

uống liều I-131 hủy mô giáp trung bình là 146 ng/ml¹. Đồng thời với xét nghiệm nồng độ Tg, bệnh nhân UTTG được làm xét nghiệm TgAb. Nồng độ TgAb ≥ 30 U/ml được coi là dương tính (+) và TgAb < 30 U/ml được coi là âm tính (-). Sau phẫu thuật có 57 trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi có nồng độ TgAb ≥ 30 UI/ml (chiếm 22,4%). Ở nhóm có Tg thấp ≤ 10 ng/ml tỉ lệ nồng độ TgAb ≥ 30 UI/ml là 32,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Sở dĩ xét nghiệm nồng độ Tg trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn có lẽ là do bệnh nhân của chúng tôi đã được phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm nhiều và quá trình phẫu thuật thuận lợi nên đã loại bỏ được phần lớn mô tuyến giáp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy, tỉ lệ nữ mắc bệnh cao gấp 11 lần nam giới, tuổi trung bình là $44,5 \pm 11,8$. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là sờ thấy khối u vùng cổ có thể do đặc điểm vùng miền. Kết quả mô bệnh học chiếm cao nhất là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ cao nhất là giai đoạn I. Trung vị nồng độ Tg sau phẫu thuật là 6,6 ng/ml. Có 1,6% bệnh nhân thay đổi giai đoạn sau điều trị I-131.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Trọng Khoa.** Đánh giá hiệu quả hủy mô tuyến giáp bằng I-131 trên bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau phẫu thuật. Y học thực hành. 2012;830:69-73.
2. **Bùi Thanh Hùng.** Thời gian sống thêm ở bệnh nhân điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018;471:104 - 108.
3. **Ryan K. Orosco TH, Kevin T. Brumund et al.** Analysis of Age and Disease Status as Predictors of Thyroid Cancer-Specific Mortality Using the Surveillance, Epidemiology, and End Results Database. 2015.
4. **Mai Trọng Khoa.** Giáo trình Y học hạt nhân. 2012.
5. **Dương Thị Vượng, Nguyễn Xuân Hậu, Vũ Ngọc Hà và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu y học. 2022;159:1-9.
6. **Nguyễn Bá Đức, Trần Giang Châu.** Nghiên cứu tỉ lệ phân loại mô bệnh học của ung thư tuyến giáp nguyên phát. Y học thực hành. 2012;806:36-37.
7. **van Velsen EFS, Stegenga MT, van Kemenade FJ, et al.** Evaluation of the 2015 ATA Guidelines in Patients With Distant Metastatic Differentiated Thyroid Cancer. J Clin Endocrinol Metab. Mar 1 2020;105(3):e457-65. doi:10.1210/clinem/dgz137
8. **Albano D, Bertagna F, Bonacina M, et al.** Possible delayed diagnosis and treatment of metastatic differentiated thyroid cancer by adopting the 2015 ATA guidelines. Eur J Endocrinol. Sep 2018;179(3):143-151. doi:10.1530/EJE-18-0253

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THIẾU MÁU CHI DƯỚI TRẦM TRỌNG

Nguyễn Mạnh Chiến¹, Lê Văn Trường², Nguyễn Trọng Tuyên², Hoàng Văn¹, Nguyễn Đình Hiến³, Hoàng Minh Lợi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thiếu máu chi dưới trầm trọng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, mô tả các đặc điểm lâm sàng của 119 bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu chi dưới trầm trọng, nhập viện từ tháng 01/2018- 03/2023 tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và bệnh viện Tim Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $73,7 \pm 10,7$, nhóm tuổi thường gặp nhất là 60-79 tuổi, nam giới chiếm chủ yếu (73,1%). Yếu tố nguy cơ hay gặp là

tăng huyết áp (79,8%), đái tháo đường type 2 (36,1%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (43,7%), hút thuốc lá (35,3%). Tồn thương thường gặp ở cả hai chân (65,5%). Giai đoạn bệnh theo Rutherford cho thấy Rutherford loại 5 chiếm chủ yếu với tỉ lệ 53,9%. Có 52,9% số bệnh nhân có tình trạng loét/hoại tử ở chân, vị trí loét hay gặp là ở ngón chân. **Kết luận:** Thiếu máu chi dưới trầm trọng thường gặp ở người cao tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng thường nặng, có thể có loét/hoại tử. **Từ khóa:** đặc điểm lâm sàng, thiếu máu chi dưới trầm trọng.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH CRITICAL LIMB ISCHEMIA

