(5 năm) và mức thu nhập cao hơn sẽ tăng chênh lệch mong muốn mổ lấy thai với OR lần lượt là 1,44 và 1,57 lần, p <0,01. Riêng đối với những thai phụ đã có tiến sử mổ lấy thai trước đó sau can thiệp vẫn có tỷ lệ chênh lệch MLTTYC gấp 6,01 lần so với nhóm thai phụ không có tiền sử mổ lấy thai, p<0,001.

## V. KẾT LUẬN

- Sau can thiệp tỉ lệ MLTTYC giảm từ 3,95% trước can thiệp còn 26,44% sau can thiệp và giảm nguy cơ tuyệt đối là 10,51. Cần can thiệp khoảng 10 thai phụ để giảm được một trường hợp mổ lấy thai theo yêu cầu.

- Sau khi phân tích đa biến các yếu tố làm giảm chênh lệch MLTTYC là nơi cư trú, kiến thức, thái độ đúng với OR lần lượt là 0,31; 0,22; 0,51. Các yếu tố làm tăng chênh lệch MLTTYC là nhóm tuổi, thu nhập, phương pháp sinh bé trước với OR lần lượt là 1,44; 1,57 và 6,01.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **Catling-Paull C, Johnston R, Ryan C, Foureur MJ,** (2011), "Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review", J Adv Nurs, pp: 1662–1676.
2. **Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al** (2018), "Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section", Cochrane Database Syst Rev, doi.org/10.1002/14651858.
3. **Farideh Moradi, Aidin Aryankhesal, Mohammad Heidari, Ali Soroush** (2019), "Interventions in Reducing Caesarean Section in the World: A Systematic Review", Malays J Med Sci, 26(5); pp: 21–37.
4. **Mahboubeh Shirzad,** (2020), "Effect of "motivational interviewing" and "information, motivation, and behavioral skills" counseling interventions on choosing the mode of delivery in pregnant women: a study protocol for a randomized controlled trial", Trial, 21, e:970.
5. **Sedigheh Sheidaei, Jafarnejad F, Mohammad Zadeh F, Taji Heravi A** (2019), "The Effect of Peer Education on Pregnant Women's Choosing Mode of Delivery", Journal of Midwifery and Reproductive Health, 7(4); pp: 1880-1887.
6. **WHO** (2018) "Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections", ISBN 978-92-4-155033-8.
7. **Yunhui Tang, et al** (2020), "Promotion of Pre-natal Education Courses Is associated With Reducing the Rates of Caesarean Section: A Case-Control Study", Public Health, doi: 10.3389/fpubh.666337.


# ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC MỨC ĐỘ CỦA CHỈ SỐ $SpO_2/FiO_2$ VÀ KẾT CỤC ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN ARDS

**Bùi Thị Bích Liên[1], Trịnh Văn Đồng[1,2]**


## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa các mức độ của chỉ số $SpO_2/FiO_2$ (S/F) và các kết cục điều trị ở bệnh nhân ARDS. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát tiến cứu thực hiện trên 90 bệnh nhân được chẩn đoán ARDS theo tiêu chuẩn Berlin 2012 tại khoa Hồi sức ngoại Bệnh viện Việt Đức từ 03/2023 đến 09/2023. Đánh giá mối liên quan giữa các mức độ của chỉ số $SpO_2/FiO_2$ (với $SpO_2 \leq 97\%$) ở các thời điểm chẩn đoán, ngày thứ 3 quá trình điều trị với các kết quả điều trị bằng: tử vong 28 ngày, thời gian thở máy, số ngày nằm ICU, kết quả quá trình cai thở máy với ba mức độ: cai máy thở đơn giản, khó cai máy thở, cai máy thở kéo dài. **Kết quả:** Tỉ lệ tử vong chung của nghiên cứu là 30% và không có sự khác biệt đáng kể (p > 0,05) khi so sánh giữa các mức độ nặng ARDS ở thời điểm chẩn đoán. Khi phân loại lại mức độ nặng của ARDS ở ngày thứ 3 của điều trị thì tỉ lệ tử vong lần lượt là 14,9% (ARDS nhẹ); 23,5% (ARDS trung bình); 37,5% (ARDS nặng) (p < 0,05). Giá trị S/F ở các thời điểm $T_{0\text{-}3}$ không có mối liên quan với kết quả cai máy thở tuy nhiên sự chênh lệch của giá trị S/F ở thời điểm $T_3$ và $T_0$ có khả năng tiên lượng khó cai máy thở và cai máy thở kéo dài (p < 0,05) với AUC lần lượt là 0,738 (95% CI: 59,5% - 85,7%) và 0,646 (95% CI: 48,2% - 81%). **Kết luận:** Chỉ số S/F sau 48h điều trị có thể giúp phân loại và tiên lượng tử vong ở BN ARDS. Sự chênh lệch giá trị S/F ở thời điểm $T_3$ với $T_0$ có khả năng tiên lượng khó cai máy thở và cai máy thở kéo dài. ***Từ khoá:*** ARDS, suy hô hấp cấp tiến triển, $SpO_2/FiO_2$, cai máy thở.



