

OCT từ nhẹ đến nặng có các lựa chọn điều trị không phẫu thuật khác nhau để giảm cường độ đau, mức độ các triệu chứng và cải thiện chức năng bàn tay cũng như sinh lý thần kinh. Hiệu quả của các can thiệp VLTL có thể đạt được sớm hơn và hiệu quả có thể kéo dài như phương pháp phẫu thuật. Việc phối hợp các phương pháp điều trị cũng cho thấy mang lại hiệu quả cao hơn. Cần có nhiều hơn các nghiên cứu ngẫu nhiên, có nhóm chứng với thời gian theo dõi lâu hơn để có thể đưa ra một khuyến nghị rõ ràng cho việc lựa chọn phương pháp trị liệu cho người bệnh mắc HC OCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aroori S, Spence RA.** Carpal tunnel syndrome. The Ulster medical journal. Jan 2008;77(1):6-17.
2. **Rempel D, Gerr F, Harris-Adamson C, et al.** Personal and workplace factors and median nerve function in a pooled study of 2396 US workers. Journal of occupational and environmental medicine. Jan 2015;57(1):98-104. doi:10.1097/jom.0000000000000312
3. **Huisstede BM, Hoogvliet P, Franke TP, Randsdorp MS, Koes BW.** Carpal Tunnel Syndrome: Effectiveness of Physical Therapy and Electrophysical Modalities. An Updated Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Archives of physical medicine and rehabilitation. Aug 2018; 99(8): 1623-1634.e23. doi:10.1016/j.apmr. 2017.08.482
4. **Turner A, Kimble F, Gulyás K, Ball J.** Can the outcome of open carpal tunnel release be predicted?: a review of the literature. ANZ journal of surgery. Jan 2010;80(1-2):50-4. doi:10.1111/j.1445-2197.2009.05175.x
5. **Fernández-de-Las Peñas C, Ortega-Santiago R, de la Llave-Rincón AI, et al.** Manual Physical Therapy Versus Surgery for Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Parallel-Group Trial. The journal of pain. Nov 2015;16(11):1087-94. doi:10.1016/j.jpain.2015.07.012
6. **Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland J, Palacios-Ceña M, et al.** Effectiveness of manual therapy versus surgery in pain processing due to carpal tunnel syndrome: A randomized clinical trial. European journal of pain (London, England). Aug 2017;21(7):1266-1276. doi:10.1002/ejp.1026
7. **Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland J, Palacios-Ceña M, Fuensalida-Novo S, Pareja JA, Alonso-Blanco C.** The Effectiveness of Manual Therapy Versus Surgery on Self-reported Function, Cervical Range of Motion, and Pinch Grip Force in Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Clinical Trial. The Journal of orthopaedic and sports physical therapy. Mar 2017;47(3):151-161.doi:10.2519/jospt.2017.7090
8. **Xu D, Ma W, Jiang W, et al.** A randomized controlled trial: comparing extracorporeal shock wave therapy versus local corticosteroid injection for the treatment of carpal tunnel syndrome. International orthopaedics. Jan 2020;44(1):141-146. doi:10.1007/s00264-019-04432-9.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA

Nguyễn Thị Thu Phương¹, Đoàn Thanh Loan¹, Trần Thị Tuyết Hồng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Để người bệnh phẫu thuật VFM ruột thừa hồi phục nhanh chóng ngoài việc áp dụng phương pháp phẫu thuật hiện đại thì việc chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật đóng vai trò hết sức quan trọng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật VFM ruột thừa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 40 người bệnh được phẫu thuật nội soi điều trị VFM ruột thừa tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện 19-8 từ tháng 1/2023 đến 9/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình $36,73 \pm 14,78$. Nam/nữ 24/16. Dịch ổ bụng 45%. Mủ lẫn phân 55%. Tình trạng ruột thừa 100% đã thủng. Số lượng dẫn lưu: 01 DL 87,5%. 02 DL 12,5%. Thời gian rút dẫn lưu $3,23 \pm 0,536$ ngày. Thời gian nằm viện: $6,54 \pm 1,745$ ngày. Kết quả chăm sóc:

Tốt 97,5%. TB 2,5%. Xấu 0%. **Kết luận:** Việc thực hiện chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật VFM ruột thừa đúng kế hoạch, nhanh chóng và chính xác sẽ góp phần làm giảm biến chứng giúp người bệnh hồi phục nhanh sau phẫu thuật. **Từ khóa:** VFM ruột thừa, phẫu thuật nội soi ruột thừa

SUMMARY

EVALUATION OF PATIENT CARE RESULTS AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY FOR APPENDIX PERITONI

Background: Patients undergoing surgery for appendicitis peritonitis recover quickly in addition to applying modern surgical methods. Postoperative patient care plays a very important role. **Objective:** Evaluate the results of postoperative care in patients undergoing peritonitis surgery. **Research subjects and methods:** Prospective, cross-sectional study of 40 patients undergoing laparoscopic surgery to treat appendicitis peritonitis in the Department of General Surgery, 19-8 Hospital from 1/2023 to 9/2023. **Results:** Average age 36.73 ± 14.78 , Male/female 24/16, Abdominal fluid 45%, Pus mixed with feces 55%, Appendicitis condition 100% perforated, Number

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Phương

Email: thuphuong198bca@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 18.7.2024

of drainages: 01 drainage 87.5%, 02 drains 12.5%, Drainage removal time 3.23 ± 0.536 days, Hospital stay: 6.54 ± 1.745 days, Care results: Good 97.5% average 2.5% Bad 0%. **Conclusion:** Implementing care for patients after surgery for appendicitis peritonitis according to plan, quickly and accurately will help reduce complications and help patients recover quickly after surgery. **Keywords:** appendicitis peritonitis, laparoscopic appendectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là bệnh cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất. Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi với tỉ lệ mắc bệnh trong đời là 7%. Bệnh VRT tiến triển qua các giai đoạn với các hình thái bệnh khác nhau như: VRT xuất tiết, viêm ruột thừa mủ, viêm ruột thừa thủng... Trong đó viêm ruột thừa thủng là giai đoạn muộn của viêm ruột thừa có thể gây nên áp xe ruột thừa hay viêm phúc mạc ruột thừa [1]. Nguyên nhân VRT muộn gây VFM thường là những người bệnh tuổi cao, vị trí ruột thừa bất thường, chủ quan tự điều trị, người bệnh thuộc vùng sâu, vùng xa không có bảo hiểm, khó khăn tiếp cận những dịch vụ y tế...[2] Người bệnh bị VFM ruột thừa thường được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật; phẫu thuật cắt ruột thừa, rửa sạch và dẫn lưu ổ bụng sau mổ. Trước đây phẫu thuật mở được áp dụng phổ biến cho tất cả các loại hình phẫu thuật nói chung cũng như VFM ruột thừa nói riêng. Kể từ khi phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa được thực hiện đầu tiên bởi Kurt Semm vào năm 1983 [3] phương pháp này đã được áp dụng phổ biến trên toàn thế giới và đã khẳng định có nhiều ưu điểm như thời gian hồi phục nhanh và thời gian nằm viện ngắn [4]. Tuy nhiên để giúp người bệnh phẫu thuật VFM ruột thừa hồi phục nhanh chóng ngoài việc áp dụng phương pháp phẫu thuật hiện đại. việc chăm sóc người bệnh sau mổ đóng vai trò hết sức quan trọng. Để góp phần đánh giá đúng hơn nữa vai trò của chăm sóc sau mổ ở người bệnh phẫu thuật VFM ruột thừa chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an từ tháng 01/2023 đến 09/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 40 người bệnh được phẫu thuật nội soi điều trị VFM ruột thừa tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện 19-8 trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023 đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang
- Phương tiện nghiên cứu: Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án, theo mẫu khảo sát chuẩn của nhóm nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.1. Nghiên cứu đặc điểm chung

- Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, địa dư.
- Thời gian mắc bệnh: được xác định là khoảng thời gian khi người bệnh có triệu chứng đến khi được phẫu thuật.
- Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.
- Tiền sử can thiệp phẫu thuật vùng bụng.

