

HIỆU QUẢ SỬ DỤNG BỘ CÔNG CỤ MST TRONG ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ SUY DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH NGOẠI KHOA NỘI TRÚ BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Phạm Thị Lan Phương¹, Đỗ Tất Thành^{1,2},
Nguyễn Trần Thị Linh¹, Chu Thị Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả tiên lượng nguy cơ suy dinh dưỡng của bộ công cụ MST trên người bệnh ngoại khoa nội trú bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 301 bệnh nhân ngoại khoa nội trú thuộc 19 khoa/phòng/trung tâm lâm sàng năm 2023 nhằm xác định hiệu quả việc ứng dụng phương pháp sàng lọc tình trạng dinh dưỡng bằng bộ công cụ MST cho người bệnh trước phẫu thuật. Thu thập số liệu dựa trên kết quả sàng lọc dinh dưỡng dựa trên các bộ công cụ được sử dụng trên lâm sàng bao gồm MST, NRS 2002, SGA, MUST và BMI. **Kết quả:** Kết quả cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán giá trị dự đoán dương tính và âm tính của bộ công cụ MST trên đối tượng người bệnh phẫu thuật lần lượt là 80,92%; 82,94%, 78,52% và 84,94%. Phương pháp MST có khả năng phân biệt tốt trường hợp bệnh nhân suy dinh dưỡng và không suy dinh dưỡng (diện tích dưới đường cong là 0,8193). **Kết luận:** MST thể hiện độ nhạy, độ đặc hiệu phù hợp, chứng tỏ có thể được sử dụng như một công cụ hợp lệ để xác định nguy cơ suy dinh dưỡng đối với người bệnh ngoại khoa tại bệnh viện hơn so với các phương pháp khác như NRS-2002, MUST, SGA, BMI.

Từ khóa: sàng lọc dinh dưỡng, ngoại khoa

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF THE TOOL MST TO SCREEN MALNUTRITION RISK FOR SURGICAL INPATIENTS AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Objective: Evaluate the effectiveness of the MST tool in predicting malnutrition risk in surgical inpatients at VietDuc University Hospital. **Subject and method:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 301 surgical inpatients in 19 departments/centers at VietDuc University Hospital in 2023 to assess the effectiveness of applying the nutritional status screening method-MST tool for preoperation patients. They were collecting secondary data based on nutritional screening tools including MST, NRS 2002, SGA, MUST and BMI. **Results:** The results showed that the sensitivity, specificity, positive and negative predictive value of the MST tool on surgical patients

were 80.92%, 82.94%, 78.52% and 84.94%; respectively. The MST tool has the ability to distinguish well between the risk of malnourished and non-malnourished patients (area under the curve is 0.8193). **Conclusion:** MST tool has valuable sensitivity and specificity, demonstrating that it can be used as a more valid tool to assess the risk of malnutrition in hospital surgical patients than other methods such as NRS-2002, MUST, SGA, BMI.

Keywords: nutritional screening, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều nghiên cứu cho thấy người bệnh nằm viện có vấn đề về dinh dưỡng (nghi ngờ suy dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng nặng) chiếm tỉ lệ từ 20-50% [1]. Để hạn chế hậu quả do suy dinh dưỡng (SDD) gây ra, việc sàng lọc, đánh giá phát hiện sớm các đối tượng có nguy cơ SDD là cần thiết. Can thiệp dinh dưỡng sớm được xem là một biện pháp dự phòng hiệu quả, ít tốn kém, có giá trị nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng dịch vụ chăm sóc trong bệnh viện. Sử dụng phương pháp sàng lọc, đánh giá dinh dưỡng được chuẩn hóa sẽ xác định được những vấn đề về dinh dưỡng. Phương pháp sàng lọc nếu được hoàn thành nhanh chóng, dễ sử dụng, ít tiêu chí, cho kết quả nhanh sẽ tiết kiệm được chi phí thời gian và nguồn lực. Tại Việt Nam, theo đánh giá của cục quản lý khám chữa bệnh năm 2014, có 508/607 bệnh viện trong cả nước đã thực hiện đánh giá TTDD cho người bệnh nhưng mới chỉ qua cần nặng và quan sát chăm quan của bác sĩ nên kết quả đánh giá TTDD cho người bệnh chưa chính xác [2].