[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Văn Đồng
Email: donghoisucvd@gmail.com


Ngày nhận bài: 10.6.2024
Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024
Ngày duyệt bài: 29.8.2024



## SUMMARY

### ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN LEVEL OF $SpO_2/FiO_2$ AND OUTCOMES IN PATIENTS WITH ARDS

**Objective:** The aim of this study was to evaluate whether level $SpO_2/FiO_2$ (S/F) ratio associated with outcomes in patients with ARDS. **Methods:** In this prospective observational study, we enrolled 90 patients with ARDS who were in Surgical intensive care unit (SICU) at Vietnam – Germany Friendship Hospital from March 2023 to September 2023. To

determine the relationship between level of S/F and primary outcomes: 28 - day mortality, mechanical ventilation (days), ICU length of stay and the results of weaning ventilator included simple weaning, difficult weaning, prolonged weaning. **Results:** Overall 28-day mortality was 30% and there was no significant differences between patients with initial mild, moderate, and severe ARDS (p > 0,05). On day 3 reclassification, the hospital mortality rates were as follows: mild (14,9%); moderate (23,5%); and severe ARDS (37,5%) (p < 0,05). Patients with improving severity on day 3 could help to predict difficult weaning, prolonged weaning (p < 0,05) AUC = 0,738 (95% CI: 59,5% - 85,7%) and 0,646 (95% CI: 48,2% - 81%); respectively. **Conclusions:** S/F ratios after 48h of ARDS onset could help to divide patients into subgroups with greater separation in terms of mortality. Patients with improving severity on day 3 could help to predict difficult weaning, prolonged weaning. ***Keywords:*** ARDS; definition; $SpO_2/FiO_2$ ratio; weaning ventilator.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển – Acute respiratory distress syndrome (ARDS) là một hội chứng thường gặp ở các đơn vị hồi sức ngoại khoa nơi có nhiều bệnh nhân chấn thương nặng và sốc nhiễm trùng. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị ARDS, tỉ lệ tử vong ở các bệnh nhân vẫn còn cao và tăng dần theo mức độ nặng của ARDS. Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện để tìm mối liên quan giữa chỉ số oxy hóa máu P/F (được dùng để phân loại mức độ nặng của ARDS) và tỉ lệ tử vong tuy nhiên P/F ở thời điểm chẩn đoán ARDS không có giá trị tiên lượng tử vong do P/F thay đổi nhiều trong tuần đầu điều trị của ARDS.[1] Gần đây, tác giả Bone đã chứng minh rằng sự cải thiện sớm trong P/F với chiến lược thông khí bảo vệ phổi là một yếu tố tiên lượng tốt ở BN ARDS.[1,2] Mặt khác, nhiều tác giả đã chứng minh mối tương quan chặt chẽ giữa S/F và P/F; đồng thời đề xuất thay thế P/F bằng S/F để đơn giản và thuận tiện trong quá trình chẩn đoán, điều trị và theo dõi BN ARDS.[3] Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này để đánh giá mối liên quan giữa các mức độ của chỉ số S/F và các kết cục điều trị ở BN ARDS.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu.** BN được chẩn đoán ARDS nhập khoa hồi sức ngoại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 03/2023 đến tháng 09/2023 với tiêu chuẩn lựa chọn: BN ≥ 18 tuổi, thở máy ≥ 48 giờ . Các BN <18 tuổi, phụ nữ có thai; phù phổi cấp do huyết động, suy tim mất bù, hở van ba lá nặng, có tiền sử mắc các bệnh lí bất thường Hemoglobin sẽ được đưa ra khỏi nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

