

- mạch chậu 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

gây ra. TKMP là một cấp cứu cần được xử trí kịp thời do có nguy cơ đe dọa tính mạng người bệnh.

Tỷ lệ TKMP tự phát ở Hoa Kỳ là 7/100.000 nam và 1/100.000 nữ mỗi năm. COPD có tỷ lệ mắc 26/100.000 bệnh nhân. Nguy cơ TKMP tự phát ở người nghiện thuốc lá cao gấp 102 lần so với người không hút thuốc. Tỷ lệ mắc bệnh tùy theo khu vực khác nhau: châu Âu là 1/100000; Mỹ 1/215000; Korea: 1/67000; Japan: 1/72000.

TKMP tự phát được chia thành TKMP tự phát nguyên phát (TPNP), TKMP tự phát thứ phát (TPTP). Biểu hiện lâm sàng của TKMP thường cấp tính và diễn biến phức tạp. Chẩn đoán dựa trên các tiêu chuẩn lâm sàng và chụp Xquang phổi. Điều trị đòi hỏi phải hút qua catheter hoặc ống dẫn lưu qua thành ngực. Điều trị TKMP tự phát bằng các cách thức cụ thể tùy theo tình trạng, mức độ, căn nguyên khác nhau. Theo hướng dẫn của Bộ y tế, chỉ định mở màng phổi tối thiểu (MMPTT), dẫn lưu khí điều trị TKMP tự phát khá rộng rãi và có hiệu quả cao tại tuyến bệnh viện cơ sở. Bệnh viện Phổi Thái Nguyên thu nhận hằng trăm ca bệnh cấp cứu bệnh phổi từ các tuyến trước mỗi năm, trong đó có nhiều bệnh nhân TKMP cần được tiên lượng và xử lý kịp thời. Từ thực tế trên, nghiên cứu tiến hành gồm hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị bệnh nhân TKMP tự phát
2. Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bệnh nhân TKMP điều trị tại bệnh viện Phổi Thái Nguyên. Thời gian từ 6/2022 – 6/2023.

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định TKMP theo hướng dẫn của Bộ y tế [1].

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu: Thuận tiện, chọn mẫu toàn bộ, thu được 68 bệnh nhân.

2.4. Các chỉ tiêu và tiêu chuẩn nghiên cứu

- Chỉ tiêu về đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, BIM, tiền sử hút thuốc lá, tiền sử TKMP +TDMP, chẩn đoán muộn (>10h).

- Các chỉ tiêu về đặc điểm lâm sàng, về nguyên nhân tràn khí màng phổi.

- Mức độ TKMP (British Thoracic Society consensus 2003): TKMP mức độ nhẹ: khoảng giữa hai lá màng phổi ở ngang mức rốn phổi <1cm, tràn khí khu trú; TKMP mức độ vừa: khoảng giữa hai lá màng phổi ở ngang mức rốn

phổi 1-2 cm; TKMP mức độ nặng: khoảng giữa hai lá màng phổi ở ngang mức rốn phổi > 2cm.

- Chỉ tiêu về Xquang phổi: Hình ảnh vùng tổn thương khu trú, lan tỏa, phổi trái, phổi phải, 2 phổi, các hình ảnh khác (áp xe, TDMP, kén khí màng phổi, kén khí phổi...).

- Chỉ tiêu về kết quả điều trị TKMP: Kết quả tốt là bệnh nhân hết TKMP ≤ 10 ngày. Kết quả không tốt là thời gian TKMP > 10 ngày hoặc có biến chứng phù phổi cấp, tụt huyết áp, suy thở dẫn đến đã tử vong hoặc phải chuyển tuyến hoặc nặng xin về. Đề tài này tập trung nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và điều trị TKMP. Các vấn đề liên cận như điều trị căn nguyên COPD, bệnh lao, hen, kén khí ... chúng tôi chưa khảo sát tại nghiên cứu này.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh COPD, bệnh lao, hen, ung thư, viêm phổi, ... dựa vào kết quả chẩn đoán của các bác sĩ chuyên khoa có kết luận tại bệnh án.