Objective: Describe the clinical characteristics of patients with critical limb anemia. **Methods:** Cross-sectional study, describing the clinical characteristics on 119 patients diagnosed with critical limb anemia at Military Central Hospital 108 and Hanoi Heart Institute from January 2018 – March 2023. **Results:** The

¹Bệnh viện Tim Hà Nội

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Chiến

Email: nguyenvanmanhchien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

average age of the study patients was 72.8 ± 9.3 years old; the most common age group was 60-79 years old, mainly men (73.1%). Common risk factors were hypertension (79.8%), type 2 diabetes (36.1%), lipid metabolism disorders (43.7%), and smoking (35.3%). Lesions are common in both legs (65.5%). According to Rutherford, the disease stage showed that Rutherford type 5 predominates with a rate of 53.9%. 52.9% of patients have ulcers/necrosis on their feet. The most common ulcer location was the toes. **Conclusion:** Critical limb anemia is common in the elderly, has many risk factors, clinical manifestations are often severe, may have necrotic/ulcers. **Keywords:** critical limb ischemia, clinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, cùng với các bệnh động mạch (ĐM) do xơ vữa khác như bệnh ĐM vành, đột quỵ não... thì tỷ lệ bệnh nhân (BN) nhập viện vì thiếu máu chi dưới trầm trọng (TMCDTT) cũng ngày một gia tăng. Thống kê tại Viện Tim mạch Việt Nam (2010), thấy tỷ lệ BN bị bệnh động mạch chi dưới mạn tính (BĐMCDMT) điều trị nội trú tại Bệnh viện tăng từ 1,7% (2003) lên 2,5% (2006) và 3,4% (2007) [1]. Thiếu máu chi dưới trầm trọng (TMCDTT) là giai đoạn muộn của BĐMCDMT, có biểu hiện là đau khi nghỉ, có thể hoại tử và mất tổ chức [2].

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và tỷ lệ mắc TMCDTT được công bố. TMCDTT có tỷ lệ tử vong cao, nguy cơ cắt cụt chi cao và ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống của người bệnh [2]. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm và điều trị tích cực TMCDTT là rất cần thiết, để phòng ngừa các biến chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống, cũng như tiết kiệm chi phí điều trị cho bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Khảo sát đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân thiếu máu chi dưới trầm trọng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 119 bệnh nhân được chẩn đoán bị thiếu máu chi dưới trầm trọng, nhập viện từ tháng 01/2018- 03/2023, được điều trị can thiệp mạch bằng nong bóng và/hoặc đặt stent tại Bệnh viện Tim Hà Nội và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

***Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu chi dưới trầm trọng dựa trên các tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng [2].
- Các BN có chỉ định can thiệp mạch nhưng không đủ điều kiện để can thiệp hoặc BN không đồng ý can thiệp sẽ tiếp tục được điều trị nội khoa. BN có chỉ định can thiệp mạch và đồng ý

thì tiến hành kỹ thuật can thiệp mạch để điều trị.

***Tiêu chuẩn loại trừ.** Các nguyên nhân khác gây hẹp hoặc tắc động mạch chi dưới: khối u chèn ép, các bệnh lý van tim gây huyết khối, thiếu máu cấp tính do chấn thương, vết thương, huyết khối trên các động mạch lành, tai biến do phẫu thuật hay thủ thuật can thiệp nội mạch máu. Các bệnh lý động mạch ngoại biên không phải do nguyên nhân xơ vữa mạch máu gây ra: bệnh Takayasu, bệnh Buerger, hội chứng Raynaud... Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân thiếu máu chi dưới trầm trọng, nhập viện từ tháng 01/2018 - 03/2023, được can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Tim Hà Nội và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

***Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.**

Nghiên cứu trên toàn bộ bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán thiếu máu chi dưới trầm trọng, nhập viện từ tháng 01/2018 - 03/2023 tại 2 Bệnh viện. Số lượng thực tế nghiên cứu là 119 bệnh nhân.

Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu riêng, trong đó ghi đầy đủ các thông tin về tiền sử, bệnh sử, các dấu hiệu thăm khám lâm sàng, phân loại giai đoạn của bệnh.