***Thiết kế nghiên nghiên cứu:*** Nghiên cứu quan sát, tiến cứu thực hiện trên 90 bệnh nhân ARDS đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện tại Khoa Hồi sức ngoại – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

***Quy trình thực hiện:*** BN được chẩn đoán ARDS và đánh giá mức độ nặng, được điều trị thông khí bảo vệ phổi theo ARDS.net và các phương pháp điều trị hỗ trợ tùy theo mức độ nặng của bệnh. Trong quá trình điều trị BN được thử khí máu động mạch để theo dõi và đánh giá tình trạng trao đổi khí của bệnh nhân đồng thời sẽ ghi nhận lại giá trị SpO2. Bệnh nhân điều trị ổn định sẽ tiến hành cai thở máy theo hướng dẫn ARDS.net.

***Các thời điểm nghiên cứu:***

($T_0$) Thời điểm chẩn đoán ARDS

($T_1$) Trong 1h -24h đầu tiên (ngày 1)

($T_2$) Trong 24 – 28h (ngày 2)

($T_3$) Trong 48 – 72h (ngày 3)

Trong một ngày BN có thể có nhiều lần thử KMĐM khác nhau; kết quả khí máu kém nhất sẽ được ghi nhận và phân tích (với $SpO_2 \leq 97\%$)

***Các tiêu chí đánh giá***

- Đánh giá mức độ nặng ARDS theo tình trạng oxy máu dựa trên chỉ số S/F.
- Mối liên quan giữa các mức độ nặng ARDS đánh giá ở thời điểm $T_{0-3}$ với tử vong 28 ngày, thời gian thở máy, thời gian nằm ICU.
- Đánh giá mối liên quan giữa chỉ số S/F ở các thời điểm và sự chênh lệch của S/F ở các thời

điểm khác nhau với các kết quả của quá trình cai thở máy gồm: cai thở máy đơn giản, khó cai thở máy, cai thở máy phức tạp.

**2.3. Xử lý số liệu.** Các số liệu sau khi thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu thuộc loại mô tả tiến cứu, không can thiệp trên bệnh nhân và được sự cho phép của lãnh đạo khoa Hồi sức ngoại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Thông tin bệnh nhân được mã hoá, giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không nhằm mục đích nào khác.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 90 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 56,9 ± 19,3 tuổi; bệnh nhân lớn tuổi nhất là 92 tuổi; nam giới chiếm đa số với tỉ lệ 78,9%. Trong số các BN tham gia nghiên cứu, các BN mắc ARDS ở các mức độ trung bình và nặng chiếm đa số, lần lượt là 51,1% và 30%. Tỉ lệ tử vong 28 ngày chung của nghiên cứu là 30%.

**3.1. Đánh giá mối liên quan giữa các mức độ của chỉ số $SpO_2/FiO2$ và kết cục điều trị ở bệnh nhân ARDS**

***Bảng 3.1. Mối liên quan giữa các mức độ của chỉ số S/F ở thời điểm chẩn đoán và ngày thứ 3 với các kết cục điều trị***

| Chỉ số | Thời gian thở máy (ngày) | Thời gian nằm ICU (ngày) | Tử vong |
|---|---|---|---|
| **Thời điểm $T_0$** | | | |
| 236 < S/F ≤ 320 | 10,1 ± 1,2 | 11,8 ± 1,1 | 14(41,2%) |
| 138 < S/F ≤ 236 | 18,9 ± 4,1 | 19,2 ± 4,7 | 8(22,9%) |
| S/F ≤ 138 | 20,4 ± 8,2 | 22,1 ± 7,9 | 5(38,5%) |
| p | 0,814 | 0,114 | 0,051 |
| **Thời điểm $T_3$** | | | |
| 236 < S/F ≤ 320 | 11,5 ± 2,1 | 12,4 ± 1,9 | 7(14,9%) |
| 138 < S/F ≤ 236 | 20,1 ± 3,8 | 21,8 ± 5,4 | 4(23,5%) |
| S/F ≤ 138 | 22,3 ± 7,4 | 23,9 ± 8,1 | 6(37,5%) |
| p | 0,024 | 0,036 | 0,043 |

***Nhận xét:*** Tỉ lệ tử vong chung trong nghiên cứu chiếm 30% (27 BN). Thời gian thở máy, thời gian nằm ICU và tỉ lệ tử vong tăng dần theo mức độ nghiêm trọng của chỉ số S/F ở ngày điều trị thứ 3 (p < 0,05).