2.3.2. Nghiên cứu về kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật VFM ruột thừa.

- Người bệnh sau phẫu thuật được theo dõi chặt chẽ trong 24h: Mạch, nhiệt độ, huyết áp; Tình trạng bụng, vết mổ; Ống dẫn lưu ổ bụng.
- Theo dõi việc thực hiện y lệnh: Sử dụng thuốc; Cung cấp dinh dưỡng; Vận động sau phẫu thuật.
- Theo dõi tình trạng hậu phẫu, các biến chứng sau phẫu thuật, tai biến sớm: Chảy máu; Rò tiêu hóa; Áp xe sau mổ; Tụ dịch sau mổ; Các biến chứng khác.
- Đánh giá kết quả chăm sóc, theo dõi người bệnh sau phẫu thuật VFM ruột thừa.
 - + Loại tốt: Người bệnh hết đau, hết sốt, không có tai biến và biến chứng sau phẫu thuật.
 - + Loại trung bình: Người bệnh hết đau, hết sốt, không có tai biến và biến chứng sau phẫu thuật cần can thiệp ngoại khoa.
 - + Loại kém: Người bệnh còn đau, sốt và/hoặc có tai biến và biến chứng sau phẫu thuật cần can thiệp ngoại khoa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

Yếu tố	Các đặc điểm
Tuổi	Trung bình: $36,73 \pm 14,78$ (15-64).
Giới	Nam/nữ: 24/16.
Tiền sử bệnh	Phẫu thuật bụng: 2 trường hợp (5%)
Lâm sàng	Đau bụng P: 33/40 (82.5%), Đau khắp bụng: 7/40 (17,5%), Nôn: 13/40 (32,5%), Sốt: 17/40 (42,5%) Dịch ổ bụng: Mủ 18/40 (45%), Mủ lẫn phân 22/40 (55%) Tình trạng RT: 40/40 (100%) đã thủng
Cận lâm sàng	Công thức máu: 30/40 trường hợp có bạch cầu tăng cao (75%). Siêu âm ổ bụng: 35/40 khảo sát được hình ảnh ruột thừa (87,5%), Dịch ổ bụng: 33/40 (82,5%) Kháng sinh đồ: E.coli 34/40 (85%), Khác 4/40 (10%), Không mọc 2/40 (5%)

Nhận xét: Tất cả người bệnh đến khám đều có triệu chứng đau bụng (100%), 4 vi khuẩn khác được định danh là: Comanonas testosterone, Morganella morgani, Staphylococcus

haemolyticus, Pseudomonas aeruginosa

3.2. Kết quả chăm sóc, theo dõi người bệnh sau phẫu thuật

Bảng 3.2. Chăm sóc dẫn lưu ổ bụng

Số lượng dẫn lưu	01 DL: 35/40 (87,5%), 02 DL: 5/40 (12,5%)
Thời gian rút DL	3,23±0,536 ngày (2-5 ngày)
Thời gian lưu thông TH	2,59±0,715 ngày, (1-5 ngày)
Thời gian nằm viện	6,54±1,745 ngày, (3-13 ngày)

Nhận xét: Lượng dịch qua dẫn lưu ổ bụng giảm dần qua thời gian, dẫn lưu được rút khi dịch sạch và số lượng dưới 20 ml/24h.

Tính chất dịch dẫn lưu: Dịch qua dẫn lưu có màu hồng nhạt (dịch rửa và dịch tiết) giảm dần theo thời gian.

Chăm sóc chân dẫn lưu: Không có người bệnh nào có dấu hiệu rỉ dịch qua chân dẫn lưu và có dấu hiệu tắc dẫn lưu. Người bệnh được thay băng theo y lệnh.