***Chỉ số nghiên cứu**

- Tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ của nhóm nghiên cứu.
- Các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân: tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận mạn, tai biến mạch máu não, bệnh mạch vành, hút thuốc lá.
- Phân chia giai đoạn và độ bệnh theo phân loại của Rutherford: loại 4, 5, 6.
- Đặc điểm về vị trí loét và hoại tử chi dưới.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo nhóm tuổi (n=119)

Tuổi	Nam		Nữ		Chung (n=119)	
	n	%	n	%	n	%
< 60	6	85,7	1	14,3	7	5,9
60 - 69	37	90,2	4	9,8	41	34,5
70 - 79	25	67,6	12	32,4	37	31,1
80 - 89	19	63,3	11	36,7	30	25,2
≥ 90	0	0,0	4	100,0	4	3,4
Tổng	87	73,1	32	26,9	119	100
Trung bình	70,8±8,8		78,3±8,6		72,8±9,3	

($\bar{X} \pm SD$)			
Max - Min	89 - 54	92 - 59	92 - 54

(*ANOVA test)

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $72,8 \pm 9,3$. Tuổi cao nhất là 92, thấp nhất là 54. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là nhóm tuổi 60 - 69 (tỷ lệ 34,5%), tiếp theo là nhóm tuổi 70-79 (tỷ lệ 31,1%). Các nhóm tuổi 80-89 (tỷ lệ 25,2%) và nhóm tuổi < 60 hay ≥ 90 (tỷ lệ 5,9% và 3,4%) ít gặp hơn trong nghiên cứu.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, nam giới chiếm chủ yếu với 73,1% trong khi đó nữ giới là 26,9%.

Bảng 2. Đặc điểm về yếu tố nguy cơ thường gặp

Tiền sử bệnh và yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	95	79,8
Đái tháo đường type 2	43	36,1
Bệnh động mạch vành	26	21,8
Rối loạn lipid máu	52	43,7
Suy thận mạn	5	4,2
Đột quỵ não cũ	14	11,8
Hút thuốc lá	42	35,3
Thừa cân, béo phì (BMI >23)	33	27,7
Bệnh ĐM chi dưới	26	21,8

Xét về đặc điểm về tiền sử và các yếu tố nguy cơ cho thấy, yếu tố phổ biến ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là tăng huyết áp (79,8%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (43,7%), đái tháo đường type 2 (36,1%), hút thuốc lá (35,3%), thừa cân béo phì (27,7%). Một số tiền sử bệnh ít gặp khác như: tiền sử bệnh mạch vành (21,8%), đột quỵ não cũ (11,8%), suy thận mạn (4,2%).

Bảng 3. Đặc điểm giai đoạn thiếu máu chi dưới theo phân loại Rutherford

Giai đoạn bệnh (Theo phân loại Rutherford)	Số BN (n=119)	Tỷ lệ (%)
Rutherford 4	54	45,4
Rutherford 5	64	53,9
Rutherford 6	1	0,8
Tổng	119	100,0

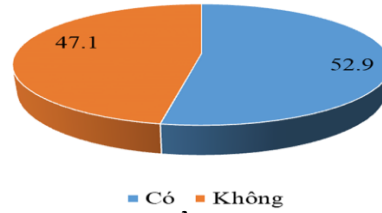
Giai đoạn bệnh theo Rutherford ở bệnh nhân thiếu máu chi dưới trầm trọng cho thấy, trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn Rutherford loại 5 chiếm chủ yếu với tỷ lệ 53,9%. Giai đoạn Rutherford loại 4 chiếm 45,4% và Rutherford loại 6 chỉ chiếm 0,8% số bệnh nhân.

Số ngày nằm viện: Số ngày nằm viện trung bình của mẫu nghiên cứu là $6,5 \pm 3,4$ ngày.

Vị trí chi tổn thương: Trong số 119 BN nghiên cứu có 41 BN tổn thương ở 1 chân chiếm 34,5%. Còn lại có 78 BN tổn thương ở cả 2 chân chiếm 65,5%. Như vậy, tổng số chân bị tổn

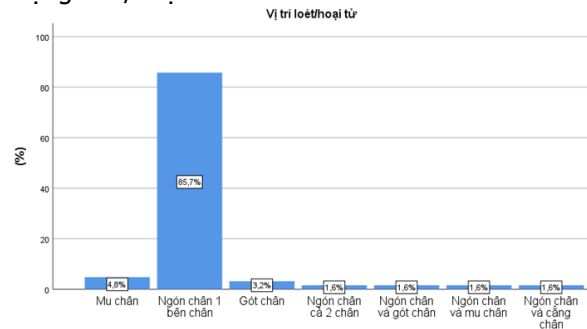
thương là 197 chân.