**3.2. Đánh giá mối liên quan giữa các mức độ của chỉ số $SpO_2/FiO_2$ và kết quả quá trình cai thở máy ở bệnh nhân ARDS:**

***Bảng 3.2. Bảng kết quả về quá trình cai máy thở của bệnh nhân trong nghiên cứu***

| | Số bệnh nhân (n=62) | % |
|---|---|---|
| Cai thở máy đơn giản | 18 | 29,03% |
| Khó cai thở máy | 36 | 58,06% |
| Cai máy thở kéo dài | 8 | 12,91% |

***Nhận xét:*** Có 62 BN bước vào giai đoạn cai thở máy, chiếm đa số là các BN khó cai máy (58,06%) và cai thở máy kéo dài (9,68%).

***Bảng 3.3. Mối liên quan giữa các các mức độ của chỉ số S/F ở các thời điểm nghiên cứu và tình trạng cai máy thở***

| Mức độ nặng ARDS theo S/F | Cai máy thở đơn giản (n,%) | Khó cai máy thở (n, %) | Cai máy thở kéo dài (n,%) |
|---|---|---|---|
| **Thời điểm $T_0$** | | | |
| 236<S/F≤320 | 6 (33,3%) | 9 (25%) | 1 (12,5%) |
| 138<S/F≤236 | 12 (66,7%) | 27 (75%) | 7 (87,5%) |
| S/F≤138 | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| p | 0,386 | 0,864 | 0,357 |
| **Thời điểm $T_3$** | | | |
| 236<S/F≤320 | 13 (72,2%) | 31(86,1%) | 5 (62,5%) |
| 138<S/F≤236 | 5 (27,8%) | 4 (11,1%) | 3 (37,5%) |
| S/F≤138 | 0 (0%) | 1 (2,8%) | 0 (0%) |
| p | 0,475 | 0,118 | 0,363 |

***Nhận xét:*** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng cai thở máy ở các BN được phân loại mức độ nặng ARDS bằng chỉ số S/F ở các thời điểm $T_{0-3}$ (p > 0,05).

***Bảng 3.4. Mối liên quan giữa sự chênh lệch của giá trị S/F tại các thời điểm khác nhau và tình trạng cai thở máy***

| | Cai máy thở đơn giản | Khó cai máy thở | Cai máy thở kéo dài | p |
|---|---|---|---|---|
| S/F T3 – T0 | 46,2 ± 51,99 | 38,65 ± 34,21 | 46,18 ± 18,91 | 0,041 |
| S/F T3 – T1 | 22,02 ± 39,51 | 21,70 ± 41,09 | 31,47 ± 18,73 | 0,847 |

***Nhận xét:*** Sự chênh lệch của giá trị S/F ở thời điểm T3 và T0 có liên quan với các tình trạng cai thở máy (p < 0,05).

***Bảng 3.5. Khả năng dự đoán các kết quả cai thở máy của S/F T3 - T0***

| Các kết quả cai thở máy | AUC | 95% CI | | p |
|---|---|---|---|---|
| Cai thở máy đơn giản | 0,546 | 36,9% | 71,8% | 0,593 |
| Khó cai thở máy | 0,738 | 59,5% | 85,7% | 0,043 |
| Cai thở máy kéo dài | 0,646 | 48,2% | 81,0% | 0,046 |

***Nhận xét:*** Sự chênh lệch của S/F ở thời điểm T3 với T0 không có khả năng dự đoán cai thở máy đơn giản (p > 0,05) nhưng có khả năng dự đoán khó cai thở máy và cai thở máy kéo dài (p < 0,05) với AUC lần lượt là 0,738 (95% CI: 59,5% - 85,7%) và 0,646 (95% CI: 48,2% - 81%).