Trên lâm sàng có nhiều cách để đánh giá tình trạng dinh dưỡng như: dùng các chỉ số nhân trắc (BMI, bề dày lớp mỡ dưới da, vòng cánh tay), thang điểm sàng lọc dinh dưỡng (MST, SGA, NRS-2002, MUST) hay các xét nghiệm cận lâm sàng (Albumin, Prealbumin, Transferrin, TLC) [3]. Mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm riêng. Nhìn chung không có phương pháp nào là hoàn hảo. Một trong những công cụ dễ áp dụng là sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng (Malnutrition Screening Tool: MST). Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra công cụ này có giá trị và đáng tin cậy [4]. Đây là một phương pháp đơn giản, rẻ tiền, dễ sử dụng, dễ huấn luyện và có thể áp dụng đại trà trên lâm sàng

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lan Phương

Email: phamphuong12a1@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.5.2024

Ngày duyệt bài: 28.6.2024

với kết quả đáng tin cậy. Đó là lý do phương pháp này cần được mở rộng sử dụng trong thực tế lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Nghiên cứu tiến hành trên người bệnh có lịch hẹn mổ thường quy tại các khoa Lâm sàng của bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Đối tượng nghiên cứu có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành tại Khoa/Trung tâm Lâm sàng có người bệnh cần thực hiện phẫu thuật, không tiến hành trên khối người bệnh hồi sức và người bệnh điều trị nội khoa: Khoa Phẫu thuật Thần kinh I, Phẫu thuật Thần kinh II, Phẫu thuật Tiết niệu, Phẫu thuật Gan mật, Trung tâm Nam học, Phẫu thuật cấp cứu bụng, Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình-Thẩm mỹ, Phẫu thuật Cột sống, Phẫu thuật Đại trực tràng-Tăng sinh môn, Phẫu thuật Tiêu hoá, Ung bướu, Trung tâm Ghép tạng, Khoa Khám xương và điều trị ngoại trú, Phẫu thuật chi trên và Y học thể thao, Phẫu thuật chi dưới, Phẫu thuật Chấn thương chung, Khoa Điều trị Yếu cầu, Ngoại Tim mạch- Lồng ngực, Phẫu thuật nhiễm khuẩn. Thời gian tiến hành từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2023.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể

$$n = Z^2 \frac{p \times q}{d^2} \quad (1-\alpha/2)$$

Trong đó: - n: là số lượng cần điều tra
 - $Z^2_{(1-\alpha/2)}$: độ tin cậy 95%, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$
 - p = 0,267 (tỷ lệ người bệnh SDD tại trước khi phẫu thuật tiêu hóa tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2021-2022) [5]
 - d = 0,05 là khoảng sai lệch giữa mẫu và quần thể.

Thay vào công thức trên được n = 300

Chọn mẫu. Mẫu nghiên cứu được chọn chủ đích: lựa chọn 300 bệnh nhân trong thời gian tiến hành nghiên cứu thuộc 19 khoa lâm sàng có bệnh nhân phẫu thuật. Trung bình mỗi khoa lựa chọn khoảng 15 bệnh nhân để đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng một cách khách quan và đặc trưng. Người bệnh sẽ được Dinh dưỡng viên và bác sỹ dinh dưỡng cân, đo, hoàn thiện bộ câu hỏi trong thời gian nhập viện trước phẫu thuật và thu thập các chỉ số xét nghiệm trong bệnh án

trong thời gian nằm viện. Trong quá trình thu thập được 301 người bệnh thoả mãn yêu cầu.

Biến số/ chỉ số:

- Về sàng lọc tình trạng cho bệnh nhân trước phẫu thuật: bộ công cụ MST, SGA, NRS 2002, MUST và phân loại tình trạng dinh dưỡng dựa vào BMI.

- Về đánh giá giá trị sử dụng của bộ công cụ: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính, đường cong ROC, diện tích dưới đường cong.

Kỹ thuật, công cụ thu thập số liệu: Số liệu được thu thập do Dinh dưỡng viên và Bác sỹ dinh dưỡng phỏng vấn trực tiếp ĐTNC và lấy từ HSBA của ĐTNC. Công cụ thu thập thông tin là bộ câu hỏi nghiên cứu đã được xây dựng sẵn với những đặc thù cho nghiên cứu, dựa trên việc tham khảo các nghiên cứu trước đó. Bộ công cụ bao gồm 4 phần: thông tin chung về ĐTNC; một số chỉ số cơ thể; đánh giá nguy cơ dinh dưỡng bằng bộ công cụ MST, NRS-2002, SGA và MUST, xét nghiệm cận lâm sàng của người bệnh trước phẫu thuật.