Đặc điểm tình trạng loét/hoại tử



Biểu đồ 1. Đặc điểm về tình trạng loét/hoại tử chi dưới

Nhận xét: Trong số 119 bệnh nhân nghiên cứu có 52,9% số bệnh nhân (63 BN) có tình trạng loét/hoại tử ở chân.



Biểu đồ 2. Đặc điểm vị trí vết loét/hoại tử

Trong số 63 BN có loét/hoại tử, phần lớn bệnh nhân bị loét/hoại tử ở vị trí ngón chân ở 1 bên chân (85,7%) và mu chân (4,8%), gót chân (3,2%). Các vị trí loét/hoại tử khác gặp với tỷ lệ thấp.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của 119 BN TMCDDT là $72,8 \pm 9,3$ tuổi, trong đó BN cao tuổi nhất là 92 tuổi, thấp nhất 54 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là nhóm tuổi 60 - 69 (tỷ lệ 34,5%), tiếp theo là nhóm tuổi 70-79 (tỷ lệ 31,1%). Các nhóm tuổi 80-89 (tỷ lệ 25,2%) và nhóm tuổi < 60 hay ≥ 90 (tỷ lệ 5,9% và 3,4%) ít gặp hơn trong nghiên cứu. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với một số nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước. Tác giả Trần Đức Hùng (2016), nghiên cứu trên 118 BN mắc ĐMCDMT, đã báo cáo BN cao tuổi nhất là 92 tuổi, thấp nhất 27 tuổi, tuổi trung bình $70,8 \pm 14,0$ năm. Nhóm BN từ 70 - 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất [3]. Nghiên cứu của tác giả Lương Tuấn Anh (2019), trên 85 BN có tổn thương ĐM dưới gối, tuổi trung bình của bệnh nhân là 75,6 tuổi, trong đó tuổi cao nhất là 94 tuổi, thấp nhất là 50 tuổi. Tuổi trung bình của nữ giới cao hơn đáng kể so với nam giới ($p < 0,001$). Nhóm tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là nhóm tuổi ≥ 80 (tỷ lệ 40%), tiếp theo là

nhóm tuổi 70-79 (tỷ lệ 30,6%). Các nhóm tuổi 60-69 (tỷ lệ 21,2%) và nhóm tuổi < 60 (tỷ lệ 8,2%) ít gặp hơn trong nghiên cứu [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 73,1%, tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác. Tỷ lệ BN nam trong nghiên cứu của tác giả Trần Đức Hùng (2016) là 80,5% [3]. Nghiên cứu của tác giả Lương Tuấn Anh (2019) có tỉ lệ nam giới là 67,1% (tỉ lệ nữ giới là 32,9%) [4], 85% BN là nam giới trong nghiên cứu của tác giả Lê Đức Tín (2022) [5].

Trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số yếu tố nguy cơ và tiền sử bệnh thường gặp, trong đó yếu tố nguy cơ phổ biến là tăng huyết áp (THA) (79,8%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (RLLP) (43,7%), đái tháo đường type 2 (ĐTĐ) (36,1%), hút thuốc lá (HTL) (35,3%), thừa cân béo phì (27,7%). Một số tiền sử bệnh ít gặp khác như: tiền sử bệnh mạch vành (21,8%), đột quỵ não cũ (11,8%), suy thận mạn (4,2%). Theo tác giả Trần Đức Hùng (2016), HTL chiếm tỷ lệ cao nhất (78,0%), sau đó đến THA (64,4%), RLLP máu (16,1%), thừa cân, béo phì (14,4%) và thấp nhất là ĐTĐ (9,3%). Tác giả Lương Tuấn Anh (2019), các yếu tố nguy cơ thường gặp nhất trong nghiên cứu là THA (tỉ lệ 64,7%), ĐTĐ (tỉ lệ 25,9%), RLCH lipid (tỉ lệ 25,9%) và HTL (tỉ lệ 24,7%), các tiền sử bệnh ít gặp hơn là nhồi máu não cũ (11,8%), suy thận mạn (5,9%) và bệnh mạch vành (3,5%). Tác giả Lê Đức Tín (2022), bệnh phổi hợp phổ biến trong mẫu nghiên cứu lần lượt là THA (56,4%), RLLP (41,4%), bệnh ĐM cảnh (37,6%), ĐTĐ (35,3%) và COPD (12%) [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn BN bị tổn thương ở cả hai chân với tỉ lệ 65,5%. Số BN tổn thương 1 chân chiếm 34,5%. Tỷ lệ chân bị tổn thương của các tác giả là khác nhau, kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Trần Đức Hùng (2016), tỷ lệ tổn thương ở cả 2 chân là 65,3% [3]. Trong một nghiên cứu khác, Tan M.L. và cộng sự (2011), nghiên cứu 144 BN bị cơn đau cách hồi ở chi dưới, thấy tỷ lệ xuất hiện triệu chứng ở chân trái là 52,8% (69 BN), chân phải 40,3% (58 BN) và cả 2 chân là 11,8% (17 BN) [6]. Có thể giải thích, vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn TMCĐTT nên tổn thương thường nặng và lan tỏa; đồng thời tỷ lệ BN có ĐTĐ chiếm tỷ lệ cao mà đặc điểm tổn thương mạch chi dưới trong bệnh ĐTĐ thường là tổn thương lan tỏa, do đó tổn thương ĐM 2 chân là biểu hiện thường gặp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 52,9% số BN