Bảng 3.3. Số lần thay băng vết mổ

Thời gian	Số lần thay băng vết mổ	n	%
03 ngày đầu sau mổ	1 lần/ngày	40	100
Sau 3 ngày đầu	1 lần/ngày	5	12,5
	<1 lần/ngày	35	87,5
Tổng		40	100

Nhận xét: Sau 3 ngày đầu chỉ có những người bệnh đặt 02 dẫn lưu phải thay băng 01 lần/ngày do có ít dịch qua chân dẫn lưu sau khi rút.

Bảng 3.4. Đánh giá kết quả chăm sóc

Kết quả	n	%
Tốt	39	97,5
Trung bình	1	2,5
Kém	0	0
Tổng	40	100

Nhận xét: 40 người bệnh không có biến chứng sau phẫu thuật, chỉ có 01 người bệnh liệt ruột cơ năng làm lưu thông tiêu hóa chậm sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Ngày nay PTNS điều trị VRT đã được áp dụng thường quy rộng rãi khắp các bệnh viện trên cả nước. Nhận thấy ưu điểm của PTNS so với mổ mở, cùng lợi thế của một bệnh viện tuyến trên với đầy đủ trang thiết bị, chúng tôi đã ứng dụng PTNS vào điều trị VRT cấp từ năm 2012. Năm 2015, chúng tôi đưa PTNS vào điều trị những trường hợp VRT có biến chứng, đặc biệt là những ca VFM ruột thừa. Với mục đích đem lại sự an toàn cho người bệnh, hiệu quả cao cho chẩn đoán và điều trị.

4.1. Tuổi và giới. Viêm ruột thừa có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Trong nghiên cứu của chúng

tôi với 40 người bệnh, có tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu này là 15 tuổi, tuổi lớn nhất là 64 tuổi, tuổi trung bình là 36,73 ± 14,78 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [5].

4.2. Lâm sàng

Bệnh sử: Hầu hết người bệnh của chúng tôi nhập viện sau 48 giờ (70%). Do người bệnh chủ quan hoặc đi khám nhưng không nghĩ đến viêm ruột thừa, được điều trị theo hướng 1 bệnh nội khoa khác. Đây chính là nguyên nhân gây ra tình trạng VFM do ruột thừa viêm thủng. Tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Dũng và cs là 2,6 ngày. Cao hơn Salahuddin (2012) là 44,4% [6].

Triệu chứng: Đau bụng, nôn và sốt là triệu chứng cơ năng phổ biến ở các người bệnh trong nghiên cứu này với các tỷ lệ tương ứng là 100%, 42,5% và 32,5%. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước [5].

Bảng 4.1. So sánh triệu chứng cơ năng

Triệu chứng %	Đau bụng	Nôn, buồn nôn	RLTH
Venkata Anantha Lakshmi Manabala	100	86	27
Trần Hữu Vinh và cs	95,3	46,4	85,9
Lê Thanh Môn và cs	100	48,6	34,3
Chúng tôi	100	32,5	0

4.3. Cận lâm sàng

Số lượng bạch cầu: Số lượng bạch cầu tăng ≥ 10G/l chiếm 70% và trung bình là 14,78 ± 5,47G/l. Số lượng bạch cầu tăng, đặc biệt tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính là 1 trong các triệu chứng chính để chẩn đoán viêm ruột thừa. Trong trường hợp VFM ruột thừa thì chỉ số này càng tăng cao. Nhiều tác giả nghiên cứu cũng chỉ ra kết quả tương tự chúng tôi [7].

Hình ảnh siêu âm ổ bụng: 35 trường hợp khảo sát thấy hình ảnh ruột thừa và 05 trường hợp không thấy cần chỉ định chụp cắt lớp vi tính. Trên siêu âm cũng có thể thấy hình ảnh có dịch trong khoang phúc mạc là rất có giá trị giúp chẩn đoán xác định ruột thừa vỡ, tuy nhiên còn phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của bác sĩ siêu âm.