Quản lý và phân tích số liệu: Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng có quyền từ chối tham gia, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

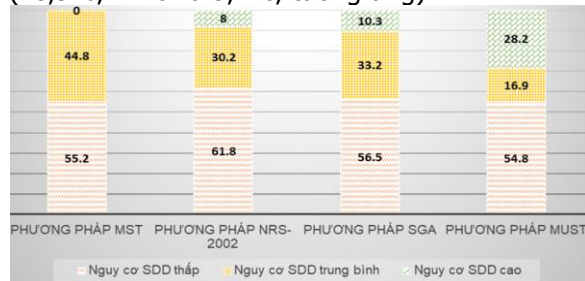
Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	▪ 18 – 59 tuổi	177	58,8
	▪ Trên 60 tuổi	124	41,2
Giới	▪ Nam	185	61,5
	▪ Nữ	116	38,5
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức	26	8,6
	Nông dân	61	20,3
	Nghỉ hưu	88	29,2
	Nội trợ	9	3,0
	Tự do	117	38,9
Khu vực sống	▪ Nông thôn	174	57,8
	▪ Miền núi	119	37,5
	▪ Thành phố/thị trấn/thị xã	8	2,7
Chuyên khoa	▪ Phẫu thuật tiêu hóa	103	34,2
	▪ Phẫu thuật chấn thương	85	28,2
	▪ Phẫu thuật thần kinh	33	11,0
	▪ Phẫu thuật tim mạch lồng ngực	17	5,7
	▪ Nhóm phẫu thuật khác	63	20,9
Tổng		301	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng nghiên cứu có độ tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn

là nhóm tuổi từ 18-59 tuổi chiếm tỷ lệ 58,8%. Về giới, tỷ lệ nhóm người bệnh nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn với tỷ lệ là 61,5%. Trong số nhóm nghề nghiệp, các nhóm đối tượng tự do chiếm thành phần lớn nhất là 38,9%. Về khu vực sống nhóm đối tượng thuộc vùng nông thôn chiếm tỷ lệ lớn, sau đó là miền núi và sau cùng là các đối tượng thuộc vùng thị trấn/thị xã (57,8%, 37,5% và 2,7%, tương ứng).

Người bệnh thuộc nhóm bệnh phẫu thuật tiêu hoá chiếm tỷ lệ lớn nhất (34,2%) sau đó đến nhóm đối tượng thuộc phân loại phẫu thuật chấn thương (28,2%). Các nhóm đối tượng phẫu thuật khác, phẫu thuật thần kinh và phẫu thuật tim mạch lồng ngực chiếm tỷ lệ thấp hơn (20,9%, 11% và 5,7%, tương ứng).



Biểu đồ 1. TTDD của người bệnh đánh giá theo các phương pháp MST, SGA, NRS-2002, MUST

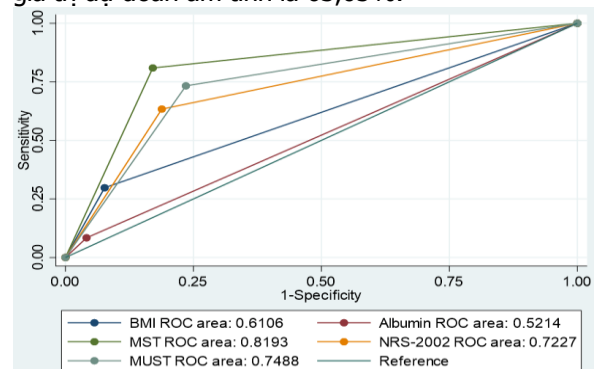
p < 0.001*

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng theo các phương pháp MST, NRS-2002, SGA và MUST lần lượt là 44,8%; 38,2%, 43,5% và 45,3%, tương ứng. Trong số các phương pháp này, chỉ có phương pháp MUST cho thấy tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng cao lớn hơn so với nguy cơ suy dinh dưỡng trung bình (28.2% so với 16.9%). Các phương pháp còn lại đều cho thấy các nhóm đối tượng nguy cơ cao chiếm tỷ lệ thấp nhất (0%, 8%, 10,3% theo các phương pháp MST, NRS-2002 và SGA, tương ứng). Sự khác biệt giữa phân loại nhóm đối tượng trong các phương pháp có ý nghĩa thống kê với *p* < 0.001.