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu gồm 90 bệnh nhân trưởng thành tham gia, độ tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu là 56,9 tuổi trong đó BN lớn tuổi nhất là 92 tuổi. Về giới tính, tỉ lệ bệnh nhân nam trong nghiên cứu chiếm đa số (78,9%). Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu khá tương đồng với kết quả nghiên cứu LUNGSAFE của tác giả Bellani và các cộng sự là 61,5 tuổi; tỉ lệ BN nữ trong báo cáo của Bellani cao hơn chiếm 38%.[4] Nghiên cứu LUNGSAFE cho đến thời điểm hiện tại vẫn là một trong những nghiên cứu rất lớn về dịch tễ học ở bệnh nhân ARDS trên thế giới. Theo kết quả một số nghiên cứu, tỷ lệ mắc ARDS thấp nhất ở bệnh nhi và cao nhất ở người lớn từ 35 – 64 tuổi. Tỷ lệ tử vong của ARDS cao nhất ở những bệnh nhân ≥ 80 tuổi (43,9%), tiếp theo là 65–79 tuổi (30,6%) và dưới 4 tuổi (25,3%). Tuổi và giới trước đây từng được coi như yếu tố tiên lượng kết cục điều trị bệnh nhân ARDS; tỉ lệ tử vong tăng lên 1,96 lần cho mỗi 10 tuổi tăng thêm. Tuy nhiên gần đây các nghiên cứu chỉ ra rằng không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc và tỉ lệ vong giữa 2 giới.[5]

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chăm sóc

và điều trị ARDS nhưng tỉ lệ tử vong ở BN ARDS vẫn còn cao. Tỉ lệ tử vong chung trong nghiên cứu chiếm 30% (27 BN), trong đó tỉ lệ tử vong ở BN mắc ARDS mức độ trung bình là 26,09% và tỉ lệ này tăng lên gấp đôi ở những BN mắc ARDS mức độ nặng (p< 0,05). Tỉ lệ tử vong chung trong nghiên cứu khá tương đồng với kết luận của tác giả Gorman tỷ lệ tử vong của ARDS là 29% (kết quả từ 27 nghiên cứu trong giai đoạn từ năm 2016 đến năm 2020).[6] Xu hướng tăng dần tỷ lệ sống còn ở những BN ARDS cho thấy sự tiến bộ trong nhận biết và điều trị ARDS. Việc áp dụng chiến lược thông khí bảo vệ phổi, $V_t$ thấp, PEEP tối ưu đã tác động lớn đến cải thiện khả năng trao đổi khí, do đó nếu căn cứ vào mức độ nặng của ARDS vào thời điểm chẩn đoán để tiên lượng kết cục điều trị sẽ sai lệch. Sự cải thiện trong trao đổi khí cho thấy đáp ứng tốt với điều trị và tiên lượng sống còn của BN cũng cao hơn. Tỉ lệ tử vong mặc dù không cho thấy sự khác biệt nào khi so sánh giữa các mức độ nặng ARDS ở thời điểm chẩn đoán (p >0,05) tuy nhiên khi phân loại lại mức độ nặng của ARDS ở ngày thứ 3 của điều trị (bằng chỉ số S/F) thì tỉ lệ tử vong giữa các nhóm có sự khác biệt đáng kể: 14,9% (ARDS nhẹ); 23,5% (ARDS trung bình); 37,5% (ARDS nặng) (p <0,05). Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy thời gian thở máy và thời gian nằm ICU tăng dần theo mức độ nặng của ARDS phân loại dựa trên giá trị S/F ở ngày thứ 3 điều trị. Kết quả trên cũng được chứng minh trong các nghiên cứu gần đây khi tiến hành phân độ lại ARDS sẽ có giá trị tiên lượng kết cục điều trị tốt hơn như tác giả Madotto phân loại lại ARDS sau 24h (năm 2018) và gần đây là tác giả Chiu phân độ lại ARDS sau 48h (năm 2020). Tuy nhiên giá trị tiên lượng tử vong ở theo phân loại mức độ nặng ở ngày 2 tương đối hạn chế.[2] Khi phân loại lại mức độ nặng của ARDS ở ngày thứ 3 (sau 48h điều trị) thì tỉ lệ tử vong ở có sự khác biệt rõ ràng: 42,1% ở BN hồi phục; 47,9% ở BN ARDS nhẹ; 62,3% BN ARDS mức độ trung bình; 76,1% BN mức độ nặng (p < 0,001).[7] Tương tự, tác giả Roozeman (năm 2022) nghiên cứu thực hiện trên các BN ARDS phải thở máy (do COVID 19) cho thấy rằng: giá trị S/F ngày đầu điều trị không liên quan đến tử vong 28 ngày (p= 0,721); S/F ngày 2 và ngày 3 điều trị có giá trị tiên lượng tử vong (p< 0,001) với AUC = 0,62 (95% CI: 0,59-0,79) và AUC = 0,62 (95% CI: 0,6 – 0,64) lần lượt tương ứng. Giá trị dự đoán tử vong trong 28 ngày của S/F ở ngày 2 là 179 và S/F ngày 3 là 199, tuy nhiên ở giá trị dự đoán của S/F ngày thứ 3 thì độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn ngày 2 điều trị.[8]

