

7. **Chaturvedi SK, Manche Gowda S, Ahmed HU, et al.** More anxious than depressed: prevalence and correlates in a 15-nation study of

anxiety disorders in people with type 2 diabetes mellitus. *Gen Psychiatr.* 2019;32(4):e100076. doi:10.1136/gpsych-2019-100076

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TIỀN ĐÌNH

Vũ Minh Hải^{1,2}, Lê Thị Thu Hà^{1,2}, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng rối loạn trầm cảm ở người bệnh rối loạn chức năng tiền đình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 175 người bệnh được chẩn đoán rối loạn chức năng tiền đình điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nữ chiếm 69,7%, độ tuổi trung bình $57,2 \pm 13,6$; nơi sinh sống chủ yếu ở nông thôn (65,1%). Có 23,4% người bệnh có rối loạn trầm cảm theo ICD-10. Trong các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm, giảm năng lượng, tăng sự mệt mỏi và mất mọi quan tâm thích thú là hay gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 95,1%, 92,7%. Trong các triệu chứng phổ biến của trầm cảm, rối loạn ăn uống, giảm sút sự tập trung chú ý và rối loạn giấc ngủ chiếm tỷ lệ rất cao lần lượt là 95,1%, 92,7% và 85,4%. Trầm cảm nặng lên vào buổi sáng là triệu chứng cơ thể thường gặp nhất. **Kết luận:** Trầm cảm là rối loạn tâm thần thường gặp ở người bệnh rối loạn chức năng tiền đình, gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới chất lượng cuộc sống và hiệu quả điều trị cho người bệnh.

Từ khóa: trầm cảm, rối loạn chức năng tiền đình

SUMMARY

DEPRESSION IN PATIENTS WITH VESTIBULAR DYSFUNCTION

Objectives: To describe the current status of depression in patients with vestibular dysfunction. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 175 patients diagnosed with vestibular dysfunction and treated at Bach Mai Hospital from August 2024 to March 2025. **Results:** The majority of participants were female (69.7%), with a mean age of 57.2 ± 13.6 years. Most patients resided in rural areas (65.1%). According to ICD-10 criteria, 23.4% of the patients were diagnosed with depression. Among the core symptoms of depression, reduced energy, increased fatigue, and loss of interest or pleasure were the most prevalent, occurring in 95.1% and 92.7% of patients. Common depressive symptoms such as eating disorders, decreased concentration, and sleep disturbances were also highly prevalent, with rates of 95.1%, 92.7%,

and 85.4%, respectively. The most frequent somatic symptom was worsening of depression in the morning. **Conclusion:** Depression is a common comorbidity among patients with vestibular dysfunction, significantly impacting their quality of life and treatment outcomes.

Keywords: depression, vestibular dysfunction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng tiền đình là một hội chứng thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau. Các triệu chứng phổ biến nhất là chóng mặt, rối loạn thăng bằng, buồn nôn.¹ Rối loạn chức năng tiền đình tuy không nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống như làm giảm hiệu suất công việc, giao tiếp, thiếu tự tin. Người bệnh sống trong tình trạng căng thẳng, thậm chí ảnh hưởng đến những sinh hoạt hàng ngày. Các nghiên cứu đã chứng minh rối loạn chức năng tiền đình ảnh hưởng tới 15%-35% dân số thế giới và đang ngày càng gia tăng.^{2,3}

Tỷ lệ đồng mắc của các rối loạn tâm thần, đặc biệt là trầm cảm và lo âu với rối loạn tiền đình đã được mô tả từ lâu. Khoảng 20-50% người bệnh rối loạn thăng bằng và chóng mặt có kèm theo rối loạn tâm thần.⁴ Trong đó, tỷ lệ người bệnh mắc trầm cảm là 15%-20%.^{4,5} Trạng thái tâm thần của người bệnh đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh tiền đình nhưng thường bị các bác sĩ lâm sàng bỏ qua, ảnh hưởng đến kết quả điều trị chóng mặt. Cả hai yếu tố tâm thần và thể chất phải được xem xét tỉ mỉ trong điều trị lâm sàng. Trầm cảm ở người bệnh rối loạn chức năng tiền đình đã được nghiên cứu ở nhiều nước trên thế giới, nhưng ở Việt Nam cho đến nay còn chưa được quan tâm đúng mức. Do đó, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu với mục tiêu "Mô tả thực trạng rối loạn trầm cảm ở người bệnh rối loạn chức năng tiền đình điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 175 người bệnh được chẩn đoán rối loạn chức năng tiền đình điều trị tại

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: haivumessi@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025

Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian: từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán rối loạn chức năng tiền đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có bệnh lý cơ thể nặng.
- Người bệnh có các tình trạng khác gây cản trở khả năng giao tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cách chọn mẫu thuận tiện. Tiến hành khám lâm sàng tâm thần chi tiết và sử dụng các công cụ nghiên cứu là bệnh án nghiên cứu và thang đánh giá trầm cảm của Hamilton (HAM-D).

