn thân, giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của tiêm collagen trong điều trị thoái hóa khớp, tuy nhiên ở Bệnh viện Đa Khoa Hà Đông thì chưa có nghiên cứu nào. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu:

"Đánh giá kết quả điều trị tiêm nội khớp collagen ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024." với hai mục tiêu:

- Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị tiêm nội khớp bằng collagen ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện đa khoa Hà đông.

- Nhận xét các phản ứng không mong muốn của phương pháp này

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 70 BN thoái hóa khớp gối nguyên phát được điều trị ngoại trú hoặc nội trú tại

Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đa Khoa Hà Đông từ tháng 4/2024 đến nay bằng 01 mũi collagen thuỷ phân trọng lượng phân tử thấp (Arthrys 5 loại 2ml - sản xuất tại Italy) vào khớp gối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu, so sánh trước sau

Được tiến hành từ tháng 4/2024 đến nay.

Cỡ mẫu thuận tiện

2.2.2. Chỉ định:

- Bệnh lý gân, cơ, dây chằng, sụn chêm do thoái hóa, chấn thương.

- Người bệnh sau phẫu thuật nội soi khớp 1 tháng

- Bệnh lý thoái hóa xương khớp.

2.2.3. Quy trình tiêm nội khớp

a. Các bước tiến hành cơ bản

* Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân được giải thích trước về thủ thuật để có thái độ hợp tác.

- Có bệnh án, các xét nghiệm, Xquang để bác sĩ kiểm tra (nếu cần) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản).

- Bác sĩ thăm khám lại bệnh nhân trước khi tiến hành.

- Chuẩn bị tư thế bệnh nhân: tùy vị trí khớp cần thực hiện thủ thuật.

* Xác định vị trí thực hiện thủ thuật

- Sát trùng vùng thực hiện thủ thuật bằng dung dịch betadin hoặc cồn iod (ít nhất 3 lần).

- Đưa kim vào vị trí thực hiện thủ thuật, có thể không cần dùng thuốc gây tê tại chỗ.

- Sau rút kim, sát trùng lại và băng bằng băng dính y tế.

* Dặn dò bệnh nhân sau khi làm thủ thuật

- Không được để nước thấm vào, không xoa thuốc tại chỗ.

- Sau 24 giờ, tháo băng và tắm rửa bình thường.

- Có thể xuất hiện đau tại chỗ tiêm trong vòng 12-24 giờ đầu, sẽ thuyên giảm trong vòng 48 giờ sau tiêm. Nếu đau kéo dài hơn hoặc sốt, cần đến bệnh viện để khám lại.

b. Kỹ thuật tiêm khớp gối

* Kỹ thuật tiêm khớp gối đường trước là đường tốt nhất để đưa thuốc vào khớp gối.

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi dựa lưng vào tường hay nằm ngửa, để khớp gối gấp khoảng 75°-80°.

- Tư thế thầy thuốc: đứng đối diện với khớp tổn thương.

- Mốc tiêm là 1,5 cm trong và dưới góc xương bánh chè.

- Kỹ thuật tiêm: đưa kim vuông góc với mặt da, vào khoảng 2 cm cho đến khoang liên lồi cầu. Cảm giác kim lướt nhẹ nhàng. Rút nhẹ nòng kim để chắc chắn không có máu rồi bơm thuốc.



Hình 1. Kỹ thuật tiêm khớp gối

* Kỹ thuật tiêm khớp gối đường bên là đường vào thẳng túi cùng hoạt dịch dưới cơ tứ đầu đùi. Đây là đường tốt nhất để chọc hút dịch khớp hoặc kết hợp lấy dịch khớp trước khi đưa thuốc vào khớp gối.

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa, duỗi thẳng chân để khớp gối duỗi hoàn toàn.

- Tư thế thầy thuốc: ngồi trên ghế, đối diện với khớp tổn thương.

- Mốc tiêm: ở bờ trong hoặc ngoài xương bánh chè.

- Kỹ thuật tiêm: thầy thuốc di động nhẹ xương bánh chè để chắc chắn sẽ đưa được kim dưới mặt xương, vào khoang khớp. Thầy thuốc có thể chỉ cầm riêng đốc kim giữa ngón cái và ngón trỏ, lúc đầu đưa kim vuông góc với mặt da, rồi chếch để lướt dưới mặt dưới xương bánh chè, vào khoang khớp. Lưu ý không đưa kim quá 2 cm, sẽ dễ gây chảy máu. Dịch khớp sẽ trào ra theo kim (nếu lắp sẵn bơm tiêm, thầy thuốc cần rút nhẹ nòng bơm tiêm, dịch khớp sẽ chảy vào bơm tiêm).

- Sau khi hút dịch khớp xong, sẽ bơm thuốc vào ổ khớp.

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Giới tính, tuổi, nghề nghiệp.

- Lâm sàng: đau khi vận động, lục khục khi vận động khớp, cứng khớp buổi sáng, hạn chế vận động khớp.

- Cận lâm sàng: Đặc điểm X-quang phân loại theo Kellgren và Lawrence 1987.

- Kết quả điều trị: Kết quả điều trị theo thang điểm VAS, kết quả điều trị theo thang điểm WOMAC, kết quả điều trị qua độ gấp gối.

- Các tác dụng không mong muốn: chủ yếu gặp đau sau tiêm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

Giới tính	Nữ: 92.9% Nam: 7.1%
Tuổi	Tuổi trung bình: 62,29
Nghề nghiệp	Lao động chân tay :67,1% Lao động trí óc : 32,9%
BMI	22,76± 2,36
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)	4,21± 2,15
Số lượng khớp đau	2 khớp: 64,3% 1 khớp: 35,7%.

Bảng 2: Lâm sàng

Đau khi vận động	100%
Lục khục khi vận động khớp	95,7%
Cứng khớp buổi sáng	58,6%
Hạn chế vận động khớp	97,1%

Bảng 3: Đặc điểm X-quang phân loại theo Kellgren và Lawrence 1987

Thoái hóa khớp gối giai đoạn 2	58,57% (41/70)
Thoái hóa khớp gối giai đoạn 3	41,43% (29/70)

Bảng 4: Kết quả điều trị

Theo thang điểm VAS	T0: 66,25±11,25 mm T1: 38,75±13,43 mm
Theo thang điểm WOMAC	T0: 42,70±4,9 T1: 24,90±4,98
qua độ gấp gối	Cải thiện: 92,6@

Bảng 5: Các tác dụng không mong muốn

Đau sau tiêm	24,3%

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 70 trường hợp thoái hóa khớp gối được điều trị ngoại trú hoặc nội trú bằng 01 mũi collagen thuỷ phân trọng lượng phân tử thấp (Arthrys 5 loại 2ml - sản xuất tại Italy) vào khớp gối, chúng tôi rút ra một số kết luận sau.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi trung bình của cả nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 62,29 cao tuổi nhất là 92 tuổi, trẻ tuổi nhất là 41 tuổi.

Trong tổng số 70 bệnh nhân, số lượng nam là 5/70 chiếm tỷ lệ 7,1%, nữ là 65/70 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 92,9%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/13.

Số bệnh nhân làm công việc lao động chân tay là 47/70 chiếm tỷ lệ 67,1%, số bệnh nhân làm công việc lao động trí óc là 23/70 chiếm tỷ lệ 32,9%.

BMI trung bình của cả 2 nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 22,76± 2,36, nhỏ nhất 17,0, cao nhất 29,13, số lượng bệnh nhân ở nhóm gầy chiếm tỷ lệ 4,3%, còn lại đa số bệnh nhân có nhóm bình thường (47,1%) và thừa cân (48,6%).

Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, trong số 70 bệnh nhân ở cả 2 nhóm bệnh nhân thì triệu chứng hay gặp nhất là đau khi vận động (100%), lục khục khi vận động khớp (95,7%), cứng khớp buổi sáng (58,6%) với thời gian trung bình là 2,95 phút, hạn chế vận động khớp (97,1%) chủ yếu là hạn chế biên độ gấp gối.

Thời gian mắc bệnh trung bình là 4,21± 2,15 năm, trong đó thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 3 tháng, thời gian mắc bệnh dài nhất là 10 năm.

Trong tổng số 70 bệnh nhân tổn thương khớp giai đoạn 2 theo phân loại trên phim X-Quang theo Kellgren và Lawrence 1987 là 41/70 bệnh nhân (58,57%), tổn thương khớp giai đoạn 3 là 29/70 bệnh nhân (41,43%).

Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, trong số 70 bệnh nhân thì triệu chứng hay gặp nhất là đau khi vận động (100%), lục khục khi vận động khớp (95,7%), cứng khớp buổi sáng (58,6%) với thời gian trung bình là 2,95 phút, hạn chế vận động khớp (97,1%) chủ yếu là hạn chế biên độ gấp gối.

Trong các bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu hạn chế gấp gối có 45 bệnh nhân (64,7%), không có bệnh nhân nào hạn chế duỗi gối.

Kết quả điều trị của phương pháp tiêm nội khớp bằng Collagen(Arthrys2ml)

Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu điểm VAS trung bình ở nhóm nghiên cứu (66,25±11,25) so với VAS trung bình sau 3 tháng điều trị giảm còn 38,75mm.

Điểm WOMAC chung trung bình của nhóm nghiên cứu tại thời điểm T0 là 42,7±4,9, so với sau 3 tháng điều trị điểm WOMAC chung giảm xuống còn 24,9 điểm.

Đến thời điểm T1 tỷ lệ cải thiện biên độ gấp gối ở nhóm nghiên cứu là 92,6% so với không cải thiện là 7,4%.

Các tác dụng không mong muốn

Trong các bệnh nhân nghiên cứu, tác dụng không mong muốn gặp phải là đau sau tiêm kéo từ 12-24h (24,3%) .

V. KẾT LUẬN

Việc ứng dụng phương pháp điều trị tiêm nội khớp bằng collagen ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối đạt hiệu quả cao mà còn góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

100% bệnh nhân tiêm nội khớp bằng Collagen có cải thiện các triệu chứng lâm sàng thể hiện qua sự cải thiện của các chỉ số số VAS, WOMAC. Hiệu quả cải thiện mức độ đau và chức năng vận động theo thang điểm VAS, WOMAC ở nhóm nghiên cứu rõ rệt ngay từ sau 3 tháng sau tiêm, tốt hơn so với thời điểm ban đầu.

Tác dụng không mong muốn của phương pháp tiêm nội khớp bằng Collagen trong điều trị thoái hóa khớp gối chủ yếu gặp đau sau tiêm kép dài 12-24h (24,3%) ở nhóm nghiên cứu. Không có bệnh nhân nào bỏ điều trị vì tác dụng không mong muốn của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Minh Hoa** (2002), Tình hình bệnh xương khớp trong cộng đồng ở hai quần thể dân cư Trung Liệt (Hà Nội) và Tân Trường (Hải Dương), Công trình nghiên cứu khoa học T1, Nhà xuất bản Y Học, 368-374.
2. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Vĩnh Ngọc, Nguyễn Thu Hiền** (2002). Đánh giá tình hình bệnh khớp tại Khoa Cơ Xương Khớp – Bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991-2000). Báo cáo khoa học Đại hội toàn quốc lần thứ 3, Hội thấp khớp học Việt Nam., 263-267.
3. **Lawrence R. C., Felson D. T., Helmick C. G. et al** (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. Arthritis Rheum, 58 (1), 26-35.
4. **Felson D. T., Lawrence R. C., Dieppe P. A. et al** (2000). Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. Ann Intern Med, 133 (8), 635-646.
5. **Nguyễn Thị Ái** (2006). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thoái hóa khớp gối. Luận văn thạc sĩ, 68-70.
6. **Huang T. L., Chang C. C., Lee et al C. H.** (2011). Intra-articular injections of sodium hyaluronate (GO-ON(R)) in osteoarthritis of the knee. a randomized, controlled, double-blind, multicenter trial in the Asian population. BMC Musculoskelet Disord, 12, 221.
7. **Yavuz U., Sokucu S., Albayrak A. et al** (2018). Efficacy comparisons of the intraarticular steroidal agents in the patients with knee osteoarthritis. Rheumatol Int, 32 (11), 3391-3396.
8. **Thái Thị Hồng Ánh** (2014). Nghiên cứu hiệu quả tác dụng và dung nạp của sodium hyaluronic trong thoái hóa khớp gối. Báo cáo khoa học Hội thấp khớp học lần thứ 3. Hội thấp khớp học Việt Nam, 27-40.
9. **Lê Thu Hà và cs** (2015). Đánh giá bước đầu hiệu quả của hyruan trong điều trị thoái hóa khớp gối. Báo cáo khoa học Hội thấp khớp học lần thứ 3. Hội thấp khớp học Việt Nam.
10. **Lưu Thị Bình** (2022). Kết quả của điều trị viêm điểm bám lồi cầu xương đùi bằng liệu pháp tiêm collagen tại chỗ. Đề tài nghiện cứu cấp cơ sở.

TỶ LỆ NHIỄM VÀ MỨC ĐỘ NHẠY CẢM VỚI KHÁNG SINH CỦA MỘT SỐ VI KHUẨN GÂY NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG, NĂM 2024

Lê Thị Thịnh[1], Trần Văn Phú[1], Nguyễn Vũ Trung[1], Phan Văn Hiếu[2], và Vũ Thị Bích Hồng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các loại vi khuẩn gây nhiễm trùng tiết niệu (NTTN) thường gặp ở bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024 và đánh giá mức độ nhạy cảm với kháng sinh của một số vi khuẩn gây NTTN trên.

Đối tượng và phương pháp: Gồm 199 chủng vi khuẩn được phân lập từ 907 mẫu cấy nước tiểu của bệnh nhân được chẩn đoán NTTN từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Tỷ lệ dương tính với vi khuẩn trên các mẫu nước tiểu là 21,94% . Vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao (70,2%), chủ yếu là Escherichia coli (43,22%), Klebsiella pneumoniae (13,57%), Enterococcus faecalis (12,06%), Enterococcus faecium (6,03%) và Pseudomonas aeruginosa (4,52%). Có 65,63% Escherichia coli sinh ESBL, cho thấy nguy cơ thất bại cao với kháng sinh họ cephalosporins. Klebsiella pneumoniae có tỷ lệ nhạy cảm cao 100% với các kháng sinh như Ampicillin, Cefazolin, Levofloxacin, Norfloxacin. Tỷ lệ nhạy cảm với các kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa phần lớn khá thấp (< 50,00%). Enterococcus faecalis có tỷ lệ nhạy cảm cao 100% với các kháng sinh như Ampicillin, Vancomycin và Nitrofurantoin. Enterococcus faecium có tỷ lệ nhạy cảm cao với Linezolid (90,00%),Vancomycin (87,5%). Enterococcus faecium có tỷ lệ nhạy cảm thấp (0,00%) với: Ampicillin, Penicillin G, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Erythromycin, Nitrofurantoin.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc giám sát định kỳ tình hình lưu hành vi khuẩn và mức độ nhạy cảm với kháng sinh.

Từ khóa: nhiễm trùng tiết niệu, vi khuẩn, kháng kháng sinh

SUMMARY

INFECTION RATES AND ANTIBIOTIC SENSITIVITY PATTERNS OF COMMONLY BATERIA CAUSING URINE TRACT INFECTION AT HA ĐONG GENERAL HOSPITAL, IN 2024

Objective: To determine the rate of bacterial species commonly causing urinary tract infections (UTIs) in patients diagnosed and treated at Ha Dong General Hospital in 2024, and to evaluate the antibiotic susceptibility of selected UTI-causing bacteria.

Subjects and Methods: A total of 199 bacterial strains were isolated from 907 urine culture samples collected from patients diagnosed with UTIs between January and December 2024.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thịnh
Email: vubichhong@hmu.edu.vn
SĐT: 0985152386
Ngày nhận bài: 13/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 10/4/2025
Ngày duyệt bài: 13/5/2025

Results: The positive culture rate was 21.94%. Gram-negative bacteria accounted for the majority (70.2%), primarily including Escherichia coli (43.22%), Klebsiella pneumoniae (13.57%), Enterococcus faecalis (12.06%), Enterococcus faecium (6.03%). ESBL production was detected in 65.63% of Escherichia coli, indicating a high risk of treatment failure with cephalosporins. Klebsiella pneumoniae showed 100% susceptibility to Ampicillin, Cefazolin, Levofloxacin, and Norfloxacin. Pseudomonas aeruginosa exhibited low susceptibility to most antibiotics (< 50%). Enterococcus faecalis was 100% susceptible to Ampicillin, Vancomycin, and Nitrofurantoin. Enterococcus faecium showed high susceptibility to Linezolid (90.00%) and Vancomycin (87.5%) but was completely resistant (0.00%) to Ampicillin, Penicillin G, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Erythromycin, and Nitrofurantoin.

Conclusion: The findings highlight the importance of regular surveillance of bacterial prevalence and antibiotic susceptibility patterns.

Keywords: urinary tract infection, bacteria, antibiotic resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng đường tiết niệu (NTTN) là một trong những bệnh nhiễm trùng phổ biến nhất được tìm thấy trong thực hành cộng đồng, đặc biệt là ở các quốc gia đang phát triển. Nghiên cứu ước tính có 150 triệu người được chẩn đoán mắc NTTN mỗi năm trên toàn thế giới, với chi phí chăm sóc sức khỏe ước tính là 60 tỷ đô la Mỹ [4]. Vi khuẩn là tác nhân chính gây NTTN. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng phụ nữ dễ bị nhiễm trùng đường tiết niệu hơn nam giới [10]. Hơn 50% phụ nữ sẽ bị nhiễm trùng đường tiết niệu ít nhất một lần trong đời và 20% đến 30% sẽ bị tái phát. Các nhóm có nguy cơ cao nhất đối với nhiễm trùng đường tiết niệu là trẻ sơ sinh, phụ nữ mang thai, những người suy giảm miễn dịch (ví dụ: hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải), bất thường về tiết niệu, tiểu đường, đa xơ cứng và bệnh nhân bị chấn thương tủy sống [1] . Trẻ em trước tuổi dậy thì và người cao tuổi dễ bị nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát thường xuyên hơn. Nhiễm trùng đường tiết niệu ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống và làm tăng việc sử dụng kháng sinh.[7]

Phương pháp điều trị được khuyến nghị đối với các trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng đường tiết niệu nên dựa trên xét nghiệm nuôi cấy nước tiểu và xét nghiệm nhạy cảm với thuốc kháng sinh. Lựa chọn kháng sinh sai có thể kéo dài thời gian khỏi nhiễm trùng và làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Do vậy, việc giám sát dựa trên số liệu của phòng xét nghiệm về tình trạng kháng thuốc kháng sinh là một trong những nền tảng chính chính trong chương trình giám sát kháng kháng sinh theo Kế hoạch hành động toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới và của Việt Nam [2], [8].

Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu chính:

1. Xác định tỷ lệ các loại vi khuẩn gây nhiễm trùng nước tiểu thường gặp ở bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024;

2. Đánh giá mức độ nhạy cảm với kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân nội trú được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu, được chỉ định cấy nước tiểu và cho kết quả dương tính (>100.000 vi khuẩn/ml)

và thực hiện kháng sinh đồ. Các tác nhân vi khuẩn được phân lập.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Vi sinh, bệnh viện Đa khoa Hà Đông, từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.

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

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: p= là tỷ lệ ỷ lệ ước tính hiện nhiễm của các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết; p = 81% theo nghiên cứu của Lâm Tú Hương và cộng sự; [5] sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể chọn d = 0,05; mức ý nghĩa thống kê chọn α = 0,05 nên Z(1- α/2) = 1,96. Cỡ mẫu tối thiểu là 120. Thực tế thu thập được 199 chủng vi khuẩn.

2.5. Biến số nghiên cứu: Loại vi khuẩn phân lập được (tên, tần suất xuất hiện trong mẫu bệnh phẩm, khả năng đề kháng kháng sinh)

2.6. Kỹ thuật sử dụng: (1) Lấy bệnh phẩm nước tiểu theo quy trình của bệnh viện Đa khoa Hà Đông, (2) Cấy bệnh phẩm nước tiểu theo quy trình nuôi cấy của khoa Vi sinh – bệnh viện Đa khoa Hà Đông, (3) Định danh và kháng sinh đồ bằng kỹ thuật tự động với máy Vitek 2. Kết quả kháng sinh đồ được phiên giải theo CLSI năm 2024.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm Excell; thống kê mô tả; thống kê phân tích. Sử dụng test $\chi 2$ để so sánh hai tỷ lệ, giá trị p < 0,05 được cho là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này là thử nghiệm trong phòng thí nghiệm, không can thiệp trực tiếp trên bệnh nhân và quá trình điều trị. Thông tin và kết quả thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 199 căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu trong tổng số 907 mẫu cấy nước tiểu, chiếm tỷ lệ 21,94%. Kết quả cụ thể như sau:

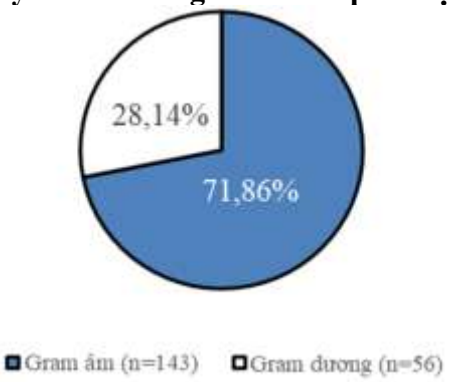
Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu *(n=199)*

Đặc điểm (n=199)		Dương tính		Giá trị p
		n	%	
Nhóm tuổi (năm)	0 - 4	3	1,51	<0,001
	5 -18	1	0,50	
	19 - 49	32	16,08	
	50 - 64	49	24,62	
	> 65	114	57,29	
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	64,62 ± 17,93		
Giới	Nam	84	42,21	0,028
	Nữ	115	57,79	

Phân bố căn nguyên theo khoa	Nội thận - tiết niệu	65	32,66	<0,001
	Ngoại thận - tiết niệu	60	30,15	
	Hồi sức tích cực và chống độc	19	9,55	
	Nội tiết	17	8,54	
	Các khoa khác	32	16,08	

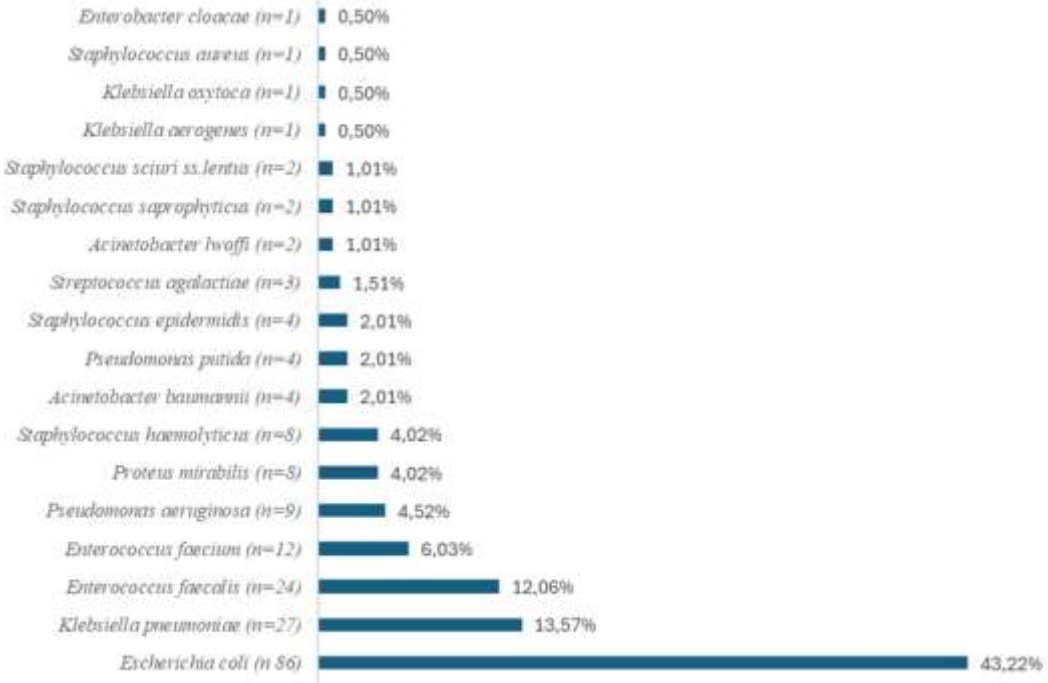
Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 64,62 tuổi, nhóm tuổi gặp là trên 65 tuổi (chiếm 57,29%), nhóm 5 -18 tuổi có tỷ lệ dương tính thấp nhất với 0,50%. Tình trạng nhiễm trùng tiết niệu do vi khuẩn gặp ở nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam. Tỷ lệ NTTN gặp cao nhất ở khoa Nội thận - tiết niệu (32,66%).

3.2. Tỷ lệ các vi khuẩn gây nhiễm trùng nước tiểu phân lập được



Biểu đồ 1: Tỷ lệ % vi khuẩn Gram âm, Gram Dương trong các vi khuẩn phân lập được

Kết quả cho thấy vi khuẩn Gram âm chiếm đa số 71,86%, tỷ lệ vi khuẩn Gram dương là 28,14%. Dưới đây là biểu đồ phân bố các loại vi khuẩn gây nhiễm trùng nước tiểu.



Biểu đồ 2: Các loại vi khuẩn phân lập từ nước tiểu (n=199)

Trong số 18 loại vi khuẩn, Escherichia coli có tỷ lệ cao nhất (43,22%), kế đến là Klebsiella pneumoniae (13,57%), Enterococcus faecalis (12,06%), Enterococcus faecium (6,03%), Pseudomonas aeruginosa (4,52%). Các loại vi khuẩn gây nhiễm trùng tiết niệu ít gặp ở nghiên cứu này như: Enterobacter cloacae, Staphylococcus aureus, Klebsiella oxytoca, Klebsiella aerogenes.

3.3. Mức độ nhạy cảm với kháng kháng sinh của một số vi khuẩn Gram âm

Bảng 3. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae và Pseudomonas aeruginosa

Nhóm kháng sinh	Kháng sinh	%S		
		Escherichia coli (n=68)	Klebsiella pneumoniae (n=27)	Pseudomonas aeruginosa (n=9)
Penicillins	Ampicillin	10,00	100	-
	Piperacillin	0,00	20,00	-
Cephalosporins	Cefotaxime	31,37	87,50	-
	Ceftazidime	49,30	89,47	25,00
	Cefepime	59,15	89,47	25,00
	Cefazolin	5,00	100	-
Carbapenems	Imipenem	95,77	78,95	25,00
	Ertapenem	97,01	75,00	-
	Meropenem	97,18	73,68	12,50
Quinolones/ Fluorquinolones	Levofloxacin		100	14,29
	Ciprofloxacin	16,90	94,74	12,50
	Norfloxacin	42,85	100	-
Aminoglycosids	Tobramycin	70,97	86,67	37,50
	Gentamicin	67,92	47,35	33,33
	Amikacin	90,14	63,16	50,00
Nitrofurans	Nitrofurantoin	93,75	93,33	-
Thuốc ức chế beta-lactamase	Trimethoprim/ Sulfamethoxazole	25,40	84,21	-
	Piperacillin/ Tazobactam	80,88	89,47	25,00
	Amoxicillin/ Clavulanic acid	48,57	72,22	-
ESBL*		65,63	25,00	-

Ghi chú:

*ESBL: vi khuẩn sinh beta-lactamase phổ rộng (extended spectrum beta-lactamases)

-: Không thử nghiệm thường quy hoặc đề kháng tự nhiên

Kết quả cho thấy: trong 68 chủng Escherichia coli phân lập được, vi khuẩn này tỷ lệ nhạy cảm cao với các kháng sinh

thuộc nhóm Carbapenems (đều trên 95%), Nitrofurantoin (93,75%), Amikacin (90,14%). Đồng thời, nghiên cứu phát hiện thấy Escherichia coli có tỷ lệ nhạy cảm thấp với Piperacillin (0%), Cefazolin (5%), và Ampicillin (10,00%). Klebsiella pneumoniae có tỷ lệ nhạy cảm cao 100% với các kháng sinh như Ampicillin, Cefazolin, Levofloxacin, Norfloxacin. Tỷ lệ Klebsiella pneumoniae sinh ESBL là 25%. Tỷ lệ nhạy cảm với các kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa khá thấp, nhạy cảm trung bình với Amikacin (50%). Các kháng sinh được thử nghiệm còn lại đều có tỷ lệ nhạy cảm nhỏ hơn 50%.

3.4. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của một số vi khuẩn Gram dương

Bảng 4. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của Enterococcus faecalis và Enterococcus faecium

Nhóm kháng sinh	Kháng sinh	%S	
		Enterococcus faecalis (n=24)	Enterococcus faecium (n=12)
Penicillins	Ampicillin	100	0,00
	Penicillin G	94,12	0,00
Quinolones/ Fluorquinolones	Levofloxacin	41,17	0,00
	Ciprofloxacin	41,18	0,00
Tetracyclines	Tetracycline	-	20,00
Macrolides	Erythromycin	-	0,00
Oxazolidonones	Linezolid	52,94	90,00
Glycopeptides	Vancomycin	100	87,5
Nitrofurans	Nitrofurantoin	100	0,00

Nghiên cứu cho thấy Enterococcus faecalis có tỷ lệ nhạy cảm cao 100% với các kháng sinh như Ampicillin, Vancomycin và Nitrofurantoin. Trong khi đó, Enterococcus faecium ghi nhận tỷ lệ nhạy cảm cao với Linezolid (90,00%) và Vancomycin (87,5%). Đáng lưu ý Enterococcus faecium ghi nhận tỷ lệ nhạy cảm thấp (0,00%) với các kháng sinh như: Ampicillin, Penicillin G, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Erythromycin, Nitrofurantoin.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ khá cao (71,86%). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Lâm Tú Hương và cộng sự tại bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh (77,3%) [5] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Trần Quốc Huy và cộng sự năm 2021 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (90,9 %) [9]. Trong số vi khuẩn Gram âm, Escherichia coli gây nhiễm trùng tiểu có tỷ lệ cao nhất (43,22%). So với các nghiên cứu khác, Escherichia coli là tác nhân phổ biến nhất [5], [6]. Tuy nhiên, một số vi khuẩn ít gặp ở nghiên cứu này như: Enterobacter cloacae, Staphylococcus aureus, Klebsiella oxytoca, Klebsiella aerogenes lại không tương đồng so với các nghiên cứu khác [5], [6], [9].