có tình trạng loét hay hoại tử ở chi thể, phần lớn BN bị loét/hoại tử ở vị trí ngón chân (85,7%). Nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng nhận thấy tỷ lệ vị trí loét ở ngón chân chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó đến loét ở bàn chân. Theo tác giả Trần Đức Hùng (2016), 40,7% chân bị loét/hoại tử, trong đó loét ở ngón chân gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 32,9%, loét ở bàn chân và cẳng chân chiếm tỷ lệ 3,9% [3]. Tác giả Dương Đức Hoàng (2006) đã báo cáo tỷ lệ loét hoặc hoại tử chân là 50,4%, trong đó hoại tử ở ngón chân 34,6%, hoại tử bàn chân là 6,8% [7]. Theo Trần Công Quyền và cộng sự (2006), tỷ lệ hoại tử ngón chân 25,8% và hoại tử bàn chân 4,5%, không gặp loét hoặc hoại tử ở cẳng chân [8]. Như vậy, tỷ lệ loét/hoại tử chân ở vị trí ngón chân và bàn chân trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu trên.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 119 BN được chẩn đoán thiếu máu chi dưới trầm trọng cho thấy, bệnh thường gặp ở người cao tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng thường nặng, có thể có vết loét/hoại tử. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $72,8 \pm 9,3$ nhóm tuổi thường gặp nhất là 60-79 tuổi, nam giới chiếm chủ yếu (73,1%). Yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, rối loạn chuyển hóa lipid máu và hút thuốc lá. Tổn thương thường gặp ở cả hai chân (65,5%). Giai đoạn bệnh theo Rutherford cho thấy Rutherford loại 5 chiếm chủ yếu với tỉ lệ 53,9%. Có 52,9% số bệnh nhân có tình trạng loét/hoại tử ở chân, vị trí loét hay gặp là ở ngón chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hùng Đoàn Quốc** (2006), Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ngoại khoa bệnh động mạch chi dưới mạn tính do vữa xơ động mạch, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Conte Michael S, Bradbury Andrew W, Kolh Philippe, et al.** (2019). Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 58(1): S1-S109. e33.
3. **Trần Đức Hùng** (2016), Nghiên cứu hiệu quả điều trị bệnh nhân bị bệnh động mạch chi dưới mạn tính bằng phương pháp can thiệp nội mạch, Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y.
4. **Lương Tuấn Anh** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị can thiệp nội mạch bệnh động mạch chi dưới mạn tính khu vực dưới gối, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
5. **Lê Đức Tín** (2022), Đánh giá kết quả nong bóng và đặt giá đỡ nội mạch trong điều trị tắc động

- mạch chày TASC II A, B, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Tan M.L., Feng J., Gordois A., et al.** (2011), "Lower extremity amputation prevention in Singapore: economic analysis of results", Singapore Med J, 52(9), pp. 662-8.
7. **Hoàng Dương Đức** (2006), Nghiên cứu đặc

- điểm lâm sàng và siêu âm Doppler ở bệnh nhân bệnh động mạch chi dưới mạn tính, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Trần Công Quyền, Hồ Khánh Đức, Hồ Nam và cs** (2006), "Kết quả điều trị thiếu máu mạn tính chi dưới tại Bệnh viện Bình Dân", Y học Việt Nam, (Số đặc biệt), tr. 169-79.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG PHỔI BỆNH NHÂN TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI NGUYÊN