2.4. Xử lý số liệu: Dữ liệu nhập bằng phần mềm Excel, SPSS 25.0, toán thống kê y học.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên và Bệnh viện Phổi Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tràn khí màng phổi

Loại TKMP Đặc điểm chung	Tổng n(%)	TPNP n(%)	TPTP n(%)	X ² ;p
18-60 tuổi	44 (64,7)	33 (76,7)	11 (44,0)	6,06;<0,05
Nam	55 (80,9)	33 (76,7)	22 (88,0)	0,67;>0,05
Gầy	11 (16,2)	5 (11,6)	6 (24,0)	
Trung bình	49 (72,1)	35 (81,4)	14 (56,0)	3,90;<0,05
Thừa cân	8 (11,8)	3 (7,0)	5 (20,0)	
Có hút thuốc	54 (79,4)	39 (90,7)	15 (60,0)	7,33;<0,05
Có tiền sử TKMP-TDMP	6 (8,8)	3 (7,0)	3 (12,0)	0,07;>0,05
Chẩn đoán muộn	19 (27,9)	4 (9,3)	15 (60,0)	17,74;<0,001

Nhận xét: Đa số bệnh nhân thuộc các nhóm: 18-60 tuổi 64,7%, nam giới 80,9%, thể trạng trung bình 72,1%, có hút thuốc 79,4%, có tiền sử TKMP-TDMP 91,2%. BN chẩn đoán muộn chiếm 27,9%. Tuổi, thể trạng, tiền sử hút thuốc và chẩn đoán muộn có liên quan tới phân loại TKMP tự phát với p<0,05

Bảng 2. Đặc điểm X quang phổi TKMPTP nguyên phát và thứ phát

Loại TKMP Đặc điểm	Tổng n(%)	TPNP n(%)	TPTP n(%)	$\chi^2;p$
TKMP nhẹ	21 (30,9)	16 (37,2)	5 (20,0)	3,65;>0,05
TKMP vừa	39 (57,4)	24 (55,8)	15 (60,0)	
TKMP nặng	8 (11,8)	3 (7,0)	5 (20,0)	
TKMP trái	35 (51,5)	26 (60,5)	9 (36,0)	7,82;<0,05
TKMP phải	28 (41,2)	17 (39,5)	11 (44,0)	
TKMP 2 bên	5 (7,4)	0 (0,0)	5 (20,0)	
TKMP khu trú	3 (4,4)	1 (2,3)	2 (8,0)	0,12;>0,05
TKMP + TDMP	8 (11,8)	2 (4,7)	6 (24,0)	3,99;<0,05
TKMP + Áp xe phổi	5 (7,4)	0 (0,0)	5 (20,0)	6,58;<0,05

Nhận xét: TKMP trái và phải gần tương đương nhau lần lượt là 51,5% và 41,2% số ít TKMP cả hai phổi với 7,4%. Các tổn thương khác được ghi nhận gồm: TDMP 11,8%, áp xe phổi 7,4%, TKMP khu trú 4,4%. Mức độ TKMP nhẹ và vừa chiếm đa số với 30,9% và 57,4%. Vị trí TKMP, TKMP+TDMP, TKMP+áp xe phổi có liên quan tới phân loại TKMP tự phát với $p<0,05$

Bảng 3: Các nguyên nhân tràn khí màng phổi

Nguyên nhân	Bệnh nhân	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ (%)
TPNP		43	63,2
TPTP	Tổng	25	36,8
	COPD	9	13,2
	Hen	4	5,9
	Lao	8	11,8
	Ung thư phổi	2	2,9
	Viêm phổi	2	2,9

Nhận xét: TKMP TPNP 43/68(63,2%), TKMP TPTP 25/68(36,8%) trong đó COPD và lao bắt gặp nhiều với 9 ca và 8 ca, hen 4 BN, ung thư phổi 2 BN, viêm phổi 2 BN.