Kết quả kháng sinh đồ cho thấy Escherichia coli có tỷ lệ nhạy cảm cao với các kháng sinh thuộc nhóm Carbapenems

(đều trên 95%), Nitrofurantoin (93,75%), Amikacin (90,14%). So với nghiên cứu của Trần Quốc Huy và cộng sự, Escherichia coli có tỷ lệ nhạy cảm cao với Tigecycline (96,4%), Nitrofurantoin (86,4%), nhưng tỷ lệ nhạy cảm với nhóm Carbapenems lại thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (Ertapenem: 16,4%; Imipenem: 20%; Meropenem 23,6%) [9].

Bảng 3 cho thấy Klebsiella pneumoniae có tỷ lệ nhạy cảm cao 100% với các kháng sinh như Ampicillin, Cefazolin, Levofloxacin, Norfloxacin, Ciprofloxacin, Nitrofurantoin (đều lớn hơn 90%). So với nghiên cứu của Trần Quốc Huy và cộng sự, Escherichia coli có tỷ lệ nhạy cảm cao với Tigecycline (96,4%), Nitrofurantoin (86,4%), nhưng tỷ lệ nhạy cảm với nhóm Carbapenems lại thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (Ertapenem: 16,4%; Imipenem: 20%; Meropenem 23,6%) [9]. Trong nghiên cứu chúng tôi có khảo sát khả năng sinh ESBL. Tỷ lệ sinh ESBL (enzyme beta-lactamase phổ rộng - Extended spectrum beta-lactamase) của các vi khuẩn Escherichia coli có tỷ lệ khá cao 66,63%, Klebsiella pneumoniae là 25,00% thấp hơn so với tác giả Cao Xuân Thành và cộng sự (43,75%) [3]. Tuy do số lượng chưa nhiều cho nên chúng tôi chỉ đưa ra để tham khảo, mặc dù vậy kết quả cũng cho thấy tỉ lệ sinh ESBL của Escherichia coli là khá cao, và cũng là nguyên nhân làm tỉ lệ đề kháng với nhóm cephalosporin cao. Do vậy, thực trạng phát triển sức đề kháng của Escherichia coli là đáng báo động.

Tác nhân gây nhiễm trùng đứng thứ 3 trong các vi khuẩn Gram âm là Pseudomonas aeruginosa (4,52%). Tỷ lệ nhiễm trùng do tác nhân này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Đình Khánh và cộng sự (8,24%) [6], Trần Quốc Huy và cộng sự (9,9%) [9]. Tỉ lệ nhạy cảm với các kháng sinh được thử nghiệm của Pseudomonas aeruginosa khá thấp, hay tính kháng kháng sinh của loại vi khuẩn này đáng lo ngại.

Enterococcus faecalis có tỷ lệ nhạy cảm cao 100% với các kháng sinh như Ampicillin, Vancomycin và Nitrofurantoin; tỷ lệ nhạy cảm trung bình với các kháng sinh Linezolid, Levofloxacin, Ciprofloxacin. Tuy nhiên, nghiên cứu Trần Quốc Huy và cộng sự cho thấy Enterococcus faecalis nhạy cảm cao (100%) với Vancomycin, Nitrofurantoin và Linezolid. Nghiên cứu này ghi nhận Enterococcus faecium có tỷ lệ nhạy cảm thấp (0,00%) với các kháng sinh như: Ampicillin, Penicillin G, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Erythromycin, Nitrofurantoin. Mặc dù số lượng Enterococcus faecium gây NTTN phân lập được tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông là 9 chủng, số mẫu nhỏ nên ít có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên với tỷ lệ nhạy cảm thấp với các kháng sinh như vậy cũng là vấn đề báo động trong kiểm soát mức độ kháng kháng sinh của chủng vi khuẩn này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024 cho thấy tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính với vi khuẩn là 21,94%. Nhìn chung, các vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế so với Gram dương (71,86%). Escherichia coli là tác nhân chủ yếu (khoảng 43,22% số chủng phân lập), tiếp theo là Klebsiella pneumoniae (13,57%), Enterococcus faecalis (12,06%), Enterococcus faecium (6,03%). Nhiễm khuẩn tiết niệu gặp chủ yếu ở nữ giới (57,79%) và bệnh nhân tập trung ở nhóm trên 65 tuổi. Đáng chú ý, tình trạng đề kháng kháng sinh ở các chủng phân lập rất cao. Tỷ

lệ Escherichia coli sản xuất ESBL lên đến khoảng 65,63%, phản ánh nguy cơ thất bại khi dùng kháng sinh beta-lactam thông thường. Kết quả kháng sinh đồ ghi nhận Escherichia coli có tỷ lệ nhạy cảm với Ampicillin thấp nhưng còn nhạy cảm cao với với nhóm Carbapenems, Nitrofurantoin, Amikacin. Klebsiella pneumoniae có tỷ lệ nhạy cảm cao 100% với các kháng sinh như Ampicillin, Cefazolin, Levofloxacin, Norfloxacin. Tỷ lệ nhạy cảm với các kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa khá thấp: nhạy cảm trung bình với Amikacin là 50%, các kháng sinh được thử nghiệm còn lại đều có tỷ lệ nhạy cảm nhỏ hơn 50%. Enterococcus faecalis có tỷ lệ nhạy cảm cao 100% với các kháng sinh như Ampicillin, Vancomycin và Nitrofurantoin. Enterococcus faecium có tỷ lệ nhạy cảm thấp (0,00%) với các kháng sinh như: Ampicillin, Penicillin G, Levofloxacin, Ciprofloxacin, Erythromycin, Nitrofurantoin. Điều này nhấn mạnh ý nghĩa lâm sàng của việc lựa chọn kháng sinh phù hợp dựa trên mức độ nhạy cảm của kháng sinh, nâng cao hiệu quả điều trị NTTN và hạn chế tình trạng kháng thuốc.

VI. CAM KẾT KHÔNG XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả không có xung đột lợi ích nào liên quan đến việc xuất bản bài báo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Bitew, T. Molalign, M. Chanie** (2017), "Species distribution and antibiotic susceptibility profile of bacterial uropathogens among patients complaining urinary tract infections", BMC infectious diseases. 17(1), pp. 1-8.
2. **Bộ Y tế** (2019), Quyết định Số: 127/QĐ-BYT về việc ban hành "hướng dẫn thực hiện giám sát quốc gia về kháng kháng sinh", Bộ Y tế.
3. **Cao Xuân Thành, Nguyễn Văn Thuân và cộng sự** (2016), "Khảo sát kết quả điều trị Nhiễm trùng đường tiết niệu tại Khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện TW Huế", Tạp chí Y Dược học Việt Nam. 445, p. 1.
4. **Kibret M, Abera B** (2014), "Prevalence and antibiogram of bacterial isolates from urinary tract infections at Dessie Health Research Laboratory, Ethiopia", Asian Pac J Trop Biomed. 4(2), pp. 164-8.
5. **Lâm Tú Hương, Huỳnh Minh Tuấn, Khoa Trần Đăng** (2021), "Đặc điểm vi khuẩn và kháng sinh đồ của bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu điều trị tại khoa tiết niệu bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh", Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 25, pp. 159-163.
6. **Lê Đình Khánh, Lê Đình Đạm, Nguyễn Khoa Hùng và cộng sự** (2018), "Tình hình nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế 8(3), pp. 100-108.
7. **O'brien, Valerie P., et al.** (2017), "Drug and Vaccine Development for the Treatment and Prevention of Urinary Tract Infections", Urinary Tract Infections, pp. 589-646.
8. **Organization, World Health** (2021), Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report 2021, accessed, from https://www.who.int/publications/i/item/9789240027336.
9. **Trần Quốc Huy, Trần Thị Mộng Lành, Lý Ngọc Trâm và cộng sự** (2023), "Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu và kháng kháng sinh tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2021", Tạp chí Y học Việt Nam. 523, pp. 256-261.
10. **Czajkowski, K., Broś-Konopielko, M., and Teliga-Czajkowska, J.** (2021), "Urinary tract infection in women", Prz Menopauzalny. 20(1), pp. 40-47.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH TỌA DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG BẰNG ĐIỆN CHÂM, PARAFIN, XOA BÓP BẤM HUYỆT VÀ THUỐC VIÊN ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH TẠI BVĐK CHƯƠNG MỸ NĂM 2024

Lê Thị Thảo[1], Nguyễn Thị Hạnh[1], Lê Thị Thủy[1], Nguyễn Thị Dung[1], Nguyễn Thị Hằng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu:

- Khảo sát một số đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống tại Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ.

- Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống bằng điện châm, parafin, xoa bóp bấm huyệt và thuốc viên độc hoạt tang ký sinh.

Đối tượng và phương pháp:

- Gồm 37 bệnh nhân điều trị ngoại trú tại khoa Đông Y được chẩn đoán đau dây thần kinh tọa, có kết quả xquang thoái hóa cột sống thắt lưng, được điều trị bằng phương pháp điện châm, parafin, xoa bóp bấm huyệt và thuốc viên độc hoạt tang ký sinh trong thời gian từ Từ 1/5/2024 - 15/10/2024.

Kết quả:

- Khảo sát đặc điểm chung:

Tỉ lệ người bệnh vào viện gặp nhiều ở độ tuổi trên 50. Cụ thể: 70.3% trên 50 tuổi, 29.7% dưới 50 tuổi. Số bệnh nhân nữ nhiều hơn bệnh nhân nam, nữ chiếm 81.1%, nam 18.9%. Thời gian khởi phát bệnh 100% dưới 3 tháng. Thường gặp từ 2 tuần – 3 tháng chiếm 70.3%; dưới 2 tuần 29.7%.

- Khảo sát đặc điểm lâm sàng:

Điểm Vas: 100% số bệnh nhân vào viện vì triệu chứng đau ở các mức độ, tập trung 93.8% ở mức Vas vừa và đau nhiều; Độ giãn cột sống: 21.6% độ giãn cột sống trong giới hạn bình thường (>4cm), 78.4% độ giãn cột sống < 4cm; Nhóm 3 triệu chứng bấm chuông – Co cơ cạnh sống – Gù vẹo/ Tư thế chống đau: 100% người bệnh có 1 trong 3 dấu hiệu; Hôi chứng rễ trước điều trị: 35,1% Lasegue ở mức bình thường (> 75 độ), 64.9% Lasegue ở mức bệnh lý , 0 % Lasegue ở mức dưới 45 độ; 100% có 1 trong 3 dấu hiệu Neri – Bonet – Teo Cơ; 94.6% có 1 trong 3 dấu hiệu RLCG, RLVD, RLPXGX. Phân bố bệnh nhân theo chức năng hoạt động CSTL-thang điểm Owestry Disability: 97.3% bệnh nhân ở mức giảm chức năng hoạt động CSTL ở mức trung bình và có khiếm khuyết, 2.7% ở mức rất nhẹ, 0% ở mức nặng.

- Kết quả điều trị: Mức độ đau VAS giảm dần qua các thời điểm theo dõi, khác biệt khi so sánh Vas trung bình tại thời điểm trước điều trị 4.92±0.89(D0) và sau điều trị 1.95±0.81 (D9). Hiệu quả giảm đau sau kết thúc liệu trình điều trị đánh giá ở mức độ tốt và khá đạt 72.97%, không có bệnh nhân đánh giá loại kém.

Kết luận: Việc kết hợp các phương pháp điện châm, parafin, xoa bóp bấm huyệt và thuốc viên độc hoạt tang ký sinh không chỉ đơn giản, tiết kiệm, dễ thực hiện, dễ sử dụng mà còn đem

[1]*Bệnh viện Đa khoa huyện Chương Mỹ*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thảo
Email: bloomingkiss87@gmail.com
Ngày nhận bài: 13/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 10/4/2025
Ngày duyệt bài: 13/5/2025

lại hiệu quả điều trị tốt trên bệnh nhân được chẩn đoán đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF SCIATICA DUE TO SPINAL DEGENERATION BY ELECTROACUPUNCTURE, PARAFFIN, ACUPRESSURE MASSAGE AND PARASITE ANTI-TOXIC PILLS AT CHUONG MY GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objectives:

- Survey some general characteristics, clinical characteristics of patients with sciatica due to spinal degeneration at Chuong My District General Hospital.

- Evaluate the effectiveness of treating sciatica due to spinal degeneration with electroacupuncture, paraffin, acupressure massage and Duhuo Tang Ky Sinh pills.

Subjects and methods:

- Including 37 outpatients at the Oriental Medicine Department diagnosed with sciatica, with X-ray results of lumbar spine degeneration, treated with electroacupuncture, paraffin, acupressure massage and Duhuo Tang Ky Sinh pills during the period from May 1, 2024 to October 20, 2024..

Results:

- Survey of general characteristics:

The rate of hospitalized patients is high in the age group over 50. Specifically: 70.3% over 50 years old, 29.7% under 50 years old. The number of female patients is higher than male patients, female accounts for 81.1%, male 18.9%. The time of onset of the disease is 100% under 3 months. Usually from 2 weeks - 3 months accounts for 70.3%; under 2 weeks 29.7%.

Clinical characteristics survey:

Vas: 100% of patients were hospitalized due to pain symptoms at various levels, 93.8% were at moderate and severe Vas levels; Spinal elongation: 21.6% of spinal elongation was within normal limits (>4cm), 78.4% of spinal elongation was <4cm; Group of 3 bell-ringing symptoms – Paraspinal muscle contraction – Scoliosis/Anti-pain posture: 100% of patients have 1 of 3 posture; Radicular syndrome before treatment: 21.6% of spinal extension was within normal limits (>4cm); 78.4% of spinal extension was <4cm; 100% of patients had 1 of 3 bell-ringing signs - Paraspinal muscle contraction - Scoliosis or anti-pain posture. Distribution of patients according to spinal function - Owestry Disability scale: 97.3% of patients had moderate and impaired spinal function, 2.7% had very mild, 0% had severe.

- Treatment results: VAS pain level gradually decreased over the follow-up time points, the difference when comparing the average Vas before treatment was 4.92±0.89 (D0) and after treatment was 1.95±0.81 (D9). The pain relief effect after the end of the treatment course was assessed at a good and fair level of 72.97%, no patient assessed as poor.

Conclusion: The combination of electroacupuncture, paraffin, acupressure massage and Duhuo Tang Ky Sinh pills is not only simple, economical, easy to perform, easy to use but also brings good treatment effect on patients diagnosed with sciatica due to spinal degeneration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh toạ là bệnh lý khá phổ biến trong lâm sàng các bệnh nội khoa, do nhiều nguyên nhân gây ra trong đó có thoái hóa cột sống thắt lưng[34]. Đau thần kinh tọa (sciatica pain) còn gọi là đau thần kinh hông to, biểu hiện bởi cảm giác đau dọc theo

đường đi của thần kinh tọa: Đau tại cột sống thắt lưng lan tới mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mắt cá ngoài và tận ở các ngón chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà hướng lan của đau có khác nhau[1]

Ở Mỹ, đau thần kinh hông to chiếm 5% số người trưởng thành và trong một năm có khoảng 2 triệu người phải nghỉ việc vì bệnh này. Ở Việt Nam chưa được thống kê toàn diện. Theo Trần Ngọc Ân và cộng sự, đau thần kinh hông chiếm tỷ lệ 41,45% trong nhóm bệnh cột sống và là một trong 15 bệnh cơ xương khớp hay gặp nhất [5].

Y học hiện đại có nhiều phương pháp điều trị đau dây thần kinh toạ như dùng thuốc chống viêm giảm đau, thuốc giãn cơ, vitamin nhóm B... Các phương pháp không dùng thuốc như vật lý trị liệu, kéo giãn cột sống, thể dục liệu pháp.[1][34]

Theo y học cổ truyền, đau dây thần kinh toạ có bệnh danh là tọa cốt phong. Từ hàng ngàn năm nay, cùng nhiều phương pháp điều trị cổ xưa mà đến nay chúng ta vẫn còn áp dụng như thuốc thang, thuốc hoàn, châm cứu, xoa bóp, nhĩ châm[35]

Tại khoa Đông Y bệnh viện đa khoa Chương Mỹ, trong quý I năm 2024 có số bệnh nhân tới khám và được chẩn đoán có bệnh Đau dây thần kinh tọa là 452/2120 lượt khám chiếm 21,3%. Trong đó 74 /352 tổng số bệnh nhân làm bệnh án điều trị, số bệnh nhân điều trị điều trị ngoại trú chiếm 43%. Một trong những phác đồ được sử dụng để điều trị cho các bệnh nhân là kết hợp giữa phương pháp điện châm, đắp paraffin, xoa bóp bấm huyệt và thuốc viên Độc hoạt tang ký sinh, đã đem lại hiệu quả điều trị tốt trên bệnh nhân. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về phác đồ này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***"Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống bằng phương pháp điện châm, parafin, xoa bóp bấm huyệt và thuốc viên độc hoạt tang ký sinh".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 37 bệnh nhân điều trị ngoại trú tại khoa Đông Y, được chẩn đoán Đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống, Vas ≤ 7, trong khoảng thời gian Từ 1/5/2024 - 15/10/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng, có so sánh trước điều trị và sau điều trị.

- Cỡ mẫu thuận tiện

2.2.2. Quy trình nghiên cứu

a. Chọn bệnh nhân:

- Lựa chọn bệnh nhân theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn.

- Trước khi áp dụng phương pháp điều trị chính thức cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành:

+ Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng toàn diện cho bệnh nhân (bệnh án theo phụ lục 1)

+ Làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết : Công thức máu, sinh hóa máu kiểm tra chức năng gan thận.

+ Chụp cột sống thắt lưng thẳng, nghiêng cho bệnh nhân hoặc kết quả Xquang đã có trong 03 tháng trước đó.

- Người bệnh tham gia nghiên cứu đều được theo dõi và điều trị trong điều kiện ngoại trú tại khoa Đông Y - Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ trong 9 ngày.

b. Phương pháp điều trị

Trong 1 ngày, bệnh nhân được điều trị như sau:

- Thuốc dạng viên độc hoạt tang ký sinh (Vphonte): Uống 4 viên/lần x 02 lần, 08h00-

14h00, sau khi ăn.

- Điện châm: Luân phiên các huyệt theo phác đồ điều trị

+ Liệu trình: 30 phút/1 lần x 01 lần/ ngày (trừ thứ bảy, chủ nhật)

- Điều trị bằng Parafin (Vùng thắt lưng) x 20 phút /01 lần x 01 lần/ngày (Trừ thứ 7 và chủ nhật)

- Xoa bóp bấm huyệt: Liệu trình 30 phút/01 lần x 1 lần/ngày (Trừ thứ 7 và chủ nhật)

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Khảo sát các đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng

+ Các chỉ tiêu liên quan đến đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh.

+ Các chỉ tiêu lâm sàng

Mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale)

Các dấu hiệu của hội chứng cột sống: mức độ giãn CSTL theo nghiệm pháp Schober, dấu hiệu co cứng cơ cạnh sống, dấu hiệu bấm chuông, tầm vận động CSTL.

Các dấu hiệu của hội chứng rễ: mức độ chèn ép rễ theo nghiệm pháp Lasègue, dấu hiệu Bonnet, dấu hiệu Néri, thống điểm Valleix, rối loạn cảm giác chi dưới, rối loạn vận động chi dưới, rối loạn phản xạ gân xương chi dưới, teo cơ chi dưới.

Mức độ cải thiện chức năng hoạt động của CSTL đánh giá theo thang điểm OWESTRY DISABILITY.

- Đánh giá hiệu quả điều trị (Điểm đau Vas, Kết quả điều trị chung).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Khảo sát các đặc điểm chung

Tuổi	70.3% trên 50 tuổi, 29.7% dưới 50 tuổi
Giới	Nữ chiếm 81.1%, nam chiếm 18.9%
Thời gian khởi phát	Thường gặp từ 2 tuần – 3 tháng chiếm 70.3%; dưới 2 tuần 29.7%

Bảng 2: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng

Vas	93.8% ở mức Vas vừa và đau nhiều; 7,2% đau ít
Độ giãn cột sống	21.6% độ giãn cột sống trong giới hạn bình thường (>4cm) 78.4% độ giãn cột sống < 4cm.
Nhóm 3 triệu chứng bấm chuông – Co cơ cạnh sống – Gù vẹo/ Tư thế chống đau	100% người bệnh có 1 trong 3 dấu hiệu
Hội chứng rễ	Nghiệm pháp lassgues: 35,1% Lasegue ở mức bình thường (> 75 độ) – 64.9% Lasegue ở mức bệnh lý , 0 % Lasegue ở mức dưới 45 độ **Nhóm 3 dấu hiệu Neri – Bonet – Teo Cơ** 100% có 1 trong 3 dấu hiệu Neri – Bonet – Teo Cơ **Thống điểm Valleix:** 18.9% ≥ 4 điểm; 73% 3 điểm; 8.1% 2 điểm **Nhóm dấu hiệu RLCG, RLVĐ, RLPXGX,Teo cơ:** 94.6% có 1 trong 3 dấu hiệu RLCG, RLVD, RLPXGX

Thang điểm ODI	97.3% bệnh nhân ở mức giảm chức năng hoạt động CSTL ở mức trung bình và có khiếm khuyết 2.7% ở mức rất nhẹ 0% ở mức nặng

Bảng 3: Kết quả điều trị

Vas	97.3% ở mức đau nhẹ, 2.7% đau vừa, 0% đau nhiều
Độ giãn cột sống	86.5% độ giãn cột sống ≥4cm; 13,5% độ giãn từ 2cm – dưới 4cm.
Nhóm 3 triệu chứng bấm chuông – Co cơ cạnh sống – Gù vẹo/ Tư thế chống đau	73.0% không dấu hiệu, 21.6% có 1 dấu hiệu, 2.7% có 2 dấu hiệu, 2.7 % có 3 dấu hiệu.
Hội chứng rễ	**Nghiệm pháp lassgues**: 89.2% Lasegue ở mức bình thường (> 75 độ) – 10.8% Lasegue ở mức bệnh lý , 0 % Lasegue ở mức dưới 45 độ **Nhóm 3 dấu hiệu Neri – Bonet – Teo Cơ**: 62.2% không có dấu hiệu, 35.1% có 1 dấu hiệu, 2.7% có 2 dấu hiệu. **Thống điểm Valleix:** 56,8% Valliex(-); 37.8% 1 điểm Valliex; 5.4% 2 điểm Valliex. **Nhóm dấu hiệu RLCG, RLVĐ, RLPXGX,Teo cơ**: 73% không dấu hiệu; 24.3% 1 dấu hiệu; 2.7% 2 dấu hiệu
Thang điểm ODI	34.2% ở mức bình thường; 75.7 ở mức nhẹ
Kết quả điều trị chung	Tốt và khá đạt 72.97 %, 0% kém
Tác dụng không mong muốn	5.4% đau do xoa bóp bấm huyệt

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Biểu hiện sớm nhất khiến bệnh nhân đau dây thần kinh tọa phải vào viện là đau, cũng là yếu tố chính gây hạn chế vận động. Chỉ khi mức độ đau Vas từ mức đau vừa và nhiều (93.8%) bệnh nhân mới có nhu cầu vào viện điều trị.

Căn cứ vào phân tích đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu: Cho thấy tỉ lệ bệnh nhân phải vào viện do đau dây thần kinh tọa đều trên 30 tuổi, trong đó tỉ lệ người trên 50 tuổi khá cao (70,3%), tỉ lệ gặp ở nữ giới nhiều hơn gấp 4 lần so với nam giới. Tỷ lệ bệnh nhân lớn tuổi trong nghiên cứu chiếm đa số trong nghiên cứu ngày cũng như các kết quả của nhiều nghiên cứu ở trong và ngoài nước. Theo y học cổ truyền, khi đến tuổi 40 thì âm khí suy giảm mất một nửa, đến 49-50 tuổi thì can khí bắt đầu suy, thận âm bắt đầu nhược, thân thể tức nặng, tai mắt cũng kém phần sáng suốt. Thận tàng tinh, sinh huyết chủ cốt tủy nên thận hư gây ra đau lưng, mỏi gối. Nhân lúc chính khí cơ thể hư

yếu phong hàn thấp thường xâm phạm vào cân cơ, kinh lạc gây ra chứng đau lan xuống chân. Vì vậy khi bệnh nhân qua 50 tuổi mà đau lưng thường có can thận hư kết hợp với phong, hàn,thấp. Những nghiên cứu gần đây đều cho thấy ở nhóm bệnh nhân nữ trong độ tuổi mãn kinh có sự gia tăng các bệnh lý xương khớp nhất là thoái hóa khớp và loãng xương. Sự khác biệt giữa nam giới và nữ giới lớn tuổi bị bệnh còn liên quan đến đặc điểm lao động, những nghiên cứu thập niên 70 - 80 của thế kỷ trước đều chỉ ra rằng tỷ lệ nam giới đau dây thần kinh toạ chiếm ưu thế, nhưng thời gian gần đây có sự thay đổi ngược lại do nền công nghiệp phát triển dần giải phóng sức lao động cho con người. Nghiên cứu của nhóm nghiên cứu lựa chọn đối tượng là bệnh nhân thoái hoá cột sống thắt lưng do đó tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế so với nam giới.Thời gian khởi phát bệnh đa số từ 3 tháng trở xuống. Kết quả này thấp hơn một số tác giả khác (đa số trên 3 tháng). Nguyên nhân có thể do đặc thù bệnh nhân điều trị ngoại trú chủ yếu ở mức đau vừa, sẽ gặp ở trường hợp mới tái phát còn hạn chế ít về các chức nên họ vẫn có thể vừa di chuyển hàng ngày, vừa điều trị; hoặc bệnh nhân có ý thức quan tâm về sức khỏe, điều trị bệnh sớm khi vừa có triệu chứng.

4.2 Bàn về hiệu quả điều trị đau dây thần kinh tọa bằng phương pháp điện châm, parafin, xoa bóp bấm huyệt, thuốc viên độc hoạt tang ký sinh

4.2.1. Bàn luận về điểm đau Vas

Sau 9 ngày điều trị, Vas trung bình giảm từ 4.92 còn 1.95, đây là mức giảm đau nhanh. Đạt được hiệu quả này mà không cần sự can thiệp của thuốc giảm đau trước hết do sự kết hợp của các thủ thuật điện châm, parafin, xoa bóp bấm huyệt.

- Parafin thuộc nhiệt nóng trị liệu nông có tác dụng làm giãn mạch tại chỗ hoặc toàn thân thông qua cơ chế phản xạ giúp làm giảm quá trình viêm, tiết dịch, thúc đẩy quá trình lành vết thương, tăng cường dinh dưỡng tại chỗ. Làm tăng ngưỡng kích thích thần kinh và tăng chuyển hóa, ngăn ngừa thoái hóa sợi cơ, tăng phát triển collagen trong tổ chức liên kết. Đắp parafin tác động nhiệt trực tiếp vào vùng cơ co cứng ở cổ vai gáy và các vị trí đau mỏi ở chi trên có tác dụng làm giãn mạch, mềm cơ, tăng chuyển hóa tại chỗ, giảm co cứng cơ đặc biệt là các sợi cơ vùng cạnh sống như: cơ thang, cơ ức đòn chũm, cơ gối đầu, cơ bán gai đầu, cơ trám lớn, cơ trám bé thông qua đó làm giãn cơ, giải phóng chèn ép, làm giảm đau.

- Điện châm kết hợp đắp parafin làm tăng cường tác dụng thông kinh lạc, dinh dưỡng tại chỗ, giãn cơ, làm tăng ngưỡng kích thích thần kinh, từ đó cho kết quả giảm đau rất khả quan.

- Trong khi đó, xoa bóp bấm huyệt là một phương pháp chữa bệnh cũng có tác dụng làm tăng nhiệt độ vùng được xoa bóp, giãn cơ, giãn mạch, tăng tuần hoàn, tác động lên hệ thần kinh giao cảm và giúp tiết ra các morphin - like (endophrin) có tác dụng làm giảm đau rất tốt. Theo y học cổ truyền thì xoa bóp bấm huyệt làm khu phong tán tà, lưu thông kinh mạch giúp cho sự vận hành khí huyết được thông suốt nên có tác

dụng giảm đau (thông bất thống). Xét một cách khác, khi thầy thuốc trực tiếp dùng tay mình tác động lên cơ thể người bệnh cùng với việc giao tiếp trực tiếp sẽ có một hiệu quả tâm lý rất tích cực giúp người bệnh giải tỏa căng thẳng, thư giãn các cơ, giảm đau nhanh hơn, không có tai biến, tốt hơn so với việc dùng máy móc để tác động.