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25. Tiến hành phân tích thống kê mô tả, tính tần suất của các biểu hiện, so sánh các tỷ lệ, kiểm định bằng các test thống kê phù hợp.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả không can thiệp, người bệnh và người nhà được giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu mà không cần giải thích. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng chăm sóc y đức của Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=175)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	53	30,3
	Nữ	122	69,7
Tuổi	<40	22	12,6
	40-49	28	16,0
	50-59	41	23,4
	≥60	84	48,0
Trình độ học vấn	Tiểu học - THCS	77	44,0
	THPT	61	34,9
	Trung cấp, cao đẳng	28	16,0
	Đại học, sau đại học	9	5,1
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	136	77,7
	Chưa kết hôn	10	5,7
	Ly thân/Ly hôn	9	5,1
	Goá	20	11,5
Nơi ở	Nông thôn	114	65,1
	Thành thị	61	34,9

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh nữ chiếm 69,7%. Phần lớn người bệnh có trình độ học vấn từ tiểu học tới trung học cơ sở, chiếm 44%. Về hôn nhân chủ yếu người bệnh đã kết hôn

(77,7%). Về nơi ở, phần nhiều người bệnh sống ở nông thôn (65,1%). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 57,2 ± 13,6, phần lớn người bệnh ở độ tuổi từ 60 trở lên (48,0%).

3.2. Thực trạng rối loạn trầm cảm ở người bệnh rối loạn chức năng tiền đình

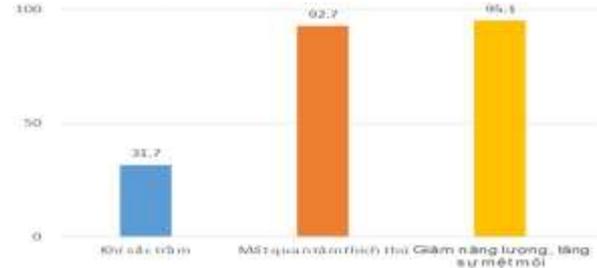
3.2.1. Tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh rối loạn chức năng tiền đình

Bảng 3.2: Mức độ trầm cảm theo ICD 10

Mức độ	Tiêu chuẩn ICD 10		
	n	%	
Không trầm cảm	134	76,6	
Trầm cảm nhẹ	5	2,9	
Trầm cảm vừa	28	16,0	
Trầm cảm nặng	Không loạn thần	8	4,5
	Có loạn thần	0	0
Tổng	175	100	

Nhận xét: Tỷ lệ trầm cảm theo ICD-10 trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,4%, trong đó tỷ lệ trầm cảm nhẹ chiếm 2,9%, tỷ lệ trầm cảm vừa là 16,0% và trầm cảm nặng là 4,5%, trong đó không có người bệnh nào có triệu chứng loạn thần.

3.2.2. Triệu chứng chính của trầm cảm theo ICD 10



Biểu đồ 3.1: Triệu chứng chính của trầm cảm theo ICD 10 (n=41)

Nhận xét: Trong số 3 triệu chứng chính, có 2 triệu chứng xuất hiện ở hầu hết các người bệnh là giảm năng lượng, tăng sự mệt mỏi (95,1%) và mất mọi quan tâm thích thú (92,7%). Triệu chứng khí sắc trầm ít xuất hiện hơn với tỷ lệ 31,7%.

3.2.3. Triệu chứng phổ biến của trầm cảm theo ICD 10

Bảng 3.3: Triệu chứng phổ biến của trầm cảm theo ICD 10 (n=41)

Triệu chứng	Số lượng	
	n	%
Giảm sự tập chung chú ý	38	92,7
Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin	33	80,5
Y tưởng bị tội và không xứng đáng	20	48,8
Bi quan về tương lai	15	36,6
Y tưởng, hành vi tự gây thương tích hoặc tự sát	1	2,4

Rối loạn giấc ngủ	39	95,1
Rối loạn ăn uống	35	85,4

Nhận xét: Trong những người bệnh có rối loạn trầm cảm, hầu hết người bệnh đều có rối loạn giấc ngủ (95,1%) và giảm sự tập trung chú ý (92,7%). Nhiều người bệnh có rối loạn ăn uống (85,4%) và giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin (80,5%). Các triệu chứng khác lần lượt là ý tưởng bị tội và không xứng đáng (48,8%) và bi quan về tương lai (36,6%). Tỷ lệ người bệnh xuất hiện ý tưởng, hành vi tự gây thương tích hoặc tự sát rất thấp (2,4%).

3.2.4. Triệu chứng cơ thể của trầm cảm theo ICD 10

Bảng 3.4: Triệu chứng cơ thể của trầm cảm theo ICD 10 (n=41)

Triệu chứng	Số lượng	
	n	%
Mất quan tâm thích thú trong các hoạt động mà bình thường vẫn làm người bệnh thích thú	28	68,3
Thiếu phản ứng cảm xúc với những sự kiện hoặc hành động bình thường vẫn gây ra những phản ứng cảm xúc	19	46,3
Thức giấc sớm ≥ 2 giờ so với bình thường	18	43,9
Trầm cảm nặng lên vào buổi sáng	37	90,2
Chậm chạp tâm thần vận động hoặc kích động	16	39,0
Giảm cảm giác ngon miệng	33	80,5
Sút cân $\geq 5\%$ trọng lượng	28	68,3
Giảm nhu cầu tình dục	23	56,1