Bảng 2. Độ nhạy và độ đặc hiệu của phương pháp BMI, MST, NRS-2002, MUST so với phương pháp SGA

Phương pháp	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự đoán dương tính (%)	Giá trị dự đoán âm tính (%)
MST	80,92%	82,94%	78,52%	84,94%
BMI	29,77%	92,35%	75%	63,05%
MUST	73,28%	76,47%	70,59%	58,79%
NRS-2002	63,36%	81,18%	72,17%	74,19%

Nhận xét: Phương pháp MST có độ nhạy (80,92%), độ đặc hiệu (82,94%), giá trị dự đoán dương tính (78,52%), giá trị dự đoán âm tính (84,94%) cao nhất. Phương pháp NRS-2002 có độ nhạy 63,36%, độ đặc hiệu 81,18%, giá trị dự đoán dương tính là 72,17% và giá trị dự đoán âm tính là 74,19%. Phương pháp MUST độ nhạy 72,28%, độ đặc hiệu 76,64%, giá trị dự đoán dương tính là 70,59% và giá trị dự đoán âm tính là 58,79%. Phương pháp BMI có độ nhạy 29,77%, độ đặc hiệu 92,35%, giá trị dự đoán dương tính là 75% và giá trị dự đoán âm tính là 63,05%.



Biểu đồ 2: Đường cong ROC của các phương pháp BMI, MST, NRS-2002, MUST so với phương pháp SGA

Nhận xét: Phương pháp MST có khả năng phân biệt tốt trường hợp bệnh nhân suy dinh dưỡng và không suy dinh dưỡng (diện tích dưới đường cong là 0,8193). Phương pháp BMI và Albumin có khả năng phân biệt kém giữa trường hợp bệnh nhân suy dinh dưỡng và không suy dinh dưỡng (diện tích dưới đường cong ROC < 0,7). Phương pháp NRS-2002 và MUST có khả năng phân biệt ở mức trung bình (diện tích dưới đường cong ROC lần lượt là 0.7227 và 0.7488).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 301 đối tượng thuộc nhóm tuổi từ 18-59 tuổi chiếm phần đa số (58.8%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Len năm 2018 trên đối tượng người bệnh phẫu thuật ổ bụng-đường tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với tỉ lệ này chiếm 57.8% [6].

Bởi là tuyến cuối trong công tác điều trị người bệnh phẫu thuật theo chế độ bảo hiểm y tế nên tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm vùng nông thôn và miền núi cũng chiếm đa số (97.3%). Điều này cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng nhận thức và cập nhật các kiến thức thực hành về dinh dưỡng sẽ không tốt ở nhóm đối tượng này.

Trong số các công cụ đánh giá dinh dưỡng, Đánh giá tổng thể chủ quan (SGA) là một công

cụ hợp lệ và đáng tin cậy để đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người trưởng thành. Đánh giá tổng thể chủ quan (SGA) được chọn là "tiêu chuẩn vàng" để xác định tình trạng suy dinh dưỡng. Các câu hỏi sàng lọc dinh dưỡng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất trong việc dự đoán tình trạng dinh dưỡng theo SGA đã được đưa vào công cụ sàng lọc suy dinh dưỡng trong bệnh viện. Các công cụ sàng lọc dinh dưỡng đã được kiểm chứng và thường được sử dụng cho người trưởng thành bao gồm bộ công cụ sàng lọc NRS 2002, bộ công cụ sàng lọc tổng thể về suy dinh dưỡng (MUST) và bộ công cụ sàng lọc suy dinh dưỡng (MST) đều là những phương pháp được cho rằng đơn giản và thuận tiện hơn trong quá trình sử dụng và chỉ yêu cầu người thực hiện là những điều dưỡng hoặc chuyên viên dinh dưỡng có chứng chỉ hành nghề. Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc sử dụng các bộ công cụ cũng phát hiện được tương đối tỷ lệ các nhóm bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng theo các phương pháp MST, NRS-2002, SGA và MUST lần lượt là 44,8%; 38,2%, 43,5% và 45,3%, tương ứng. Đây là một trong những bước đầu trong công tác chăm sóc dinh dưỡng của bệnh viện nhằm tiến hành các biện pháp phục hồi dinh dưỡng đối với nhóm đối tượng có nguy cơ.