Thuốc viên độc hoạt tang ký sinh được dựa trên bài thuốc đã có từ lâu đời và có thống kê lâm sàng hiệu quả khi điều trị thể bệnh phong hàn thấp kết hợp can thận âm hư.

Trong bài độc hoạt tang ký sinh: Độc hoạt, tế tân, phòng phong, tần giao kết hợp với nhau để có đủ sức mạnh khu phong trừ thấp. Tang ký sinh, ngưu tất, đỗ trọng phối hợp với nhau để nâng cao tác dụng bổ can thận, mạnh gân cốt. Nhân sâm, phục linh, cam thảo phối hợp với nhau để đại bổ nguyên khí, làm thực vệ khí, tăng cường chính khí để tiêu diệt tà khí. Đương quy, bạch thược, xuyên khung phối hợp với nhau để dưỡng huyết điều doanh bổ can thận, ích khí huyết. Nhục quế có tác dụng ôn tán hàn tà, thông lợi huyết mạch có tác dụng tuyên tý chỉ thống.

Toàn bộ bài thuốc có tác dụng: Ích bổ can thận, bổ khí huyết, khu phong tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc, trị đau các khớp và đau khắp cơ thể của người cao tuổi và người ở độ tuổi trung niên kể cả nam và nữ.

Sự kết hợp của các thủ thuật và thuốc viên độc hoạt tang ký sinh vừa giúp giải phóng sự chèn ép, co cơ tại chỗ một cách nhanh chóng vừa giúp nâng cao sức khỏe lâu dài. Đây là phác đồ điều trị không phải sử dụng tới máy móc, giúp sử dụng nhân lực hiệu quả, hạn chế việc sử dụng các thuốc giảm đau và các tác dụng phụ không mong muốn cho người bệnh.

4.2.2. Bàn luận về hội chứng cột sống

Trước điều trị 100% bệnh nhân vào viện có hội chứng cột sống. Nguyên nhân là do xuất phát từ việc các thớ cơ cạnh sống bị co rút dẫn tới giảm độ giãn cột sống khi cúi, gây tư thế chống đau dẫn tới vẹo về bên đau.Trong tổng số 37 bệnh nhân thường gặp là tư thế chống đau.

Nhóm triệu chứng co cơ, biến dạng cột sống tăng từ 100% bênh nhân có trên 1 triệu chứng. Các triệu chứng này giảm do các tác động tại chỗ giúp giãn cơ, làm cho các khối cơ co cạnh cột sống được giải phóng về trạng thái bình thường, cải thiện độ giãn cột sống. Số bệnh nhân có điểm Schober từ 1-3 điểm (Schober < 4cm) đều giảm, trong khi đó nhóm 4 điểm (Schober ≥ 4cm) tăng lên 86.5%. Nhóm cải thiện độ giãn cột sống chứng tỏ sự đáp ứng với phương pháp điều trị, do các nhóm cơ cạnh sống được giải phóng, giảm co cứng. Các trường hợp cải thiện giảm đau nhưng Schober không đổi có thể nghĩ tới các bệnh lý khác về cột sống như: Viêm cột sống dính khớp và tư vấn bệnh nhân tiến tới các phương pháp chẩn đoán chi tiết hơn.

4.2.3. Bàn về hội chứng chèn ép rễ

Hội chứng rễ gây ra khi rễ thần kinh xuất phát từ cột sống bị kích thích hoặc chèn ép do các nguyên nhân khác nhau (trong đó có thoái hóa) gây ra các triệu chứng đau đớn lan

tỏa, tê hoặc ngứa ran, dị cảm hoặc thỉnh thoảng đau nhói.

Dấu hiệu Lasègue là một thử nghiệm lâm sàng để đánh giá mức độ kích thích rễ thần kinh ở vùng thắt lưng xương cùng. Theo kết cấu giải phẫu của lỗ thần kinh cho phép độ dịch chuyển của các rễ thần kinh thắt lưng, cùng là 4-6mm khi các chi vận động, giảm dần theo tuổi. Khi bị chèn ép, khoảng vận động này giảm đi và dây thần kinh dễ bị kích thích hoặc đau. Nhân viên y tế thực hiện nghiệm pháp Lasegue sẽ nâng chân lên với tư thế đầu gối duỗi thẳng để tái tạo cơn đau, với góc đo được 100% trên 50 độ, chứng tỏ kích thích đau dây thần kinh tọa không do thoát vị, điều này phù hợp với số liệu thống kê và tiêu chuẩn nghiên cứu đưa ra.

Khi dây thần kinh khỏi sự chèn ép cũng làm giảm các dấu hiệu Bonet, Neri, tăng tỉ lệ âm tính sau điều trị.

Nghiệm pháp Valliex là một phương pháp đánh giá tổn thương thần kinh ngoại biên. Trong bệnh lý đau dây thần kinh tọa, Valliex giúp tìm các điểm đau dọc theo đường đi của dây thần kinh tọa. Các thống điểm thường gặp trên bệnh nhân là: điểm giữa ụ ngồi và mấu chuyển lớn xương đùi; điểm giữa nếp lằn mông ; điểm giữa mặt sau đùi; điểm giữa nếp lằn khoeo chân; điểm đầu xương mác; điểm giữa bắp chân; điểm mắt cá ngoài. Tất cả bệnh nhân vào viện được chẩn đoán đau dây thần kinh tọa đều có Valliex (+), tùy theo mức độ tổn thương mà số điểm Valliex từ 1-7 điểm/1 bên. Các phương pháp giảm đau chống viêm tại chỗ là parafin, xoa bóp bấm huyệt. Theo các nghiên cứu, bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang có tác dụng chống viêm và bảo vệ khớp thông qua việc ức chế sản xuất các chất gây viêm và phá hủy sụn khớp. Đó là do các vị thuốc: Nhân sâm, cam thảo, nhục quế, đỗ trọng; tác dụng chống viêm kém hơn có: ngưu tất, độc hoạt, tần giao, tang ký sinh, phòng phong, tế tân, phục linh. Sử dụng đồng thời sẽ cải thiện tình trạng tổn thương của dây thần kinh tọa, cải thiện số điểm Valliex. Sau điều trị số thống điểm giảm, âm tính từ 0% lên đến 56.8%.

Chúng tôi đã sử dụng thang điểm đánh giá chức năng sinh hoạt của bệnh nhân đau thắt lưng Oswestry Disability Index (ODI) để đánh giá chất lượng cuộc sống cho thấy tất cả các bệnh nhân đều cải thiện chức năng cuộc sống. Tỉ lệ này phụ thuộc vào sự thay đổi của các chỉ số phía trên: Vas, hội chứng cột sống, hội chứng chèn ép rễ. Theo đó, tỷ lệ mất chức năng trước điều trị chiếm 47.9% ,sau điều trị 9 ngày giảm còn 0% và tỷ lệ mất chức năng ít từ 2.7% tăng 34.2% sau 14 ngày điều trị.

4.3. Bàn luận về tác dụng không mong muốn

Đặc điểm của phương pháp xoa bóp bấm huyệt là sử dụng sức người, vì vậy cảm giác nhận được từ người bệnh là từ hai phía: Ngưỡng chịu đau, tình trạng da của người bệnh hoặc lực tác động bàn tay của nhân viên y tế. Số lượng người có cảm giác đau khi xoa bóp là 2/37 chiếm 5.4% và chỉ bị trong ngày điều trị đầu tiên, được khắc phục trong các lần điều trị tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Việc kết hợp các phương pháp điện châm, parafin, xoa bóp bấm huyệt và thuốc viên độc hoạt tang ký sinh trên bệnh nhân điều trị ngoại trú được chẩn đoán đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống. không chỉ đơn giản, dễ thực hiện, dễ sử dụng, tiết kiệm mà còn đem lại hiệu quả điều trị tốt trên bệnh nhân ở mọi lứa tuổi, giới và các giai đoạn khởi phát khác nhau, phù hợp với các cơ sở y tế còn hạn chế về thiết bị phục hồi chức năng hoặc cán bộ phục hồi chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế,** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp , Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế, tr 140 -141-142
2. **Perenich, Carrol** (1999), Low back pain and sciatica Patient information, Medline..
3. **Ngô Thanh Hồi** (1995), "Nghiên cứu giá trị các triệu chứng và tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng", Luận án PTS khoa học Y-Dược, Học viện quân y, Tr.5.
4. **Ngô Thanh Hồi** (1986), "Một số kết quả nghiên cứu lâm sàng thần kinh 85 lái xe Bellaz trên công trường thuỷ điện sông Đà", Chuyên đề bệnh lý thần kinh, Học viện quân y, Tr. 46-49.
5. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Vĩnh Ngọc, Nguyễn Thu Hiền** (2001), "Đánh giá tình hình bệnh khớp tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991-2000)", Công trình nghiên cứu khoa học bệnh viện Bạch Mai 2001-2002, Nhà xuất bản Y học, Tr. 348-358.
6. **Nguyễn Văn Thu, Cao Hữu Huân, Nguyễn Đại Biên** (1987), "Nhận xét kết quả điều trị nội khoa 176 bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông", Nội san Thần kinh – Tâm thần - Phẫu thuật thần kinh, Tổng hội Y -Dược học Việt Nam, Tr 70.
7. **Trần Ngọc Ân** (2004), "Đau vùng thắt lưng", Bài giảng bệnh học nội khoa tập 11, Nhà xuất bản Y học, Tr. 403-416.
8. **Trịnh Văn Minh** (1998), Giải phẫu người, Tập 1, Nxb Y học, Tr. 327-334.
9. **Mc Graw Hill** (1999), "Sciatica", Post Graduate medicine, Vol 102, No 1
10. **Bộ môn Thần kinh, Trường Đại học Y Hà Nội** (1998), Bài giảng thần kinh, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr. 108-112

BẤT LỢI THỜI THƠ ẤU Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN HỖN HỢP HÀNH VI VÀ CẢM XÚC TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN QUỐC GIA

Lê Thị Duyên[1], Dương Minh Tâm[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và phân tích bất lợi thời thơ ấu ở người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang trên 87 người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc theo tiêu chuẩn ICD-10 tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025.

Kết quả: Hành vi vi phạm các quy tắc phù hợp lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (90,8%) trong các nhóm triệu chứng rối loạn hành vi. Ý tưởng tự sát chiếm 41,4%, có hành vi tự sát 25,3%, hành vi tự hủy hoại 39,1%. Rối loạn lo âu có tỷ lệ cao hơn đáng kể (74,7%) so với rối loạn trầm cảm. Trong số các bất lợi thời thơ ấu, bạo lực gia đình có tỷ lệ cao nhất (46%).

Kết luận: Rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc có triệu chứng hành vi thường gặp nhất thuộc nhóm vi phạm các quy tắc phù hợp lứa tuổi, cùng với sự xuất hiện của ý tưởng hành vi tự sát và hành vi tự hủy hoại. Rối loạn lo âu có tỷ lệ cao hơn so với rối loạn trầm cảm. Bất lợi thời thơ ấu, đặc biệt là bạo lực trong gia đình và bỏ bê cảm xúc, có liên quan chặt chẽ đến sự phát triển của rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc.

Từ khóa: Rối loạn hành vi, rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc, bất lợi thời thơ ấu.

SUMMARY

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES IN PATIENTS WITH MIXED DISORDERS OF CONDUCT AND EMOTIONS AT THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

Objective: To investigate the clinical characteristics of mixed disorders of conduct and emotions and their association with adverse childhood experiences) at the Institute of Mental Health.

Subjects and Methods: Cross-sectional description on 87 patients diagnosed with mixed disorders of conduct and emotions at the National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital, from November 2024 to May 2025.

Results: "Usually violate age-appropriate norms" was the most prevalent symptom of behavioral disorders, observed in 90.8% of the study group. Suicidal ideation was present in 41.4% of patients, suicidal behavior in 25.3%, and non-suicidal self-injury in 39.1% **.** Anxiety disorders were significantly more common (74.7%) than depressive disorders (50.6%). Among adverse childhood experiences, domestic violence was the most frequent, reported by 46% of patients.

Conclusion: Mixed disorders of conduct and emotions are predominantly characterized by: "usually violate age-appropriate norms", with

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc Gia*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Duyên
Email: duyen7bhmu@gmail.com
SĐT: 0333702621
Ngày nhận bài: 14/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 11/4/2025
Ngày duyệt bài: 14/5/2025

anxiety disorders being more prevalent than depressive disorders. Adverse childhood experiences, particularly domestic violence and emotional neglect, are strongly associated with the development of these disorders.

Keywords: conduct disorder, mixed disorders of conduct and emotion, adverse childhood experiences.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc là một rối loạn tâm thần phổ biến ở trẻ em và thanh thiếu niên, đặc trưng bởi các hành vi lặp lại, dai dẳng vi phạm chuẩn mực xã hội hoặc quyền của người khác, đồng thời kèm theo các triệu chứng cảm xúc kéo dài như lo âu hoặc trầm cảm… gây suy giảm nghiêm trọng trong chức năng xã hội, học tập và gia đình. Có nhiều yếu tố liên quan đế rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc, trong đó các bất lợi thời thơ ấu (ACE), bao gồm lạm dụng và bỏ bê thể chất, cảm xúc hay rối loạn chức năng gia đình, có liên quan chặt chẽ . Những sự kiện này gây gián đoạn phát triển não bộ, dẫn đến nguy cơ cao về rối loạn tâm thần, lạm dụng chất, và hành vi phạm tội khi trưởng thành. Nghiên cứu của Offerman và cộng sự (2022) nghiên cứu trên 174 học sinh mắc rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc ở độ tuổi 8-18 ở Hà Lan cho thấy hầu hết tất cả học sinh đã trải qua ít nhất một ACE (96,4%) và hơn một nửa đã trải qua bốn ACE trở lên (74,5% tự đánh giá, 62,7% báo cáo của phụ huynh, 59,9% hồ sơ trường học)[1]. Để làm rõ hơn đặc điểm lâm sàng ở người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc, phân tích các bất lợi thời thơ ấu nhằm tiếp cận 1 cách đa ngành, điều trị toàn diện tối ưu, can thiệp sớm, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với hai mục tiêu: ***Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc và phân tích bất lợi thời thơ ấu ở nhóm người bệnh này.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

**** Tiêu chuẩn lựa chọn:*** Người bệnh điều trị tại Viện sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai được chẩn đoán xác định rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc (F92) theo bảng phân loại hệ thống bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) của Tổ chức Y tế thế giới.

**** Tiêu chuẩn loại trừ:*** Người bệnh có các rối loạn ý thức hoặc suy giảm nhận thức nặng, có bệnh lý nặng kèm theo không thể tham gia nghiên cứu. Người bệnh hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu, không hợp tác trả lời bộ câu hỏi.

**** Thời gian và địa điểm nghiên cứu:*** Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025.

- Nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 87 người bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang với cách chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai và thông tin người bệnh được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=87)

Đặc điểm chung		n	%
Giới tính	Nam	33	37,9
	Nữ	54	62,1
Tuổi	10-13 tuổi	13	14,9
	14-16 tuổi	48	55,2
	17-19 tuổi	21	24,2
	>19 tuổi	5	5,7
	Tuổi trung bình	15,85 ± 2,259	
Nơi ở	Thành thị	38	43,7
	Nông thôn	39	44,8
	Miền núi	10	11,5
Chẩn đoán	F92.0	41	47,1
	F92.8	46	52,9

Nhận xét: Tỷ lệ nam:nữ xấp xỉ 3:2. Nhóm người bệnh 14-16 tuổi hay gặp nhất chiếm 48%, tuổi trung bình là: 15,85 + 2,259. Người bệnh sống ở nông thông với thành thị tỉ lệ như nhau. Chẩn đoán phần lớn là rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khác (F92.8) chiếm 52,9%.

3.2. Đặc điểm rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc

Bảng 2. Đặc điểm rối loạn hành vi (n=87)

Nhóm triệu chứng rối loạn hành vi	n	%
Gây hấn với người hoặc động vật	28	32,2
Phá hoại tài sản	47	54
Lừa dối hoặc trộm cắp	71	81,6
Vi phạm các quy tắc phù hợp lứa tuổi	79	90,8

Nhận xét: Nhóm hành vi vi phạm các quy tắc phù hợp với lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (90,8%), tiếp theo là biểu hiện nhóm lừa dối và trộm cắp chiếm 81,6%, nhóm phá hoại tài sản chiếm 54%, gây hấn với người hoặc động vật chiếm tỷ lệ thấp nhất 32,2%.

Bảng 3. Đặc điểm hành vi tự hủy hoại, ý tưởng tự sát, hành vi tự sát (n=87)

Triệu chứng	n	%
Hành vi tự hủy hoại	34	39,1
Ý tưởng tự sát	36	41,4
Hành vi tự sát	22	25,3
Hành vi tự sát xảy ra cùng hành vi tự hủy hoại	5	5,7

Nhận xét: Người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc có tỷ lệ xuất hiện ý tưởng tự sát là 41,4%, có hành vi tự sát 25,3%. Hành vi tự hủy hoại chiếm 39,1%.

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc ở người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc (n=87)

Rối loạn cảm xúc	n	%
Trầm cảm	44	50,6
Lo âu	65	74,7
Trầm cảm và lo âu	28	32,2

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có rối loạn lo âu chiếm 74,7% cao hơn tỷ lệ trầm cảm (50,6%).

3.3. Đặc điểm bất lợi thời thơ ấu ở người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc

Bảng 5: Bất lợi thời thơ ấu (n=87)

Loại bất lợi	n	%
Ngược đãi thể chất	9	10,3
Ngược đãi cảm xúc	19	21,8
Lạm dụng tình dục	11	12,6
Lạm dụng chất trong gia đình	4	4,6
Gia đình có tội phạm, bị giam giữ	0	0
Bệnh lý tâm thần/tự sát trong gia đình	5	5,7
Bạo lực trong gia đình	40	46
Cha mẹ ly hôn/ ly thân/mồ côi	13	14,9
Bỏ bê cảm xúc	39	44,8
Bỏ bê thể chất	2	2,3
Bạo lực ngang hàng	28	32,2

Nhận xét: Bạo lực trong gia đình là loại bất lợi phổ biến nhất, chiếm 46%, tiếp theo là bỏ bê cảm xúc (44,8%) và bạo lực ngang hàng (32,2%). Các loại bất lợi khác như ngược đãi cảm xúc (21,8%), cha mẹ ly hôn/ly thân/mồ côi (14,9%), lạm dụng tình dục (12,6%), và ngược đãi thể chất (10,3%) có tỷ lệ thấp hơn. Các bất lợi ít gặp bao gồm bệnh lý tâm thần/tự sát trong gia đình (5,7%), lạm dụng chất trong gia đình (4,6%), bỏ bê thể chất (2,3%), và không ghi nhận trường hợp nào liên quan đến gia đình có tội phạm hoặc bị giam giữ (0%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam, nữ xấp xỉ 3:2. Chẩn đoán mã ICD -10 F92.8 và F92.0 gần như bằng nhau. Phân bố nơi ở cho thấy tỷ lệ gần cân bằng giữa thành thị (43,7%) và nông thôn (44,8%), với 11,5% ở miền núi. Nhóm 14-16 tuổi chiếm đa số (55,2%), với tuổi trung bình là 15,85 ± 2,259. Giai đoạn giữa thanh thiếu niên này đặc biệt dễ bị tổn thương do áp lực học tập, sự thay đổi tâm sinh lý thời kỳ dậy thì và kỳ vọng từ gia đình - những yếu tố đặc trưng

trong văn hóa Việt Nam, nơi thành tích học vấn được xem là thước đo giá trị cá nhân.

4.2. Đặc điểm lâm sàng người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc

Hành vi vi phạm các quy tắc phù hợp lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (90,8%), tiếp theo là lừa dối hoặc trộm cắp (81,6%), phá hoại tài sản (54%), và gây hấn với người hoặc động vật (32,2%). Những hành vi này phản ánh đặc điểm cốt lõi của rối loạn hành vi liên quan đến khả năng xử lý hình phạt, xử lý phần thưởng và kiểm soát nhận thức. Tỷ lệ vi phạm quy tắc và lừa dối cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Bùi Văn Lợi[2] (2023) và Lê Thị Mỹ Linh (2023)[3]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ bối cảnh xã hội sau COVID-19, khi việc tiếp cận mạng xã hội gia tăng và áp lực học đường trở nên gay gắt hơn, thúc đẩy các hành vi chống đối hoặc lừa dối như một cách đối phó.

Hành vi gây hấn với người hoặc động vật có tỷ lệ thấp (32,2%) có thể phản hành vi gây hấn bị kiềm chế bởi các chuẩn mực xã hội và sự giám sát chặt chẽ từ gia đình, dẫn đến việc biểu hiện hành vi bạo lực thể chất ít hơn so với các hành vi kín đáo như lừa dối hoặc vi phạm quy tắc. Điều này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Mỹ Linh (2023) [3], nơi các hành vi bạo lực công khai cũng ít phổ biến hơn.

Hành vi tự hủy hoại (NSSI) chiếm 39,1%, ý tưởng tự sát 41,4%, và hành vi tự sát 25,3%, với 5,7% người bệnh có cả NSSI và hành vi tự sát. Các tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Bùi Văn Lợi (tỉ lệ người bệnh có ý tưởng tự sát là 18,6%, đã có hành vi tự sát là 14,3%, có hành vi tự hủy hoại là 14,3%) và Lê Thị Mỹ Linh (tỷ lệ người bệnh có ý tưởng tự sát 36,8%). Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi thời điểm nghiên cứu, khi các tác động hậu COVID-19 như học trực tuyến kéo dài, thiếu tương tác xã hội, và áp lực học tập gia tăng đã làm trầm trọng thêm các vấn đề tâm thần ở thanh thiếu niên Việt Nam.

Mối quan hệ giữa NSSI và hành vi tự sát cũng đáng chú ý. Tỷ lệ NSSI và ý tưởng tự sát gần nhau (39,1% và 41,4%) cho thấy NSSI là yếu tố nguy cơ quan trọng cho ý tưởng tự sát, tuy nhiên chỉ 5,7% người bệnh có cả NSSI và hành vi tự sát, cho thấy sự xảy ra đồng thời hạn chế giữa hai hành vi này. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Klonsky và cộng sự (2018), nhấn mạnh rằng không phải mọi trường hợp NSSI đều dẫn đến tự sát, đặc biệt khi có các yếu tố bảo vệ như hỗ trợ gia đình hoặc can thiệp tâm lý.

Nghiên cứu ghi nhận 74,7% thanh thiếu niên mắc rối loạn lo âu, cao hơn đáng kể so với 50,6% mắc rối loạn trầm cảm. So với nghiên cứu của Lê Thị Mỹ Linh (2023) với tỷ lệ lo âu 22,2% và trầm cảm 43,5%, kết quả của nghiên cứu này cho thấy mức độ lo âu cao hơn rõ rệt. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ thời điểm thu thập dữ liệu, trùng với giai đoạn hậu COVID-19, khi các yếu tố stress môi trường như gián đoạn học tập và xã hội làm tăng nguy cơ rối loạn cảm xúc. Ngoài ra, cỡ mẫu nhỏ (n=87) có thể dẫn đến sai số ngẫu nhiên, làm phóng đại tỷ lệ triệu chứng nghiêm trọng so với các nghiên cứu có mẫu lớn hơn.

Mối liên hệ giữa rối loạn lo âu và trầm cảm cũng cần được xem xét. Lo âu kéo dài có thể dẫn đến trầm cảm, đặc biệt khi thanh thiếu niên không tìm được cách đối phó hiệu

quả với căng thẳng. Tỷ lệ lo âu cao trong nghiên cứu này có thể là tiền đề cho trầm cảm ở một số đối tượng, đặc biệt là những người có hành vi tự hủy hoại.

Tỷ lệ bạo lực ngang hàng (32,2%) trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Copeland và cộng sự (2015), vốn ghi nhận tỷ lệ bạo lực ngang hàng khoảng 26,1% ở thanh thiếu niên với các rối loạn tâm thần[4]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến việc nghiên cứu hiện tại tập trung vào một nhóm người bệnh lâm sàng với rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc, vốn có nguy cơ cao hơn trong các tương tác xã hội tiêu cực. Ngược lại, tỷ lệ lạm dụng tình dục (12,6%) và ngược đãi thể chất (10,3%) trong nghiên cứu này thấp hơn so với báo cáo của McLaughlin và cộng sự (2017)[5], nơi các tỷ lệ này lần lượt là 3,8% và 20,9% ở thanh thiếu niên với rối loạn tâm thần. Điều này có thể do sự khác biệt trong công cụ đánh giá hoặc mức độ sẵn sàng báo cáo các trải nghiệm nhạy cảm trong mẫu nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc có triệu chứng hành vi thường gặp nhất thuộc nhóm vi phạm các quy tắc phù hợp lứa tuổi, cùng với sự xuất hiện của ý tưởng, hành vi tự sát chiếm tỷ lệ cao. Rối loạn lo âu có tỷ lệ cao hơn so với rối loạn trầm cảm. Bất lợi thời thơ ấu, đặc biệt là bạo lực trong gia đình và bỏ bê cảm xúc có tỷ lệ cao nhất, liên quan chặt chẽ đến sự phát triển của rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Offerman ECP, Asselman MW, Bolling F, et al.** Prevalence of Adverse Childhood Experiences in Students with Emotional and Behavioral Disorders in Special Education Schools from a Multi-Informant Perspective. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(6):3411. doi:10.3390/ijerph19063411
2. **Bùi Văn Lợi**. Một số yếu tố liên quan với rối loạn hành vi ở người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khởi phát tuổi thanh thiếu niên. VMJ. 2022;521(2). doi:10.51298/ vmj.v521i2.4069
3. **Lê Thị Mỹ Linh**. Đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở vị thành niên rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc. VMJ. 2023;533(1). doi:10.51298/vmj.v533i1.7784
4. **Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ**. Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence. JAMA Psychiatry. 2013;70(4): 419-426. doi:10. 1001/jamapsychiatry.2013.504
5. **McLaughlin KA, Koenen KC, Bromet EJ, et al**. Childhood adversities and post-traumatic stress disorder: evidence for stress sensitisation in the World Mental Health Surveys. Br J Psychiatry. 2017;211(5):280-288. doi:10.1192/bjp.bp.116.197640

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỨC ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN BA VÌ NĂM 2023

Phạm Bá Hiền[1], Nguyễn Thị Hòa[1], Phạm Hoàng Sơn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu và đối tượng: Nghiên cứu đánh giá đặc điểm và mức độ nặng của 671 bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Đa khoa Ba Vì từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2023.

Phương pháp: mô tả hồi cứu.

Kết quả: Triệu chứng lâm sàng phổ biến: sốt (100%), đau đầu (69,6%), đau khớp (58,7%), xuất huyết 19,5%. Có 14,9% bệnh nhân có dấu hiệu cảnh báo (DHCB) và 0,7% SXHD nặng. Biểu hiện DHCB thường gặp: chảy máu chân răng (12,5%), gan to (11,2%) và nôn nhiều (10,4%). Có 7,5% bệnh nhân chuyển từ SXHD sang SXHD có DHCB và 0,4% từ DHCB sang SXHD nặng. Các yếu tố: nam giới, ≥ 60 tuổi, triệu chứng đau hạ sườn phải, phát ban liên quan đến chuyển độ nặng SXHD.

Từ khóa: sốt xuất huyết Dengue, dấu hiệu cảnh báo, bệnh viện Ba Vì.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SEVERITY OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER PATIENTS AT BA VI DISTRICT GENERAL HOSPITAL IN 2023

Objectives and Subjects: This study assesses the characteristics and severity of 671 Dengue fever patients at Ba Vi General Hospital from January to December 2023.

Methodology: Retrospective descriptive analysis.

Results: Common clinical symptoms included fever (100%), headache (69.6%), joint pain (58.7%), and hemorrhage (19.5%). Among the patients, 14.9% exhibited warning signs, and 0.7% had severe Dengue fever. The most common warning sign manifestations were gum bleeding (12.5%), liver enlargement (11.2%), and frequent vomiting (10.4%). About 7.5% of patients progressed from Dengue fever to Dengue fever with warning signs, and 0.4% from Dengue fever with warning signs to severe Dengue fever. Male gender, age ≥ 60, right hypochondriac pain, and rash were factors associated with progression to severe Dengue fever.