Nhận xét: Trong các triệu chứng cơ thể của trầm cảm, trầm cảm nặng lên vào buổi sáng chiếm tỷ lệ cao nhất (90,2%). Giảm cảm giác ngon miệng có ở 80,5% người bệnh. Sút cân $\geq 5\%$ trọng lượng và mất quan tâm thích thú trong các hoạt động mà bình thường vẫn làm người bệnh thích thú xuất hiện ở phần lớn người bệnh với tỷ lệ đều là 68,3%. Hơn một nửa số người bệnh có giảm nhu cầu tình dục (56,1%). Chậm chạp tâm thần vận động hoặc kích động chiếm tỷ lệ thấp nhất (39%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 175 người bệnh rối loạn chức năng tiền đình, đa số là nữ giới chiếm 69,7%, nhóm tuổi thường gặp nhất là các người bệnh từ 60 tuổi trở lên với tỷ lệ 48% và độ tuổi trung bình là $57,2 \pm 13,6$, khá tương đồng với nghiên cứu trước đó của Shuai Feng và cộng sự năm 2023 với nữ giới chiếm 71,5%, độ tuổi trung bình $53,2 \pm 14,4$ và nhóm tuổi từ 60 trở lên có tỷ lệ cao nhất chiếm 37,9%.⁶ Các người bệnh sống ở nông thôn

(chiếm 65,1%) nhiều hơn so với ở thành thị (34,9%). Đa số người bệnh có trình độ học vấn tiểu học – trung học cơ sở với tỷ lệ 44%. Như vậy có thể thấy người bệnh rối loạn chức năng tiền đình chủ yếu là trung niên hoặc người cao tuổi, sống ở vùng nông thôn với trình độ học vấn không cao, là đối tượng cần được tư vấn và hỗ trợ rất nhiều trong quá trình điều trị bệnh. Phần lớn người bệnh có tình trạng hôn nhân kết hôn (77,7%), là điều kiện thuận lợi giúp người bệnh nhận được sự quan tâm, đồng hành từ người thân, kết quả này phù hợp với hoàn cảnh Việt Nam với nền văn hóa Á Đông vốn coi trọng nền tảng gia đình.

Tỷ lệ trầm cảm chung theo nghiên cứu của chúng tôi là 23,4%, với các mức độ nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 2,9%, 16% và 4,5%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Qing Yuan và cộng sự năm 2015 với tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh rối loạn chức năng tiền đình là 20,9%.⁷ Có thể thấy, trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp ở người bệnh rối loạn chức năng tiền đình.

Trong các triệu chứng chính của trầm cảm, giảm năng lượng, tăng sự mệt mỏi và mất mọi quan tâm thích thú là hay gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 95,1%, 92,7%. Trong khi đó, khí sắc trầm là triệu chứng ít gặp hơn chiếm 31,7%. Đây là các triệu chứng cốt lõi để chẩn đoán trầm cảm theo ICD-10. Tần suất các cơn chóng mặt, buồn nôn càng nhiều thì sự mệt mỏi, giảm hoạt động của người bệnh càng thể hiện rõ. Các triệu chứng nghiêm trọng nhất của rối loạn chức năng tiền đình là chóng mặt và rối loạn thăng bằng, ảnh hưởng nặng nề đến công việc và các hoạt động sinh hoạt, giải trí của người bệnh do đó khiến người bệnh chỉ muốn nghỉ ngơi, giảm dần việc tham gia các hoạt động, các quan tâm thích thú từ đó cũng dần mất đi. Triệu chứng khí sắc trầm có tỷ lệ thấp hơn và biểu hiện không rõ ràng như ở rối loạn trầm cảm điển hình. Người bệnh rối loạn chức năng tiền đình thường than phiền, khó chịu về các triệu chứng của bệnh hơn là biểu hiện khí sắc trầm. Tỷ lệ khí sắc trầm không nhiều gây ra những khó khăn nhất định cho nhân viên y tế. Người bệnh thường quá quan tâm tới những khó chịu cơ thể phải trải qua mà không than phiền những vấn đề về cảm xúc của mình, nếu các bác sĩ lâm sàng không có kỹ năng khai thác thì khó có thể phát hiện được triệu chứng cảm xúc bên dưới.

Ở những người bệnh có rối loạn trầm cảm, rối loạn ăn uống, giảm sút sự tập trung chú ý và rối loạn giấc ngủ chiếm tỷ lệ rất cao lần lượt là 95,1%, 92,7% và 85,4%. Điều này có thể được

giải thích một phần qua ảnh hưởng từ các triệu chứng của rối loạn chức năng tiền đình. Rối loạn giấc ngủ thường gặp nhất là mất ngủ, một phần vì những cơn chóng mặt, buồn nôn có thể xảy ra cả vào ban đêm, phần khác là do người bệnh chán nản, lo lắng về bệnh tật ảnh hưởng đến công việc và sinh hoạt hàng ngày dẫn đến trầm trọng, khó vào giấc. Những cơn chóng mặt, buồn nôn và mất thăng bằng xuất hiện trong ngày khiến người bệnh không thể duy trì sự tập trung cho lao động và sinh hoạt thường ngày, gây ảnh hưởng nặng nề tới chất lượng cuộc sống người bệnh. Nhiều người bệnh cảm thấy chán ăn, ăn không ngon miệng vì đã trải qua nôn, buồn nôn trong các đợt chóng mặt tiến triển. Giảm sút tinh tự trọng và tự tin cũng là một triệu chứng hay gặp với tỷ lệ 80,5%. Đặc biệt ý tưởng, hành vi tự gây thương tích hoặc tự sát có xuất hiện ở 2,4% người bệnh, là một lưu ý quan trọng mà các bác sĩ lâm sàng cần quan tâm đúng mức để phát hiện kịp thời vì đây là một cấp cứu của chuyên ngành tâm thần. Nhìn chung, các triệu chứng phổ biến xuất hiện do người bệnh mắc cảm, tự ti về bản thân do mắc bệnh nặng, cảm thấy bị quan khi không thể làm việc sinh hoạt bình thường như trước, có thể trở thành gánh nặng đối với gia đình và xã hội.

