

dày-thực quản tác giả thường lựa chọn mở ngực nhất là khi khối u này có xu hướng lệch bên trái và chiếm gần hết chu vi thực quản. Trong nghiên cứu này tác giả cũng thấy rằng chỉ định mở ngực bóc u không thể xác định được và không phụ thuộc kích thước khối u, kể cả những khối u trên 10cm, đây là điều khác biệt so với các khuyến cáo trước đây. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho rằng phẫu thuật nội soi ngực có thể thực hiện được với cả những khối u kích thước trên 5cm.^{5,7}

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ thực quản là lựa chọn đầu tiên trong điều trị phẫu thuật bóc u cơ thực quản. Đây là phương pháp an toàn, ít tai biến, biến chứng sau mổ kể cả trường hợp khối u kích thước lớn hơn 5cm. Kích thước khối u không phải là yếu tố chỉ định phẫu thuật nội soi hay mổ mở trong điều trị phẫu thuật bóc u cơ thực quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mutrie CJ, Donahue DM, Wain JC, et al.** Esophageal leiomyoma: a 40-year experience. *Ann Thorac Surg.* 2005;79(4):1122-1125. doi:10.1016/j.athoracsur.2004.08.029

2. **Seremetis MG, Lyons WS, deGuzman VC, Peabody JW.** Leiomyomata of the esophagus. An analysis of 838 cases. *Cancer.* 1976;38(5):2166-2177. doi:10.1002/1097-0142(197611)38:5<2166::aid-cnrcr2820380547>3.0.co;2-b

3. **Choi SH, Kim YT, Han KN, et al.** Surgical management of the esophageal leiomyoma: lessons from a retrospective review. *Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus.* 2011; 24(5): 325-329. doi:10.1111/j.1442-2050.2010.01144.x

4. **A-Lai GH, Hu JR, Yao P, Lin YD.** Surgical Treatment for Esophageal Leiomyoma: 13 Years of Experience in a High-Volume Tertiary Hospital. *Front Oncol.* 2022;12: 876277. doi:10.3389/fonc.2022.876277

5. **Shin S, Choi YS, Shim YM, Kim HK, Kim K, Kim J.** Enucleation of esophageal submucosal tumors: a single institution's experience. *Ann Thorac Surg.* 2014;97(2):454-459. doi:10.1016/j.athoracsur.2013.10.030

6. **Ramos D, Priego P, Coll M, et al.** Comparative study between open and minimally invasive approach in the surgical management of esophageal leiomyoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016; 108(1): 8-14. doi:10.17235/reed.2015.3845/2015

7. **Higuchi T, Koyanagi K, Ozawa S, Ninomiya Y, Yatabe K, Yamamoto M.** Giant circumferential esophageal leiomyoma successfully treated by thoracoscopic enucleation with the patient in a prone position: A case report. *Asian J Endosc Surg.* 2021;14(3):602-606. doi:10.1111/ases.12910

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG XUẤT HIỆN KÍCH ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI

Trịnh Thị Vân Anh¹, Vương Đình Thủy¹, Ngô Văn Tuất¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kích động là trạng thái cấp cứu tâm thần thường gặp trong bệnh cảnh lâm sàng của chuyên khoa tâm thần nói chung và rối loạn loạn thần cấp và nhất thời nói riêng. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời có ý nghĩa trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu:** mô tả một số đặc điểm về thời gian, hoàn cảnh, tính chất xuất hiện kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 97 người bệnh được lựa chọn vào nghiên cứu là người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần quốc gia từ tháng 08/2021 đến tháng 07/2022. Kết quả: Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời hay gặp ở cả nam và nữ

(nam/nữ=1,4/1), đa số trong nhóm tuổi 18-40. Kích động là triệu chứng hay gặp trong rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (72,2%). Thường xuất hiện vào thời điểm trước khi vào viện (92,9%). Thời gian xuất hiện kích động trong ngày thường gặp vào buổi chiều (52,9%) và buổi tối (44,3%). Về hoàn cảnh xuất hiện, kích động đa phần xuất hiện không có nguyên nhân (40%) và do gặp vấn đề căng thẳng tâm lý (34,3%). Về đặc điểm tính chất xuất hiện, hầu hết kích động xuất hiện đột ngột (77,1%), xuất hiện sau khi triệu chứng loạn thần rõ ràng (72,9%). **Kết luận:** Tỷ lệ kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời tương đối cao, đặc điểm về thời gian, hoàn cảnh và tính chất xuất hiện đa dạng, cần được đánh giá và xử trí phù hợp. **Từ khóa:** Kích động, rối loạn loạn thần cấp và nhất thời.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE OCCURENCE OF AGITATION IN PATIENTS WITH ACUTE AND TRANSIENT PSYCHOTIC DISORDERS