Keywords: Dengue fever, warning signs, Ba Vi Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi rút Dengue gây ra, lây truyền qua muỗi Aedes, bệnh là một vấn đề y tế công cộng nghiêm trọng tại nhiều quốc gia nhiệt đới và cận nhiệt đới, trong đó có Việt Nam.[1] Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hàng năm có hàng triệu ca mắc SXHD được báo cáo trên toàn cầu, với tỷ lệ tử vong ở thể nặng nếu không được

[1]*Bệnh viện Đa khoa huyện Ba Vì*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bá Hiền
Email: phambahien.bvdd@gmail.com
SĐT: 0912072459
Ngày nhận bài: 14/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 11/4/2025
Ngày duyệt bài: 14/5/2025

chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể lên tới 20%.[2] Tại Việt Nam, số ca mắc SXHD có xu hướng tăng mạnh trong những năm gần đây, đặc biệt là vào mùa mưa, khi điều kiện thuận lợi cho muỗi sinh sản và phát triển.[3] Bệnh SXHD có thể gây tử vong do xuất huyết nặng hoặc sốc.[4]

Bệnh viện Đa khoa Ba Vì, nằm trong khu vực có nguy cơ bùng phát dịch SXHD, đã điều trị nhiều ca bệnh trong năm 2023. Việc đánh giá đặc điểm lâm sàng, nguy cơ chuyển độ SXHD tại bệnh viện là rất cần thiết để cung cấp dữ liệu thực tiễn, hỗ trợ việc chẩn đoán sớm, quản lý ca bệnh hiệu quả và giảm tỷ lệ tử vong. Nghiên cứu này thực hiện với mục tiêu: ***"Mô tả đặc điểm lâm sàng và mức độ nặng của bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Đa khoa huyện Ba Vì năm 2023"***

II, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh án của 671 bệnh nhân chẩn đoán xác định SXHD điều trị tại khoa Truyền nhiễm bệnh viện Ba Vì từ trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh SXHD nhưng có kèm theo các bệnh như: bệnh về máu (rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu vô căn), suy gan, suy tim, bệnh suy thận cấp, suy thận mạn, bệnh nhiễm khuẩn, mang thai. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Cỡ mẫu: theo công thức

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

n là kích thước mẫu cần xác định. Z=1.96 với độ tin cậy 95%; p tỉ lệ ước lượng cỡ mẫu, chọn p =0,313, là ước đoán số bệnh nhân SXHD có DHCB phải nhập viện theo Bùi Vũ Huy năm 2019.[5] e= 0.05. Như vậy n ≈ 331. Trên thực tế chúng tôi có 671 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được thu thập

- Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện

- Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới, bệnh lý nền); đặc điểm lâm sàng: sốt, xuất huyết, gan to, đau đầu, đau khớp, nôn/buồn nôn, mệt mỏi, đau hạ sườn phải, tiêu chảy... Kết quả điều trị: tình trạng chuyển độ, khỏi/chuyển viện/ chuyển khoa.

- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Số liệu trong nghiên cứu sử dụng các thuật toán thống kê: Tính tỷ lệ %, trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỷ lệ bằng thuật toán χ^2, tính mức độ nguy cơ OR.Số liệu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 26.0.Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

- Chẩn đoán SXHD, SXHD có DHCB và SXHD nặng: dựa vào tiêu chuẩn của Bộ y tế.[4]

+ SXHD: sống/đi đến vùng có dịch; sốt ≤ 7 ngày và có 2 trong các dấu hiệu sau: buồn nôn, nôn; phát ban; đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt; xuất huyết da hoặc dấu hiệu dây thắt (+); Hematocrit bình thường hoặc tăng; bạch cầu bình thường hoặc giảm; tiểu cầu bình thường hoặc giảm.

+ SXHD có DHCB: gồm các triệu chứng SXHD, kèm theo ít nhất 1 trong các dấu hiệu: vật vã, lừ đừ, li bì; đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau vùng gan; nôn ói nhiều ≥ 3 lần/1 giờ hoặc ≥ 4 lần/6 giờ; xuất huyết niêm mạc (chảy máu chân răng, mũi, nôn ra máu, tiêu phân đen hoặc có máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu); gan to trên 2 cm dưới bờ sườn; tiểu ít; Hematocrit

tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh; AST/ALT ≥ 400 U/l; tràn dịch màng phổi, màng bụng trên siêu âm hoặc X quang.

+ SXHD nặng: có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau: (1) thoát huyết tương nặng dẫn tới sốc SXHD, sốc SXHD nặng, ứ dịch, biểu hiện suy hô hấp; (2) xuất huyết nặng; (3) suy các tạng.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức tại Bệnh viện huyện Ba Vì; các thông tin được bảo mật và mã hóa chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

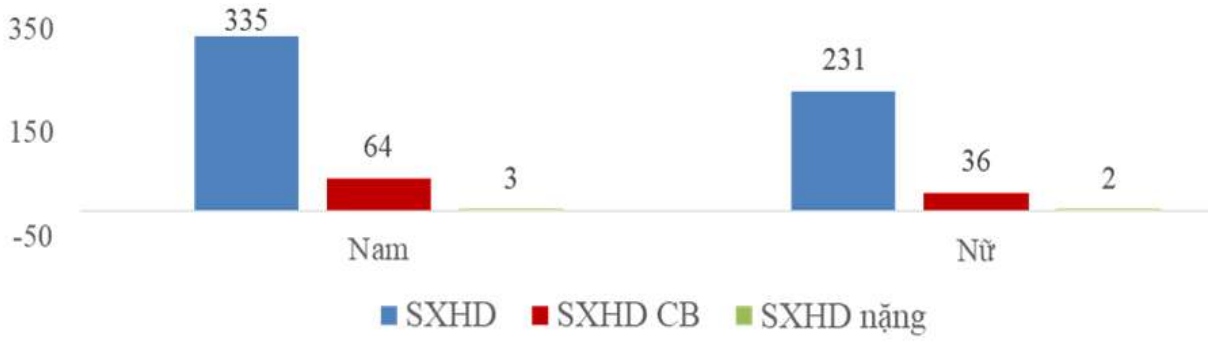
Chúng tôi thu thập được 671 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, có kết quả nghiên cứu sau

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

- Nhóm tuổi: < 40 tuổi chiếm tỷ lệ 67,4%; 41-60 tuổi chiếm tỷ lệ 24,4%; > 60 tuổi chiếm 8,2%; tuổi trung bình là 35,27 ± 14,97.

- Tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 59,9% và 40,1%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và độ nặng SXHD của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân độ SXHD khi nhập viện của đối tượng nghiên cứu

Khi nhập viện có 100/671 bệnh nhân SHXD có DHCB tỷ lệ 14,9% và 5/671 bệnh nhân tỷ lệ 0,7%. Không có sự khác biệt giữa hai giới, p> 0,05

Bảng 1. Triệu chứng khi nhập viện của đối tượng nghiên cứu

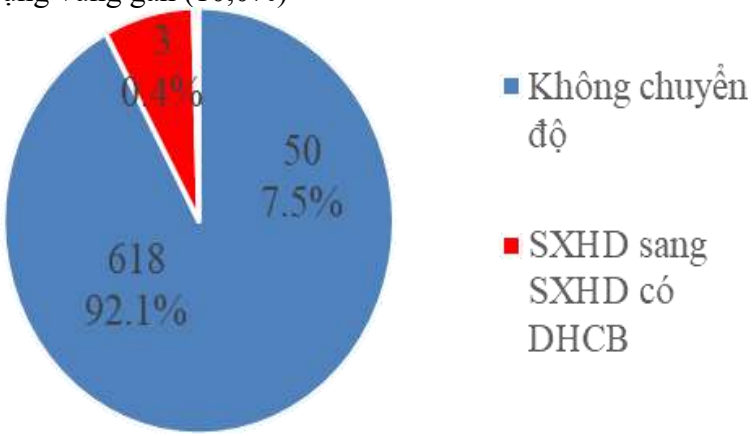
Triệu chứng	n = 671	%
Sốt	671	100
Đau đầu	467	69.6
Đau khớp	394	58.7
Nôn, buồn nôn	248	37
Đau bụng	166	24.7
Tiêu chảy	163	24.3
Xuất huyết	131	19.5

Triệu chứng của bệnh nhân thường gặp nhất là sốt (100%), đau đầu (69,6%), đau khớp (58,7%); tỷ lệ bệnh nhân có xuất huyết là 19,5%.

Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng SXHD DHCB của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng	n = 671	%
Chảy máu chân răng	84	12.5
Gan to	75	11.2
Nôn nhiều lần	70	10.4
Đau bụng vùng gan	67	10,0
Chảy máu cam	60	8.9
Tràn dịch màng bụng	25	3.7
Vật vã	24	3.6
Tràn dịch màng phổi	19	2.8
Tiểu ít	11	1.6

Biểu hiện của DHCB thường gặp là chảy máu chân răng (12,5%); gan to(11,2%) nôn nhiều (10,4%), đau bụng vùng gan (10,0%)



Biểu đồ 2. Tình trạng chuyển độ của đối tương nghiên cứu

Có 7,5% bệnh nhân chuyển độ từ SXHD sang SXHD DHCB và 0,4% bệnh nhân chuyển từ SXHD có DHCB sang SXHD nặng.

Bảng 3. Liên quan chuyển độ SXHD nặng hơn và đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm \ Chuyển độ		Không chuyển độ n=618		Chuyển độ n=53		OR 95% CI	p
		n	%	n	%		
Giới	Nam	362	90,0	40	10,0	2,17 1,14- 4,15	0,019
	Nữ	256	95,2	13	4,8		
Tuổi	< 60	573	93,0	43	7,0	2,96 1,39-6,28	0,007
	≥ 60	45	81,8	10	18,2		
Bệnh lý nền	Có	37	86,0	6	14,0	1,87 0,81-4,99	0,139
	Không	581	92,5	47	7,5		

Bệnh nhân nam và nhóm tuổi ≥ 60 là các yếu tố liên quan đến chuyển độ SXHD, p<0,05.

Bảng 4. Liên quan chuyển độ SXHD và biểu hiện lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm \ Chuyển độ		Không chuyển độ n=618		Chuyển độ n=53		OR 95% CI	p
		n	%	n	%		
Nhiệt độ	≥ 39ºC	418	93,3	30	6,7	1,60 0,907-2,83	0,128
	< 39 ºC	200	89,7	23	10,3		
Đau bụng	Có	147	88,6	19	11,4	1,79 0,991-3,234	0,067
	Không	471	93,3	34	6,7		
Đau đầu	Có	425	91,0	42	9,0	1,73 0,874-3,441	0,122
	Không	193	94,6	11	5,4		
Đau khớp	Có	359	91,1	35	8,9	1,40 0,77-2,53	0,309
	Không	259	93,5	18	6,5		
Buồn nôn	Có	222	89,5	26	10,5	1,72 0,978-3,016	0,074
	Không	396	93,6	27	6,4		
Đau hạ sườn (P)	Có	53	79,1	14	20,9	3,83 1,953-7,497	0,001
	Không	565	93,5	39	6,5		
Tiêu chảy	Có	148	90,8	15	9,2	1,25 0,671-2,343	0,505
	Không	470	92,5	38	7,5		
Phát ban	Có	420	90,1	46	9,9	3,01 1,374-6,984	0,003
	Không	198	96,6	7	3,4		

Bệnh nhân có biểu hiện đau hạ sườn phải, phát ban là các yếu tố liên quan đến chuyển độ nặng hơn của SXHD, p< 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân nam trong nghiên cứu là 59,9%, cao hơn nghiên cứu của Bùi Vũ Huy là 48,4%.[5] Nhóm tuổi < 40 tỷ lệ cao nhất 67,4%, phù hợp với các nghiên cứu ở bệnh nhân SXHD ở Việt Nam.[1,5] Nghiên cứu cho thấy 14,9% bệnh nhân khi nhập viện có DHCB, trong khi 0,7% bệnh nhân đã chuyển sang thể SXHD nặng. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm các dấu hiệu cảnh báo để ngăn ngừa nguy cơ tiến triển thành SXHD.[6] Sốt là triệu chứng phổ biến nhất ở 100% bệnh nhân, là dấu hiệu đặc trưng của bệnh. Đau đầu (69,6%) và đau khớp (58,7%) phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy triệu chứng này điển hình của SXHD trong giai đoạn cấp tính.[7] Nôn và buồn nôn chiếm tỷ lệ 37%, đau bụng và tiêu chảy lần lượt chiếm 24,7% và 24,3%. Đáng chú ý, 19,5% bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết, cho thấy mức độ nghiêm trọng của bệnh, vì xuất huyết là một trong những biểu hiện đặc trưng của SXHD có DHCB và nặng. Xuất huyết có thể xuất hiện dưới dạng chảy máu chân răng, chảy máu cam, hoặc xuất huyết dưới da, khi không được kiểm soát, nó có thể dẫn đến các biến chứng nguy.[6] Trong các biểu hiện lâm sàng của SXHD có DHCB,

chảy máu chân răng là biểu hiện phổ biến nhất, chiếm 12,5% trong tổng số bệnh nhân, phù hợp với các nghiên cứu trước, cho thấy rằng các biểu hiện xuất huyết như chảy máu chân răng và chảy máu cam là dấu hiệu quan trọng trong việc nhận diện các ca SXHD có DHCB.[5] Gan to (11,2%) và nôn nhiều (10,4%) cũng là những triệu chứng nổi bật. Gan to là một biểu hiện lâm sàng quan trọng trong SXHD, thường liên quan đến sự tổn thương tế bào gan do virus Dengue gây ra.[6] Tràn dịch màng bụng (3,7%) và tràn dịch màng phổi (2,8%) là những biến chứng ít gặp hơn nhưng cũng đáng chú ý, vì chúng có thể dẫn đến suy hô hấp và sốc nếu bệnh chuyển nặng.

Đánh giá chuyển độ nặng hơn của bệnh nhân nghiên cứu cho thấy 7,5% có chuyển từ SXHD sang SXHD có DHCB, trong khi 0,4% bệnh nhân chuyển từ DHCB sang SXHD nặng. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tại tại Kiên Giang, tỷ lệ SXHD không chuyển độ là 93,9%.[8] Tỷ lệ chuyển độ tương đối thấp, cho thấy rằng phần lớn bệnh nhân được quản lý tốt và không tiến triển thành thể nặng. Tuy nhiên, tỷ lệ chuyển độ vẫn là một vấn đề đáng lo ngại, đặc biệt khi các DHCB không được phát hiện kịp thời, dẫn đến nguy cơ tử vong và biến chứng nghiêm trọng. Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng chuyển độ SXHD và các yếu tố như giới tính, tuổi tác, và bệnh lý nền. Nam giới có nguy cơ chuyển độ cao hơn nữ giới, với OR = 2,17 (95% CI 1,14-4,15), p = 0,019. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây, nam giới thường có nguy cơ cao hơn trong việc chuyển độ SXHD, có thể do các yếu tố sinh lý học và miễn dịch học khác biệt giữa hai giới.[5] Về tuổi tác, nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi có nguy cơ chuyển độ cao hơn đáng kể so với nhóm < 60 tuổi, với OR = 2,96 (95% CI 1,39-6,28), p = 0,007. Điều này nhấn mạnh rằng người cao tuổi thường dễ mắc các biến chứng nghiêm trọng hơn khi bị SXHD, đồng thời có nguy cơ cao hơn trong việc tiến triển thành SXHD nặng, do sự suy giảm chức năng miễn dịch và các bệnh lý nền đi kèm.[2] Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, mối liên quan giữa bệnh lý nền và nguy cơ chuyển độ không có ý nghĩa thống kê (OR = 2,01, p = 0,139), điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn hoặc sự biến thiên trong các loại bệnh lý nền của bệnh nhân. Một số biểu hiện lâm sàng được ghi nhận có liên quan đến chuyển độ trong nghiên cứu là đau hạ sườn phải và phát ban. Các triệu chứng này cũng gợi ý đến một tình trạng sốt xuất huyết tiến triển cần chú ý.

V. KẾT LUẬN

- Triệu chứng SXHD thường gặp: sốt (100%), đau đầu (69,6%), đau khớp (58,7%); Biểu hiện DHCB thường gặp: chảy máu chân răng (12,5%); gan to (11,2%) nôn nhiều (10,4%), đau bụng vùng gan (10,0%). 7,5% bệnh nhân chuyển độ từ SXHD sang SXHD DHCB và 0,4% bệnh nhân chuyển từ SXHD có DHCB sang SXHD nặng. Giới nam, tuổi ≥ 60, biểu hiện đau hạ sườn phải và phát ban là các yếu tố liên quan đến chuyển độ SXHD.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Bệnh nhân SXHD có thể điều trị tại bệnh viện tuyến cơ sở, tuy nhiên cần theo dõi dấu hiệu chuyển độ để xử trí hoặc chuyển viện kịp thời, tránh xuất hiện các biến chứng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương TN, Dược VT, Anh PT, Anh NTM, Nam VS.** Đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết dengue tại miền Bắc Việt Nam từ năm 1998 - 2020. TC YHDP. 2022;32(2 Phụ bản): 16-24. doi:10.51403/0868-2836/2022/604
2. **Jentes ES, Lash RR, Johansson MA, et al.** Evidence-based risk assessment and communication: a new global dengue-risk map for travellers and clinicians#. Journal of travel medicine. 2016;23(6):taw062.
3. **Hạnh ĐK.** Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt dengue/sốt xuất huyết dengue tại Hà Nội năm 2009. Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt dengue/sốt xuất huyết dengue tại Hà Nội năm. Published online 2009:3-7.
4. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue (Ban hành theo quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng bộ y tế). Published online 2023.
5. **Huy BV, Hoa LNM, Thuy DT, et al.** Epidemiological and Clinical Features of Dengue Infection in Adults in the 2017 Outbreak in Vietnam. Biomed Res Int. 2019;2019: 3085827. doi:10.1155/2019/3085827
6. **Dengue and severe dengue.** Accessed October 9, 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue
7. **Nguyễn TTT, Nguyễn TTV.** Đặc điểm lâm sàng bệnh sốt xuất huyết Dengue tại bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội năm 2016-2017. VMJ. 2022;511(1). doi:10.51298/vmj.v511i1.2051
8. **Nguyễn VT, Hà VP.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết dengue tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022. VMJ. 2022;519(2). doi:10.51298/vmj.v519i2.3616

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Đinh Hữu Trường[1,3], Nguyễn Văn Tuấn[1,2], Đinh Hữu Uân[3], Đinh Thị Xuyênh[3], Phạm Thị Phương[4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 129 người bệnh được chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa theo tiêu chuẩn ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 07/2024 đến 05/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48,8 ± 13,1 tuổi; trong đó có 67,4% người bệnh là nữ, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/2. Tỷ lệ người bệnh có rối loạn giấc ngủ là 81,4%, trong đó 99% là mất ngủ. Ở những người bệnh có RLGN, thời gian đi vào giấc ngủ trung bình là 64,5 ± 37,3 phút, số lần thức giấc giữa đêm trung bình là 2,1 ± 1,1 lần, và tổng thời gian ngủ được mỗi đêm trung bình là 3,8 ± 1,4 tiếng, đa số người bệnh có thời gian đi vào giấc ngủ trên 30 phút, và thức dậy giữa đêm từ 1 – 4 lần/đêm; và tất cả người bệnh đều có chất lượng giấc ngủ kém (≥ 5 điểm) trên thang PSQI, điểm trung bình là 13,6 ± 3,0 điểm; hiệu suất giấc ngủ trung bình của những đối tượng này là 53,2 ± 17,6 điểm, và phần lớn người bệnh có hiệu suất giấc ngủ < 65%.

Kết luận: Rối loạn giấc ngủ rất thường gặp ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa, trong đó mất ngủ là loại hình rối loạn giấc ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất với đặc trưng khó đi vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ, thời lượng ngủ ít và chất lượng giấc ngủ kém với điểm trung bình PSQI cao (13,6 ± 3,0 điểm), và hiệu suất giấc ngủ kém (53,2 ± 17,6%).

Từ khóa: Rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn giấc ngủ, PSQI.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF SLEEP DISORDERS IN INPATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER

Objective: To describe the clinical characteristics of sleep disorders in inpatients diagnosed with generalized anxiety disorder (GAD) at the Institute of Mental Health.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 129 inpatients diagnosed with GAD according to ICD-10 criteria, admitted to the Institute of Mental Health – Bach Mai Hospital from July 2024 to May 2025.

Results: The mean age of participants was 48.8 ± 13.1 years; 67.4% were female, with a male-to-female ratio of approximately 1:2. The prevalence of sleep disorders was 81.4%, with insomnia accounting for 99% of cases. Among patients with sleep disorders, the mean sleep

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc Gia*
[3]*Viện Sức khỏe Tâm thần Phương Đông*
[4]*Bệnh viện Lão khoa Trung Ương*
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Hữu Trường
Email: dinhhuutruong1992@gmail.com
SĐT: 0949694312
Ngày nhận bài: 14/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 11/4/2025
Ngày duyệt bài: 14/5/2025

onset latency was 64.5 ± 37.3 minutes, the mean number of nocturnal awakenings was 2.1 ± 1.1 times per night, and the mean total sleep duration per night was 3.8 ± 1.4 hours. Most patients took more than 30 minutes to fall asleep and awoke 1–4 times per night. All patients reported poor sleep quality, as indicated by a Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) score ≥ 5, with a mean PSQI score of 13.6 ± 3.0. The mean sleep efficiency was 53.2 ± 17.6%, with the majority of patients having sleep efficiency below 65%.

Conclusion: Sleep disorders were highly prevalent among patients with GAD (81.4%), with insomnia being the most common type (99%). Characteristic features included difficulty initiating sleep, maintaining sleep, reduced sleep duration, and poor sleep quality, as reflected by a high mean PSQI score (13.6 ± 3.0) and low sleep efficiency (53.2 ± 17.6%).

Keywords: Generalized anxiety disorder, sleep disorders, PSQI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu là tình trạng sức khỏe tâm thần phổ biết nhất, theo ước tính có 4,05% dân số toàn cầu mắc rối loạn lo âu, tương ứng với 301 triệu người, con số này đã tăng hơn 55% từ năm 1990 đến 2019.[1] Trong đó, rối loạn lo âu lan tỏa là loại thường gặp, được đặc trưng bởi sự lo lắng quá mức, không kiểm soát và dai dẳng về các vấn đề khác nhau trong cuộc sống, gây suy giảm đáng kể chức năng hằng ngày. Đáng chú ý, trong số các triệu chứng liên quan đến rối loạn này, rối loạn giấc ngủ, đặc biệt là mất ngủ là nổi bật.[2] Theo tác giả Nguyễn Thị Lan Hương và cộng sự (2023), có 79,2% người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa có rối loạn giấc ngủ;[3] tỷ lệ này cũng được báo cáo là 85,3% theo tác giả Ferre và cộng sự (2016).[4] Các nghiên cứu trước đó cũng đã cho thấy mối liên hệ song phương giữa hai rối loạn, mỗi bên làm trầm trọng lẫn nhau. Các nghiên cứu này cũng đã làm rõ hơn về mối quan hệ, bao gồm tăng hoạt động glutamatergic, giảm chức năng GABAergic và thay đổi tín hiệu serotonin và dopaminergic; rối loạn chức năng các vùng não như hạch hạnh nhân, vỏ não trán giữa (mPFC) ảnh hưởng đến cả khả năng điều hòa giấc ngủ và kiểm soát cảm xúc; và sự rối loạn trục HPA với mức cortisol tăng cao; và trong những năm gần đây sự cân bằng canxi cũng được cho là có liên quan đến mối quan hệ này.[2,5] Chính vì mối liên hệ chặt chẽ này, rất nhiều nghiên cứu đã được thực hiện trên thế giới. Tuy nhiên, tại Việt Nam các nghiên cứu này còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: ***Mô tả đặc điểm lâm sàng của rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

**** Tiêu chuẩn lựa chọn:*** Các đối tượng nghiên cứu từ 18 tuổi trở lên đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa theo tiêu chuẩn ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 07/2024 đến 05/2025.

**** Tiêu chuẩn loại trừ:*** Người bệnh và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu; Người bệnh mắc bệnh lý não cấp tính; không có khả năng giao tiếp hoặc mắc các bệnh lý nặng khác không thể tham gia nghiên cứu.

**** Thời gian và địa điểm nghiên cứu:*** Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 07/2024 đến 05/2025.

- Nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 129 người bệnh.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

• Bước 1: Lựa chọn người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ những người bệnh theo tiêu chuẩn loại trừ.

• Bước 2: Thu thập các thông tin về đặc điểm lâm sàng của người bệnh theo bộ câu hỏi nghiên cứu được thiết kế riêng.

• Bước 3: Nhập liệu và phân tích số liệu.

• Bước 4: Đánh giá và đưa ra kết luận.

2.4. Phân tích, xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

Các thuật toán sử dụng

- Mô tả: tần suất, tỷ lệ, số trung bình, độ lệch chuẩn.
- Kiểm định so sánh: T-test so sánh trung bình giữa hai nhóm.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai và thông tin người bệnh được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

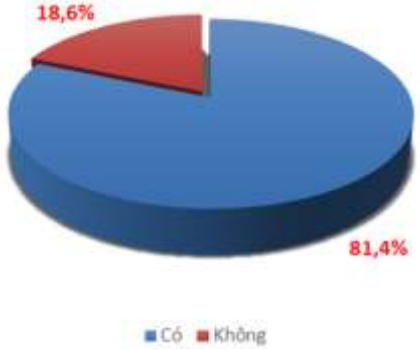
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=129)

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	42	32,6
	Nữ	87	67,4
Tuổi	< 30	11	8,5
	30 – 44	40	31,0
	45 – 64	62	48,1
	≥ 65	16	12,4
	Trung bình	48,8 ± 13,1	

Nhận xét: Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu là nữ giới. Tỷ lệ Nam/Nữ xấp xỉ 1/2. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48,8 ± 13,1 tuổi. Trong đó chủ yếu là từ 30 đến 64 tuổi, chiếm 79,1%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa

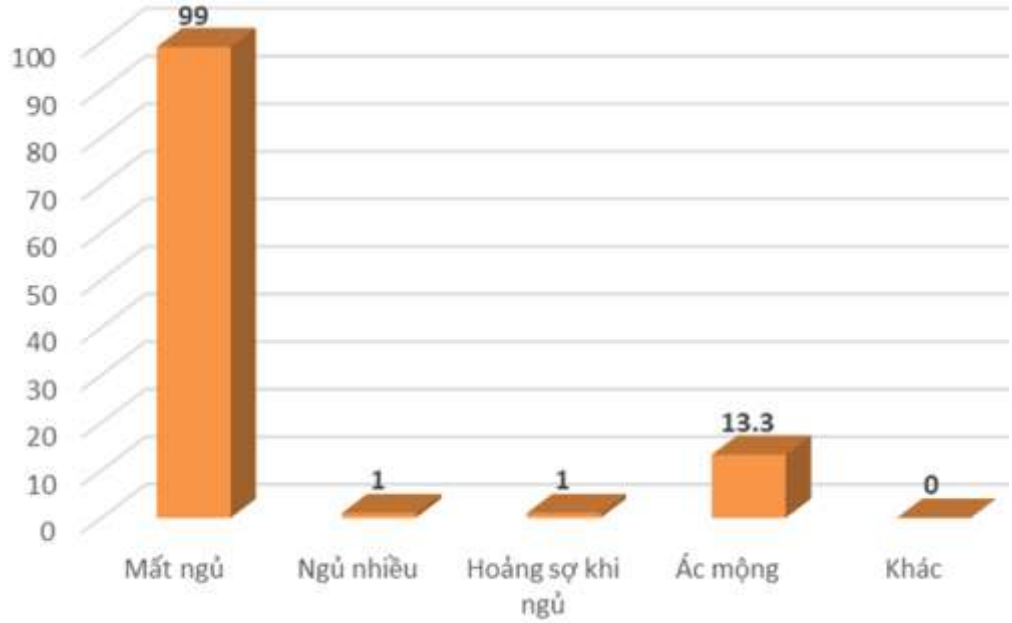
3.2.1. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa



Biểu đồ 1. Tỷ lệ RLGN ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa (N = 129)

Nhận xét: Hầu hết người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa trong nghiên cứu có rối loạn giấc ngủ, chiếm 81,4%.

3.3.2. Các loại hình rối loạn giấc ngủ



Biểu đồ 2. Các loại hình RLGN ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa (N = 105)

Nhận xét: Hầu hết người bệnh có rối loạn giấc ngủ loại hình mất ngủ, chiếm 99,0%.

3.3.3. Đặc điểm giấc ngủ ở người bệnh có rối loạn giấc ngủ

Bảng 2. Đặc điểm thành phần giấc ngủ

Đặc điểm		Có RLGN (N = 105)		Không RLGN (N = 24)	
		n	%	n	%
Thời gian đi vào giấc ngủ (phút)	≤ 15 phút	4	3,8	16	66,7
	16 – 30 phút	16	15,2	7	29,2
	31 – 60 phút	28	26,7	1	4,1
	> 60 phút	57	54,3	0	0
	Trung bình	64,5 ± 37,3		15,1 ± 8,2	
		p = 0,000			
Số lần thức dậy giữa đêm (lần)	0	5	4,8	14	58,3
	1 – 2	55	52,4	10	41,7
	3 – 4	40	38,1	0	0
	≥ 5	5	4,8	0	0
	Trung bình	2,1 ± 1,1		0,6 ± 0,8	
		p = 0,000			
Thời gian ngủ được mỗi đêm (giờ)		3,8 ± 1,4		6,8 ± 0,6	
		p = 0,000			

Nhận xét: Ở những người bệnh RLGN trong nghiên cứu, thời gian đi vào giấc ngủ trung bình là 64,5 ± 37,3 phút, số lần thức giấc giữa đêm trung bình là 2,1 ± 1,1 lần, và tổng thời gian ngủ được mỗi đêm trung bình là 3,8 ± 1,4 tiếng. Trong đó, đa số người bệnh có thời gian đi vào giấc ngủ trên 30 phút, và thức dậy giữa đêm từ 1 – 4 lần/đêm.

Ở những người bệnh không có RLGN thời gian trung bình đi vào giấc ngủ là 15,1 ± 8,2 phút, số lần thức dậy giữa đêm trung bình là 0,6 ± 0,8 lần/đêm, thấp hơn so với nhóm người bệnh có RLGN; tổng thời gian ngủ được mỗi đêm là 6,8 ± 0,6 giờ cao hơn so với nhóm người bệnh có RLGN; sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p = 0,000).