Phạm Đắc Trung¹, Hoàng Hà¹, Nguyễn Quý Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang bệnh nhân TKMP tự phát và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Đối tượng:** Bệnh nhân TKMP tự phát tại bệnh viện Phổi Thái Nguyên từ 6/2022 - 6/2023. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Cỡ mẫu:** Toàn bộ, thu được 68 bệnh nhân. Chia BN thành hai nhóm TKMP tự phát nguyên phát, TKMP tự phát thứ phát. Chia kết quả điều trị là kết quả tốt và kết quả không tốt Xử lý số liệu bằng toán thống kê y học. **Kết quả và bàn luận:** Bệnh nhân 18-60 tuổi (64,71%), nam (80,88%), gầy yếu (16,18%), thừa cân (11,76%), tiền sử hút thuốc (79,41%), TKMP-TDMP (8,82%). X-quang TKMP khu trú (4,41%), TKMP trái (51,47%), phải (41,18%), cả hai phổi (7,35%). TKMP nhẹ (30,88%), nặng (11,76%). TKMP TPNP 43/68 (63,24%). Điều trị thành công (98,53%), có kết quả điều trị tốt (66,18%), tái phát 3/68 BN. Các yếu tố liên quan làm tăng khả năng có kết quả điều trị không tốt trên bệnh nhân TKMP tự phát: Tuổi >60 (OR=5,444), TKMP mức độ nặng (OR=7,588), TKMP+TPTP (OR=6,563). Hút thuốc và tiền sử TKMP-TDMP không làm tăng khả năng có kết quả điều trị không tốt. **Kết luận:** TKMP TPNP thường gặp trên nhóm bệnh nhân nam giới trong độ tuổi lao động và có tiền sử hút thuốc lá. Tuổi >60, mức độ TKMP nặng, chẩn đoán muộn và TKMP TPTP là các yếu tố liên quan giúp tiên lượng khả năng có kết quả điều trị không tốt ở bệnh nhân TKMP tự phát. **Từ khóa:** Trần khí màng phổi, Mở màng phổi tối thiểu, Trần dịch màng phổi, Tự phát nguyên phát, Tự phát thứ phát

SUMMARY

CLINICAL AND X-RAY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PNEUMOTHORAX AND SOME FACTORS AFFECTING THE RESULTS OF PNEUMOTHORAX TREATMENT AT THAI NGUYEN LUNG HOSPITAL

¹Trường Đại học Y-Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đắc Trung

Email: daingudaingudaingudainguda@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

Objective: To delineate the clinical and paraclinical characteristics of patients presenting with spontaneous pneumothorax and to identify factors influencing treatment outcomes. **Subjects:** Spontaneous pneumothorax patients at Thai Nguyen Lung Hospital from 6/2022 - 6/2023. **Methods:** Cross-sectional description. **Sample size:** Convenient, total, 68 patients were obtained. Patients were categorized into two groups: those with primary spontaneous pneumothorax and those with secondary spontaneous pneumothorax. Treatment outcomes were classified as favorable or unfavorable. Data analysis utilized medical statistical techniques. **Results and Discussion:** The study population consisted predominantly of individuals aged 18-60 years (64.71%), male (80.88%), underweight (16.18%), overweight (11.76%), with a history of smoking (79.41%), and presenting with TKMP-TDMP (8.82%). Chest X-rays revealed pneumothorax localized to the left side (51.47%), right side (41.18%), bilateral (7.35%), with mild pneumothorax observed in 30.88% of cases and severe pneumothorax in 11.76%. TPNP pneumothorax accounted for 63.24% of cases. Treatment success rate was 98.53%, with 66.18% achieving good treatment outcomes and 3 out of 68 patients experiencing recurrence. Factors associated with an increased likelihood of poor treatment outcomes in patients with spontaneous pneumothorax included age over 60 (OR=5.444), severe pneumothorax (OR=7.588), and pneumothorax combined with TPTP (OR=6.563). Smoking and history of IUD-TDMP did not correlate with unfavorable treatment outcomes. **Conclusion:** TPNP pneumothorax predominantly affects male patients of working age with a smoking history. Age over 60, severe pneumothorax, delayed diagnosis, and TPTP pneumothorax are predictive factors associated with an increased probability of unfavorable treatment outcomes in patients with spontaneous pneumothorax. **Keywords:** Pneumothorax, Miniplethorax, Pleural effusion, Primary spontaneous, Secondary spontaneous

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trần khí màng phổi (TKMP) là tình trạng khí xuất hiện đột ngột trong khoang màng phổi do những thương tổn bệnh lý của phổi, màng phổi