Trong các triệu chứng cơ thể của trầm cảm, hầu hết người bệnh đều cảm thấy trầm cảm nặng lên vào buổi sáng với tỷ lệ rất cao 90,2%. Có tới 80,5% người bệnh giảm cảm giác ngon miệng, kèm theo đó là triệu chứng sút cân $\geq 5\%$ trọng lượng với tỷ lệ 68,3%. Điều này là dễ hiểu vì người bệnh liên tục trải qua những triệu chứng nôn, buồn nôn với tần suất cao và kéo dài, ảnh hưởng nghiêm trọng tới việc ăn uống. Giảm nhu cầu tình dục cũng là một tình trạng hay gặp (56,1%). Có thể thấy rằng, người bệnh mệt mỏi về cả thể chất (không có sức lực, không làm được việc bản thân mong muốn), cảm xúc (buồn bã, đau khổ, bi quan) và tư duy (giảm khả năng tập trung, suy nghĩ).

V. KẾT LUẬN

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp ở người bệnh rối loạn chức năng tiền đình (23,4%), trong đó chẩn đoán theo phân loại ICD 10, chiếm tỷ lệ cao nhất là trầm cảm mức độ vừa (16%). Người bệnh thường có các triệu chứng đặc trưng là giảm năng lượng, tăng sự mệt mỏi và mất mọi quan tâm thích thú với tỷ lệ lần lượt là 95,1%, 92,7%. Khí sắc trầm chỉ chiếm 31,7% cho nên cần có sự quan sát tinh tế và kỹ năng khai thác nếu không sẽ bỏ sót triệu chứng trầm cảm. Rối loạn ăn uống và giảm sút sự tập trung chú ý là các triệu chứng cơ thể hay gặp nhất với tỷ lệ 95,1% và 92,7%. Hầu hết các người bệnh (90,2%) có biểu hiện trầm cảm nặng lên vào buổi sáng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Cường** (2010). Triệu chứng học thần kinh, Nhà xuất bản Y học, 124-127.
2. **Neuhauser, H.K.** (2016). [Handbook of Clinical Neurology] NeuroOtolology Volume 137 || The epidemiology of dizziness and vertigo. 67-82.
3. **Herdman S.J., Blatt P., Schubert M.C. et al** (2000). Falls in patients with vestibular deficits. Am J Otol, 21(6), 847-851.
4. **Eckhardt-Henn A., Breuer P., Thomalske C., Hoffmann S. O., Hopf H. C.** (2003). Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. J. Anxiety Disord. 17 369–388. 10.1016/s0887-6185(02)00226-8. doi: 10.1016/s0887-6185(02)00226-8.
5. **Ketola S., Havia M., Appelberg B., Kentala E.** (2007). Depressive symptoms underestimated in vertiginous patients. Otolaryngol. Head Neck Surg. 137 312–315. 10.1016/j.otohns.2007.03.037. doi: 10.1016/j.otohns.2007.03.037.
6. **Shuai Feng, Jian Feng.** The effect of accompanying anxiety and depression on patients with different vestibular syndromes. Front Aging Neurosci. 2023; 15:1208392. doi: 10.3389/fnagi.2023.1208392.
7. **Qing Yuan, Lisheng Yu, Dongmei Shi.** Anxiety and Depression among patients with different types of vestibular peripheral vertigo. Medicine (Baltimore). 2015; 94(5): e453. doi: 10.1097/MD.0000000000000453.

THAY ĐỔI ĐỘ CAO ĐỘT NGỘT VÀ NGUY CƠ TẮC MẠCH MÁU: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Hoàng Văn Hậu¹, Đỗ Thị Phương Mai¹,
Vũ Mạnh Cường¹, Hoàng Bích Thủy¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Mắt Trờ

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Hậu
Email: hauhuu@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.6.2025

Đặt vấn đề: Tắc mạch lách là một tình trạng hiếm gặp, thường liên quan đến các yếu tố nguy cơ như bệnh lý huyết khối hoặc chấn thương. **Báo cáo ca lâm sàng** trình bày một trường hợp nam giới 27 tuổi, không có tiền sử bệnh lý, xuất hiện nhồi máu lách sau khi đi cáp treo lên đỉnh Fansipan (cao 3.143 mét so với mặt nước biển). Người bệnh này khởi phát đau bụng dữ dội vùng mạn sườn trái, kèm nôn. Ban đầu, người bệnh được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng không cản quang không phát hiện bất thường, nhưng khi triệu chứng tăng, cùng với xét nghiệm cho thấy tiểu cầu giảm (49 G/L) và D-dimer tăng, gợi ý tình trạng huyết khối. CLVT có cản quang xác định nhồi máu lách. Người bệnh được điều trị bằng thuốc chống đông và kháng viêm, với cải thiện lâm sàng sau 3 ngày. **Kết luận:** Ca bệnh này đặt ra câu hỏi về vai trò của thay đổi áp suất và nhiệt độ khi lên cao đột ngột trong việc thúc đẩy huyết khối. Báo cáo nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời trong các trường hợp tắc mạch bất thường liên quan đến độ cao. **Từ khóa:** Nhồi máu lách, tắc mạch, lên cao đột ngột, huyết khối, chẩn đoán hình ảnh, điều trị chống đông.