Bảng 3. Đặc điểm chất lượng giấc ngủ

Đặc điểm		Có RLGN (N = 105)		Không RLGN (N = 24)	
		n	%	n	%
Chất lượng giấc ngủ theo PSQI	≥ 5 điểm	105	100	2	8,3
	< 5 điểm	0	0	22	91,7
	Trung bình	13,6 ± 3,0		3,0 ± 1,2	
		p = 0,000			
Hiệu suất giấc ngủ	≥ 85%	6	5,7	19	79,2
	75 – 84%	5	4,8	4	16,7
	65 – 74%	10	9,5	1	4,2
	< 65%	84	80,0	0	0
	Trung bình	53,2 ± 17,6		88,6 ± 7,3	
		p = 0,000			

Nhận xét: Trong số những người bệnh có RLGN, tất cả người bệnh đều có chất lượng giấc ngủ kém (≥ 5 điểm) trên thang PSQI, điểm trung bình là 13,6 ± 3,0 điểm. Cùng với đó, hiệu suất giấc ngủ trung bình của những đối tượng này là 53,2 ± 17,6 điểm, và phần lớn người bệnh có hiệu suất giấc ngủ < 65%.

Ở những người bệnh không có RLGN, chất lượng giấc ngủ trên thang điểm PSQI cao hơn nhiều so với nhóm có RLGN với điểm trung bình là 3,0 ± 1,2 điểm; và hiệu suất giấc ngủ của nhóm đối tượng này cũng tốt hơn nhóm có RLGN với trung bình là 88,6 ± 7,3%, sự khác biệt giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê với p = 0,000.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/2, tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ, trong đó rối loạn lo âu thường gặp ở nữ giới hơn nam giới.[1,6] Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu khoảng 48,8 tuổi, nhóm tuổi từ 30 – 64 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, với tỷ

lệ mắc các rối loạn lo âu thay đổi theo tuổi tác, tuổi khởi phát trung bình của rối loạn lo âu lan tỏa muộn nhất, và tỷ lệ mắc thấp nhất sau 65 tuổi.[6]

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tỷ lệ cao người bệnh có RLGN (81,4%), trong đó mất ngủ là loại hình RLGN hay gặp nhất (chiếm tới 99%). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan Hương (2023) và tác giả Ferre và cộng sự (2014) về cả tỷ lệ rối loạn giấc ngủ và loại hình mất ngủ thường gặp.[3]

Khi phân tích các thành phần của giấc ngủ (Bảng 2), chúng tôi nhận thấy rằng thời gian đi vào giấc ngủ trung bình là 64,5 ± 37,3 phút, số lần thức giấc giữa đêm trung bình là 2,1 ± 1,1 lần, và tổng thời gian ngủ được mỗi đêm trung bình là 4,7 ± 8,5 tiếng. Trong đó, đa số người bệnh có thời gian đi vào giấc ngủ trên 30 phút, và thức dậy giữa đêm từ 1 – 4 lần/đêm. Điều này cho thấy đặc điểm của giấc ngủ ở những người bệnh này là khó đi vào giấc ngủ và khó duy trì giấc ngủ. Kết quả này phù hợp với y văn về các đặc điểm của giấc ngủ ở người bệnh rối loạn lo âu. Theo tác giả Bélanger và cộng sự (2004), khi phỏng vấn các bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa đã nhận thấy có 47,7% người bệnh báo cáo gặp khó khăn khi bắt đầu vào giấc ngủ; 63,3% người bệnh báo cáo gặp khó khăn trong việc duy trì giấc ngủ; và có 56,8% người bệnh phàn nàn về việc thức dậy quá sớm vào buổi sáng.[7]

Xem xét về chất lượng giấc ngủ (Bảng 3), nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá chất lượng giấc ngủ PSQI. Về điểm số PSQI, tất cả người bệnh có RLGN trong nghiên cứu của chúng tôi đều có chất lượng giấc ngủ kém với điểm số ≥ 5 trên thang PSQI, và điểm trung bình là 13,6 ± 3,0 điểm. Cùng với đó, hiệu suất giấc ngủ trung bình của những đối tượng này là 53,2 ± 17,6 điểm, và phần lớn người bệnh có hiệu suất giấc ngủ < 65%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan Hương, với điểm trung bình PSQI là 11, 94 ± 4,55 điểm.[3]

Bảng 2 cho thấy sự khác biệt về các thành phần giấc ngủ và chất lượng giấc ngủ giữa hai nhóm người bệnh có RLGN và không có RLGN trong nghiên cứu. Trong đó, những người bệnh không có RLGN có tổng thời gian ngủ trung bình mỗi đêm cao hơn so với nhóm người bệnh có RLGN; và thời gian đi vào giấc ngủ, hay số lần thức dậy giữa đêm trung bình thấp hơn so với nhóm người bệnh có RLGN, khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (p = 0,000).

Về chất lượng giấc ngủ (Bảng 3) trên thang điểm PSQI, nhóm người bệnh không có RLGN chất lượng giấc ngủ cao hơn nhiều so với nhóm có RLGN với điểm trung bình là 3,0 ± 1,2 điểm; và hiệu suất giấc ngủ của nhóm đối tượng này cùng tốt hơn nhóm có RLGN với trung bình là 88,6 ± 7,3%, sự khác biệt giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn giấc ngủ rất thường gặp ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa (81,4%), trong đó mất ngủ là loại hình rối loạn giấc ngủ chiếm

tỷ lệ cao nhất (99%) với đặc trưng khó đi vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ, thời lượng ngủ ít và chất lượng giấc ngủ kém với điểm trung bình PSQI cao (13,6 ± 3,0 điểm), và hiệu suất giấc ngủ kém (53,2 ± 17,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Javaid SF, Hashim IJ, Hashim MJ, et al**. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. Middle East Curr Psychiatry. 2023;30(1):44. doi:10.1186/s43045-023-00315-3
2. **Xue Y, Wang WD, Liu YJ, et al**. Sleep disturbances in generalized anxiety Disorder: The central role of insomnia. Sleep Med. 2025;132:106545. doi:10.1016/j.sleep.2025.106545
3. **Nguyễn Thị Lan Hương.** Thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn lo âu lan tỏa điều trị tại Bệnh viện Tâm Thần Thái Bình năm 2023. TẠP CHÍ Y DƯỢC THÁI BÌNH. Published online March 26, 2024:92-96.
4. **Ferre Navarrete F, Pérez Páramo ,M., et al.** Prevalence of Insomnia and Associated Factors in Outpatients With Generalized Anxiety Disorder Treated in Psychiatric Clinics. Behav Sleep Med. 2017;15(6):491-501. doi:10.1080/15402002.2016.1163703
5. **Carbone EA, Menculini G, de Filippis R, et al.** Sleep Disturbances in Generalized Anxiety Disorder: The Role of Calcium Homeostasis Imbalance. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5):4431. doi:10.3390/ijerph20054431
6. **Bandelow B, Michaelis S.** Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin Neurosci. 2015;17(3):327-335. doi:10.31887/ DCNS.2015.17.3/ bbandelow
7. Bélanger L, Morin CM, Langlois F, et al. Insomnia and generalized anxiety disorder: Effects of cognitive behavior therapy for gad on insomnia symptoms. J Anxiety Disord. 2004;18(4): 561-571. doi:10.1016/S0887-6185(03)00031-8

ỨNG DỤNG PHÂN LOẠI AI TIRADS 2019 VÀ CHỌC HÚT KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN BA VÌ TỪ THÁNG 10/2023 – 3/2024

Đinh Thị Mai Yến[1], Nguyễn Đức Toàn[1], Trần Thanh Tùng[1], Nguyễn Công Ngọ[1], Chu Thị Mai[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh nhân tuyến giáp trên siêu âm; xác định giá trị của phân loại AI TIRADS 2019 và chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 157 bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa huyện Ba Vì từ tháng 10/2023 – 3/2024. Mỗi bệnh nhân được siêu âm tuyến giáp phân loại theo AI TIRADS 2019 và chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm để phân tích tế bào học theo hệ thống Bethesda 2017.

Kết quả: Tỷ lệ nhân lành tính chiếm 93%, nhân ác tính chiếm 7%. AI TIRADS 3 là nhóm phổ biến nhất (68,1%). Các đặc điểm giảm âm, vi vôi hóa, bờ không đều có giá trị chẩn đoán nhân ác tính với ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

SUMMARY

APPLICATION OF AI TIRADS 2019 CLASSIFICATION AND ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION IN THE DIAGNOSIS OF THYROID NODULES AT BA VI DISTRICT GENERAL HOSPITAL FROM OCTOBER 2023 TO MARCH 2024

Objective: To describe the ultrasound characteristics of thyroid nodules and to determine the diagnostic value of the AI TIRADS 2019 classification and ultrasound-guided fine-needle aspiration (FNA) in the diagnosis of thyroid nodules.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 157 patients at Ba Vi District General Hospital from October 2023 to March 2024. Each patient underwent thyroid ultrasound with classification according to AI TIRADS 2019 and ultrasound-guided fine-needle aspiration for cytological analysis based on the Bethesda 2017 system.

Results: Benign nodules accounted for 93%, while malignant nodules accounted for 7%. AI TIRADS 3 was the most common category (68.1%). Hypoechogenicity, microcalcifications, and irregular margins were statistically significant predictors of malignancy ($p < 0.05$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân tuyến giáp là một trong những bệnh lý nội tiết phổ biến, thường phát hiện tình cờ qua siêu âm. Phần lớn là nhân lành tính nhưng một tỷ lệ nhỏ có nguy cơ ác tính. Do

[1]*Bệnh viện Đa khoa huyện Ba Vì*
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Mai Yến
Email: Maiyenk10b@gmail.com
SĐT: 0389118081
Ngày nhận bài: 14/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 11/4/2025
Ngày duyệt bài: 14/5/2025

đó, việc phân tầng nguy cơ để chỉ định chọc hút kim nhỏ là rất quan trọng.

Hệ thống phân loại AI TIRADS 2019 là bản cải tiến từ ACR TIRADS, giúp đơn giản hóa đánh giá nguy cơ ác tính của nhân tuyến giáp trên siêu âm. Chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp an toàn, ít xâm lấn, có độ chính xác cao trong phân biệt nhân lành và ác tính.

Để góp phần chuẩn hóa chẩn đoán và quản lý bệnh nhân tại tuyến cơ sở, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm hình ảnh nhân tuyến giáp trên siêu âm.

2. Đánh giá giá trị của phân loại AI TIRADS 2019 và kỹ thuật chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân có nhân tuyến giáp phát hiện qua siêu âm từ tháng 10/2023 – 3/2024.

Có kết quả phân loại AI TIRADS 2019 và tế bào học Bethesda 2017.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Rối loạn đông máu, bệnh lý cấp tính nặng, nhiễm độc giáp.

Bệnh phẩm không đạt yêu cầu.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: 157 bệnh nhân.

Kỹ thuật: siêu âm, phân loại AI TIRADS, chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm, xét nghiệm tế bào học.

Xử lý số liệu bằng SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được thông qua Hội đồng đạo đức. Bệnh nhân tham gia tự nguyện, thông tin được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

Giới tính: 92,4% nữ, 7,6% nam.

Tuổi: nhóm >60 tuổi chiếm cao nhất (54,2%), tiếp theo là nhóm 40–60 tuổi (38,2%).

3.2. Đặc điểm siêu âm

Bảng 1. Vị trí, kích thước bướu nhân trên siêu âm

Đặc điểm siêu âm		n	Tỷ lệ %
Vị trí	Thùy P	91	58%
	Thùy T	62	39.5%
	Eo	4	2.5%
Tổng		157	100%
Kích thước	< 10mm	30	19.1%
	10 -20 mm	101	64.3%
	> 20 mm	26	16.6%
Tổng		157	100%

Vị trí nhân gặp ở thùy phải chiếm tỷ lệ cao nhất là 58%, vị trí ít gặp nhất là eo giáp 2.5%. Nhân có kích thước ở nhóm 10-20mm chiếm tỷ lệ cao nhất 64.3%, nhân có kích thước > 20mm có tỷ lệ thấp nhất 16.6%.

Bảng 2. Đặc điểm thành phần, hồi âm, vôi hóa, hình dáng, đường bờ của nhân tuyến giáp trên siêu âm

Đặc điểm siêu âm		n	Tỷ lệ %
Độ hồi âm	Trống âm	4	2.6%
	Đồng âm	83	52.9%
	Tăng âm	50	31.8%
	Giảm âm	20	12.7%
	Rất giảm âm	0	0%
Tổng số		157	100%
Vôi hóa	Không	135	86%
	Vôi hóa thô	19	12.1%
	Vôi hóa viền	1	0.6%
	Vi vôi hóa	2	1.3%
Tổng số		157	100%
Hình dáng	Chiều rộng lớn hơn chiều cao	157	100%
	Chiều cao lớn hơn chiều rộng	0	0%
Tổng số		157	100%
Thành phần	Nang	4	2.6%
	Bọt biển	0	0%
	Hỗn hợp	36	22.9%
	Đặc	117	74.5%
Tổng số		157	100%
Đường bờ	Đều	151	96.2%
	Không đều	6	3.8%
	Mở rộng ra ngoài bao giáp	0	0%
Tổng số		157	100%

Kết quả trong 157 bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp ở mỗi 5 đặc điểm trên siêu âm thì bướu dạng đồng âm chiếm tỷ lệ cao nhất 52.9%; Bướu nhân không có vôi hóa chiếm đa số với 135 trường hợp, chiếm tỷ lệ 86%; bướu nhân có hình dáng chiều rộng lớn hơn chiều cao chiếm tỷ lệ 100%; bướu nhân dạng đặc chiếm tỷ lệ cao nhất 74.5%; bướu nhân có đường bờ đều là chủ yếu, chiếm 96.2%.

3.3. Phân loại AI TIRADS 2019

Bảng 3. Phân loại TIRADS nhân tuyến giáp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo AI-TIRADS 2019

TIRADS	n	Tỷ lệ %
1	26	16.6%
2	12	7.6%

3	107	68.1%
4	10	6.4%
5	2	1.3%
Tổng	157	100%

Nhân giáp chủ yếu thuộc TIRADS 3 chiếm tỷ lệ cao nhất 68.1%; TIRADS 5 chiếm tỷ lệ thấp nhất 1.3%.

3.4. Kết quả tế bào học

Bảng 4. Kết quả chẩn đoán tế bào học

Chẩn đoán tế bào học	n	Tỷ lệ %
Lành tính	146	93%
Ác tính hoặc nghi ngờ ác tính	11	7%
Tổng số	157	100%

Bướu nhân tuyến giáp có kết quả lành tính chiếm đa số, tỷ lệ 93%; tỷ lệ nhân ác tính chiếm 7%.

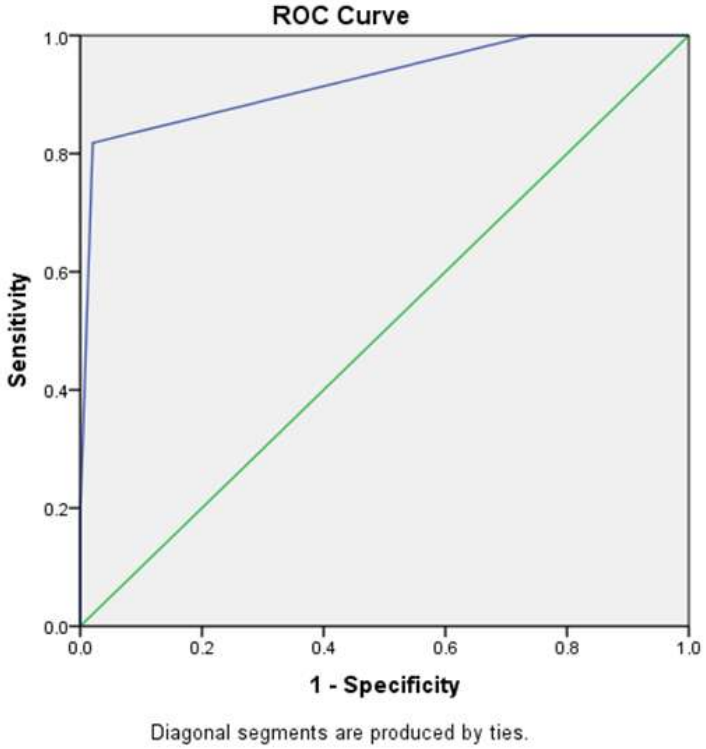
3.5. Mối liên quan đặc điểm siêu âm với tế bào học

Nhân giảm âm: chiếm 81,8% trong nhóm ác tính (p < 0,05).

Vi vôi hóa: 18,2% trong nhóm ác tính, không gặp ở nhóm lành (p < 0,05).

Bờ không đều: chỉ xuất hiện ở nhóm ác tính (p < 0,05).

Sử dụng đường cong ROC đánh giá giá trị chẩn đoán nhân giáp ác tính của phân loại AI- TIRADS



Diện tích dưới đường cong trong AI TIRADS 2019 là 0.924, độ nhạy = 81.8%, độ đặc hiệu = 97.9%.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 157 bệnh nhân nghiên cứu, có 145 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 92.4%, có 12 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 7.6%. Nhân tuyến giáp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp chủ yếu ở bệnh nhân nữ, tỷ lệ nữ/nam = 12/1.tác giả Trình Văn Kỳ (2023) [1] tỷ lệ mắc nhân tuyến giáp nữ/nam = 6,4/1.

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 58.8 ± 10.7, tuổi thấp nhất là 14, cao nhất là 77. Nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 54.2%, sau đó đến nhóm 40-60 tuổi 38.2%, nhóm có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất là < 20 tuổi 0.6%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của một số tác giả như: Trình Văn Kỳ (2023), tuổi trung bình của bệnh nhân tuyến giáp là 49,2 ± 14 tuổi, độ tuổi cao nhất là 97, thấp nhất là 7

Vị trí nhân giáp hay gặp nhất là thùy phải chiếm tỷ lệ 58%, bên trái chiếm tỷ lệ 39.5%, ít gặp nhất là eo tuyến giáp 2.5%. Sự khác biệt về vị trí của nhân tuyến giáp giữa hai nhóm lành tính và ác tính là không có ý nghĩa thống kê (p > 0.05). Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đó như: Nghiên cứu của tác giả Vũ Tất Giao (2015) [2] cũng cho kết quả không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp giữa bên phải và bên trái.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nang trống âm 100% là lành tính, nhân đồng âm và tăng âm có tỷ lệ ác tính thấp 9.1%; nhân giảm âm có tỷ lệ ác tính cao nhất 81.8%. Sự khác biệt về độ hồi âm giữa hai nhóm lành tính và ác tính là có ý nghĩa thống kê với p<0.05. Kết quả này của chúng tôi gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả : Trình Văn Kỳ (2023), nang trống âm và nhân tăng âm 100% lành tính, nhân đồng âm có tỷ lệ ác tính thấp 4.8%, nhân giảm âm có tỷ lệ ác tính cao 33.3%, nhân rất giảm âm có tỷ lệ ác tính 100% [40]; tác giả Nguyễn Văn Hách (2021) [3] có kết quả nghiên cứu tính chất âm nhân tuyến giáp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm ung thư và lành tính, trong đó, nhóm ung thư có tính chất giảm âm nhiều trên siêu âm, chiếm 61.19%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm lành tính nhân có vi vôi hóa chiếm 0%, nhân không có vôi hóa chiếm tỷ lệ cao 86.3%; nhân có vôi hóa thô và vôi hóa viền chỉ gặp ở nhóm lành với tỷ lệ thấp lần lượt là 13%, 0.7%. Nhóm ác tính nhân có vi vôi hóa chiếm tỷ lệ 18.2%, nhân không có vi vôi hóa chiếm 81.8%. Sự khác biệt về tính chất vôi hóa nhân giáp giữa hai nhóm lành tính và ác tính có ý nghĩa thống kê với p<0.05. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả : Đỗ Đình Tùng (2022)[4], tỷ lệ có vi vôi hóa ở nhóm nhân ác tính 70.6% cao hơn nhóm lành tính 29.4%, có ý nghĩa thống kê với p<0.01; tác giả Nguyễn Văn Hách (2021), dấu hiệu vi vôi hóa có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ung thứ và lành tính, p<0.05, trong đó nhóm ung thư chủ yếu có vi vôi hóa (73.13%).

Nhóm nhân giáp lành tính có chiều rộng lớn hơn chiều cao chiếm tỷ lệ 100%. Nhóm ác tính nhân tuyến giáp có chiều cao lớn hơn chiều rộng chiếm tỷ lệ 0%, nhân giáp ác tính có chiều rộng lớn hơn chiều cao là 11 nhân, chiếm 100%. Sự khác biệt về hình dáng nhân giữa hai nhóm lành và ác tính là có ý nghĩa thống kê (p<0.05).

AI TIRADS 2019 cho phép đánh giá nguy cơ ác tính hiệu quả: các đặc điểm như giảm âm, bờ không đều, vi vôi hóa là dấu hiệu gợi ý rõ ràng. So với nghiên cứu của Trình Văn Kỳ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, các dấu hiệu có độ nhạy và độ đặc hiệu tương tự, cho thấy tính ứng dụng tốt ngay tại tuyến huyện.

Chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp an toàn, giúp xác định chính xác bản chất tổn thương, hạn chế phẫu thuật không cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm phổ biến trên siêu âm gồm nhân đặc, đồng âm, không vôi hóa, bờ đều.

Phân loại AI TIRADS 2019 giúp phân tầng nguy cơ hiệu quả.

Kỹ thuật chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có giá trị cao trong chẩn đoán ác tính.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần triển khai rộng rãi phân loại AI TIRADS trong lâm sàng để chọn lọc đối tượng cần chọc hút.

Đào tạo kỹ năng chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm cho bác sĩ tuyến huyện.

Nên nghiên cứu thêm về hiệu quả theo dõi lâu dài và kết hợp thêm xét nghiệm phân tử khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trình Văn Kỳ, Nguyễn Thị Minh Huệ, Đinh Nhâm Dương, Lê Thị Hồng Phúc,** "giá trị của bảng phân loại AI TIRADS 2019 trong đánh giá nhân tuyến giáp", 2023. Tạp chí Y học Việt Nam, 533(1B).
2. **Vũ Tất Giao** (2015). Nghiên cứu giá trị siêu âm trong phân loại TIRADS các tổn thương khu trú tuyến giáp, Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Hách, N. V. ., Mùi, N. V, Lan Hương, N. T, & Công, N. Đức.** (2022). Giá trị siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam, 43, 4-11. https://doi.org/10.55046/vjrnm.43.22.2021.
4. **Đạt P. T., Thủy N. T. T., and Tùng Đ. Đ.,** "Nghiên cứu mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm với kết quả tế bào học ở bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình," Tạp Chí Học Việt Nam, vol. 522, no. 2, Art. no. 2, Feb. 2023, doi: 10.51298/vmj.v522i2.4312.

HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA SÓNG CAO TẦN XUNG CAN THIỆP HẠCH RỄ LƯNG TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU KIỂU RỄ THẦN KINH CỘT SỐNG

Phan Minh Trung[1], Hà Văn Lĩnh[1], Nghiêm Việt Dũng[1], Hà Văn Tuấn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lâm sàng của phương pháp can thiệp sóng cao tần xung (PRF) tác động vào hạch rễ lưng (DRG) trong điều trị đau kiểu rễ thần kinh cột sống.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng được thực hiện trên 46 bệnh nhân có biểu hiện đau kiểu rễ thần kinh vùng cột sống cổ và thắt lưng cùng tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Các bệnh nhân được can thiệp PRF vào hạch rễ lưng dưới hướng dẫn màn tăng sáng. Cường độ đau được đánh giá bằng thang điểm VAS, mức độ tàn tật đánh giá bằng chỉ số ODI và NDI, mức độ hài lòng đánh giá bằng chỉ số PGIC. Các thời điểm đánh giá gồm: trước can thiệp, 48 giờ, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau can thiệp.

Kết quả: Điểm VAS trung bình giảm từ 5,84 ± 1,17 trước can thiệp xuống 1,00 ± 1,31 sau 6 tháng (p<0,05). Sau 6 tháng, 52,2% bệnh nhân không còn đau, 43,5% đau nhẹ và chỉ 4,3% đau vừa (p<0,0001). Điểm ODI trung bình giảm từ 44,1 ± 12,5 xuống 14,5 ± 11,6; điểm NDI giảm từ 40,7 ± 14,3 xuống 6,7 ± 7,0 (p<0,05). Theo PGIC, 82,6% bệnh nhân ghi nhận mức cải thiện đau từ khá đến rất nhiều.

Kết luận: Sóng cao tần xung PRF tác động vào hạch rễ lưng là phương pháp can thiệp hiệu quả và an toàn trong điều trị đau kiểu rễ thần kinh cột sống, giúp giảm đau, cải thiện chức năng và nâng cao sự hài lòng của người bệnh. Phương pháp có thể được xem như một lựa chọn điều trị có giá trị ở các bệnh nhân không đáp ứng điều trị bảo tồn và chưa có chỉ định phẫu thuật.

Từ khóa: Sóng cao tần xung, Hạch rễ lưng, Đau kiểu rễ thần kinh cột sống, Can thiệp chống đau, VAS, ODI, NDI, PGIC.

SUMMARY

CLINICAL EFFICACY OF PULSED RADIOFREQUENCY ON THE DORSAL ROOT GANGLION FOR SPINAL RADICULAR PAIN

Objective: To evaluate the clinical efficacy of pulsed radiofrequency (PRF) targeting the dorsal root ganglion (DRG) in the interventional treatment of spinal radicular pain.

Methods: A prospective, non-controlled interventional clinical study was conducted on 46 patients with chronic radicular pain in the cervical and lumbosacral spine at Thanh Nhan Hospital. Patients underwent PRF intervention targeting the DRG under fluoroscopic guidance. Pain intensity was assessed using the Visual Analog Scale (VAS), disability levels were evaluated using the Oswestry Disability Index (ODI) and Neck Disability Index (NDI), and patient satisfaction was measured with the

[1]*Khoa phẫu thuật Chấn thương chỉnh hình & Cột sống – Bệnh viện Thanh Nhàn*
Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trung
Email: drphanspine72@gmail.com
SĐT: 0913345111
Ngày nhận bài: 03/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 01/4/2025
Ngày duyệt bài: 02/5/2025

Patient Global Impression of Change (PGIC). Assessments were conducted at baseline, 48 hours, 1 month, 3 months, and 6 months after intervention.

Results: The mean VAS score decreased significantly from 5.84 ± 1.17 before treatment to 1.00 ± 1.31 at 6 months ($p<0.05$). At 6 months, 52.2% of patients reported complete pain relief, 43.5% mild pain, and only 4.3% moderate pain ($p<0.0001$). The mean ODI score improved from 44.1 ± 12.5 to 14.5 ± 11.6, and the mean NDI score decreased from 40.7 ± 14.3 to 6.7 ± 7.0 ($p<0.05$). PGIC outcomes indicated that 82.6% of patients experienced moderate to substantial improvement in pain.

Conclusion: PRF targeting the DRG is an effective and safe interventional technique in reducing spinal radicular pain, improving disability, and enhancing patient satisfaction. It may be considered a valuable alternative for patients with chronic radicular pain who do not respond to conservative treatment and are not yet surgical candidates.

Keywords: Pulsed Radiofrequency, Dorsal Root Ganglion, Spinal Radicular Pain, Interventional Pain Management, VAS, ODI, NDI, PGIC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau kiểu rễ thần kinh cột sống là tình trạng đau lan theo đường đi của rễ thần kinh bị chèn ép hoặc kích thích do viêm, thường gặp trong các bệnh lý như thoát vị đĩa đệm, hẹp ống sống... Tình trạng này không chỉ gây đau mà còn ảnh hưởng đáng kể đến khả năng vận động và chất lượng sống của người bệnh. Theo Hoy et al. (2014), tỷ lệ đau lưng lan xuống chi dưới kiểu rễ thần kinh chiếm tới 30–40% số bệnh nhân đau lưng mạn tính toàn cầu.

Đối với các bệnh nhân đau kiểu rễ thần kinh mạn tính (> 6 tháng) điều trị bảo tồn với các phương pháp kinh điển như thuốc nội khoa, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng…thất bại nhưng chưa có chỉ định phẫu thuật thì các phương pháp chống đau can thiệp là một sự lựa chọn hợp lý. Trong đó sử dụng sóng cao tần xung (Pulsed Radiofrequency – PRF) can thiệp hạch rễ lưng (DRG) đã và đang được quan tâm như một kỹ thuật điều biến thần kinh ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả. Khác với sóng cao tần nhiệt truyền thống (Conventional RF – CRF) hoạt động bằng cách phá hủy mô thần kinh nhờ nhiệt độ cao (~80°C), PRF tạo ra các xung điện ngắt quãng ở tần số cao (300-500 Khz), cho phép duy trì nhiệt độ mô đích dưới 42°C. Điều này giúp tác động lên hoạt động điện sinh lý và phản ứng viêm tại hạch rễ từ đó đạt hiệu quả giảm đau mà không phá hủy cấu trúc mô thần kinh (Cosman et al., 2005 Van Zundert et al.2007). Tại Việt Nam việc ứng dụng sóng cao tần (RF) đặc biệt là sóng cao tần xung (PRF) trong lĩnh vực chống đau còn rất mới mẻ và chưa có nghiên cứu nào về việc ứng dụng sóng cao tần xung ngắt quãng (PRF) trong điều trị đau nói chung và trong các tình trạng đau kiểu rễ thần kinh cột sống. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: ***Đánh giá hiệu quả lâm sàng của sóng cao tần xung (PRF) can thiệp hạch rễ lưng trong điều trị đau kiểu rễ thần kinh cột sống.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 46 bệnh nhân đau kiểu rễ thần kinh cột sống cổ và thắt lưng cùng được điều trị can thiệp chống đau bằng sóng cao tần xung PRF tại khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình Bệnh

viện Thanh Nhàn từ tháng 11/2022 đến tháng 8/2024

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, theo dõi dọc có so sánh trước – sau can thiệp.