Nghiên cứu gồm 62 BN bước vào giai đoạn cai thở máy, trong đó, số các BN cai thở máy đơn giản, cai thở máy thành công từ lần SBT đầu tiên là 18 BN (chiếm tỉ lệ 29,03%). Chiếm đa số là các BN khó cai máy gồm 36 BN (58,06%) và 08 BN cai thở máy kéo dài (9,68%). Do có rất nhiều yếu tố có thể tác động đến quá trình cai thở máy, vấn đề tiên lượng cai thở máy trở nên phức tạp mà cho đến hiện tại không có một protocol nào có thể đánh giá một cách toàn diện các bệnh nhân trong nghiên cứu mà phần lớn dựa vào kinh nghiệm của bác sĩ lâm sàng để nhận biết được thời điểm thích hợp bắt đầu cai máy thở cho bệnh nhân. Trong số đó chỉ số về oxy hóa máu và trao đổi khí ($SpO_2$, S/F) là một trong những dấu hiệu gợi ý cho bác sĩ lâm sàng về việc BN có thể đã sẵn sàng cai thở máy. Mặc dù khi đánh giá mối liên quan giữa các mức độ của chỉ số S/F ở các thời điểm $T_{0-3}$ với các tình trạng cai thở máy, kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan (p> 0,05). Sự chênh lệch giá trị S/F ở các thời điểm T3 – T0 có khả năng dự đoán khó cai thở máy và cai thở máy kéo dài (p < 0,05) với khả năng dự đoán ở mức độ trung bình với AUC lần lượt là 0,738 (95% CI: 59,5% - 85,7%) và 0,646 (95% CI: 48,2% - 81%). Kết quả này có thể được suy luận rằng việc phân loại mức độ nặng của ARDS không có mối liên nào tới kết quả của quá trình cai thở máy nhưng ở các BN có sự cải thiện kém hơn về trao đổi oxy của phổi được đánh giá bằng sự chênh lệch giá trị S/F ở các thời điểm T3 – T0 có liên quan đến các tình trạng khó cai thở máy và cai thở máy kéo dài. Tuy nhiên vì cỡ mẫu của nghiên cứu chưa đủ lớn nên việc đánh giá giá trị tiên lượng này có thể chưa đủ chính xác để xác định điểm cut – off của S/F T3 – T0 mà tại đó có ý nghĩa trong việc tiên lượng BN khó cai máy thở hay cai máy thở kéo dài. Do đó đây có thể là một hướng đi mới trong đánh giá các yếu tố tiên lượng cai thở máy ở BN ARDS và cần các nghiên cứu lớn và chuyên sâu hơn để chứng minh thêm kết quả này.

## V. KẾT LUẬN

Trên BN ARDS có thở máy, giá trị S/F sau 48 giờ điều trị có liên quan đến thời gian thở máy, thời gian nằm ICU và tỉ lệ tử vong 28 ngày (p < 0,05). Đối với quá trình cai thở máy, sự chênh lệch của giá trị S/F ở thời điểm T3 với T0 có khả năng dự đoán khó cai thở máy và cai thở máy kéo dài (p < 0,05) với AUC lần lượt là 0,738 (95% CI: 59,5% - 85,7%) và 0,646 (95% CI: 48,2% - 81%).