Background: Agitation is a common psychiatric emergency in the clinical setting of psychiatry in general and acute and transient psychotic disorders in

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Vân Anh

Email: vananhtinhahmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

particular. Researching some clinical features of agitation in patients with acute and transient psychotic disorders is meaningful in clinical practice.

Objectives: describe clinical characteristics of the occurrence of agitation in patients with acute and transient psychotic disorders inpatient treatment at the Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital. Subjects and research methods: Cross-sectional description of 97 patients selected for the study who are patients with acute and transient psychotic disorders receiving inpatient treatment at the National Institute of Mental Health from August 2021 until July 2022. Results: Acute and transient psychotic disorders are common in both men and women (male/female=1.4/1), mostly in the 18-40 age group. Agitation is a common symptom in acute and transient psychotic disorders (72.2%). Usually occurs before admission to the hospital (92.9%). Agitation commonly occurs in the afternoon (52.9%) and evening (44.3%). Regarding the circumstances of its occurrence, agitation mostly occurs without cause (40%) and is due to psychological stress (34.3%). Regarding the characteristics of occurrence, most agitation occurred suddenly (77.1%), occurring after psychotic symptoms were obvious (72.9%). Conclusion: The rate of agitation in patients with acute and transient psychotic disorders is relatively high, the characteristics of time, circumstances and properties of the occurrence are diverse, needing to be assessed and treated appropriately. **Keywords:** Agitation, acute and transient psychotic disorders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời là một rối loạn tâm thần hay gặp. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ rối loạn loạn thần cấp chiếm 9% trong các rối loạn loạn thần đầu tiên.¹ Kích động tâm thần vận động (psychomotor agitation) hay gọi tắt là kích động (agitation) là trạng thái cấp cứu tâm thần hay gặp trong bệnh cảnh lâm sàng các bệnh lý tâm thần nói chung và rối loạn loạn thần cấp và nhất thời nói riêng. Tại các khoa cấp cứu ghi nhận tỷ lệ người bệnh có tình trạng kích động tới 10%, và trung bình điều dưỡng hoặc bác sĩ gặp ít nhất 8 lần bị tấn công trên năm.² Kích động thường biểu hiện ban đầu từ những căng thẳng bên trong khó nhận biết nhưng nếu không được xử trí kịp thời có thể dẫn đến tình trạng gây hấn, bạo lực, người bệnh có hành vi nguy hiểm đối với bản thân và người xung quanh, thậm chí là giết người và tự sát. Điều này ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh trong liệu trình điều trị người bệnh như sự chăm sóc người bệnh, các gánh nặng cho người chăm sóc, các nguồn lực cộng đồng (dịch vụ cấp cứu và hệ thống chính sách). Tại Việt Nam, các nghiên cứu về kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp còn hạn chế, mà chủ yếu tập trung vào nghiên cứu về các triệu chứng loạn thần. Việc nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng kích động ở người bệnh rối loạn

loạn thần cấp và nhất thời góp phần làm rõ hơn về đặc điểm lâm sàng ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời, và cho phép việc điều trị và quản lý người bệnh trở nên tốt hơn, làm giảm các gánh nặng cho gia đình và xã hội. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm về thời gian, hoàn cảnh, tính chất xuất hiện kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: 97 người bệnh được chẩn đoán xác định là rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (theo tiêu chuẩn ICD-10) tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2021 đến tháng 07/2022. Loại trừ các trường hợp có bệnh tổn thương não: chấn thương sọ não, u não, mê sảng, động kinh, mất trí, tai biến mạch máu não trong tiền sử và hiện tại, bệnh thực thể nặng kèm theo mà không hợp tác được nghiên cứu, người bệnh và người nhà không đồng ý tham gia hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện

2.3. Phân tích, xử lý số liệu: Nhập số liệu, xử lý số liệu theo phần mềm toán học SPSS 16.0. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng chỉ số, tần suất, tỷ lệ %.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng (N=97)

Đặc điểm chung		n	%
Giới	Nam	40	41,2
	Nữ	57	58,8
Tuổi	<18	5	5,2
	18-40	69	71,0
	41-60	18	18,6
	>60	5	5,2
	Tổng	97	100
	X ± SD	32,56 ± 13,06	

Nhận xét: Từ kết quả trên, chúng tôi nhận thấy:

- Về giới, tỷ lệ nữ chiếm đa số với 58,8%, nam/nữ = 1,4/1. Nhưng không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ.

- Về tuổi, rối loạn loạn thần cấp và nhất thời gặp ở hầu hết mọi lứa tuổi, trong đó, lứa tuổi hay gặp nhất là 18-40 với 71,0%. Tuổi trung bình là 32,56 ± 13,06.

3.2. Đặc điểm về thời gian, hoàn cảnh, tính chất xuất hiện kích động

Trong 97 người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 70 người bệnh có biểu hiện kích động chiếm 72,2%.

Bảng 2. Đặc điểm thời điểm xuất hiện kích động (N=70)

Thời điểm xuất hiện		n	%
Thời gian xuất hiện	Trước vào viện	65	92,9
	Tại thời điểm vào viện	11	15,7
	Trong quá trình điều trị	16	22,8
Thời điểm trong ngày	Sáng	26	37,1
	Trưa	9	12,9
	Chiều	37	52,9
	Tối	31	44,3

Nhận xét: Dựa theo kết quả nghiên cứu, đa số kích động xuất hiện trước thời điểm vào viện với 92,9%. Thời điểm buổi chiều và tối hay gặp hơn tương ứng 52,9% và 44,3%.

Bảng 3. Đặc điểm hoàn cảnh xuất hiện kích động (N=70)

Hoàn cảnh xuất hiện	n	%
Không có nguyên nhân	28	40,0
Do gặp vấn đề căng thẳng tâm lý	24	34,3
Do người khác không làm theo ý mình	17	24,3
Do gặp vấn đề sức khỏe	1	1,4

Nhận xét: Hoàn cảnh xuất hiện kích động hay gặp với không có nguyên nhân (40,0%), do gặp vấn đề căng thẳng tâm lý (34,3%).

Bảng 4. Đặc điểm tính chất xuất hiện kích động (N=70)

Đặc điểm xuất hiện kích động		n	%
Tính chất xuất hiện	Đột ngột	54	77,1
	Từ từ	16	22,9
So với triệu chứng loạn thần	Trước khi biểu hiện loạn thần	9	12,9
	Đồng thời	10	14,3
	Sau khi loạn thần rõ ràng	51	72,9
Thời gian kích động	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$ phút)	27,36 ± 26,36	
	Thời gian ngắn nhất (phút)	5	
	Thời gian dài nhất (phút)	180	

Nhận xét: Đa số kích động xuất hiện đột ngột (77,1%), hầu hết xuất hiện sau khi loạn thần rõ ràng (72,9%). Thời gian xuất hiện trung bình 27,36 ± 26,36 phút, ngắn nhất 5 phút, dài nhất 180 phút.

Bảng 5. Đặc điểm tái phát kích động trong thời gian điều trị (N=70)

Số lần tái phát trong điều trị	n	%
0	35	50,0
1	14	20,0
2	10	14,3
3	8	11,4
4	3	4,3

Nhận xét: Hầu hết đối tượng không có tái phát kích động chiếm 50,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng. Về đặc điểm giới, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ chiếm đa số với 58,8%, nam 41,2%. Nhưng không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ giới. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với Nguyễn Hữu Chiến và cs (2008) thực hiện nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, tiến triển rối loạn loạn thần cấp và nhất thời trên 150 đối tượng cho thấy tỷ lệ mắc về giới không có sự khác biệt.³