4.4. Tình trạng ruột thừa quan sát trong khi phẫu thuật. Cả 40 người bệnh thấy viêm ruột thừa có điểm hoại tử và thủng. Với 38/40 (95%) người bệnh được chẩn đoán trong khi phẫu thuật là VFM ruột thừa. Đây là những trường hợp ghi nhận qua hình ảnh nội soi ổ bụng thấy mũ trắng đục hoặc bẩn kèm có giả mạc ở nhiều phân khu ổ bụng. 2/40 (5%) ruột thừa có điểm hoại tử thủng hoặc vỡ mũ nhưng được các

thành phần cạnh ruột thừa như manh tràng, mạc nối lớn, các quai ruột lân cận đến bao xung quanh lại.

4.5. Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

Chăm sóc dẫn lưu ổ bụng: Các người bệnh của chúng tôi sau khi chẩn đoán VFM ruột thừa đều được tiến hành phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, rửa sạch ổ bụng bằng dung dịch NaCl 0,9% và đặt dẫn lưu ổ bụng. Đặt dẫn lưu ổ bụng nhằm 2 mục đích: (1) là điều trị dẫn lưu các dịch tồn đọng trong khoang phúc mạc. (2) là dẫn lưu dự phòng, đề phòng những biến chứng sớm sau mổ như chảy máu, xì bục gốc ruột thừa ... Vì vậy theo dõi và chăm sóc dẫn lưu là hết sức quan trọng để nhanh chóng phát hiện các biến chứng xử lý kịp thời. Sonde dẫn lưu được rút khi: số lượng dịch qua sonde dẫn lưu giảm dần hoặc không ra thêm, tính chất dịch trong dẫn kèm theo tình trạng người bệnh ổn định sau phẫu thuật và yêu cầu của phẫu thuật viên. Hầu hết người bệnh được rút dẫn lưu ổ bụng sau 2 đến 3 ngày sau phẫu thuật (61,5%), trung bình $3,23 \pm 0,536$ ngày, sớm nhất là 2 ngày, muộn nhất là 5 ngày.

Thay băng vết mổ: Tất cả người bệnh của chúng tôi đều được phẫu thuật nội soi với kỹ thuật dùng 03 trocar nên các vết thương đều nhỏ từ 0,5 – 1 cm. Không có người bệnh nào bị nhiễm trùng vết mổ. Do đó trong 03 ngày đầu sau phẫu thuật người bệnh được thay 1 lần/ngày. Sau đó với 35/40 người bệnh (87,5%) vết mổ và chân dẫn lưu khô, không chảy dịch chúng tôi thay băng 2 ngày/ lần cho đến khi người bệnh ra viện. Chỉ có 5/50 người bệnh (12,5%) có đặt 2 dẫn lưu nên sau khi rút, chân dẫn lưu có tình trạng ngấm dịch nên tiếp tục thay băng 1 lần/ngày.

Thời gian có lưu thông ruột trở lại: Thời gian có lưu thông ruột trở lại ở những người bệnh VFM ruột thừa thường là chậm hơn so với người bệnh VRT. Do VFM ruột thừa thường gây liệt ruột cơ năng, cộng với trong quá trình phẫu thuật các thao tác lau rửa có thể gây tổn thương các quai ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số người bệnh có lưu thông ruột trở lại sau 2 đến 3 ngày phẫu thuật (41% và 46,2%). Tương đồng với Trần Hữu Vinh (2014) [8]. Những ngày đầu sau phẫu thuật chưa có lưu thông tiêu hóa chúng tôi nuôi dưỡng người bệnh qua đường tĩnh mạch gồm: bù nước, điện giải, glucid, năng lượng cần thiết nuôi dưỡng cơ thể bằng các loại dung dịch MG-Tan, Gluco 5% hoặc 10%, RingerLactat, người bệnh nhìn ăn hoàn toàn và uống rất ít. Khi người bệnh có lưu thông tiêu hóa trở lại chúng tôi tiến hành nuôi dưỡng bằng đường miệng với số lượng tăng dần, bắt đầu với

500Kcal và 30g protein, cứ 1-2 ngày tăng 250-500Kcal, đến khi đạt 2.000 Kcal/ngày hoặc hơn tùy theo thể trạng người bệnh.