SUMMARY

SUDDEN ALTITUDE CHANGES AND THE RISK OF INCREASED BLOOD POTENTIAL

Background: Splenic infarction is a rare condition, typically associated with risk factors such as thrombotic disorders or trauma. **Case report** a 27-year-old male with no prior medical history who developed splenic infarction following a cable car ascent to Fansipan peak (3,143 m). The patient experienced severe left hypochondrial pain and vomiting. Initially, a non-contrast computed tomography (CT) scan of the abdomen revealed no abnormalities. However, as symptoms worsened, a contrast-enhanced CT confirmed splenic infarction. Laboratory tests showed thrombocytopenia ($75 \times 10^9/L$) and elevated D-dimer, suggestive of thrombosis. The patient was treated with anticoagulants and anti-inflammatory drugs, achieving clinical improvement within 7 days. This case raises questions about the role of rapid altitude changes and temperature variations in promoting thrombosis. **Conclusion:** The report emphasizes the importance of early diagnosis and timely treatment in managing atypical thrombotic events related to high-altitude exposure. **Keywords:** Splenic infarction, thrombosis, rapid altitude ascent, computed tomography, anticoagulation therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu lách là một tình trạng tương đối hiếm gặp, thường xảy ra do tắc mạch hoặc huyết khối tại động mạch lách hoặc các nhánh của nó, dẫn đến thiếu máu cục bộ và hoại tử mô lách [1]. Các nguyên nhân phổ biến bao gồm bệnh lý huyết khối, bệnh về huyết học, nhiễm

trùng, hoặc chấn thương [2]. Biểu hiện lâm sàng của nhồi máu lách thường bao gồm đau bụng cấp tính vùng hạ sườn trái, có thể kèm theo các triệu chứng toàn thân như sốt hoặc tăng bạch cầu, trong một số trường hợp người bệnh có thể kèm theo triệu chứng nôn hoặc buồn nôn, thậm chí là lan đến vai do kích thích cơ hoành.

Tuy nhiên, các trường hợp nhồi máu lách liên quan đến thay đổi độ cao đột ngột ít được báo cáo trong y văn, đặc biệt ở những người trẻ không có yếu tố nguy cơ rõ ràng. Việt Nam, với địa hình đa dạng và các điểm du lịch ở độ cao như Fansipan (3.143 mét), các hoạt động du lịch nhờ việc xây dựng cơ sở hạ tầng chất lượng ngày càng gia tăng. Việc lên cao đột ngột, đặc biệt qua cáp treo là một việc rất dễ dàng hiện nay, có thể gây ra thay đổi nhanh chóng áp suất khí quyển và nhiệt độ, có thể ảnh hưởng đến hệ tuần hoàn và đông máu [3]. Các nghiên cứu trước đây đã ghi nhận nguy cơ huyết khối lên núi cao, chủ yếu ở người bệnh có bệnh lý nền, nhưng dữ liệu về người khỏe mạnh còn hạn chế [4]. Ca bệnh này cung cấp một góc nhìn mới về mối liên hệ tiềm tàng giữa lên cao đột ngột và tắc mạch, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của nhận thức lâm sàng trong bối cảnh du lịch hiện đại.

Báo cáo này nhằm mô tả một ca nhồi máu lách hiếm gặp, thảo luận cơ chế bệnh sinh liên quan đến độ cao, và đề xuất hướng nghiên cứu trong tương lai để cải thiện chẩn đoán và phòng ngừa.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Hoàn cảnh phát hiện. Người bệnh nam, 27 tuổi, khỏe mạnh, không có tiền sử bệnh lý hoặc sử dụng thuốc, không hút thuốc hoặc uống rượu. Ngày 13/04/2025, người bệnh đi cáp treo lên đỉnh Fansipan (3.143 m) trong khoảng 15 phút, thời gian lưu lại trên đỉnh khoảng 1 giờ. Nhiệt độ tại đỉnh núi khoảng 5°C, áp suất khí quyển giảm còn khoảng 700 mmHg so với 760 mmHg ở mực nước biển. Sau khi xuống thị xã Sa Pa bằng ô tô (khoảng 1 giờ), người bệnh xuất hiện đau bụng vùng mạn sườn trái, đau quặn từng cơn, mức độ nặng (8/10 trên thang điểm VAS), kèm nôn 1 lần, không sốt, không rối loạn tiểu tiện hay đại tiện.

Người bệnh được đưa vào Bệnh viện Sa Pa lúc 13h00 cùng ngày. Khám lâm sàng ghi nhận huyết áp 130/80 mmHg, mạch 88 lần/phút, nhịp thở 20 lần/phút, SpO₂ 98%. Vùng bụng ấn không rõ đau, không có phản ứng thành bụng. Các xét nghiệm ban đầu cho thấy:

Ngày phản biện khoa học: 16.7.2025

Ngày duyệt bài: 19.8.2025

- Men gan tăng nhẹ: AST 42 U/L (bình thường: <40), ALT 48 U/L (bình thường: <41).
- CRP 8,8 mg/L (bình thường: <5).
- Tiểu cầu 173 G/L (bình thường: 150-400).
- Siêu âm hệ tiết niệu và X-quang bụng không chuẩn bị: Không phát hiện bất thường.
- CLVT ổ bụng không cản quang: Không phát hiện tổn thương (Hình 1)



Hình 1: CLVT ổ bụng không tiêm thuốc cản quang

Người bệnh được chẩn đoán sơ bộ là đau bụng chưa rõ nguyên nhân, được truyền dịch, cho thuốc giảm đau và xuất viện với hướng dẫn theo dõi tại nhà.