2.3. Kỹ thuật thực hiện

- Thủ thuật được thực hiện tại phòng mổ, bệnh nhân ở tư thế nằm sấp nếu can thiệp hạch rễ vùng thắt lưng và nằm ngửa nếu can thiệp hạch rễ cột sống cổ.
- Đường truyền tĩnh mạch và đặt máy theo dõi các chỉ số sinh tồn cơ bản
- Máy C-Arm (màn tăng sáng trong phòng mổ) được sử dụng ở các tư thế trước-sau, bên-bên và chếch để xác định vị trí hạch rễ sau tại lỗ liên hợp dựa vào các mốc giải phẫu xương trên màn tăng sáng.
- Kim chọc loại tích hợp đầu phát sóng cao tần với kênh tiêm thuốc dài 15 - 20 cm.
- Gây tê da, chọc kim tới điểm đích là vị trí trước trên của hạch rễ lưng tại lỗ liên hợp lựa chọn dưới hướng dẫn của màn tăng sáng.
- Kiểm tra đáp ứng của hạch rễ bằng chế độ kích thích cảm giác và kích thích vận động Liệu trình phát xung PRF được thực hiện trong 4 phút ở hiệu điện thế 45 V và nhiệt độ tại đầu phát là 42 độ C.

2.4. Các tiêu chí đánh giá

- Cường độ đau: Đo bằng thang điểm VAS (Visual Analog Scale) trước can thiệp, ngay sau can thiệp (trong 48 giờ), 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau can thiệp.
- Chất lượng cuộc sống (Mức độ tàn tật): Đánh giá bằng chỉ số ODI (Oswestry Disability Index) đối với các bệnh nhân đau kiểu rễ cột sống thắt lưng và NDI (Neck Disability Index) đối với các bệnh nhân đau kiểu rễ cột sống cổ.
- Mức độ hài lòng của bệnh nhân PGIC (Patient Global Impression of Change).
- Mức độ giảm đau 6 tháng sau can thiệp.
- Tác dụng phụ và biến chứng: được ghi nhận trong và sau thủ thuật.

2.5 Đạo đức nghiên cứu: Bài báo là sản phẩm của đề tài khoa học công nghệ cấp thành phố: "Nghiên cứu hiệu quả giảm đau của sóng cao tần xung ngắt quãng PRF qua da trên bệnh nhân thoái hoá cột sống". Mã số CT08/07-2022-3 theo Hợp đồng thực hiện đề tài/đề án ký kết giữa Sở Khoa học và Công nghệ Hà Nội và Bệnh viện Thanh Nhàn số 59/2022/HĐ – SKHCN ngày 29/7/2022. Đề tài đã được hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của bệnh viện phê duyệt.

Chúng tôi cam kết số liệu được Bệnh viện Thanh Nhàn cho phép sử dụng và công bố; cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

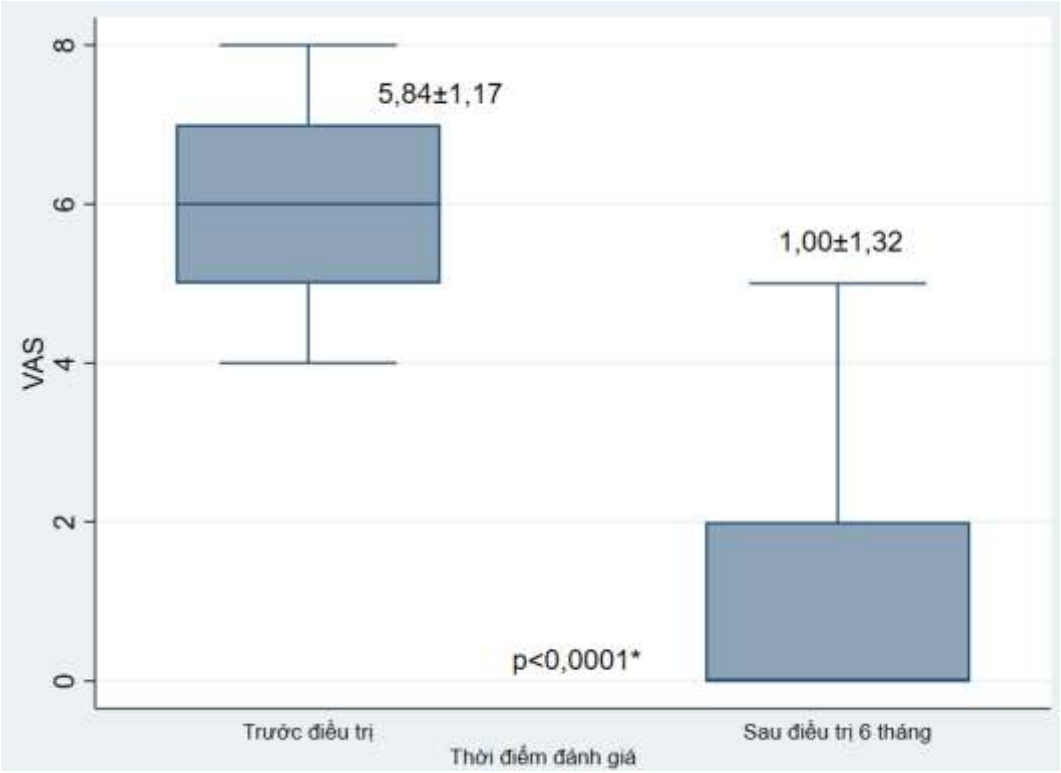
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=46)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤50 tuổi	12	26,1
	51 – 60 tuổi	11	23,9
	61 – 70 tuổi	11	23.9
	>70 tuổi	12	26,1
	TB±ĐLC (min – max)	59,6±14,1 (26 – 88)	

Giới	Nam	15	32,6
	Nữ	31	67,4
Triệu chứng lâm sàng	Đau kiểu rễ	31	67,4
	Đau cơ học tại chỗ	0	0
	Hỗn hợp	15	32,6
Thời gian đau trước khi nhập viện điều trị	<6 tháng	30	65,2
	≥ 6 tháng	16	34,8
Phương pháp điều trị cho người bệnh	Can thiệp hạch rễ CS cổ	12	26,1
	Can thiệp hạch rễ CSTL	34	73,9
Số ngày nằm viện sau can thiệp	1 ngày	8	17,4
	2 ngày	29	63,0
	≥ 3 ngày	9	19,6

3.2. Hiệu quả giảm đau sau sử dụng sóng cao tần xung ngắt quãng

3.2.1. Hiệu quả giảm đau sau sử dụng sóng cao tần xung ngắt quãng đánh giá bằng thang điểm VAS



Biểu đồ 3.1. Hiệu quả giảm đau đánh giá qua thang điểm VAS sau điều trị 6 tháng (n=46)

** Sign test ghép cặp*

Nhận xét: Kết quả cho thấy mức độ đau của người bệnh được cải thiện rõ rệt sau điều trị 6 tháng, cụ thể điểm đau trung bình theo thang điểm VAS tại thời điểm trước điều trị là 5,84±1,17 và sau điều trị 6 tháng là 1,00±1,31. Sự khác biệt về giá trị điểm đau trung bình tại thời điểm sau điều trị 6 tháng với trước điều trị là có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

Bảng 3.2. Mức độ đau theo phân loại thang điểm VAS qua các thời điểm sau điều trị (n=46)

Phân loại mức độ đau theo VAS	Trước điều trị		Sau điều trị 6 tháng		p*
	N	%	N	%	
Không đau	0	0	24	52,2	<0,0001
Đau nhẹ	0	0	20	43,5	
Đau vừa	32	69,6	2	4,3	
Đau nặng đến rất nặng	14	30,4	0	0	
Tổng	46	100	46	100	

**MacNerma test*

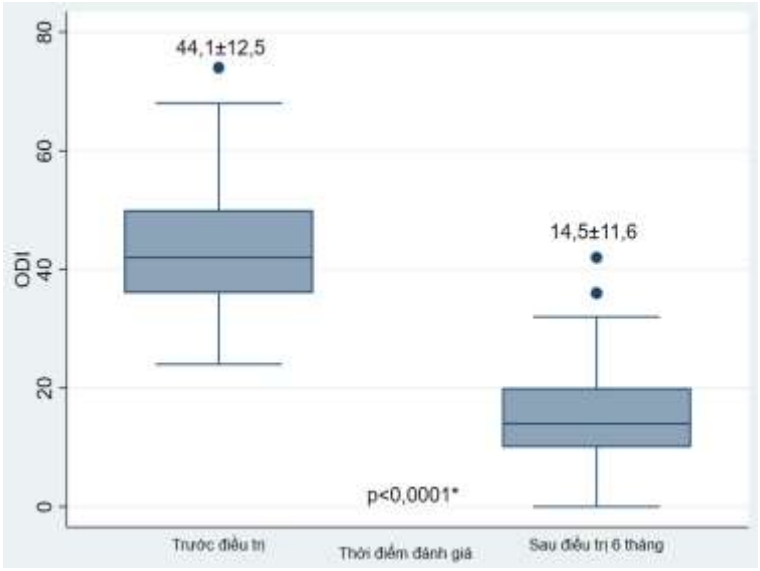
Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy tại thời điểm trước điều trị đa phần đối tượng nghiên cứu có mức độ đau vừa (68,6%). Mức độ đau thời điểm sau điều trị 6 tháng 4,3% đau vừa, 43,5% đau nhẹ và 52,2% không đau. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mức độ đau tại thời điểm sau điều trị 6 tháng so với thời điểm trước điều trị (p<0,0001)

Kết quả nghiên cứu cho thấy PRF tác động hạch rễ thần kinh lưng (DRG) mang lại hiệu quả giảm đau rõ rệt và bền vững ở bệnh nhân đau mạn tính nguồn gốc cột sống. Giá trị VAS trung bình giảm từ 5,84 ± 1,17 trước điều trị xuống còn 1,00 ± 1,32 sau 6 tháng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê rất cao (p < 0,0001). Mức giảm gần 5 điểm trên thang VAS phản ánh hiệu quả lâm sàng sâu sắc và cho thấy PRF DRG là một lựa chọn can thiệp an toàn, ít xâm lấn nhưng hiệu quả trong điều trị đau mạn tính.

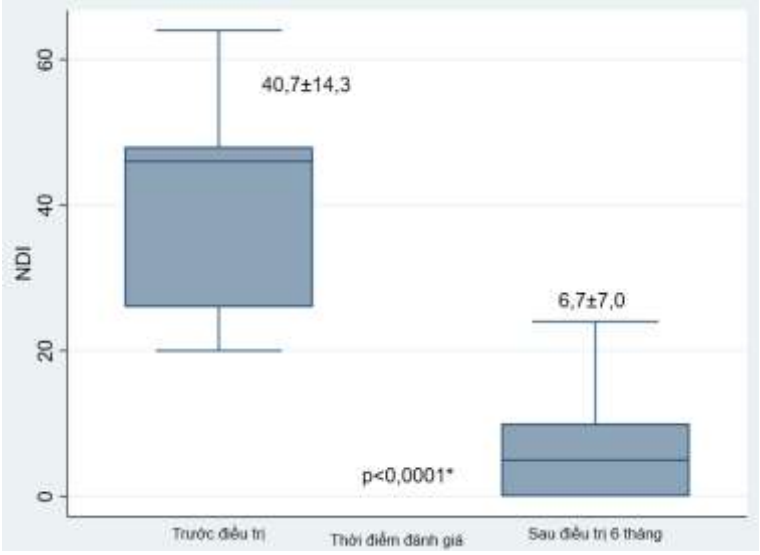
Kết quả này tương đồng và thậm chí vượt trội so với một số nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Chao và cộng sự (2008) ghi nhận VAS giảm từ 6,1 còn 2,2 sau 6 tháng ở nhóm bệnh nhân đau rễ thần kinh thắt lưng điều trị bằng PRF DRG. Trong khi đó, nghiên cứu mù đôi của van Zundert và cộng sự (2007) cho thấy VAS giảm từ 6,3 còn 3,1 sau 8 tuần, với hiệu quả tốt hơn nhóm giả dược. Phân tích hệ thống của Vallejo và cộng sự (2013) ghi nhận mức giảm VAS trung bình từ 2 đến 3 điểm trong vòng 3–6 tháng sau can thiệp PRF DRG.

Sự khác biệt tích cực trong nghiên cứu hiện tại có thể được lý giải bởi lựa chọn đối tượng nghiên cứu phù hợp, kỹ thuật can thiệp chính xác dưới hướng dẫn hình ảnh, và quy trình theo dõi – chăm sóc sau can thiệp được chuẩn hóa.

3.2.2. Hiệu quả sử dụng sóng cao tần xung ngắt quãng đánh giá bằng thang điểm đánh giá mức độ tàn tật ODI và NDI



(A) Giá trị điểm trung bình ODI sau điều trị 6 tháng (n=34)



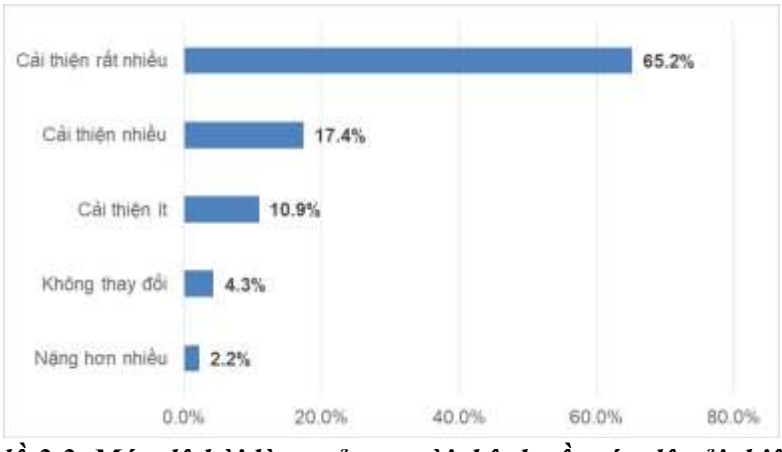
(B) Giá trị điểm trung bình NDI sau điều trị 6 tháng (n=12)

Biểu đồ 3.2. Mức độ tàn tật của người bệnh sau 6 tháng điều trị đánh giá qua thang điểm ODI và NDI

** Sign test ghép cặp*

(A) Giá trị điểm trung bình ODI sau điều trị 6 tháng (n=34). (B) Giá trị điểm trung bình NDI sau điều trị 6 tháng (n=12)

Nhận xét: Kết quả biểu đồ trên cho thấy điểm trung bình mức độ tàn tật đánh giá theo thang điểm ODI và NDI sau điều trị 6 tháng có xu hướng giảm so với thời điểm trước điều trị. Cụ thể điểm ODI trung bình giảm từ 44,1±12,5 tại thời điểm trước điều trị xuống 14,5±11,6 tại thời điểm sau điều trị 6 tháng, điểm NDI trung bình giảm từ 40,7±14,3 tại thời điểm trước điều trị xuống 6,7±7,0 tại thời điểm sau điều trị 6 tháng. Sự khác biệt về điểm ODI và NDI trung bình tại thời điểm 6 tháng sau điều trị so với thời điểm trước điều trị là có ý nghĩa thống kê (p<0,05)



Biểu đồ 3.3. Mức độ hài lòng của người bệnh về mức độ cải thiện đau sau điều trị 6 tháng (n=46)

Nhận xét: Kết quả biểu đồ trên cho thấy chiếm tỷ lệ cao là đối tượng cải thiện đau mức độ rất nhiều (65,2%), 17,4% cải thiện mức độ nhiều, 10,9% cải thiện ít, 4,3% không thay đổi và 2,2% mức độ nặng hơn nhiều.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy sóng cao tần xung (PRF) là một phương pháp điều trị can thiệp an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân đau kiểu rễ thần kinh cột sống, giúp giảm rõ rệt mức độ đau, cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống. Tại Việt Nam, đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên đánh giá hiệu quả chống đau của PRF trong thực hành lâm sàng. Các ưu điểm của phương pháp là ít xâm lấn, hiệu quả kéo dài, chỉ cần gây tê và an toàn cho các bệnh nhân lớn tuổi và có bệnh lý nền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Byrd, D., & Mackey, S.** (2008). Pulsed radiofrequency for chronic pain. Current Pain and Headache Reports, 12(1), 37–41.
2. **Chao, S. C., Lee, H. T., & Kao, T. H.** (2008). Percutaneous pulsed radiofrequency in the treatment of cervical and lumbar radicular pain. Surgical Neurology, 70(1), 59–65.
3. **Cosman ER Jr, Cosman ER Sr.** Electric and thermal field effects in tissue around radiofrequency electrodes. Pain Med. 2005;6(6):405–424.
4. **Shanthanna, H., et al.** (2012). Pulsed radiofrequency for chronic pain: A systematic review. Trials, 13, 33.
5. **Teixeira, A., Grandinson, M., & Sluijter, M. E.** (2005). Pulsed radiofrequency for radicular pain due to a herniated intervertebral disc—An initial report. Pain Practice, 5(2), 111–115. https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2005.05205.x
6. **Vatansever D et al.** Comparison of conventional and pulsed radiofrequency thermal lesioning of the dorsal root ganglion in rabbit model. Clin J Pain. 2008;24(9):717–724.
7. **Van Zundert, J., Patijn, J., Kessels, A., Lamé, I., van Suijlekom, H., & van Kleef, M.** (2007). Pulsed radiofrequency adjacent to the cervical dorsal root ganglion in chronic cervical radicular pain: A double blind sham controlled randomized clinical trial. Pain, 127(1–2), 173–182. https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.08.034
8. **Van Zundert J et al.** Pulsed radiofrequency treatment of the dorsal root ganglion in patients with chronic cervical radicular pain: a randomized controlled trial. Pain. 2007;127(1–2):173–182.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH MỞ KHÍ QUẢN TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU – BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN BA VÌ NĂM 2024

Nguyễn Tiến Bình[1], Trương Cộng Hòa[1], Đỗ Thị Mai Hương[1], Chu Thị Thêm[1], Chu Thọ Nhân[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu và đối tượng: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị người bệnh mở khí quản (MKQ) tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Đa khoa huyện Ba Vì năm 2024. Đối tượng là 27 bệnh nhân MKQ từ tháng 1 đến tháng 9/2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên toàn bộ bệnh nhân được mở khí quản, sử dụng bảng bệnh án nghiên cứu trích xuất dữ liệu từ hồ sơ lưu trữ.

Kết quả: Bệnh nhân ≥60 tuổi chiếm 92,6%, nam giới chiếm 66,7%. Nguyên nhân MKQ chủ yếu là thở máy dài ngày (51,9%). Biến chứng phổ biến nhất là chảy máu (37%) trong khi mổ và tắc canuyn (22,2%) khi lưu. Tỷ lệ ra viện ổn định chỉ đạt 40,7%, chỉ 14,8% được rút canuyn thành công.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS UNDERGOING TRACHEOSTOMY IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF BA VI HOSPITAL IN 2024

Objectives and Subjects: To describe the clinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of patients undergoing tracheostomy in the Intensive Care Unit (ICU) of Ba Vi District General Hospital in 2024. The study included 27 tracheostomized patients from January to September 2024. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on all patients who underwent tracheostomy, using standardized research forms to extract data from medical records.

Results: Patients aged ≥60 accounted for 92.6%, and males accounted for 66.7%. The primary indication for tracheostomy was prolonged mechanical ventilation (51.9%). The most common complications were intraoperative bleeding (37%) and cannula obstruction during maintenance (22.2%). The proportion of patients discharged in stable condition was only 40.7%, and only 14.8% had successful decannulation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở khí quản (MKQ) là thủ thuật phổ biến trong chăm sóc tích cực, thường áp dụng ở bệnh nhân hô hấp nặng, hôn mê kéo dài, hoặc cần thông khí nhân tạo dài ngày. Mặc dù giúp cải thiện hiệu quả điều trị và giảm biến chứng của đặt nội khí quản kéo dài, nhưng MKQ vẫn tiềm ẩn nhiều nguy cơ như chảy máu, nhiễm khuẩn, tắc canuyn, và các biến chứng muộn như hẹp khí quản.

Tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Đa khoa huyện Ba Vì, số lượng bệnh nhân

[1]*Bệnh viện Đa khoa Huyện Ba Vì*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Bình
Email: binhhoisuccapcuubavi@gmail.com
SĐT: 0395569668
Ngày nhận bài: 03/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 01/4/2025
Ngày duyệt bài: 02/5/2025

MKQ có xu hướng tăng rõ rệt trong những năm gần đây. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nhóm bệnh nhân này tại tuyến huyện. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân MKQ tại đây, từ đó rút ra kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được mở khí quản tại khoa Hồi sức cấp cứu từ tháng 01–09/2024.

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án và thời gian điều trị ≥24h.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Mở khí quản từ trước hoặc tại nơi khác.

Bệnh án thiếu dữ liệu.

Thời gian điều trị <24h.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu: 27 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

Cách thu thập số liệu: Từ hồ sơ bệnh án, mã hóa trên phiếu bệnh án nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, lý do vào viện, chẩn đoán, chỉ định MKQ, tình trạng MKQ, biến chứng, kết quả điều trị.

Phân tích: SPSS/Stata phiên bản 17.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự phê duyệt của Hội đồng khoa học và đạo đức bệnh viện. Dữ liệu bảo mật, sử dụng phục vụ cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 27 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, có kết quả nghiên cứu sau

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi >60: 92,6%, Nam: 66,7%, nữ: 33,3%, Tuổi trung bình: 71,0.

Bảng 1. Tiền sử bệnh lý

Nhóm bệnh lý	N	%
Nhóm bệnh lý hô hấp (COPD, hen phế quản, u phổi, xẹp phổi…)	6	22,2
Nhóm bệnh lý tim mạch (suy tim, THA, Rối loạn nhịp, đặt stent mạch vành…)	12	44,4
Nhóm bệnh lý thần kinh (AVM, Đột quỵ não, Chấn thương sọ não, u não, viêm não màng não…)	10	37,0
Nhóm bệnh lý ung bướu liên quan thanh - khí quản (u vùng hầu họng, u thực quản..)	3	11,1
Không có tiền sử bệnh lý	6	22,2

Trong nghiên cứu, bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tim mạch chiếm nhiều nhất với 12 bệnh nhân chiếm 44,4%, bệnh lý thần kinh có 10 bệnh nhân chiếm 37%, bệnh lý hô hấp có 6 bệnh nhân chiếm 22,2%, bệnh lý ung bướu 3 bệnh nhân chiếm 11,1%, bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý có 6 bệnh nhân chiếm 22,2%. Trong 27 bệnh nhân có 2 bệnh nhân có tiền sử 3 nhóm bệnh lý, 6 bệnh nhân có tiền sử 2 nhóm bệnh lý, 13 bệnh nhân có tiền sử 1 nhóm bệnh lý, 6 bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý.

Bảng 2. Tình trạng mở khí quản

Tình trạng mở khí quản	N	%
MKQ cấp cứu	3	11,1
MKQ thường quy	24	88,9
Tổng.	27	100,0

Trong nghiên cứu thì 3 bệnh nhân chiếm 11,1% là được mở khí quản với chỉ định mở cấp cứu, 24 bệnh nhân tương đương 88,9% là được mở khí quản với chỉ định mở khí quản thường quy.

3.2. Biến chứng mở khí quản

Bảng 3. Biến chứng khi mở khí quản

Biến chứng khi MKQ	N	%
Chảy máu	10	37
Tràn khí màng phổi	0	0,0
Tràn khí trung thất	0	0,0
Thủng thực quản.	0	0,0
Tổn thương dây thần kinh quặt ngược.	0	0,0
Không có biến chứng khi mở khí quản.	17	63

Quá trình mở khí quản thì biến chứng hay gặp nhất là chảy máu do tổn thương mạch máu tuyến giáp. Trong 27 bệnh nhân có 10 bệnh nhân chảy máu khi mở khí quản chiếm 37%.

Bảng 4. Biến chứng khi lưu canuyn

Biến chứng khi lưu canuyn	N	%
Chảy máu	4	14,8
Tràn khí dưới da	0	0,0
Tuột canuyn khỏi khí quản	5	18,5
Gãy canuyn	0	0,0
Tắc canuyn	6	22,2
Nhiễm khuẩn vết mở	4	14,8
Nhiễm khuẩn phế quản phổi	2	7,4
Xẹp phổi	0	0,0
Viêm loét khí quản, dò thực-khí quản	0	0,0
Không có biến chứng	7	25.9

Trong nghiên cứu, khi lưu canuyn điều trị, biến chứng gặp phải nhiều nhất là tắc canuyn có 6 bệnh nhân tương đương 22,2%, tuột canuyn khỏi khí quản có 5 bệnh nhân chiếm 18,5%, chảy máu và nhiễm khuẩn vết mở cùng có 4 bệnh nhân chiếm 14,8%, nhiễm khuẩn phế quản phổi có 2 bệnh nhân chiếm 7,4%. Trong số 27 bệnh nhân có 1 bệnh nhân có 2 biến chứng, 19 bệnh nhân có 1 biến chứng, 7 người không có biến chứng nào.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 5. Kết quả điều trị

Kết quả bệnh nhân sau điều trị	N	%
Bệnh nhân ổn định, ra viện	11	40,7
Chuyển viện hoặc nặng xin về	16	59,3
Tổng.	27	100,0

Trong số 27 bệnh nhân được mở khí quản thì có đến 16 bệnh nhân chiếm 59,3% chuyển viện hoặc bệnh chuyển biến nặng, gia đình xin về nhà, chỉ có 11 bệnh nhân ổn định ra viện với tỷ lệ 40,7%.

Bảng 6. Tình trạng bệnh nhân khi ra viện

Tình trạng lúc ra viện	N	%
Rút được canuyn	4	36,4
Không rút được canuyn	7	63,6
Tổng	11	100,0

11 bệnh nhân ổn định ra viện có 7 bệnh nhân lưu canuyn về nhà chiếm 63,6%, chỉ có 4 bệnh được rút canuyn sau đợt điều trị chiếm 36,4%.

Bảng 7. Tình trạng mở khí quản khi rút canuyn

Đặc điểm bệnh nhân sau rút canuyn	N	%
Bệnh nhân MKQ lại.	0	0,0
Bệnh nhân chưa phải MKQ lại.	4	100,0
Tổng	4	100,0

4 bệnh nhân được rút canuyn mở khí quản chưa ghi nhận ca nào phải mở khí quản lại.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu chỉ định mở khí quản gặp nhiều nhất ở nhóm người bệnh tiên lượng thở máy dài ngày có 14 bệnh nhân chiếm 51,9%, đứng thứ 2 là nhóm người bệnh có điểm Glassgow thấp - hôn mê sâu có 6 bệnh nhân chiếm 22,2 %, có 4 người bệnh có chỉ định mở khí quản do tuổi cao không thở được theo đường sinh lý và có 3 bệnh nhân chỉ định mở khí quản do đặt ống nội khí quản thất bại nguyên nhân do tắc nghẽn đường hô hấp trên.

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân MKQ tại tuyến huyện chủ yếu là người già (trên 60 tuổi chiếm 93%), thường mắc nhiều bệnh nền (tim mạch, thần kinh, hô hấp). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Giang (2010) [1] tại Bệnh viện Bạch Mai, nơi nhóm tuổi cao và bệnh nền là yếu tố phổ biến trong chỉ định MKQ.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ biến chứng khi lưu khí quản gặp nhiều nhất là tắc canuyn, có 6 trường hợp chiếm 22,2%, 5 bệnh nhân tuột canuyn chiếm 18,5%, chảy máu và nhiễm khuẩn vết mổ có 4 trường hợp có tỷ lệ chiếm 14,8%, nhiễm khuẩn phế quản phổi có 2 trường hợp chiếm 7,4%.

Tỷ lệ chảy máu khi mở khí quản là 37%, cao hơn nghiên cứu của Lê Đức Điệp (2001) [2] (17,3%) nhưng thấp hơn Nguyễn Thị Giang (41,6%). Điều này có thể do kinh nghiệm của phẫu thuật viên, hệ thống dụng cụ hoặc cơ địa người bệnh.

Tắc canuyn là biến chứng phổ biến nhất khi lưu (22,2%), chủ yếu xảy ra ở giai đoạn sau thở máy, khi bệnh nhân thở khí trời. Tỷ

lệ này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Tiến Quân (2020)[3].

Nhiễm khuẩn vết mở có 4 bệnh nhân chiếm 14,8%, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên của Nguyễn Thị Giang 38,9%12, Phạm Thị Huệ 17%14, sự khác biệt này có thể do bệnh viện mới chuyển sáng cở sở mới, điều kiện cơ sở tốt, bệnh nhân nặng chăm sóc ICU không nhiều, công tác chăm sóc của điều dưỡng đã được nâng cao.

Nhiễm khuẩn phế quản phổi có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 7,4% , tỷ lệ này tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Thị Giang 8,3%, thấp hơn so với hơn cứu của Phạm Thị Huệ [4] 44,7%. Sự khác biệt này có thể do nhóm người bệnh mở khí quản của chúng tôi nằm trong nhóm bệnh lý hô hấp như viêm phổi, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, nên khi nhập viện bệnh nhân đã có viêm phổi từ trước cũng như các trường hợp trong nghiên cứu không được làm đấy đủ cấy đờm trong quá trình điều trị do từng thời điểm bệnh viện hết môi trường nuôi cấy.