Về đặc điểm tuổi, chúng tôi nhận thấy rối loạn loạn thần cấp và nhất thời có thể gặp ở mọi lứa tuổi từ 15 đến 74 tuổi trong nghiên cứu, tuổi trung bình mắc khá trẻ 32,56 ± 13,06 tuổi và nhóm tuổi hay gặp nhất là 18-40 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đồng nhất với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Chiến (2008) với tuổi trung bình 30,9 ± 11,87.³ Bên cạnh đó so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả phù hợp với các nghiên cứu: Esan O. và cs (2014) nghiên cứu trên 124 người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời cho thấy tuổi trung bình xuất hiện là 29,5 ± 9,6, lứa tuổi hay gặp nhất là tuổi 25-34 (40,3%).⁴ Nhìn chung, lứa tuổi mắc rối loạn loạn thần cấp và nhất thời khá trẻ 18-40 tuổi, đây là lứa tuổi lao động, làm việc chính của xã hội. Chính vì vậy, không những ảnh hưởng về sức khỏe của bản thân người bệnh mà còn ảnh hưởng đến kinh tế gia đình và xã hội.

4.2. Đặc điểm về thời gian, hoàn cảnh, tính chất xuất hiện kích động. Về thời điểm xuất hiện kích động, chúng tôi nhận thấy kích động có thể xuất hiện ở bất kỳ thời điểm nào trong đó, đa số kích động xuất hiện trước thời điểm vào viện với 92,9%, thời điểm buổi chiều và tối hay gặp hơn tương ứng 52,9% và 44,3%. Kích động là trạng thái tinh thần hưng phấn tâm lý, vận động quá mức, xuất hiện đột ngột, không mục đích rõ ràng, không thích hợp với hoàn cảnh xung quanh.⁵ Chính vì tính chất đột ngột như vậy nên trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận sự xuất hiện kích động ở nhiều thời điểm khác nhau. Bên cạnh đó, các hành vi kích động xuất hiện đột ngột, không lường trước gây ảnh hưởng

đến xung quanh, đây là một trong những lý do cần đưa người bệnh đến nhập viện điều trị. Melani A. và cs (2003) nghiên cứu các lý do khiến người bệnh nhập viện ở South Auckland, New Zealand nhận thấy hành vi kích động, gây hấn với người khác là một trong những lý do khiến người bệnh cần nhập viện với 32%, ngoài ra còn các lý do khác như tự sát 22%, không tuân thủ thuốc 35%,...⁶ San L. và cs (2016) khi nghiên cứu về tình trạng kích động cấp tính trong cấp cứu tâm thần ở Châu Âu cho thấy kích động thường xuất hiện ở thời điểm từ 8h đến 16h ở cả phòng cấp cứu và khu điều trị nội trú tương ứng 50,7% và 61,2%, tiếp đó là thời điểm từ 16h đến 24h với ở phòng cấp cứu (34,3%), ở khu điều trị nội trú (27,6%), kết quả của chúng tôi có khác biệt với nghiên cứu này.⁷ Sự khác biệt này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của tác giả này là tất cả các người bệnh có các vấn đề tâm thần có biểu hiện kích động như tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc lưỡng cực,...

Về hoàn cảnh xuất hiện kích động, nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy sự xuất hiện kích động có thể không có nguyên nhân (40,0%), hoặc có thể do gặp vấn đề căng thẳng tâm lý (34,3%). Trong rối loạn loạn thần nói chung rối loạn loạn thần cấp và nhất thời nói riêng, người bệnh biểu hiện bệnh với các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác có thể mang các nội dung rùng rợn, đe dọa, truy hại... điều này khiến người bệnh lo lắng sợ hãi dẫn tới kích động xuất hiện đột ngột, không lường trước, nhiều khi có hành vi nguy hiểm (giết người). Các yếu tố bên ngoài môi trường có thể thúc đẩy hình thành nên kích động, các yếu tố này có thể bao gồm những sự kiện lớn trong đời hoặc những trải nghiệm đau thương, nhưng cũng có thể liên quan đến điều kiện sống, các vấn đề quan liêu, hoặc các vấn đề tài chính. Việc đánh giá hoàn cảnh xuất hiện kích động có vai trò quan trọng trong quản lý và điều trị kích động.