Bảng 4: Kết quả điều trị tràn khí màng phổi

Kết quả điều trị	Bệnh nhân	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ (%)
Hết tràn khí màng phổi		67	98,5
Kết quả điều trị tốt		45	66,2
Sự cố y khoa		1	1,5
Tái phát gần		3	4,4
Ngày nằm viện trung bình (X±SD)		9,3 ± 5,1	

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị thành công cao chiếm 98,5%, có 45/68 trường hợp có kết quả điều trị tốt chiếm 66,2%, ghi nhận 1 trường hợp sự cố y khoa (tràn máu màng phổi). Biến chứng gần ghi nhận được 3 trường hợp tái phát gần. Ngày nằm viện trung bình $9,3 \pm 5,1$.

Bảng 5: Một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị tràn khí màng phổi tự phát

Yếu tố	Kết quả điều trị	Không tốt n(%)	Tốt n(%)	OR, 95%CI
Tuổi >60	14 (58,3)	10 (41,7)	5,444 (1,825-16,240)	
Hút thuốc	17 (31,5)	37 (68,5)	1,632 (0,4896-5,442)	
Tiền sử TKMP-TDMP	4 (66,7)	2 (33,3)	4,526 (0,763-26,870)	
Thời gian chẩn đoán muộn	12 (63,2)	7 (36,8)	5,922 (1,878-18,680)	
TKMP nặng	6 (75,0)	2 (25,0)	7,588 (1,392-41,370)	
TKMP TPTP	15 (60,0)	10 (40,0)	6,563 (2,165-19,890)	

Nhận xét: Các yếu tố liên quan làm tăng khả năng có kết quả điều trị không tốt trên bệnh nhân TKMP tự phát với khoảng tin cậy 95%CI không chứa 1 bao gồm: Tuổi>60 (OR=5,444), thời gian chẩn đoán muộn (OR=5,922), TKMP mức độ nặng (OR=7,588), TKMP TPTP (OR=6,563). Các yếu tố: Hút thuốc và tiền sử TKMP-TDMP không làm tăng khả năng có kết quả điều trị không tốt với khoảng tin cậy 95%CI chứa 1.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữ hai nhóm bệnh nhân tràn khí màng phổi. Về lứa tuổi, nghiên cứu ghi nhận được độ tuổi từ 18 tới 83 tuổi, trung bình là $49,29 \pm 10,51$ tuổi, đa số thuộc độ tuổi lao động từ 18-60 tuổi với 64,7% trong đó TKMP TPNP chiếm tỷ lệ cao 76,7%. Nghiên cứu của tác giả Lê Quốc Việt [2] cũng ghi nhận độ tuổi trung bình TKMP TPNP là $26,92 \pm 8,26$ với nữ và $24,69 \pm 8,61$ tuổi với nam cùng với đó là xu hướng xuất hiện ở người trẻ tuổi, có thể lý giải do đây là độ tuổi lao động với các yếu tố lao lực, gắng sức, stress cùng với đó là tỷ lệ sử dụng thuốc lá cao làm gia tăng nguy cơ TKMP TPNP. Số ít bệnh nhân trên 60 tuổi xuất hiện TKMP được ghi nhận chủ yếu do các nguyên nhân TPTP với 56%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Nam giới chiếm tỷ lệ cao với 80,9% BN TKMP tự phát, tỷ lệ này ở cả 2 nhóm nguyên nhân TPNP và TPTP đều cao với 76,7% và 88,0%. Tỷ lệ nam giới TKMP tự phát trong

nguyên cứu này tương đồng với y văn cũng như trong nghiên cứu của tác giả Lê Hoàn [3] là 77,2% và tại Ai Cập tỷ lệ này được Enas Elsayed Mohamed và cộng sự [4] ghi nhận là 70%.

Bệnh nhân với thể trạng gầy yếu chiếm 16,2%, trung bình 72,1% và thừa cân 11,8%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng TKMP TPNT chủ yếu gặp ở nhóm không có yếu tố nguy cơ là nhóm thể trạng trung bình với 81,4%.