Diễn tiến và chẩn đoán. Người bệnh quay trở lại Hà Nội ngay buổi chiều hôm đó, triệu chứng có giảm đi. Đến 22h00 cùng ngày người bệnh nhập viện tại Bệnh viện Mặt Trời do đau bụng tăng nặng (VAS 9/10), không đáp ứng với thuốc giảm đau. Khám lại ghi nhận ấn đau vùng mạn sườn trái, đau quặn thành cơn, không nôn, không sốt, không có dấu hiệu kích thích phúc mạc, đại tiểu tiện bình thường. Xét nghiệm bổ sung cho thấy:

- Công thức máu: Tiểu cầu giảm còn 49 G/L (bình thường 150-300), bạch cầu và hồng cầu trong giới hạn bình thường.
- Sinh hoá:
 - D-dimer tăng cao: 17852 ng/mL (bình thường: <500).
 - Ure máu giảm nhẹ: 2,3 mmol/l (bình thường 2,8-7,2)
 - AST tăng nhẹ 70,46 U/l (bình thường <50), ALT trong giới hạn bình thường.
 - Amylase máu giảm 17,09 U/l (bình thường 22-80)
 - CRP 49.72 mg/l (bình thường <=5)
 - Bilirubin toàn phần tăng 32,87 umol/l (bình thường 5 - 21)
 - Bilirubin trực tiếp tăng 9,53 umol/l (bình thường <= 3,4)
 - CK (creatinine kinase) tăng 594,41 U/l (bình thường <=171), CK-MB trong giới hạn bình thường
 - Chức năng thận trong giới hạn bình thường
 - Đông máu cơ bản (PT, aPTT) trong giới hạn bình thường.

Nghi ngờ tình trạng tắc mạch, chúng tôi chỉ định chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản

quang. Kết quả cho thấy lách có kích thước bình thường. Nhu mô lách có các vùng giảm tỉ trọng, ranh giới rõ, tập trung chủ yếu 1/3 giữa lách, sau tiêm các vùng tổn thương không ngấm thuốc. Động mạch lách và các nhánh lớn ngấm thuốc đều sau tiêm. Xung quanh lách không tụ dịch (Hình 2). Động mạch thân tạng, động mạch mạc treo tràng trên ngấm thuốc đều sau tiêm, các nhánh không thấy huyết khối.



Hình 2: CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang cho thấy hình ảnh vùng nhu mô lách có tỉ trọng không đồng đều (mũi tên)

Quản lý và điều trị. Người bệnh được chẩn đoán nhồi máu lách, có khả năng liên quan đến huyết khối do thay đổi độ cao. Phác đồ điều trị bao gồm:

- **Thuốc chống đông:** Rivaroxaban 20 mg/ngày
- **Giảm đau và kháng viêm:** Ketorolac 30 mg tiêm tĩnh mạch
- **Bù dịch:** Natriclorid 0,9%
- **Theo dõi sát:** Xét nghiệm tiểu cầu, D-dimer, và chức năng gan mỗi 2 ngày; siêu âm lách sau 7 ngày.

Sau 48 giờ, cơn đau giảm đáng kể (VAS 3/10), người bệnh không nôn. Siêu âm kiểm tra sau cho thấy vùng nhồi máu lách ổn định, không lan rộng. Người bệnh xuất viện sau 3 ngày, tiếp tục rivaroxaban và tái khám sau 4 tuần.

Kết quả điều trị. Tại thời điểm ra viện sau 3 ngày, người bệnh không còn đau bụng, siêu âm cho thấy vùng nhồi máu lách có dấu hiệu thu nhỏ. Người bệnh được hướng dẫn ngưng rivaroxaban sau 3 tháng nếu không có dấu hiệu huyết khối tái phát.

III. BÀN LUẬN

Nhồi máu lách là một tình trạng hiếm, với tỷ lệ ước tính 0,01-0,05% trong các ca nhập viện [4]. Nguyên nhân phổ biến bao gồm huyết khối do bệnh lý huyết học, bệnh tự miễn, hoặc nhiễm trùng [5]. Trong trường hợp này, người bệnh không có yếu tố nguy cơ rõ ràng (không hút thuốc, không bệnh lý nền, không tiền sử gia đình huyết khối). Điểm nổi bật là sự xuất hiện triệu chứng ngay sau khi người bệnh tiếp xúc với độ cao 3.147 m và trở xuống trong thời gian ngắn, gợi ý mối liên quan đến thay đổi áp suất và nhiệt độ.

Thay đổi độ cao và nguy cơ huyết khối.

Tiếp xúc với độ cao lớn gây giảm áp suất khí quyển và nồng độ oxy, dẫn đến tình trạng thiếu oxy máu (hypoxia) [6]. Hypoxia kích hoạt con đường đông máu thông qua tăng biểu hiện yếu tố mô (tissue factor) và giảm protein C, làm tăng nguy cơ huyết khối [7]. Ngoài ra, nhiệt độ thấp ở độ cao có thể gây co mạch, làm tăng độ nhớt máu và nguy cơ hình thành cục máu đông [8]. Một nghiên cứu của Anand và cộng sự (2005) báo cáo tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch tăng 2-3 lần ở những người tiếp xúc với độ cao trên 3.000 m, đặc biệt trong các chuyến bay hoặc leo núi [9].