Về tính chất xuất hiện kích động, chúng tôi nhận thấy đa số kích động xuất hiện đột ngột (77,1%), hầu hết xuất hiện sau khi loạn thần rõ ràng (72,9%). Thời gian xuất hiện trung bình $27,36 \pm 26,36$ phút, ngắn nhất 5 phút, dài nhất 180 phút, đa số không tái phát trong quá trình điều trị (50,0%). Kết quả nghiên cứu phù hợp y văn về tính chất của kích động là đột ngột, không lường trước, các triệu chứng kích động đa dạng, biến đổi từ các triệu chứng sớm sau đó tăng dần mức độ, thậm chí đến các hành vi gây hấn nguy hiểm. Hunor Girasek và cs (2022) cho rằng các triệu chứng loạn thần là yếu tố đóng

góp chính trong các triệu chứng thù địch, gây hấn.⁸ San L. và cs (2016) nghiên cứu trạng thái kích động tại cấp cứu tâm thần ở Châu Âu cho thấy thời gian trung bình của một giai đoạn kích động kéo dài 1,62 tiếng ở khu điều trị nội trú và 3,18 tiếng ở khoa cấp cứu.⁷ Sự khác biệt này có thể giải thích do đối tượng lựa chọn của tác giả là các rối loạn loạn thần, rối loạn lưỡng cực và địa điểm thực nghiên cứu ghi nhận ở các địa điểm khác nhau (khu điều trị nội trú và khoa cấp cứu), trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm đối tượng được chẩn đoán rối loạn loạn thần cấp và nhất thời và thực hiện ở cơ sở điều trị người bệnh nội trú.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời hay gặp ở cả nam và nữ, đa số trong nhóm tuổi 18-40. Kích động là triệu chứng hay gặp trong rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (72,2%). Thường xuất hiện vào thời điểm trước khi vào viện, vào buổi chiều và không có nguyên nhân. Tính chất xuất hiện kích động thường đột ngột, sau khi triệu chứng loạn thần rõ ràng và phần lớn không tái phát trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **William T. Carpenter, Deanna M. Barch.** Brief psychotic disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013:94-96.
2. **Sachs GS.** A Review of Agitation in Mental Illness: Burden of Illness and Underlying Pathology. Published online 2006:8.
3. **Nguyễn Hữu Chiên.** Đặc Điểm Lâm Sàng, Tiến Triển Rối Loạn Loạn Thần Cấp và Nhất Thời. Trường đại học Y Hà Nội; 2008.
4. **Esan O, Fawole OI.** Acute and transient psychotic disorder in a developing country. Int J Soc Psychiatry. 2014;60(5):442-448. doi:10.1177/0020764013495525
5. **Trịnh Trọng Tuấn.** Đặc Điểm Hoang Tưởng, Ảo Giác ở Bệnh Nhân Rối Loạn Loạn Thần Cấp Đa Dạng Không Có Triệu Chứng Của Tâm Thần Phân Liệt. Luận văn bác sỹ nội trú. Đại học Y Hà Nội; 2020.
6. **Abas M, Vanderpyl J, Le Prou T, Kydd R, Emery B, Alo Foliaki S.** Psychiatric Hospitalization: Reasons for Admission and Alternatives to Admission in South Auckland, New Zealand. Aust N Z J Psychiatry. 2003;37(5):620-625. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01229.x
7. **San L, Marksteiner J, Zwanzger P, et al.** State of Acute Agitation at Psychiatric Emergencies in Europe: The STAGE Study. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2016;12(1):75-86. doi:10.2174/1745017901612010075
8. **Girasek H, Nagy VA, Fekete S, Ungvari GS, Gazdag G.** Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. World J Psychiatry. 2022;12(1):1-23. doi:10.5498/wjp.v12.i1.1

KHẢO SÁT TỶ LỆ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN NGƯỜI BỆNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU ĐỘT QUỴ NÃO NHỒI MÁU NÃO CẤP