Thời gian nằm viện: Đa số người bệnh nằm viện từ 5 đến 7 ngày sau phẫu thuật (84,6%), Trung bình là $6,54 \pm 1,745$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 13 ngày. Kết quả này cũng tương đương với các tác giả Trần Hữu Vinh (2014) [8], Potey, K., Kandi, A., Jadhav, S., & Gowda, V. (2023) [5].

Biến chứng sớm sau phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 40 người bệnh không có biến chứng sau phẫu thuật, chỉ có 1 người bệnh liệt ruột cơ năng trung tiện muộn. người bệnh được điều trị nội khoa kết hợp hướng dẫn vận động tích cực. 5 ngày sau mổ người bệnh ổn định, trung đại tiện bình thường, bụng hết chướng. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của các tác giả khác từng nghiên cứu: Trần Hữu Vinh và cs (2014) ghi nhận tỷ lệ biến chứng sớm là 16,06% [8]. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tử vong.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy 39/40 (97,5%) người bệnh đạt kết quả tốt, chỉ có 1/40 (2,5%) người bệnh đạt kết quả trung bình do có thời gian lưu thông tiêu hóa trở lại kéo dài.

Việc thực hiện chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật VFM ruột thừa đúng kế hoạch, nhanh chóng và chính xác sẽ góp phần làm giảm biến chứng giúp người bệnh hồi phục nhanh sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trung Tín (2013), Viêm ruột thừa,, Bệnh học Ngoại khoa tiêu hóa, NXB y học, 181 - 195.
2. Courtney M. T., R Daniel B., and E. B Mark (2016), Chapter 51: The Appendix Sabiston textbook of surgery E-book, Elsevier Health Sciences, 1279 - 1294.
3. Kurt S. (1983), Endoscopic appendectomy, Endoscopy, Vol. 15(02), 59-64.
4. RS. Chung, JJ. Diaz, and Chari. V. (1998), Efficacy of routine laparoscopy for the acute abdomen, Surgical endoscopy, Vol. 12(3), 219-222.
5. K. Potey, et al. (2023), "Study of outcomes of perforated appendicitis in adults: a prospective cohort study", Annals of Medicine and Surgery. 85(4), p. 694.
6. Omer S., Muzaffar A. N. M., and S. Muhammad A. (2012), "Acute appendicitis in the elderly; Pakistan ordnance factories Hospital, Wah Cantt. Experience", Hypertension. 16, p. 64.
7. Hồ Hữu Đức (2011), "Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa, áp xe ruột thừa", Y Học TP. Hồ Chí Minh. Tập 15, p. Phụ bản của Số 2.
8. Trần Hữu Vinh và cs (2014), "Nhận xét kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai", Y học thực hành. (905) – Số 2.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG QUA SO SÁNH GIA SỬ SỨC KHỎE CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Trần Thị Thanh Loan¹, Nguyễn Như Hiền²,
Tăng Hùng Sang³, Trần Quang Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh các đặc điểm tuổi, giới, lâm sàng, cận lâm sàng giữa hai nhóm gia sử sức khỏe dương tính và âm tính với đái tháo đường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang. Chúng tôi chọn tất cả bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 đến khám tại phòng khám Nội tiết Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 04 năm 2023 đến tháng 08 năm 2023. **Kết quả:** Nhóm gia sử sức khỏe dương tính với đái tháo đường có tuổi khởi phát bệnh trung bình là 47,6 tuổi, nhóm gia sử sức khỏe âm tính với đái tháo đường tuổi khởi phát bệnh trung bình là 52,6 tuổi. Nhóm gia sử sức khỏe dương tính có tuổi khởi phát bệnh đái tháo đường thấp hơn 5 tuổi so với nhóm gia sử sức khỏe âm tính với đái tháo đường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng gần như tương đương nhau không có sự khác biệt ở cả hai nhóm. **Kết luận:** Có sự khác nhau về tuổi khởi phát bệnh đái tháo đường típ 2 ở hai nhóm, nhóm gia sử sức khỏe âm tính với đái tháo đường có tuổi khởi phát bệnh đái tháo đường típ 2 cao hơn nhóm gia sử sức khỏe dương tính với đái tháo đường.