Trong số BN TKMP tự phát có 79,4% BN có hút thuốc tỷ lệ này ở nghiên cứu của Lê Hoàn [3] chỉ là 40,5% sự khác biệt là do tập BN tại 2 cơ sở điều trị là không tương đồng. Tỷ lệ có hút thuốc ở hai nhóm nguyên nhân là TPNP và TPTP đều trên 50%, cụ thể nhóm TPNP có tới 90,7% có tiền sử hút thuốc, con số này ở nhóm TPTP là 60,0%. Qua trên ta thấy hút thuốc có thể làm gia tăng nguy cơ TKMP, đặc biệt là TKMP TPNP. Chúng tôi cũng ghi nhận số ít trường hợp có tiền sử TKMP hoặc TDMP với 6/68 trường hợp.

Ngoài ra cũng ghi nhận 19/68 (27,9%) trường hợp được chẩn đoán muộn tập trung chủ yếu ở nhóm TKMP TPTP với 15/25 (60,0%) lý giải do các triệu chứng lâm sàng trong giới hạn chịu đựng có thể do mức độ tràn khí ít, đặc biệt bệnh nhân TKMP TPTP với bệnh phổi mạn tính có giới hạn chịu đựng cao hơn từ đó làm chậm quyết định đến viện, kéo dài thời gian chẩn đoán. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tiền sử tràn khí TDMP tuy không có mối liên quan với TKMP tự phát nhưng được coi là yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỷ lệ TKMP tự phát với 8,8% có tiền sử TKMP, TDMP.

Về triệu chứng cận lâm sàng. Trên film chụp X-quang phổi nhận thấy tràn khí phổi trái chiếm ưu thế với 51,5%, phổi phải 41,2% và cả hai phổi 7,4% điều này khác so với tỷ lệ được ghi nhận trong nghiên cứu [5] với 44,8% bên trái, 52,6% bên phải và 2,6% cả 2 phổi, hoặc trong nghiên cứu [2] lần lượt là 48,1%, 50,1% và 1,0%. Có sự khác biệt là do bệnh viện Phổi Thái Nguyên chủ yếu tập chung điều trị lao, bệnh phổi mạn tính và các tình trạng viêm phổi khác làm tăng tỷ lệ TKMP TPTP. Mặc dù chưa có thống kê cụ thể để so sánh tuy nhiên chúng tôi cũng ghi nhận các đặc điểm tổn thương khác bao gồm tràn dịch phổi hợp 11,8%, áp xe phổi phổi hợp 7,4%, tràn dịch khu trú chiếm 4,41% tỷ lệ này trong nghiên cứu [6] cũng ghi nhận được TKMP khu trú 02 bệnh nhân, TKMP và TDMP 02 bệnh nhân.

Phân độ TKMP trên X-quang ghi nhận các mức độ gồm 21/68(30,88) mức độ nhẹ, 39/68 (57,35) mức độ vừa, 8/68(11,76) mức độ nặng, tỷ lệ này theo thống kê trong nghiên cứu [2] nhẹ

0,96 (1/104), vừa 22,12 (23/104), nặng 34,62 (36/104) và 42,31 (44/104) tràn khí toàn bộ và trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Thái [5] tỷ lệ tràn khí các mức độ lần lượt là nhẹ 28,9 (11/38), vừa 13,2 (5/38), nặng 57,9 (22/38) có sự khác biệt là do sự khác nhau về đặc điểm của nhóm bệnh nhân tại từng đề tài nghiên cứu.