Đỗ Đào Vũ¹, Phạm Bình Nguyên¹, Trần Thị Linh²,
Đỗ Đào Quang⁴, Nguyễn Thị Mỹ Linh², Uông Thị Vân Anh²,
Phạm Thu Thủy², Nguyễn Thiện Nhân⁵, Đào Việt Phương¹, Nguyễn Quang Dự³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa sau đột quỵ nhồi máu não cấp của bệnh nhân điều trị nội trú phục hồi chức năng (PHCN) và mô tả một số đặc điểm lâm sàng người bệnh mắc xuất huyết tiêu hóa sau đột quỵ nhồi máu não cấp (GIB- Gastrointestinal bleeding). **Đối tượng nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 393 người bệnh chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp tại Trung tâm Phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 64.18 ± 12.44 , giới tính nam chiếm 63.1%. Thời gian người bệnh được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não đến có chỉ định PHCN là 8.24 ± 6.13 ngày. Người bệnh có thời gian nằm viện trung bình 22.05 ± 7.45 ngày. Tỷ lệ GIB là 7.9%. Vị trí xuất huyết thường gặp nhất là dạ dày, thực quản. Người bệnh nhóm GIB có tỷ lệ rối loạn nuốt, tỷ lệ đặt sonde dạ dày, thời gian đặt sonde dạ dày, tỷ lệ nhồi máu não toàn bộ hệ tuần hoàn não trước, nhồi máu não hệ tuần hoàn não sau cao hơn nhóm không GIB với $p < 0.05$. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc GIB ở Trung tâm phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai là 7.9%.

Từ khóa: đột quỵ não, xuất huyết tiêu hóa, phục hồi chức năng

SUMMARY

TO EVALUATE THE RATE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING AFTER ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS IN PHASE REHABILITATION

Objective: To evaluate the rate of gastrointestinal bleeding after acute ischemic stroke patients in phase rehabilitation and describe some clinical characteristics of patients with gastrointestinal bleeding after ischemic stroke (GIB). **Subject and methods:** Prospective descriptive study on 393 patients diagnosed with acute ischemic stroke at the rehabilitation center of Bach Mai hospital from March 2023 to December 2023. **Results:** Average age 64.18 ± 12.44 , male gender accounts for 63.1%. The time from the patient's diagnosis of stroke and ischemic stroke to the indication for rehabilitation was

8.24 ± 6.13 days. Patients had an average hospital stay of 22.05 ± 7.45 days. The GIB rate is 7.9%, the most common site of bleeding is the stomach and esophagus. Patients with GIB after acute ischemic stroke have a higher rate of dysphagia, rate of nasogastric tube, time of gastric tube placement, rate of total anterior circulation infarct, posterior circulation infarct than the group without GIB with $p < 0.05$. **Conclusion:** The incidence of GIB at Bach Mai Hospital Rehabilitation Center is 7.9%.

Keywords: acute ischemic stroke, gastrointestinal bleeding, rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là thách thức lớn cho nền y học toàn cầu, thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2016, đột quỵ là nguyên nhân thứ hai gây tử vong và là nguyên nhân thứ ba gây khuyết tật dài hạn.¹ Đột quỵ não không chỉ gây ra những khiếm khuyết về mặt thần kinh, còn gây ra tổn thương các cơ quan khác ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và tiên lượng, gây ra các hậu quả nghiêm trọng làm kéo dài thời gian nằm viện, và tăng tỉ lệ tử vong.² Hầu hết bệnh nhân đột quỵ não đều có tổn thương với các mức độ khác nhau đối với một hoặc nhiều cơ quan bao gồm: tim mạch, hệ thống hô hấp, đường tiêu hóa,... Trong đó, biến chứng xuất huyết tiêu hóa có thể xảy ra trong giai đoạn cấp tính của đột quỵ não. Các báo cáo trước đây cho thấy tỷ lệ xuất huyết tiêu hóa sau đột quỵ não cấp tính từ 1,4%-8,5% tùy vào đối tượng nghiên cứu. Xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân sau đột quỵ não cấp có nguy cơ làm tăng tỷ lệ tử vong và phụ thuộc trầm trọng trong các hoạt động chức năng sống hàng ngày sau đột quỵ não.³ Một trong các lý do gây hậu quả trên được nhận diện là nguy cơ làm giảm cường độ, trì hoãn thời gian phục hồi chức năng, ảnh hưởng quá trình phục hồi và kết quả phục hồi chức năng.

Hiện nay các bằng chứng khoa học và khuyến cáo hiệp hội chuyên khoa xu hướng phục hồi chức năng sớm sau đột quỵ não ngay trong giai đoạn cấp, ngoài việc lên kế hoạch tập phục hồi chức năng toàn diện cho bệnh nhân, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ, dự phòng các biến chứng được nhận biết sớm và xử trí tích cực có thể phòng ngừa được hậu quả lâu dài. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mong muốn

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Đại học Phenikaa

⁵Bệnh viện TTH Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovu@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024