Từ khóa: Gia sử sức khỏe, đái tháo đường típ 2.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS THROUGH COMPARISON OF FAMILY HEALTH HISTORY OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Objective: Compare age, gender, clinical and paraclinical characteristics between two groups of family health history positive and negative for diabetes. **Patients and methods:** Cross-sectional study. We selected all patients diagnosed with type 2 diabetes who came for examination at the Endocrinology clinic of Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy Hospital from April 2023 to August 2023. **Results:** The diabetes positive family health history group had an average age of disease onset of 47.6 years old, the diabetes negative family health history group had an average age of disease onset of 52.6 years old. The positive family health history group had age of diabetes onset 5 years lower than the diabetes negative family health history group, this difference was statistically significant with $p <$

0.05. Clinical and paraclinical characteristics were almost similar with no differences in both groups.

Conclusion: There is a difference in the age of onset of type 2 diabetes in the two groups, the group with a negative family health history of diabetes has a higher age of onset of type 2 diabetes than the group with a positive family health history of diabetes. **Keywords:** Family health history, type 2 diabetes mellitus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 là một bệnh mãn tính, đa yếu tố và phức tạp gây ra bởi sự phối hợp của yếu tố di truyền và môi trường, có nhiều bằng chứng cho thấy nguy cơ mắc đái tháo đường típ 2 có sự ảnh hưởng mạnh mẽ bởi các yếu tố di truyền. Các nghiên cứu trên thế ghi nhận gia sử sức khỏe là công cụ chăm sóc sức khỏe có giá trị, hữu ích để đánh giá nguy cơ mắc các bệnh mãn tính, một công cụ đánh giá di truyền, dự đoán mạnh và dễ đo lường đối với bệnh đái tháo đường típ 2.¹

Gia sử sức khỏe (GSSK) là tập hợp các thông tin về tình trạng sức khỏe, bệnh tật và các yếu tố liên quan về môi trường, gen của các thành viên trong gia đình, là một lát cắt đa tầng chứa đựng thông tin sức khỏe của ít nhất 03 thế hệ.^{2,3} Nhiều nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân có GSSK(+) với đái tháo đường có liên quan đến yếu tố tuổi khởi phát, họ thường có tuổi khởi phát sớm dưới 40 tuổi và được chẩn đoán trẻ hơn 4,6 tuổi so với nhóm người có GSSK(-) với đái tháo đường.^{4,5} Theo nghiên cứu của tác giả Katulanda.P (2015) các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng là những thông số có mối liên quan đến GSSK của bệnh nhân đái tháo đường, ở những bệnh nhân có GSSK(+) với đái tháo đường các chỉ số BMI trung bình, chu vi vòng eo, vòng hông và đường huyết lúc đói cao hơn nhóm GSSK(-) với đái tháo đường.⁶ Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm so sánh các đặc điểm tuổi, giới, lâm sàng, cận lâm sàng giữa hai nhóm gia sử sức khỏe dương tính và âm tính với đái tháo đường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các đối tượng được chọn tham gia nghiên cứu là bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 đến khám tại phòng khám Nội tiết Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 04/2023 đến

¹Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Trà Vinh

³Viện Di Truyền Y Học

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Nam

Email: tranquangnam@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024