Qua trên, ghi nhận chẩn đoán các nguyên nhân chính chỉ ra TKMP TPNP chiếm đa số bệnh nhân TKMP tự phát tới điều trị tại viện với 43 (63,2%) BN. TKMP TPTP với 25 (36,8%) BN trong đó các nguyên nhân chính được ghi nhận gồm COPD 09 (13,2%), lao 08 (11,8%), hen 04 (5,9%), ung thư phổi và viêm phổi cùng là 2 (2,9%), điều này là tương đồng với y văn. Trong nghiên cứu gần đây của Lê Hoàn [3] cũng ghi nhận tỷ lệ xuất hiện các tổn thương tương ứng về mặt hình ảnh với TKMP không có hình ảnh tổn thương (TKMP vô căn) và TKMP do vỡ kén khí lần lượt là 26/63 và 16/63 BN, các TKMP khác là giãn phế nang (một trong các biến chứng của COPD và hen) 15/63 BN và viêm 6/63 BN.

4.2. Kết quả điều trị TKMP và một số yếu tố liên quan. Ngày điều trị trung bình là $9,3 \pm 5,1$. Kết quả này dài hơn trong nghiên cứu của Lê Quốc Việt [2] là 6,91 ngày tuy nhiên gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Hoàn [3] tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 9,88 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 5 trường hợp cần can thiệp MMPTT kéo dài tối đa lên tới 5 ngày hoặc được MMPTT lần 2 do tái tràn khí trong quá trình điều trị gồm 2 bệnh nhân ung thư phổi có di căn màng phổi và 3 bệnh nhân lao phổi, màng phổi.

Về kết quả điều trị, tỷ lệ điều trị thành công là 98,5%, số bệnh nhân có kết quả điều trị tốt 66,2%, ghi nhận 1 trường hợp sự cố y khoa tràn máu màng phổi sau MMPTT cần chuyển viện, biến chứng tái phát gần 3 ca.

Tuổi >60, TKMP mức độ nặng và TKMP TPTP là các yếu tố liên quan làm gia tăng khả năng có kết quả điều trị không tốt trên bệnh nhân TKMP với khoảng tin cậy 95% CI không chứa 1. Cụ thể bệnh nhân trên 60 tuổi có nguy cơ kết quả điều trị không tốt cao gấp 5,444 lần bệnh nhân dưới 60 tuổi với khoảng tin cậy $95\% \times CI(1,825-16,240)$, đây là nhóm đối tượng có nhiều bệnh lý nền cùng với suy giảm chức năng các hệ cơ quan do lão hoá gây ra làm tăng nặng và kéo dài thời gian cần can thiệp oxy liệu pháp, ngoài ra khả năng liền thương kém cùng với yếu tố dinh dưỡng cũng làm chậm quá trình liền thương cũng như gia tăng khả năng bội nhiễm tại vị trí MMPTT.

Việc bệnh nhân chậm đến viện và chẩn đoán

trực tiếp làm gia tăng thời gian tràn khí và mức độ tràn khí của bệnh nhân khi được tiếp nhận từ đó làm gia tăng thời gian MMPTT dẫn lưu khí dịch màng phổi do không thể rút hết khí và dịch ngay trong lần đầu tránh tai biến phù phổi cấp cho bệnh nhân. Mặt khác, chẩn đoán muộn tập trung chủ yếu ở những bệnh nhân TKMP TPTP vốn có bệnh nền hô hấp cũng như các biến chứng của bệnh lý hô hấp. Từ đó ảnh hưởng tới kết quả điều trị của bệnh nhân cụ thể làm tăng khả năng có kết quả điều trị không tốt, tăng gấp 5,922 lần.

TKMP mức độ nặng được đánh giá trên film chụp X-quang phổi phản ánh trực tiếp mức độ TKMP của bệnh nhân. Bệnh nhân được phân loại TKMP mức độ nặng có kết quả điều trị không tốt cao gấp 7,588 lần các mức độ TKMP vừa và nhẹ. Bệnh nhân TKMP TPTP có kết quả điều trị không tốt cao hơn TKMP TPNP gấp 6,563, lần. Điều này được lý giải do trong số các bệnh nhân TKMP TPTP tại bệnh viện chuyên khoa có các bệnh phổi mạn tính và lao chiếm tỷ lệ cao, những bệnh nhân này thường có những di chứng tổn thương phổi trước đó. Điều đó làm giảm hiệu quả quá trình hô hấp đồng thời sự quen với các triệu chứng lâm sàng làm gia tăng khả năng chịu đựng và làm chậm thời gian đến viện khám và được chẩn đoán sớm cho bệnh nhân. Ngoài ra các yếu tố hút thuốc và tiền sử TKMP, TDMP cũng cho thấy xu hướng làm gia tăng kết quả điều trị không tốt. Tuy vậy thống kê chưa thấy có mối liên hệ có ý nghĩa với $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