Tỷ lệ rút được canuyn thấp (36,4%), cho thấy nhiều bệnh nhân vẫn phụ thuộc MKQ khi ra viện – đặc biệt ở nhóm người cao tuổi, mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

V. KẾT LUẬN

MKQ thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi, mắc nhiều bệnh lý hô hấp, tim mạch, thần kinh.

Biến chứng hay gặp nhất trong mổ là chảy máu (37%), khi lưu là tắc canuyn (22,2%).

Tỷ lệ bệnh nhân điều trị ổn định ra viện là 40,7%, chỉ 14,8% được rút canuyn.

Nhiều trường hợp vẫn phải duy trì canuyn khi xuất viện.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần chuẩn hóa quy trình chăm sóc bệnh nhân MKQ tại khoa Hồi sức cấp cứu.

Đào tạo nâng cao kỹ thuật kiểm soát canuyn, giảm nguy cơ tắc, tuột và nhiễm khuẩn.

Xây dựng quy trình đánh giá điều kiện rút canuyn và theo dõi sau rút.

Nghiên cứu thêm về chất lượng sống của bệnh nhân MKQ sau xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Giang,** Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân mở khí quản tại khoa cấp cứu bệnh viện Bạch Mai, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 2010.
2. **Lê Đức Diệp,** Tìm hiểu các biến chứng của Mở khí quản ở người bệnh thở máy, Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2001.
3. **Đỗ Tiến Quân,** Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và các yếu tố liên quan của biến chứng mở khí quản, Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
4. **Phạm Thị Huệ** (2013), Đánh giá tình hình chăm sóc MKQ ở bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm tại bệnh viện Nhiệt đới trung ương, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.
5. **Al-Shathri Z, Susanto I.** Percutaneous Tracheostomy. Semin Respir Crit Care Med. 2018 Dec;39(6):720-730.
6. **Alidad A, Aghaz A, Hemmati E, Jadidi H, Aghazadeh K.** Prevalence of Tracheostomy and Its Indications in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tanaffos. 2019 Apr;18(4):285-293.

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ NHIỄM VIRUS VIÊM GAN B VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NHỮNG THAI PHỤ ĐẾN SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÓC SƠN NĂM 2021-2022

Tạ Văn Sứng[1], Đỗ Thị Hòa[1], Nguyễn Thị Thủy Thương[1], Đinh Thị Hoa[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Xác định tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B trên những thai phụ đến khám trước sinh và sinh con tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn năm 2021-2022; 2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ nhiễm viêm gan B trên nhóm thai phụ nghiên cứu tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn năm 2021-2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 4227 thai phụ đến khám sàng lọc trước sinh và đến sinh con tại khoa Sản bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn từ tháng 1/2021-10/2022.

Kết quả và kết luận:

1. Tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B trên những thai phụ đến khám sàng lọc trước sinh và đến sinh tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn năm 2021-2022 là 5.2 %.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm viêm gan B trên nhóm thai phụ nghiên cứu tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn năm 2021-2022.

- Tỉ lệ nhiễm HBV cao nhất ở nhóm thai phụ trên 30 tuổi (7.2%). Thấp nhất là nhóm tuổi < 25 tuổi (3.6 %).

- Tỉ lệ nhiễm HBV cao nhất ở nhóm thai phụ có nghề là nông dân (7.6 %). Tỉ lệ nhiễm HBV thấp nhất ở nhóm thai phụ có nghề buôn bán/nội trợ (4.3%).

- Tỉ lệ nhiễm HBV ở nhóm thai phụ sống ở thị trấn và các xã là tương đương nhau. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố nơi sinh sống với tỉ lệ nhiễm HBV ở nhóm thai phụ nghiên cứu.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn*
Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Sứng
Email: dohoaxn@gmail.com
SĐT: 098 4782922
Ngày nhận bài: 03/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 01/4/2025
Ngày duyệt bài: 02/5/2025

SUMMARY

STUDY ON THE HEPATITIS B VIRUS INFECTION PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PREGNANT WOMEN GIVING BIRTH AT SOC SON GENERAL HOSPITAL 2021–2022

Objectives: 1. To determine the hepatitis B virus (HBV) infection proportion among pregnant women attending antenatal care and giving birth at Soc Son General Hospital during the period of 2021–2022. 2. To assess factors associated with HBV infection prevalence in the study population of pregnant women at Soc Son General Hospital during the period of 2021–2022.

Participants and methods:

This is a cross-sectional descriptive study conducted on 4227 pregnant women who underwent antenatal screening and gave birth at the Department of Obstetrics, Soc Son General Hospital, from January 2021 to October 2022.

Results and conclusion:

1. The prevalence of HBV infection among the pregnant women who attended antenatal screening and delivered at Soc Son General Hospital during 2021–2022 was 5.2%.

2. Several factors were found to be associated with HBV infection prevalence in the study group:

- The highest HBV infection rate was observed in women aged over 30 years (7.2%), while the lowest was in women under 25 years (3.6%).

- The highest prevalence was recorded among women working as farmers (7.6%), and the lowest among those engaged in trading or homemaking (4.3%).

- The prevalence of HBV infection was comparable between women living in townships and those in rural communes. No significant association was found between place of residence and HBV infection in this population.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan B là một bệnh nhiễm trùng do vi rút tấn công gan, gây ra hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe và có thể dẫn đến tử vong do các biến chứng nguy hiểm như suy gan cấp, xơ gan, ung thư gan. Theo báo cáo toàn cầu về Viêm gan vi rút 2017 của tổ chức Y Tế Thế Giới, ước tính năm 2015 trên toàn cầu có khoảng 257 triệu người đang bị nhiễm virút viêm gan B mạn tính. Hơn 884.000 người tử vong mỗi năm phần lớn do các biến chứng cả xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Việt Nam là một trong các nước thuộc khu vực có tỉ lệ lưu hành vi rút viêm gan B (HBV) cao nhất thế giới, tỉ lệ mang HBV trong cộng đồng khoảng trên 8% và một trong các con đường lây truyền HBV chính là lây truyền từ mẹ sang con [1].

Ở nước ta, tính từ năm 1992 đến nay đã có các nghiên cứu thực hiện ở các bệnh viện lớn rải rác khắp cả nước nhằm xác định tỉ lệ HBsAg (+) ở đối tượng nghiên cứu là phụ nữ đang mang thai. Kết quả nghiên cứu được công bố của một số đề tài đó là: Nghiên cứu của tác giả Đào Thị Mỹ Phượng được thực hiện từ tháng 08/2013 đến 04/2014 trên 1010 thai phụ (TP) đại diện cho cộng đồng thai phụ tỉnh Bình Dương đưa ra tỉ lệ thai phụ mang HBV là 10,5%, nguy cơ lây truyền mẹ - con là 42,5% [2]; Nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh trên 601 trường hợp là phụ nữ độ tuổi từ 20 đến 35 đến khám tầm soát viêm gan B (VGB) tại phòng khám Nhiễm - Trung tâm Y khoa MEDIC từ tháng 2 -12 năm 2015, tỉ lệ mang HBV ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (20 – 35 tuổi) là 12,6% [3]. Theo số liệu thống kê từ Bộ Y Tế năm 2019, tỉ lệ mang HBV ở phụ nữ mang thai tại Việt Nam từ 10 – 20% và tỉ lệ mẹ lây nhiễm HBV cho con là từ 5 – 10%, trong đó có tới 90% trẻ chuyển sang VGB mạn tính [4].

Tại huyện Sóc Sơn, chưa thấy có nghiên cứu khảo sát đầy đủ về tỉ lệ nhiễm HBV cũng như nghiên cứu một số yếu tố liên quan ở thai phụ trên địa bàn huyện. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B và một số yếu tố liên quan trên những thai phụ đến sinh tại Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2021-2022" với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B trên những thai phụ đến khám trước sinh và sinh con tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn năm 2021-2022.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ nhiễm viêm gan B trên nhóm thai phụ nghiên cứu tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Trên 4227 thai phụ đến khám sàng lọc trước sinh và đến sinh tại khoa Sản, đồng thời được thực hiện xét nghiệm sàng lọc vi rút viêm gan B tại khoa Xét Nghiệm bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn từ tháng 1/2021-10/2022

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Tại khoa Sản, Bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2022 (22 tháng)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang để xác định tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan trên những thai phụ đến sinh tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu: Toàn bộ
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

+ Thu thập thông tin về thực trạng nhiễm vi rút VGB bằng cách xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu.

+ Thu thập thông tin về nhân khẩu học của thai phụ qua phỏng vấn theo các nội dung trong phiếu thu thập thông tin đã xây dựng.

+ Sinh phẩm thực hiện xét nghiệm test nhanh HBsAg của hãng ABON BIOPHARM. Một mẫu máu được xác định là nhiễm vi rút VGB khi HBsAg dương tính. (Theo Tài liệu Định nghĩa trường hợp bệnh truyền nhiễm của Bộ Y tế - 2016).

+ Các xét nghiệm này được tiến hành tại khoa Xét Nghiệm, Bệnh Viện Đa Khoa Sóc Sơn, sinh phẩm đạt chuẩn theo danh mục được bộ Y Tế cấp phép.

2.5. Các biến số nghiên cứu chính

Thông tin chung:

+ Tuổi: Phân bố theo lứa tuổi các sản phụ

+ Nghề nghiệp phân loại theo nhóm: Nông dân, công nhân, công chức, viên chức, nhân viên văn phòng/ ngân hàng/ giáo viên/ nhân viên y tế/ buôn bán/nội trợ

+ Nơi ở: thị trấn, vùng nông thôn

+ Kết quả xét nghiệm HBsAg

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được nhập liệu và xử lý phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B trên những thai phụ đến khám trước sinh và sinh con tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn năm 2021-2022



Hình 3.1. Tỉ lệ thai phụ nhiễm HBV (n=218)

Tỉ lệ nhiễm HBV ở thai phụ đến khám trước sinh và sinh con tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022 là 218 chiếm 5,2 %.

3.2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ nhiễm viêm gan B trên nhóm thai phụ nghiên cứu tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn năm 2021-2022

Bảng 3.1. Liên quan giữa độ tuổi với tỉ lệ nhiễm HBV

Nhóm tuổi	TP có XN HBsAg Âm tính (n=) n %	TP có XN HBsAg Dương tính (n=) n %	p
< 25 tuổi	1642 (96.4 %)	61 (3.6 %)	p< 0.05
25-30 tuổi	1258 (94.7 %)	71 (5.3 %)	
> 30 tuổi	1109 (92.8 %)	86 (7.2 %)	

Tuổi trung bình của nhóm thai phụ nghiên cứu là 27 (± 5.4). Tỉ lệ nhiễm HBV cao nhất ở nhóm thai phụ trên 30 tuổi (7.2 %) sau đó đến nhóm tuổi 25 - 30 tuổi (5.3%). Thấp nhất là nhóm tuổi < 25 tuổi (3.6 %). Sự khác biệt về tỉ lệ nhiễm HBV giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê (p< 0.05).

Bảng 3.2. Liên quan giữa nghề nghiệp với tỉ lệ nhiễm HBV

Đặc điểm nghề nghiệp	TP có XN HbsAg Âm tính (n=) n %	TP có XN HbsAg Dương tính (n =) n(%)	p
Nông dân	524 (92.4 %)	43 (7.6 %)	p< 0.05
Công nhân	2445 (95.2 %)	123 (4.8 %)	
Công chức, viên chức	292 (94.2 %)	18 (5.8 %)	
Buôn bán/ Nội trợ	748(95.7%)	34 (4.3 %)	

Tỉ lệ nhiễm HBV cao nhất ở nhóm thai phụ có nghề là nông dân (7.6%). Nhóm nghề nghiệp công chức, viên chức có tỉ lệ nhiễm HBV là 5.8%. Nhóm thai phụ là công nhân có tỉ lệ nhiễm là 4.8%. Tỉ lệ nhiễm HBV thấp nhất ở nhóm thai phụ có nghề buôn bán/nội trợ (4.3%). Sự khác biệt về tỉ lệ nhiễm HBV giữa các nhóm nghề có ý nghĩa thống kê (p < 0.05).

Bảng 3.3. Liên quan giữa nơi sinh sống với tỉ lệ nhiễm HBV

Đặc điểm nơi sinh sống	TP có XN HbsAg Âm tính (n=) n %	TP có HbsAg Dương tính (n=) n(%)	p
Thị Trấn	425 (94.7 %)	24 (5.3 %)	p = 0.84
Vùng các xã	3584 (94.9 %)	194 (5.1%)	> 0.05

Tỉ lệ nhiễm HBV ở nhóm thai phụ sống ở thị trấn và các xã là tương đương nhau. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố nơi sinh sống với tỉ lệ nhiễm HBV ở nhóm thai phụ nghiên cứu (p>0.05)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B trên những thai phụ đến khám trước sinh và sinh con tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn năm 2021-2022

Kết quả hình 3.1 cho thấy tỉ lệ thai phụ nhiễm HBV trong nghiên cứu của chúng tôi là 5.2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với số liệu thống kê từ Bộ Y tế năm 2019, tỉ lệ mang HBV ở phụ nữ mang thai tại Việt Nam từ 10 – 20% [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với một số nghiên cứu khác:

Nghiên cứu của tác giả Lê Đình Vĩnh Phúc và cộng sự tại thành phố Hồ Chí Minh trên 601 trường hợp là phụ nữ độ tuổi từ 20 đến 35 đến khám tầm soát VGB tại phòng khám Nhiễm - Trung tâm Y khoa MEDIC từ tháng 2 - 12 năm 2015, tỉ lệ mang HBV ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (20 – 35 tuổi) là 12,6% [3]. Nghiên cứu của tác giả Đào Thị Mỹ Phượng được thực hiện từ tháng 08/2013 đến 04/2014 trên 1010 thai phụ đại diện cho cộng đồng thai phụ tỉnh

Bình Dương đưa ra tỉ lệ thai phụ mang HBV là 10,5% [2]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thùy Linh được tiến hành từ tháng 10/2017 đến tháng 1/2020 trên 1721 thai phụ tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng đưa ra tỉ lệ thai phụ mang HBV mạn tính là 10,6 % [5].

Với các kết quả trên cho thấy, tỉ lệ nhiễm HBV của thai phụ ở các nghiên cứu trên đều cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này theo chúng tôi là do 2 thời điểm nghiên cứu cách nhau đã từ 5-9 năm; địa bàn và đối tượng nghiên cứu cũng không giống nhau, bên cạnh những yếu tố như kinh tế, phong tục, tập quán và môi trường sống của các thai phụ cũng khác nhau. Đặc biệt là sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng nghiên cứu là những thai phụ sinh sống trên địa bàn huyện Sóc Sơn. Đồng thời nhóm thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi dưới 30 tuổi chiếm hơn 70%, có thể ở độ tuổi dưới 30 các thai phụ đã được hưởng lợi ích từ việc tiêm phòng viêm gan B bắt đầu thực hiện tại Việt Nam từ năm 1997.

Tuy nhiên khi so sánh với kết quả nghiên cứu của chúng tôi với kết quả của một số nghiên cứu trên thế giới: nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2014 trên 260 phụ nữ mang thai đến khám thai tại 03 trung tâm Y tế ở Addis, Ababa, Ethiopi cho thấy có 4,7% thai phụ mang HBV [6]. Trong nghiên cứu được tiến hành trên 14.314 phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Shengjing thuộc Đại học Y Trung Quốc từ tháng 1 đến tháng 12 năm

2016, tỉ lệ lưu hành HBsAg ở những phụ nữ mang thai này là 3,1% (441/14314) [7]. Các kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do nhiều yếu tố, trong đó không loại trừ yếu tố địa lý và môi trường sống khác nhau có thể cho tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B khác nhau.

Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên đối tượng là các thai phụ đến đăng ký khám sàng lọc trước sinh và đến sinh tại bệnh viện Sóc Sơn nên chưa thể phản ánh được đầy đủ về tỉ lệ nhiễm VGB của toàn bộ thai phụ trên địa bàn huyện.

4.2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm viêm gan B trên nhóm thai phụ nghiên cứu tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn năm 2021-2022

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy tỉ lệ nhiễm HBV cao nhất ở nhóm thai phụ trên 30 tuổi (7.2%) sau đó đến nhóm tuổi 25 - 30 tuổi (5.3%). Thấp nhất là nhóm tuổi < 25 tuổi (3.6%). Sự khác biệt về tỉ lệ nhiễm HBV giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỉ lệ nhiễm HBV cao nhất ở nhóm tuổi trên 30. Trên một số nghiên cứu trên nhóm đối tượng khác tỉ lệ nhiễm virus VGB cũng cao hơn ở nhóm tuổi trên 30 và trên 40 như: nghiên cứu của tác giả Baha và cộng sự trên những người khỏe mạnh và những người đã từng truyền máu tại Ma Rốc năm 2011 cho thấy những người trên 40 tuổi có nguy cơ nhiễm vi rút VGB cao gấp 2,5 lần so với những người dưới 40 tuổi [8]. Tại Việt Nam, nghiên cứu về thực trạng nhiễm vi rút VGB trong cộng đồng cư dân tỉnh Quảng Bình năm 2017 còn cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút VGB cao nhất 31-40 tuổi [9].

Sự khác biệt về tỉ lệ nhiễm HBV giữa các nhóm tuổi có thể do nhiều yếu tố, trong đó không loại trừ yếu tố lứa tuổi trên 30 có mối quan hệ xã hội rộng rãi, tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố nguy cơ lây nhiễm virus VGB, bên cạnh đó cũng có thể do tỷ lệ cộng dồn của tỉ lệ nhiễm HBsAg dương tính trong khi quá trình âm hóa của HBsAg hoặc khả năng trung hòa của anti _HBs theo thời gian chưa hình thành. Đồng thời, có thể do nhóm tuổi trên 30 tại Việt Nam cũng được tiêm chủng phòng ngừa virus viêm gan B chưa nhiều.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi dưới 25 có tỉ lệ nhiễm thấp nhất là 3.6 % cũng có thể do đã được tiêm phòng viêm gan B nhiều vì tại Việt Nam đã bắt đầu thực hiện tiêm phòng viêm gan siêu vi B từ năm 1997. Tiêm phòng viêm gan siêu vi B đã được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng từ năm 2002 dành cho trẻ em dưới sáu tuổi. Như vậy, có thể nói nhóm tuổi điều tra trong nghiên cứu này đã bắt đầu được hưởng lợi ích từ tiêm phòng viêm gan siêu vi B trong chương trình tiêm chủng mở rộng.

Liên quan giữa nghề nghiệp với tỉ lệ nhiễm viêm gan B trên nhóm thai phụ nghiên cứu

Khi phân tích tỉ lệ nhiễm HBV của nhóm thai phụ nghiên cứu theo nghề nghiệp, kết quả bảng 3.2 cho thấy: Tỉ lệ nhiễm HBV cao nhất ở nhóm thai phụ có nghề là nông dân (7.6%). Nhóm nghề nghiệp công chức, viên chức có tỉ lệ nhiễm HBV là 5.8%. Nhóm thai phụ là công nhân có tỉ lệ nhiễm là 4.8%. Tỉ lệ nhiễm HBV thấp nhất ở nhóm thai phụ có nghề buôn bán/ nội trợ (4.3 %). Sự khác biệt

về tỉ lệ nhiễm HBV giữa các nhóm nghề có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Cường và cộng sự trên 2019 người dân từ 20-60 tuổi đang sinh sống làm các nghề khác nhau tại 24/159 xã, phường thuộc địa bàn tỉnh Quảng Bình năm 2016 – 2017 cho thấy tỷ lệ có sự khác biệt trong tình trạng nhiễm vi rút VGB của các nhóm nghề. Cụ thể, nhóm có tỷ lệ HBsAg (+) cao nhất là học sinh, sinh viên (13,79%), nhóm nông lâm/ ngư nghiệp (12,74%), buôn bán nội trợ (12,57%). Nhóm có tỷ lệ nhiễm VGB thấp nhất là công chức/viên chức/ công nhân (10,69%) [9].

Theo chúng tôi, có sự khác biệt về tỉ lệ nhiễm HBV giữa các nhóm nghề nghiệp có thể do đối tượng được xét nghiệm để sàng lọc trước sinh là những thai phụ trên địa bàn huyện Sóc Sơn, trong đó thành phần là nông dân và công nhân chiếm hơn 70% tổng số thai phụ, hơn nữa những thai phụ có điều kiện kinh tế tốt hơn hoặc có những diễn biến bất thường trong quá trình mang thai họ có thể chọn sinh con tại các bệnh viện tư nhân hoặc các bệnh viện tuyến trung ương chuyên khoa sâu hơn.

Liên quan giữa nơi sinh sống với tỉ lệ nhiễm viêm gan B trên nhóm thai phụ nghiên cứu

Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Cường và cộng sự trên 2019 người dân từ 20-60 tuổi đang sinh sống tại 24/159 xã, phường thuộc các khu vực sinh sống khác nhau bao gồm khu vực thành thị, nông thôn trên địa bàn tỉnh Quảng Bình năm 2016 - 2017 cho thấy tỷ lệ có sự khác biệt trong tình trạng nhiễm vi rút VGB của các nhóm này. Cụ thể, nhóm dân ở thành thị có tỷ lệ nhiễm vi rút VGB thấp hơn so với nhóm nông thôn (9,18% so với 13,5%) [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả nghiên cứu ở bảng 3.3 cho thấy tỉ lệ nhiễm HBV ở nhóm thai phụ sống ở thị trấn (5.3%) và các xã (5.1%) là tương đương nhau. Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố nơi sinh sống với tỉ lệ nhiễm HBV ở nhóm thai phụ nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B trên những thai phụ đến khám trước sinh và sinh con tại bệnh viện Đa Khoa Sóc Sơn năm 2021-2022 trong nghiên cứu của chúng tôi là 5.2 %.

- Tỉ lệ nhiễm HBV cao nhất ở nhóm thai phụ trên 30 tuổi (7.2%). Thấp nhất là nhóm tuổi < 25 tuổi (3.6%).

- Tỉ lệ nhiễm HBV cao nhất ở nhóm thai phụ có nghề là nông dân (7.6%). Tỉ lệ nhiễm HBV thấp nhất ở nhóm thai phụ có nghề buôn bán/ nội trợ (4.3%).

- Tỉ lệ nhiễm HBV ở nhóm thai phụ sống ở thị trấn và các xã là tương đương nhau. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố nơi sinh sống với tỉ lệ nhiễm HBV ở nhóm thai phụ nghiên cứu.

VI. KIẾN NGHỊ

Tăng cường tuyên truyền và giáo dục cho các thai phụ nói riêng và người dân nói chung về bệnh viêm gan B. Thực hiện xét nghiệm sàng lọc viêm gan B cho phụ nữ mang thai từ lần khám thai đầu tiên tại các bệnh viện để có kế hoạch quản lý và điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con

trên những thai phụ mang HBsAg dương tính. Các cở sở y tế tiếp tục triển khai và mở rộng quy mô tiêm chủng vắc xin VGVR B để người dân có thể dễ dàng tiếp cận và tiêm phòng viêm gan B

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2019), Quyết định 3310/QĐ-BYT 2019 hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh viêm gan vi rút B.
2. **Đào Thị Mỹ Phượng và cộng sự** (2016). Tỷ lệ nhiễm siêu vi viêm gan B ở thai phụ và các yếu tố liên quan tại tỉnh Bình Dương năm 2014. 1, 13(4), 20–23.
3. **Lê Đình Vĩnh Phúc và cộng sự** (2016). Nghiên cứu tỉ lệ và đặc điểm của nhiễm virus viêm gan B ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ từ 20 đến 35 tuổi tại trung tâm Y khoa Medic thành phố Hồ Chí Minh năm 2015.
4. **Cổng thông tin Bộ Y Tế.** Điểm tin y tế ngày 30/3/2019. <https://moh.gov.vn/diem-tin-y-te//asset_publisher/sqTagDPp4aRX/content/diem-tin-y-te-ngay-30-3-2019>, accessed: 06/04/2021.
5. **Nguyễn Thị Thùy Linh và cs** (2021). Thực trạng mang vi rút viêm gan B trên phụ nữ mang thai và kết quả can thiệp dự phòng tại thành phố Hải Phòng năm 2017-2020. Luận án tiến sĩ Y Tế Công Cộng, trường đại học Y Dược Hải Phòng.
6. **Kebede K.M., Abateneh D.D., and Belay A.S.** (2018). Hepatitis B virus infection among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and Meta-analysis of prevalence studies. BMC Infectious Diseases, 18(1), 322.
7. **Sheng Q.-J., Wang S.-J., Wu Y.-Y., et al.** (2018). Hepatitis B virus serosurvey and awareness of mother-to-child transmission among pregnant women in Shenyang, China: An observational study. Medicine, 97(22): e10931.
8. **Baha, W. et al.** (2013), "Prevalence and risk factors of hepatitis B and C virus infections among the general population and blood donors in Morocco", BMC Public Health. 13, p. 50.
9. **Nguyễn Đức Cường, Đỗ Quốc Tiệp, Lê Minh Tiến.** Một số đặc điểm nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng dân cư người lớn tại tỉnh Quảng Bình năm 2016-2017. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 27, số 8: 272. Tr.76-82

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP VẬT LÝ TRỊ LIỆU TẠI KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG – BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÓC SƠN NĂM 2023

Nguyễn Việt Thắng[1], Nguyễn Đặng Việt Hải[1], Nguyễn Thị Lệ Thuỷ[1], Phạm Thị Bích Xuân[1], Bùi Vân Anh[1]

TÓM TẮT

Đau thắt lưng là một vấn đề rất thường gặp trong đời sống con người, đặc biệt là ở nhóm đối tượng lao động sản xuất và người cao tuổi.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống bằng phương pháp vật lý trị liệu tại khoa PHCN – Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, có so sánh trước và sau điều trị. Đối tượng là 48 bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hoá cột sống. Liệu trình điều trị là 12 ngày.

Kết quả: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự cải thiện về tình trạng đau cột sống thắt lưng sau can thiệp PHCN, thể hiện bằng sự giảm điểm số mức độ đau, độ giãn cột sống thắt lưng và chức năng sinh hoạt hằng ngày (p<0,05).

Kết luận: PHCN có vai trò quan trọng không thể thiếu được trong điều trị đau cột sống thắt lưng do thoái hoá cột sống, giúp nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

Từ khoá: đau thắt lưng, PHCN.

SUMMARY

DESCRIPTION OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS, RESULTS OF TREATMENT OF LUMBAR PAIN DUE TO SPINAL DEGENERATION BY PHYSICAL THERAPY AT THE DEPARTMENT OF REHABILITATION - SOC SON GENERAL HOSPITAL IN 2023

Lumbar pain is a very common problem in human life, especially among production workers and the elderly.

Objective: To evaluate the results of treating low back pain due to spinal degeneration with physical therapy at the Department of Rehabilitation - Soc Son General Hospital in 2023.

Subjects and methods of research: cross-sectional descriptive study, intervention, and comparison of pre- and post-treatment results. Subjects were 48 patients diagnosed with low back pain due to spinal degeneration. The treatment course was 12 days.

Results: Our study demonstrated that rehabilitation intervention improved lumbar spine pain, as shown by a decrease in pain severity scores, an increase in lumbar spine extension, and improved daily living function (p<0.05).

Conclusion: Rehabilitation plays an essential role in the treatment of low back pain

[1]*Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Thắng
Email: lethuy95.hmu@gmail.com
SĐT: 0335330806
Ngày nhận bài: 03/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 01/4/2025
Ngày duyệt bài: 02/5/2025

due to spinal degeneration, helping to improve patients' quality of life.

Keywords: low back pain, rehabilitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng (ĐTL) là một vấn đề rất thường gặp trong đời sống con người, đặc biệt là ở nhóm đối tượng lao động sản xuất và người cao tuổi. Mặc dù ít gây nguy hiểm đến tính mạng, tuy nhiên tình trạng ĐTL là một vấn đề y học rất thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống và chi phí điều trị khQá tốn kém [1]. Vật lý trị liệu (VLTL) - phục hồi chức năng là các thủ thuật có tính an toàn cao, không gây sang chấn, không có tác dụng phụ, đối tượng chỉ định rộng rãi. Vì vậy vật lí trị liệu - phục hồi chức năng đang ngày càng được quan tâm và đóng vai trò quan trọng, với mục đích giải phóng người bệnh khỏi nỗi đau đớn, tránh đau kéo dài thành mạn tính và trả người bệnh về với công việc và cuộc sống sinh hoạt với chất lượng tốt hơn [2]. Tại Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn, Khoa phục hồi chức năng hàng năm tiếp đón tới hàng nghìn lượt bệnh nhân ĐTL, việc điều trị bằng vật lí trị liệu - phục hồi chức năng đã có hiệu quả, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị này, do vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu: ***Đánh giá kết quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng phương pháp vật lý trị liệu tại khoa PHCN – Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn năm 2023.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hoá cột sống vào điều trị tại khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn thời gian từ tháng 9/2022 – tháng 9/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hoá cột sống ở giai đoạn bán cấp và mạn tính, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, Xquang cột sống thắt lưng (CSTL) có hình ảnh thoái hoá cột sống.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đau thắt lưng có hội chứng chèn ép/ tổn thương rễ thần kinh, đuôi ngựa, bệnh nhân đau thắt lưng do một bệnh toàn thể, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ quá trình điều trị.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, có so sánh trước và sau điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện gồm 48 bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

Phương pháp tiến hành nghiên cứu: Điều trị VLTL – PHCN bằng các phương pháp: đắp parafin, điện xung, xoa bóp, kéo giãn cột sống, thời gian mỗi phương pháp 20 phút/ lần x 01 lần/ ngày.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Mức độ đau, độ giãn cột sống thắt lưng, tầm vận động cột sống thắt lưng, sự cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày.