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Hồi sức ngoại, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Lãnh đạo và Cán bộ nhân viên Khoa, Bệnh viện đã cho phép và hỗ trợ chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bone RC, Maunder R, Slotman G, et al.** An Early Test of Survival in Patients with the Adult Respiratory Distress Syndrome: The PaO2/FIo2 Ratio and its Differential Response to Conventional Therapy. Chest. 1989;96(4):849-851. doi:10.1378/chest.96.4.849
2. **Madotto F, Pham T, Bellani G, et al.** Resolved versus confirmed ARDS after 24 h: insights from the LUNG SAFE study. Intensive Care Med. 2018; 44(5): 564-577. doi:10.1007/s00134-018-5152-6
3. **Rice TW, Wheeler AP, Bernard GR, Hayden DL, Schoenfeld DA, Ware LB.** Comparison of the Spo2/Fio2 Ratio and the Pao2/Fio2 Ratio in Patients With Acute Lung Injury or ARDS. Chest. 2007;132(2):410-417. doi:10.1378/chest.07-0617
4. **Bellani G, Laffey JG, Pham T, et al.** Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. JAMA. 2016;315(8):788-800. doi:10.1001/jama.2016.0291
5. **Lemos-Filho LB, Mikkelsen ME, Martin GS, et al.** Sex, Race, and the Development of Acute Lung Injury. Chest. 2013;143(4):901-909. doi:10.1378/chest.12-1118
6. **Gorman EA, O'Kane CM, McAuley DF.** Acute respiratory distress syndrome in adults: diagnosis, outcomes, long-term sequelae, and management. The Lancet. 2022;400(10358):1157-1170. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01439-8
7. **Chiu LC, Lin SW, Liu PH, et al.** Reclassifying severity after 48 hours could better predict mortality in acute respiratory distress syndrome. Ther Adv Respir Dis. 2020;14: 1753466620936877. doi:10.1177/ 1753466620936877
8. **Roozeman JP, Mazzinari G, Serpa Neto A, et al.** Prognostication using SpO2/FiO2 in invasively ventilated ICU patients with ARDS due to COVID-19 – Insights from the PRoVENT-COVID study. J Crit Care. 2022; 68:31-37. doi:10.1016/j.jcrc.2021.11.009

# KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN LO ÂU Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

**Đinh Vũ Ngọc Ninh[1], Nguyễn Xuân Trung[1], Đặng Trần Khang[1], Trịnh Văn Nhân[1]**

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích điều trị tại bệnh viện Quân Y 175. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 163 bệnh nhân chẩn đoán hội chứng ruột kích thích điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 06/2022 đến tháng 03/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nam là 58,3%. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,2%. Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng là 55,7 ± 15,7. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc rối loạn lo âu giữa nhóm có trình độ CĐ, ĐH, SĐH và nhóm tiểu học, trung học; hiểu về bệnh, tuân thủ điều trị, sợ đặc hiệu. Trình độ học vấn tiểu học và trung học; hiểu về bệnh chưa rõ, tuân thủ điều trị chưa tốt, sợ đặc hiệu làm tăng nguy cơ mắc rối loạn lo âu. Có mối tương quan thuận giữa điểm Halmiton và thời gian xuất hiện triệu chứng rối loạn lo âu. Có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa thời gian xuất hiện triệu chứng rối loạn lo âu và điểm Halmiton . **Kết luận:** Các yếu tố liên quan rối loạn lo âu ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích gồm trình độ học vấn thấp hơn, thời gian được chẩn đoán hội chứng ruột kích thích kể từ lần đầu ngắn hơn, hiểu biết về bệnh chưa rõ, tuân thủ điều trị chưa tốt, có kèm theo nỗi sợ đặc hiệu. Có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa thời gian xuất hiện triệu chứng rối loạn lo âu và thang điểm Hamilton. ***Từ khóa:*** rối loạn lo âu, hội chứng ruột kích thích.

[1]*Bệnh viện Quân Y 175*
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vũ Ngọc Ninh
Email: kpno86@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.6.2024
Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024
Ngày duyệt bài: 27.8.2024

## SUMMARY

### SURVEY OF SOME FACTORS RELATED TO ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH IRRIGABLE BOWEL SYNDROME TREATMENT AT MILITARY HOSPITAL 175

**Research objective:** Survey on some factors related to anxiety disorders in irritable bowel syndrome patients treated at Military Hospital 175. **Subject and methods:** Cross-sectional descriptive study of 163 patients diagnosed with irritable bowel syndrome treated at Military Hospital 175 from June 2022 to March 2023 **Results:** The proportion of male patients is 58.3%. The age group ≥ 60 accounts for the highest proportion at 44.2%. The average age of the subject group is 55.7 ± 15.7 years. There is a statistically significant difference in the rate of anxiety disorders between groups with college, university, and university degrees and primary and secondary school groups; Understanding the disease, complying with treatment, specific fear. Primary and secondary