TKMP tự phát gặp ở nhiều đối tượng, trong

đó TKMP TPNP thường gặp trên nhóm bệnh nhân nam giới trong độ tuổi lao động và nhóm bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá. X-quang phổi có giá trị trong chẩn đoán tiên lượng điều trị TKMP. Can thiệp MMPTT với các trường hợp mức độ vừa và nặng là một trong các chiến lược hiệu quả giúp làm giảm thời gian điều trị. Tuổi > 60 , mức độ TKMP nặng, chẩn đoán muộn và TKMP TPTP là các yếu tố liên quan tiên lượng kết quả điều trị không tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn, Việt Tiên**, (2019), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý hô hấp. Ban hành kèm theo Quyết định số 4235/QĐ-BYT ngày 31/10/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế."
2. **Lê Quốc Việt, Nguyễn Công Minh**, (2021), Đánh giá hiệu quả điều trị TKMP TPNP bằng DLMP và NSLN, tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 15, Phụ bản của Số 4, 201. (không viết tắt)
3. **Lê Hoàn, Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Đông Dương**, (2024), "đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tràn khí màng phổi tại bệnh viện đại học y hà nội". tạp chí y học việt nam 533 (1b).
4. **Mohamed, E. E., & Alaa El Din, A.** (2013), Thoracoscopic pleurodesis using iodopovidone versus pleural abrasions in management of recurrent pneumothorax. Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, 62(1), Tr. 105-109.
5. **Nguyễn, Đức Thái, and Bình Giang Trần**, (2021) "Kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát tại bệnh viện hữu nghị việt đức." Tạp chí Y học Việt Nam 504.1.
6. **Trần Quốc Kiệt, Phan Thanh Dũng**, Khoa Lao, Bệnh viện An Giang, (2016), Nhận xét kết quả gây dính màng phổi qua ống dẫn lưu trong điều trị TKMP tái phát tại khoa lao Bệnh viện An Giang - Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang - Số tháng 10/2016 Tr. 48.

TÌNH TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG VÀ KẾT CỤC NGẮN HẠN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY LIÊN QUAN RUNG NHỈ

Nguyễn Bá Thắng¹, Đặng Quang Huy², Lê Thụy Minh An¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng chỉ định và lựa chọn thuốc kháng đông đường uống (OAC) và xác định tỷ lệ các biến cố gộp trong vòng 90 ngày sau điều trị thuốc kháng đông ở người bệnh nhồi máu não

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thụy Minh An

Email: minhanle@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024

kèm rung nhĩ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu với dân số chọn mẫu là bệnh nhân nhồi máu não cấp hoặc cơn thoáng thiếu máu não kèm rung nhĩ điều trị nội trú tại khoa Thần Kinh bệnh viện Đại Học Y Dược TP.HCM trong thời gian 01/2018 đến 02/2022. **Kết quả:** Kết quả hồi cứu gồm 277 trường hợp người bệnh đột quy nhồi máu não cấp kèm rung nhĩ. Tổng số người bệnh chỉ định sử dụng OAC lúc xuất viện là 227 trường hợp (82,67%). Trong đó, 13,54% trường hợp được chỉ định kháng vitamin K (VKA), 86,46% trường hợp được chỉ định kháng đông trực tiếp (DOAC). Tỷ lệ các biến cố gộp trong quá trình theo dõi lần lượt là: xuất huyết nội sọ, tiêu hóa (4,5%); xuất huyết da niêm (2,7%), thuyên tắc - huyết khối (1,83%). **Kết luận:** Tỷ lệ dùng thuốc kháng đông đặc