Xử lý số liệu: Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0

Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu hoàn toàn vì mục đích khoa học, không vì mục đích khác, tất cả các số liệu được thu thập trung thực và tính toán đảm bảo chính xác, đề tài đã được thông qua hội đồng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Kết quả thay đổi mức độ đau

Nhận xét: Sau điều trị, mức độ giảm đau ở các bệnh nhân nghiên cứu là rõ rệt và có có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 1. Sự cải thiện độ giãn CSLT sau điều trị

Thời gian / Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	(%)	n	(%)
Tốt	0	0	31	64,6
Khá	2	4,2	14	29,2
Trung bình	25	52,1	3	6,2
Kém	21	43,7	0	0
Tổng	48	100	48	100
p	< 0,05		< 0,05	

Nhận xét: Nhận thấy có sự cải thiện rõ rệt về độ giãn cột sống thắt lưng sau điều trị (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05).

Bảng 2. Sự cải thiện tầm vận động CSLT sau điều trị

Thời gian / Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	(%)	n	(%)
Tốt	0	0	31	64,6
Khá	5	10,4	15	31,3
Trung bình	28	58,3	2	4,1
Kém	15	31,3	0	0
Tổng	**48**	**100**	**48**	**100**
p	< 0,05		< 0,05	

Nhận xét: Nhận thấy có sự cải thiện rõ rệt về tầm vận động cột sống thắt lưng sau điều trị (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05).

Bảng 3. Cải thiện các chức năng SHHN sau điều trị

Thời gian / Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
Tốt	2	4,2	35	72,9
Khá	22	45,8	11	22,9
Trung bình	23	47,9	2	4,2
Kém	1	2,1	0	0
Tổng	**48**	**100**	**48**	**100**
p	<0,05		<0,05	

Nhận xét: Nhận thấy có sự cải thiện rõ rệt về chức năng SHHN của bệnh nhân sau điều trị (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05).



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị chung

Nhận xét: Sau điều trị, số bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm 79,2%, khá chiếm tỷ lệ 18,8%, có 2,0% bệnh nhân đạt kết quả trung bình, không có bệnh nhân nào có kết quả kém.

IV. CẢI THIỆN VỀ MỨC ĐỘ ĐAU

Đau là một cơ chế bảo vệ của cơ thể. Cảm giác đau xuất hiện tại một vị trí nào đó khi bị tổn thương, nó tạo nên một đáp ứng nhằm loại trừ tác nhân gây đau. Hầu như tất cả các bệnh đều có triệu chứng đau. Khả năng chẩn đoán bệnh thường phụ thuộc nhiều vào kiến thức về đau của các thầy thuốc [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ đau nhẹ và không đau chiếm tỷ lệ cao 89,6%, còn 10,4% bệnh nhân có mức đau vừa, không có bệnh nhân nào thuộc mức độ đau nặng. Sự cải thiện mức độ đau sau điều trị so với trước điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Nguyễn Thị Thanh Huyền (2013) cho kết quả sau điều trị có 80,4% bệnh nhân có mức đau nhẹ và không đau, 19,6% bệnh nhân đau vừa, không có bệnh nhân đau mức độ nặng [3].

Cải thiện về độ giãn cột sống thắt lưng sau điều trị

Kết quả của chúng tôi cho thấy tại thời điểm trước điều trị, 95,8% bệnh nhân có độ giãn CSTL ở mức độ trung bình (52,1%) và kém (43,7%), có 4,2% bệnh nhân có độ giãn CSTL mức khá, không có bệnh nhân nào đạt mức độ tốt. Kết quả này phù hợp với mức độ đau của bệnh nhân, phần lớn bệnh nhân có mức độ đau trung bình và các bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn bán cấp. Sau điều trị, tỉ lệ bệnh nhân có độ giãn cột sống thắt lưng mức khá tốt tăng lên 93.8%, còn 6.2% bệnh nhân ở mức trung bình, không có bệnh nhân nào thuộc mức độ kém.

Cải thiện tầm vận động CSTL

Sau điều trị, tỉ lệ bệnh nhân có mức độ vận động CSTL thuộc mức khá tốt tăng lên 95,9%, còn 4,1% bệnh nhân ở mức trung bình, không có bệnh nhân nào thuộc mức độ kém. Sự cải thiện về mức độ vận động CSTL sau điều trị so với trước điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Từ đó cho thấy các phương pháp vật lý trị liệu có tác dụng cải thiện mức độ vận động của bệnh nhân ĐTL do THCS.

Cải thiện về chức năng sinh hoạt hàng ngày

Để đánh giá ảnh hưởng của TVĐĐCSTL

đến các chức năng SHHN, chúng tôi đánh giá 4 trong số 10 câu hỏi trong bộ câu hỏi Oswestry bao gồm chăm sóc cá nhân, đi bộ, ngồi và đứng.

Sau điều trị, lượng giá về chức năng SHHN của bệnh nhân chủ yếu ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ 72,9%, không có bệnh nhân nào thuộc mức độ kém. Từ đó cho thấy các phương pháp vật lý trị liệu cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày (các hoạt động chăm sóc cơ bản như: tắm giặt, ăn uống, hoạt động ngồi, đứng, đi) của bệnh nhân ĐTL do THCS so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Kết quả điều trị chung

Việc đánh giá hiệu quả điều trị ĐTL của bất kỳ một phương pháp nào không chỉ dựa vào một khía cạnh đơn thuần như: giảm mức độ đau hơn hay cải thiện tầm vận động CSTL… mà bao gồm tổng hòa cả nhiều khía cạnh ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Chính vì vậy trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá kết quả điều trị dựa trên các chỉ số: mức độ đau, độ giãn CSTL, tầm vận động CSTL (nghiêng, gấp, duỗi), sự cải thiện các chức năng sinh hoạt hằng ngày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau điều trị tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt, khá 98% (trong đó tốt 79,2%, khá 18,8%), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đoàn tại khoa PHCN – Bệnh viện Vinmec Timescity năm 2021 đánh giá kết quả điều trị cho 88 bệnh nhân ngoại trú bị thoái hóa cột sống cổ (46 bệnh nhân, chiếm 52,3%) và cột sống thắt lưng (42 bệnh nhân, chiếm 47,7%) bằng phương pháp vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, kết quả điều trị khỏi và đỡ 95,4% [4].

V. KẾT LUẬN

Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ đau nhẹ và không đau chiếm tỷ lệ cao 89,6%, tỉ lệ bệnh nhân có độ giãn cột sống thắt lưng mức khá tốt tăng lên 93.8%, tỉ lệ bệnh nhân có mức độ vận động CSTL thuộc mức khá tốt tăng lên 95,9%, tỉ lệ bệnh nhân có mức độ vận động CSTL thuộc mức khá tốt tăng lên 95,9%, lượng giá về chức năng SHHN của bệnh nhân chủ yếu ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ 72,9%.

Sau điều trị, kết quả điều trị chung đạt: 98% bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá, trong đó kết quả tốt chiếm 79,2%, khá chiếm 18,8%, có 2,0% bệnh nhân đạt kết quả trung bình, không có bệnh nhân nào có kết quả kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân** (2002), Đau vùng thắt lưng, Bệnh thấp khớp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 374 - 395.
2. **Vũ Quang Bích** (2001), Phòng và chữa các chứng bệnh đau lưng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2006, 1141, 29-33, 52-53, 62, 86-88.
3. **Nguyễn Thị Thanh Huyền** (2013). Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng các kỹ thuật vật lý trị liệu kết hợp thay đổi nhận thức hành vi. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Văn Đoàn** (2021). Đánh giá kết quả điều trị thoái hoá cột sống cổ và cột sống thắt lưng tại khoa PHCN - Bệnh viện Vinmec Times City bằng các phương pháp vật lý trị liệu. Tạp chí y học, Hà Nội.

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT KHÁM, ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÓC SƠN

Nguyễn Anh Tuấn[1], Lê Thị Thảo[1], Đào Thị Mai Hương[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiền đái tháo đường là tình trạng bệnh lý khi nồng độ glucose máu cao hơn bình thường nhưng chưa đạt tiêu chí chẩn đoán đái tháo đường. Tiền đái tháo đường có xu hướng gia tăng, đặc biệt là ở những người có tăng huyết áp. Một người bệnh mắc cả tiền đái tháo đường và tăng huyết áp sẽ gia tăng biến cố tim mạch và các biến chứng khác. Ở giai đoạn tiền đái tháo đường, người bệnh thường không có biểu hiện lâm sàng nên việc phát hiện sớm tiền đái tháo đường là rất quan trọng nhằm giảm gánh nặng các biến chứng. Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ tiền đái tháo đường và một số yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường ở người bệnh tăng huyết áp nguyên phát khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 357 người bệnh tăng huyết áp quản lý ngoại trú tại bệnh viên đa khoa Sóc Sơn.

Kết quả: Người bệnh tăng huyết áp mắc tiền đái tháo đường chiếm 37,3%. Người bệnh mắc tiền đái tháo đường có các biểu hiện lâm sàng như thèm ăn, đi tiểu nhiều là 1,5% và biểu hiện uống nhiều, khát nước nhiều là 0,8%. Nam giới tăng huyết áp có tỷ lệ mắc tiền tiền đái tháo đường/ đái tháo đường cao gấp 2,09 lần so với nữ giới.

Khuyến nghị: Cần chủ động sàng lọc phát hiện sớm tiền đái tháo đường ở người bệnh tăng huyết áp.

Từ khóa: tiền đái tháo đường, bệnh viện đa khoa Sóc Sơn.

SUMMARY

DETERMINING THE RATE OF PREDIABETES AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION EXAMINATION, OUTPATIENT TREATMENT AT SOC SON GENERAL HOSPITAL

Background: Prediabetes is a medical condition in which blood glucose levels are higher than normal but do not meet the criteria for a diagnosis of diabetes. Prediabetes tends to increase, especially in people with high blood pressure. A person with both prediabetes and high blood pressure has an increased risk of cardiovascular events and other complications. In the pre-diabetes stage, patients often have no clinical symptoms, so early detection of pre-diabetes is very important to reduce the burden of complications. The study aimed to determine the rate of prediabetes and some factors related to prediabetes in primary hypertensive patients examined and treated as outpatients at Soc Son General Hospital.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn
Email: lethao.bvss@gmail.com
SĐT: 0382462318
Ngày nhận bài: 03/3/2025
Ngày phản biện khoa học: 01/4/2025
Ngày duyệt bài: 02/5/2025

Subjects and research methods: Cross-sectional descriptive study on 357 hypertensive patients treated as outpatients at Soc Son General Hospital.

Results: Hypertensive patients with prediabetes accounted for 37,3%. Patients with prediabetes have clinical manifestations such as increased appetite and frequent urination in 1,5% and increased drinking, thirst in 0,8%. Hypertensive men had a 2,09 times higher rate of prediabetes/diabetes than women.

Recommendation: It is necessary to proactively screen for early detection of prediabetes in Hypertensive patients.

Keywords: prediabetes, Soc Son General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền đái tháo đường và tăng huyết áp là hai bệnh lý mạn tính có xu hướng ngày càng gia tăng ở trên Thế giới và tại Việt Nam. Một người bệnh mắc cả tiền đái tháo đường (ĐTĐ) và tăng huyết áp sẽ gia tăng biến cố tim mạch và các biến chứng khác. Ở giai đoạn tiền đái tháo đường, người bệnh (NB) thường không có biểu hiện lâm sàng nên việc phát hiện sớm tiền đái tháo đường là rất quan trọng nhằm ngăn ngừa trở thành đái tháo đường thực sự, giảm gánh nặng các biến chứng của bệnh. Tại Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn đã thực hiện quản lý điều trị ngoại trú cho người bệnh tăng huyết áp. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu " Xác định tỷ lệ tiền đái tháo đường và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp nguyên phát khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn" với 2 mục tiêu:

1.Xác định tỷ lệ tiền đái tháo đường ở người bệnh tăng huyết áp nguyên phát khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2024.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường/đái tháo đường ở người bệnh tăng huyết áp nguyên phát khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại phòng khám quản lý tăng huyết áp bệnh viện đa khoa Sóc Sơn có kết quả xét nghiệm sinh hóa máu. Thời gian: từ tháng 4 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được bác sỹ chẩn đoán tăng huyết áp và đang điều trị quản lý tăng huyết áp ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn có kết quả xét nghiệm glucose huyết tương lúc đói (nhịn ăn ít nhất 8 giờ trước khi làm xét nghiệm), đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ trước đó.

Người bệnh đang sử dụng các thuốc có ảnh hưởng tới glucose máu (glucocorticoid, Corticoid, thuốc tránh thai, thuốc lợi tiểu thiazide,…).

Người bệnh mắc kèm một số bệnh lý khác có ảnh hưởng tới glucose máu như : xơ gan, suy tim nặng, bệnh tế bào hình liềm, thiếu glucose-6-phosphate dehydrogenase,…

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

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n = Số người bệnh tối thiểu cần nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2}$ = Hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% (mức ý nghĩa = α = 0,05) thì $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96

p: là ước lượng tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp mắc tiền ĐTĐ. Nhóm nghiên cứu chọn p=0,66 (Nghiên cứu của Phạm Hữu Tiến và cộng sự tại Bệnh viện quận Bình Thạnh năm 2022, tỷ lệ mắc tiền đái tháo đường trên những người bệnh tăng huyết áp là 66%) [2].

d: Sai số chấp nhận được ước lượng (chọn d = 0,05)

Áp dụng công thức trên: Tính ra số lượng người bệnh tối thiểu cần nghiên cứu là n = 345 người bệnh. Thực tế số người bệnh tăng huyết áp tham gia nghiên cứu là 357 người.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đến khám tại phòng khám quản lý tăng huyết áp Khoa Khám bệnh cho đến khi đủ số lượng mẫu.

Tiêu chuẩn đánh giá: Chẩn đoán tiền đái tháo đường khi Glucose huyết tương lúc đói từ 5,6 mmol/L đến 6,9 mmol/L. Chẩn đoán đái tháo đường khi Glucose huyết tương lúc đói từ ≥ 7,0 mmol/L (> 125mg/dL)

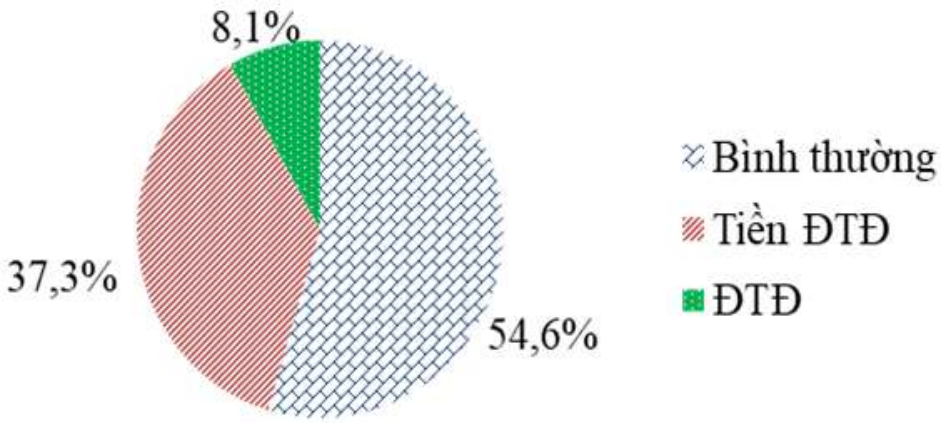
Xử lý và phân tích số liệu: Nhập số liệu bằng phần phềm Epidata 3.1. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng khoa học kỹ thuật của bệnh viện đa khoa Sóc Sơn và được sự chấp thuận của người bệnh. Những thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

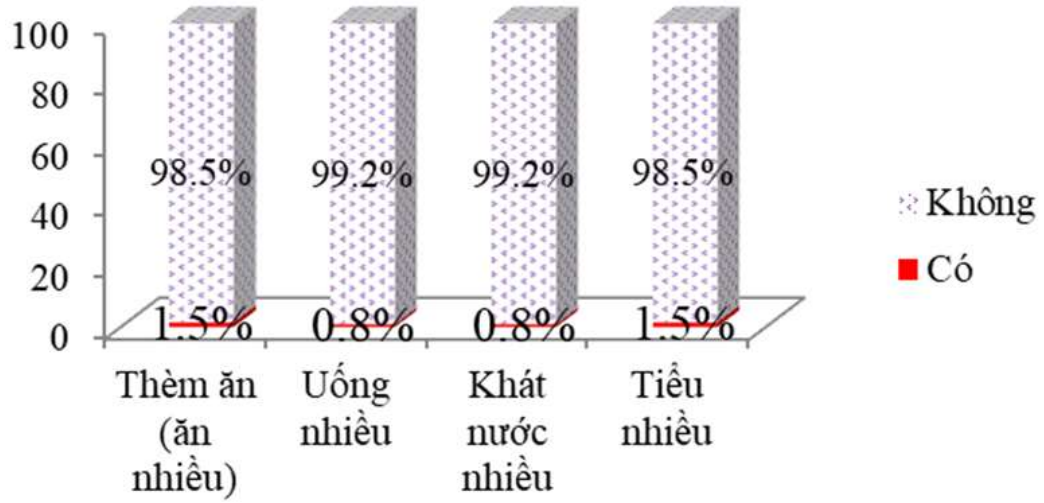
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 69,45 ± 9,66 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 61,6%, nữ giới chiếm tỷ lệ 38,4%.

3.2. Tỉ lệ mắc tiền đái tháo đường trên NB tăng huyết áp



Biểu đồ 1: Tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ trên người bệnh tăng huyết áp

Nhận xét: Tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ trên người bệnh tăng huyết áp là 37,3%



Biểu đồ 2: Tỷ lệ NB tiền ĐTĐ có biểu hiện triệu chứng lâm sàng của bệnh ĐTĐ

Nhận xét: Tỷ lệ NB mắc tiền ĐTĐ có các biểu hiện lâm sàng của bệnh ĐTĐ rất ít như biểu hiện thèm ăn chỉ chiếm 1,5%, biểu hiện uống nhiều và khát nước nhiều đều chiếm 0,8%, biểu hiện đi tiểu nhiều chiếm 1,5%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường/đái tháo đường trên NB tăng huyết áp

Bảng 1. Mối liên quan giữa tiền ĐTĐ/ĐTD với nhóm tuổi của người bệnh tăng huyết áp

		Tiền ĐTĐ/ĐTĐ (glucose huyết từ 5,6 mmol/l trở lên)		p, OR, CI95%
		Có	Không	
Nhóm tuổi	Dưới 60 tuổi	20 (40,8%)	29 (59,2%)	p=0,29; OR=0,8; CI95% (0,44-1,49)
	≥ 60 tuổi	142 (46,1%)	166 (53,9%)	

Nhận xét: Tỷ lệ NB tăng huyết áp mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ ở nhóm những NB từ 60 tuổi trở lên chiếm 46,1% và ở nhóm những NB dưới 60 tuổi là 40,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 2. Mối liên quan giữa tiền ĐTĐ/ĐTĐ với giới tính của NB tăng huyết áp

Đặc điểm giới tính		Tiền ĐTĐ/ĐTĐ		p, OR, CI95%
		Có	Không	
Giới tính	Nam	115 (52,3%)	105 (47,7%)	p=0,001; OR=2,09; CI95%(1,35- 3,26)
	Nữ	47 (34,3%)	90 (65,7%)	

Nhận xét: Nhóm người bệnh nam giới tăng huyết áp có tỷ lệ NB mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ cao gấp 2,09 lần so với nhóm người bệnh là nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [p <0,05; OR=2,09; CI95% (1,35- 3,26)].

Bảng 3. Mối liên quan giữa tiền ĐTĐ/ĐTĐ với chỉ số khối cơ thể của NB tăng huyết áp

Chỉ số khối cơ thể (BMI)	Tiền ĐTĐ/ĐTĐ		p
	Có	Không	
< 18,5	04 (57,1%)	03 (42,9%)	p=0,00
từ 18,5 - 22,99	66 (36,9%)	113 (63,1%)	
≥ 23	92 (53,8%)	79 (46,2%)	

Nhận xét: BMI của người bệnh tăng huyết áp có liên quan đến tiền đái tháo đường/đái tháo đường. Ở nhóm NB tăng huyết áp thừa cân (BMI cao từ 23) có tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ chiếm 53,8%; ở nhóm NB có chỉ số khối cơ thể thiếu cân (BMI <18,5) có tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ chiếm 57,1% và nhóm NB chỉ số khối cơ thể ở mức bình thường có tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ là 36,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p <0,05)

Bảng 4. Mối liên quan giữa tiền ĐTĐ/ĐTĐ với tình trạng hút thuốc lá của NB

		Tiền ĐTĐ/ĐTĐ		p, OR, CI95%
		Có	Không	
Hút thuốc lá	Có	72 (51,1%)	69 (48,9%)	p = 0,05; OR= 1,46; CI95% (0,95- 2,24)
	Không	90 (41,7%)	126 (58,3%)	

Nhận xét: Nhóm người bệnh tăng huyết áp hút thuốc lá có tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ cao gấp 1,46 lần so với ở nhóm người bệnh tăng huyết áp không hút thuốc lá [p =0,05; OR=1,46; CI95% (0,95- 2,24)].

Bảng 5. Mối liên quan giữa tiền ĐTĐ/ĐTĐ với khoảng thời gian được chẩn đoán điều trị tăng huyết áp

		Tiền ĐTĐ/ĐTĐ		p
		Có	Không	
NB được chẩn đoán tăng HA từ cách đây	< 1 năm	03 (50%)	03 (50%)	p = 0,95
	1-2 năm	05 (38,5%)	08 (61,5%)	
	> 2-5 năm	14 (43,8%)	18 (56,2%)	
	> 5 năm	140 (45,8%)	166 (54,2%)	

Nhận xét: Sự khác biệt về tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ ở các nhóm có thời gian đã được chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp khác nhau không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 6. Mối liên quan giữa tiền ĐTĐ/ĐTĐ với yếu tố gia đình của NB tăng huyết áp

Yếu tố di truyền trong gia đình		Tiền ĐTĐ/ĐTĐ		p, OR, CI95%
		Có	Không	
Gia đình có người mắc bệnh ĐTĐ (bố, mẹ, anh chị em ruột, con ruột)	Có	35 (42,7%)	47 (57,3%)	p = 0,33; OR= 0,87 CI95% (0,53-1,43)
	Không	127 (46,2%)	148 (53,8%)	

Nhận xét: Sự khác biệt về tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ ở nhóm những người có yếu tố gia đình có và không có người mắc đái thái tháo đường không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ mắc tiền đái tháo đường trên NB tăng huyết áp

Tỷ lệ NB tăng huyết áp mắc tiền ĐTĐ chiếm 37,3%. So sánh tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ ở Việt Nam trong một số nghiên cứu trước, thì tỉ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ tại bệnh viện tim mạch thành phố Cần Thơ (58,3%) [1] và bệnh viện quận Bình Thạnh (66%) [2]. Nghiên cứu của Tô Văn Tuấn, tỉ lệ người bệnh tăng huyết áp mắc tiền ĐTĐ là 25,8% [3]. Kết quả này cho thấy tăng huyết áp có ảnh hưởng đến tiền ĐTĐ ở Việt Nam.

Những người bệnh tăng huyết áp có kết quả xét nghiệm glucose huyết ở giai đoạn tiền ĐTĐ nhưng thường không có các biểu hiện triệu chứng lâm sàng.Tỷ lệ NB tăng huyết áp mắc tiền ĐTĐ có các biểu hiện lâm sàng của bệnh ĐTĐ rất ít như biểu hiện thèm ăn chỉ chiếm 1,5%, biểu hiện uống nhiều và khát nước nhiều đều chiếm 0,8%, biểu hiện đi tiểu nhiều chiếm 1,5%. Kết quả này cho thấy, trong quá trình khám chữa bệnh cho NB tăng huyết áp nhân viên y tế cần chủ động tư vấn với NB để làm xét nghiệm sàng lọc sớm tiền ĐTĐ trước khi NB có biểu hiện triệu chứng lâm sàng của bệnh ĐTĐ.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường/đái tháo đường trên NB tăng huyết áp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi không liên quan đến tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ. Kết quả này tương đồng so với với kết quả nghiên cứu tại bệnh viện tim mạch thành phố Cần Thơ [1] và bệnh viện quận Bình Thạnh [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình trong cộng đồng người dân có độ tuổi từ 30- 69 tuổi tại Tỉnh Nghệ An, độ tuổi càng tăng thì tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ càng tăng (p< 0,05)[4]. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên phạm vi những người bệnh tăng huyết áp được quản lý điều trị tại đơn vị. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng so với một số nghiên cứu khác được thực hiện trên NB tăng huyết áp.

Nhóm người bệnh nam giới tăng huyết áp có tỷ lệ NB mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ cao gấp 2,09 lần so với nhóm người bệnh là nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [p <0,05; OR=2,09; CI95% (1,35- 3,26)]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Hữu Tiến tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ ở nhóm nam cao hơn ở nhóm nữ với p>0,05 [2] và nghiên cứu của Lâm Chí Hiếu thì tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ ở nam thấp hơn nữ với p >0,05[1].Nguyên nhân sự khác biệt trên có thể do số lượng mẫu nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu đã báo cáo. Kết quả này gợi ý cho cán bộ nhân viên y tế cần chủ động tư vấn cho NB tăng huyết áp là nam giới hơn trong việc thực hiện sàng lọc sớm tiền ĐTĐ.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) của người bệnh tăng huyết áp có liên quan đến tiền đái tháo đường. Ở nhóm những NB tăng huyết áp có thừa cân (BMI cao từ 23) và nhóm những người bệnh tăng huyết áp thiếu cân (BMI < 18,5) có tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ cao hơn so với nhóm có chỉ số khối cơ thể ở mức bình thường (BMI từ 18,5 -22,99), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p <0,05). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với kết quả nghiên cứu của Phạm Hữu Tiến ở chỗ nhóm những NB thừa cân có tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ cao hơn so với nhóm những NB có BMI ở mức bình thường [2]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của Phạm Hữu Tiến chưa báo cáo tỷ lệ tiền ĐTĐ trên những người thiếu cân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự so với kết quả nghiên cứu của Lâm Chí Hiếu, nhóm những NB thừa cân có tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ cao hơn so với nhóm

những NB có BMI ở mức bình thường [1]. Một số báo cáo nghiên cứu trước đây cũng cho thấy những người thừa cân có nguy cơ mắc tiền ĐTĐ cao hơn so với những người có cân nặng bình thường. Tuy nhiên các nghiên cứu trước hầu như chưa báo cáo những người thiếu cân có nguy cơ mắc tiền ĐTĐ như thế nào so với những người có cân nặng bình thường. Điều này cho thấy nghiên cứu của chúng tôi đã phân tích đầy đủ các nhóm đối tượng có chỉ số BMI khác nhau giúp đảm bảo độ tin cậy, chính xác của kết quả nghiên cứu. Từ kết quả này gợi ý có các bác sỹ lâm sàng cần chú ý đến việc sàng lọc tiền ĐTĐ cho NB tăng huyết áp, đặc biệt chú ý đền đối tượng có cân nặng thừa cân và thiếu cân.

Nhóm người bệnh tăng huyết áp hút thuốc lá có tỷ lệ mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ cao gấp 1,46 lần so với ở nhóm người bệnh tăng huyết áp không hút thuốc lá [p =0,05; OR=1,46]. Kết quả nghiên cứu này gần tương đồng so với với kết quả nghiên cứu của Phạm Hữu Tiến (OR= 1,81, p=0,19) [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tư như kết quả nghiên cứu của Tô Văn Tuấn không có mối liên quan giữa tiền ĐTĐ với tình trạng hút thuốc lá [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ trên người bệnh tăng huyết áp không liên quan đến thời gian NB tăng huyết áp đã được chuẩn đoán, điều trị bệnh tăng huyết áp và không liên quan yếu tố di truyền trong gia đình.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 357 người bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn, tỉ lệ mắc tiền đái tháo đường trên người bệnh tăng huyết áp là khá cao, hầu hết người bệnh mắc tiền đái tháo đường không có triệu chứng lâm sàng của bệnh đái tháo đường.Cần sàng lọc sớm tiền đái tháo đường ở người bệnh tăng huyết áp nam giới, người bệnh thừa cân, thiếu cân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Chí Hiếu, Đoàn Thị Tuyết Ngân** (2023), Nghiên cứu tỉ lệ tiền đái tháo đường và một số yếu tố liên quan đến tiền đái tháo đường ở bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa khám bệnh, Bệnh viện tim mạch thành phố Cần Thơ năm 2022-2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 64: p. 174-180
2. **Phạm Hữu Tiến** (2022), Nghiên cứu tỉ lệ và yếu tố liên quan tiền đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp tại bệnh viện quận Bình Thạnh năm 2022. Tạp chí y học Việt Nam, 02(515): p. 315 - 319.
3. **Tô Văn Tuấn, Nguyễn Thắng Đào, Nguyễn Thượng Lễ và cộng sự** (2022), Rối loạn đường huyết và tiền đái tháo đường trên người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp. Tạp chí y học Việt Nam, tập 520 (1A).
4. **Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Tuấn, Lê Anh Tú** (2022), Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường, tiền đái tháo đường ở tuổi 30- 69 tuổi và một số yếu tố nguy cơ trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2020, Tạp chí nội tiết và đái tháo đường, số 56 (23).