Nghiên cứu này so sánh các công cụ sàng lọc suy dinh dưỡng MST, MUST, NRS-2002, SGA trong một mẫu người bệnh ngoại khoa nội trú của bệnh viện. Dựa vào bảng 2, ta có thể thấy phương pháp MST có độ nhạy (80,92%), độ đặc hiệu (82,94%), giá trị dự đoán dương tính (78,52%), giá trị dự đoán âm tính (84,94%). Phương pháp NRS-2002 có độ nhạy 63,36%, độ đặc hiệu 81,18%, giá trị dự đoán dương tính là 72,17% và giá trị dự đoán âm tính là 74,19%. Phương pháp MUST có độ nhạy 72,28%, độ đặc hiệu 76,64%, giá trị dự đoán dương tính là 70,59% và giá trị dự đoán âm tính là 58,79%. Phương pháp đánh giá qua chỉ số BMI có độ nhạy tương đối thấp (8,4% và 29,77%). Như vậy, hiệu lực tiêu chí của MST được xem là đầy đủ và toàn diện hơn trong sàng lọc suy dinh dưỡng ở người bệnh ngoại khoa nội trú tại bệnh viện hơn so với các phương pháp khác. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Cho đến nay, chỉ có một vài nghiên cứu trước đó so sánh các công cụ sàng lọc khác nhau: NRS-2002, SGA, MNA-SF, MUST. Theo nghiên cứu của Kyle và cộng sự, NRS-2002 được phát hiện có độ nhạy cao hơn (62%) và độ đặc hiệu (93%) so với MUST (độ nhạy 61%, độ đặc hiệu 76%) [7]. Victor và cộng sự đã chỉ ra rằng NRS 2002 là bộ công cụ

tốt nhất để dự đoán kết quả lâm sàng dè dặt, thay vì phân độ nguy cơ suy dinh dưỡng [8]

Dựa trên sở thích của từng bệnh viện, mỗi bệnh viện nên triển khai công cụ sàng lọc phù hợp nhất cho cơ sở của mình, có thể là công cụ toàn diện hoặc công cụ nhanh chóng và dễ dàng. MST và MUST là những công cụ sàng lọc nhanh chóng và dễ dàng, tuy nhiên không được phát triển cho mục đích chẩn đoán tiên lượng kết quả điều trị của bệnh nhân. Nhược điểm của những công cụ toàn diện là cần phải đánh giá thêm về dinh dưỡng cho những bệnh nhân được xác định có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng. Mặc dù đối với các công cụ sàng lọc toàn diện hơn SGA, NRS-2002 cũng nên đánh giá dinh dưỡng chi tiết hơn bởi chuyên gia dinh dưỡng thay vì sử dụng như một bộ công cụ sàng lọc thực hiện phổ cập trên toàn bộ đối tượng bệnh nhân. Sau một quá trình sàng lọc, những bệnh nhân nặng sẽ được đưa đến một chuyên gia dinh dưỡng, sau đó được các y tá kiểm tra dinh dưỡng, là một điều kiện tiên quyết để bắt đầu liệu pháp dinh dưỡng dựa trên y học bằng chứng, bao gồm đánh giá dinh dưỡng toàn diện và cung cấp dịch vụ chăm sóc dinh dưỡng cá nhân kế hoạch.

V. KẾT LUẬN

MST thể hiện độ nhạy, độ đặc hiệu phù hợp, chứng tỏ có thể được sử dụng như một công cụ hợp lệ để xác định nguy cơ suy dinh dưỡng đối với người bệnh ngoại khoa tại bệnh viện hơn so với các phương pháp khác như NRS-2002, MUST, SGA, BMI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thu Hương, Nghiêm Nguyệt Thu, Trần Châu Nguyên và các cộng sự.** (2006), "Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nhập viện khoa Tiêu hóa và Nội tiết tại Bệnh viện Bạch Mai". Luận văn thạc sỹ dinh dưỡng. Đại học Y Hà Nội.
2. **Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2010-2020.** Thừa cân- béo phì và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành Việt Nam. Nhà xuất bản Y học. Tr 25-64.
3. **Mark H. DeLegge và Luke M. Drake** (2008). Nutritional assessment. Nutrition and Gastrointestinal Diseases.
4. **Greg R, Muller G.** Impact of nutritional status on DRG length of stay. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2004.
5. **Bùi Thu Huyền và cộng sự.** "Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước khi phẫu thuật tiêu hóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2021-2022." Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm 18 (2022): 25-33.
6. **Phạm Thị Hương Len** (2017). "Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng người bệnh phẫu thuật đường tiêu hoá bệnh viện Đại học Y Hà Nội 2016-2017". Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ. Đại học Y Hà Nội.