Trong trường hợp này, người bệnh đi cáp treo lên Fansipan (3.147 m) trong khoảng 15 phút, một quá trình thay đổi áp suất nhanh chóng. Việc trở xuống thị xã Sa Pa (1.100 m) trong cùng ngày có thể gây rối loạn điều hòa nội mô, làm tăng nguy cơ huyết khối cục bộ ở động mạch lách. D-dimer tăng cao (17.852 ng/mL) là dấu hiệu mạnh mẽ của quá trình huyết khối, phù hợp với chẩn đoán nhồi máu lách [10].

Thách thức chẩn đoán. Chẩn đoán nhồi máu lách ban đầu gặp khó khăn do triệu chứng không đặc hiệu (đau bụng, nôn) và các xét nghiệm hình ảnh ban đầu (CLVT không cản quang, siêu âm) không phát hiện tổn thương. Điều này tương tự các báo cáo trước đây, trong đó nhồi máu lách thường bị bỏ sót ở giai đoạn đầu. CLVT có cản quang là phương pháp nhạy nhất, với độ đặc hiệu lên đến 95% trong phát hiện nhồi máu lách. Trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lặp lại hình ảnh học ở những người bệnh có triệu chứng dai dẳng và dấu hiệu viêm hoặc huyết khối (D-dimer, CRP tăng).

Quản lý và điều trị. Điều trị nhồi máu lách do tắc mạch tập trung vào kháng đông để ngăn ngừa huyết khối lan rộng và giảm viêm để kiểm soát triệu chứng. Enoxaparin được chọn ban đầu do hiệu quả nhanh và ít nguy cơ chảy máu so với heparin không phân đoạn. Chuyển sang thuốc chống đông DOAC đảm bảo điều trị dài hạn, đặc biệt khi không xác định được nguyên nhân huyết khối rõ ràng. Việc theo dõi INR và chức năng gan là cần thiết để tránh biến chứng, đặc biệt ở người bệnh có bilirubin tăng.

So sánh với y văn. Các báo cáo về nhồi máu lách liên quan đến độ cao thường gặp ở phi công hoặc người leo núi ở độ cao trên 4.000 m, với các triệu chứng như đau mạn sườn, sốt, hoặc suy hô hấp. Ca này khác biệt vì xảy ra ở độ cao trung bình (3.143 m) và chỉ qua cáp treo, không kèm gắng sức. Một nghiên cứu của Anand và cộng sự (2019) ghi nhận 3 trường hợp nhồi máu lách ở người khỏe mạnh sau khi leo núi ở độ cao

3.500 m, với cơ chế liên quan đến giảm oxy máu và tăng đông. Tuy nhiên, các ca này đều có triệu chứng kéo dài hơn và cần can thiệp phẫu thuật, trong khi người bệnh của chúng tôi đáp ứng tốt với điều trị nội khoa.

Hạn chế và hướng nghiên cứu. Trường hợp này có một số hạn chế. Thứ nhất, không thực hiện các xét nghiệm chuyên sâu để loại trừ các nguyên nhân huyết khối tiềm ẩn. Thứ hai, thiếu dữ liệu về độ bão hòa oxy hoặc áp suất khí quyển tại thời điểm người bệnh ở độ cao. Các nghiên cứu trong tương lai cần tập trung vào:

- Đo lường các chỉ số đông máu (D-dimer, fibrinogen) ở những người tiếp xúc với độ cao.
- Đánh giá tác động của thay đổi áp suất nhanh (như đi cáp treo) đến hệ thống đông máu.
- Xây dựng hướng dẫn sàng lọc nguy cơ huyết khối ở du khách leo núi hoặc đi cáp treo.

IV. KẾT LUẬN

Ca lâm sàng này ghi nhận một trường hợp nhồi máu lách hiếm gặp ở nam giới 27 tuổi, không có yếu tố nguy cơ, sau khi lên độ cao 3.147 m và trở xuống trong thời gian ngắn. Thay đổi áp suất và nhiệt độ đột ngột có thể là yếu tố kích hoạt huyết khối, dẫn đến tắc mạch lách. Chẩn đoán được xác định nhờ CLVT có cản quang và D-dimer tăng cao, nhấn mạnh vai trò của hình ảnh học nâng cao trong các trường hợp triệu chứng mơ hồ. Điều trị kháng đông và kháng viêm mang lại kết quả tốt, với cải thiện triệu chứng sau 3 ngày. Báo cáo này góp phần làm sáng tỏ nguy cơ huyết khối liên quan đến độ cao, đồng thời đặt nền tảng cho các nghiên cứu về an toàn y khoa trong du lịch núi cao. Các hướng dẫn sàng lọc và phòng ngừa huyết khối cần được phát triển để bảo vệ sức khỏe du khách.

V. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi cảm ơn đội ngũ y bác sĩ tại Bệnh viện Mặt Trời và Bệnh viện Sa Pa đã hỗ trợ trong chẩn đoán và điều trị người bệnh. Chúng tôi xin cảm ơn người bệnh vì đã cho phép chúng tôi thực hiện báo cáo này. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nores M, Phillips EH, Morgenstern L, et al.** The clinical spectrum of splenic infarction. *Am Surg.* 1998;64(2):182-188.
2. **Antopolsky M, Hiller N, Salameh S, et al.** Splenic infarction: 10 years of experience. *Am J Emerg Med.* 2009;27(3):262-265.
3. **Bärtsch P, Gibbs JS.** Effect of altitude on the heart and the lungs. *Circulation.* 2007;116(19):2191-2202.
4. **Gupta N, Ashraf MZ.** High-altitude thrombosis:

- a new entity? *Thromb Res.* 2012;130(3):e101-e102.
5. **Schattner A, Adi M, Kitroser E, et al.** Acute splenic infarction at an academic general hospital over 10 years. *J Hosp Med.* 2015;10(9):607-12.
 6. **Hackett PH, Roach RC.** High-altitude illness. *N Engl J Med.* 2001;345(2):107-14.
 7. **Pugh CJ, Sprung VS, Ono K, et al.** The effect of acute hypoxia on blood coagulation and fibrinolysis. *Thromb Res.* 2013;131(1):78-83.
 8. **Martinelli I.** Unusual forms of venous thrombosis and thrombophilia. *Pathophysiol Haemost Thromb.* 2002;32(5-6):343-5.
 9. **Anand AC, Saha A, Seth AK, et al.** Symptomatic portal system thrombosis in soldiers due to extended stay at extreme altitude. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005;20(5):777-83.
 10. **Righini M, Van Es J, Den Exter PL, et al.** Age-adjusted D-dimer cutoff levels to rule out pulmonary embolism: the ADJUST-PE study. *JAMA.* 2014;311(11):1117-24.

GIÁ TRỊ CỦA TỶ LỆ CRP/ALBUMIN HUYẾT TƯƠNG TRONG TIỀN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VIÊM TỤY CẤP

Saing Poev¹, Dương Quang Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của tỷ lệ CRP/Albumin huyết tương trong tiên lượng mức độ nặng viêm tụy cấp (VTC). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 142 bệnh nhân VTC điều trị tại khoa Nội tiêu hóa và Trung tâm hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Quân y 103. Xét nghiệm CRP và Albumin huyết tương tại thời điểm nhập viện và sau nhập viện 24-48h, đối chiếu với mức độ bệnh VTC theo phân loại Atlanta sửa đổi 2012. **Kết quả:** Không có sự khác biệt nồng độ Albumin, CRP và tỷ lệ CRP/Albumin huyết tương tại thời điểm nhập viện giữa các nhóm bệnh nhân theo mức độ bệnh VTC. Tuy nhiên tại thời điểm T1 (24 - 48 giờ sau nhập viện), nồng độ Albumin giảm rõ, trong khi CRP và tỷ lệ CRP/Albumin huyết tương tăng rõ so với thời điểm T0 (thời điểm nhập viện) ($p < 0,001$). Tỷ lệ CRP/Albumin tại 24 - 48 giờ có giá trị dự báo VTC nặng mức tốt với AUC là 0,81, tại điểm cắt 10,27 có độ nhạy 54,5%, độ đặc hiệu 93,1%. **Kết luận:** Tỷ lệ CRP/Albumin là chỉ số không xâm lấn đơn giản hữu ích trong tiên lượng VTC nặng.

Từ khóa: Tỷ lệ CRP/Albumin, viêm tụy cấp.

SUMMARY

THE VALUE OF PLASMA CRP/ALBUMIN RATIO FOR PROGNOSIS OF SEVERITY IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Objective: To determine the value of the plasma CRP/Albumin ratio in predicting the severity of acute pancreatitis (AP). **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study on 142 AP patients treated at the Department of Gastroenterology and the Emergency and Resuscitation Center - Military Hospital 103. CRP and Albumin were measured on

plasma at the time of admission and 24-48 hours after admission, compared with the severity of AP according to the revised Atlanta classification 2012. **Results:** There was no difference in the concentrations of Albumin, CRP and the CRP/Albumin ratio on plasma at the time of admission between the patient groups according to the severity of AP. However, at time T1 (24-48 hours after admission), the Albumin concentration decreased significantly, while CRP and the CRP/Albumin ratio on plasma increased significantly compared to T0 (time of admission) ($p < 0.001$). The CRP/Albumin ratio at 24 - 48 hours had a good predictive value for severe AP with an AUC of 0.81, at a cut-off point of 10.27 with a sensitivity of 54.5% and a specificity of 93.1%. **Conclusion:** The CRP/Albumin ratio is a simple non-invasive index useful in the prognosis of severe AP. **Keywords:** CRP/Albumin ratio, acute pancreatitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một trong những nguyên nhân gây tử vong cao trong số bệnh lý tiêu hóa nói chung [1]. Do đó đánh giá mức độ nặng của VTC đóng vai trò quan trọng để đưa ra phác đồ điều trị phù hợp và dự đoán nguy cơ biến chứng, tử vong. Nhiều thang điểm được đề xuất để tiên lượng VTC bao gồm: thang điểm Ranson, Glasgow (Imrie), Balthazar và SOFA... [2] tuy nhiên, việc tính toán một số thang điểm khá phức tạp bởi bao gồm nhiều thông số, chi phí cao và thậm chí cần một thời gian mới hoàn thành. Ngoài ra, độ chính xác của thang điểm còn bị ảnh hưởng bởi yếu tố như tuổi, bệnh lý nền (suy thận, rối loạn chuyển hóa...) nên việc sử dụng có thể bỏ sót một số trường hợp VTC nặng hoặc nhẹ hơn mức đánh giá. Do đó, tìm chỉ số đơn giản, dễ thực hiện, có thể lặp lại để tiên lượng mức độ nặng của VTC là rất cần thiết [1], [2].

Protein C phản ứng (C-reactive protein - CRP) cũng như albumin là các protein được tổng hợp bởi gan, đều thay đổi trong quá trình viêm,

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Huy

Email: huyduong hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025