7. Kyle, U.G., Kossovsky, M.P., Karsegard, V.L., & Pichard, C. (2006). Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: A population study. *Clinical Nutrition*, 25, 409-417.
8. Victor, C.R., Healy, J., Thomas, A., & Seargeant, J. (2000). Older patients and delayed discharge from hospital. *Health & Social Care in the Community*, 8, 443-452.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỬ SỌ NÃO VÀ ĐIỆN NÃO ĐỒ Ở BỆNH NHI VIÊM NÃO TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH QUẢNG NGÃI

Nguyễn Mậu Thạch¹, Đỗ Duy Thanh¹, Nguyễn Đình Tuyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm não được định nghĩa là tình trạng viêm của nhu mô não. Bệnh diễn tiến nặng, có tỷ lệ tử vong và di chứng khá cao. Ngày nay, chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng các bệnh lý về thần kinh. Trong đó, điện não đồ và cộng hưởng từ sọ não là hai kỹ thuật có hiệu quả trong bệnh lý viêm não. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ sọ não và điện não đồ ở bệnh nhi viêm não. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang bệnh nhi viêm não nhóm tuổi 2 tháng đến 15 tuổi điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ 01/2022 đến 11/2023. **Kết quả:** gồm 50 bệnh nhi viêm não. Trong số này 38% bệnh nhi tổn thương viêm não trên hình ảnh cộng hưởng từ và 58% bệnh nhi phát hiện có bất thường khi đo điện não đồ. **Kết luận:** Cần phối hợp giữa lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán và điều trị bệnh viêm não. Đặc biệt là xét nghiệm cộng hưởng từ và điện não đồ ở bệnh nhi có rối loạn hành vi, đau đầu không rõ nguyên nhân, co giật khu trú, co giật nhiều lần trong ngày, cơn giật kéo dài >10 phút.

Từ khóa: viêm não trẻ em, cộng hưởng từ, điện não đồ

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, CRANIAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING, ELECTROENCEPHALOGRAPHY IN PEDIATRIC ENCEPHALITIS PATIENTS AT QUANG NGAI HOSPITAL FOR CHILDREN AND WOMEN

Introduction: Encephalitis is an inflammation of the brain parenchyma. The disease progresses seriously, with a high rate of death and sequelae. Diagnostic Imaging is important to the diagnosis and prognosis of neurological diseases nowadays. Among them, Electroencephalography and Cranial Magnetic Resonance Imaging are the two most effective techniques in encephalitis. **Objective:** Describe clinical characteristics, cranial magnetic resonance

imaging and electroencephalography in encephalitis in children. **Subject and Method:** A cross-sectional description of encephalitis in pediatric patients from 2 months old to 15 years old treated at Quang Ngai Hospital for Children and Women between January 2022 and November 2023. **Result:** There were 50 pediatric encephalitis patients. There were 38.0% of pediatric patients with encephalitis lesions on cranial magnetic resonance imaging and 58.0% of pediatric patients with abnormalities on electroencephalography. **Conclusion:** It is necessary to combine the clinical and para-clinical characteristics in the diagnosis and treatment of encephalitis. Especially, cranial magnetic resonance imaging and electroencephalography test in pediatric patients with behavioural disorders, headaches of unknown cause, focal seizures, seizures many times per day, seizures lasting more than 10 minutes.

Keywords: pediatric encephalitis, cranial magnetic resonance imaging, electroencephalography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não là tình trạng viêm của nhu mô não, biểu hiện bằng các rối loạn chức năng thần kinh. Các đặc điểm lâm sàng đặc trưng bao gồm tình trạng rối loạn tâm thần và hành vi (giảm mức độ tri giác, hôn mê, thay đổi hành vi và nhân cách), co giật và/hoặc có dấu hiệu thần kinh khu trú, thường kèm theo sốt, đau đầu, buồn nôn và nôn. Bệnh diễn tiến nặng, có tỷ lệ tử vong và di chứng khá cao. Cùng với triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng các bệnh lý về thần kinh. Trong đó, điện não đồ và cộng hưởng từ sọ não là hai kỹ thuật có hiệu quả trong bệnh lý viêm não.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ sọ não và điện não đồ ở bệnh nhi viêm não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi thỏa mãn điều kiện: tiêu chuẩn chính và từ 2 tiêu chuẩn phụ của Hiệp hội Viêm não Quốc tế năm 2013^[8]

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinh TUYEN889@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024