

- pre-schoolers: A population-based study. *Int J Paediatr Dent*, 30, 193-201
4. **Elfrink MEC, Ghanim A, Manton DJ et al** (2015). Standardised studies on molar incisor hypomineralisation (MIH) and hypomineralised second primary molars (HSPM): a need. *Eur Arch Paediatr Dent*, 16, 55-247.
 5. **McCarra C, Olegário IC, O'Connell AC et al** (2022). Prevalence of hypomineralised second primary molars (HSPM): A systematic review and meta-analysis. *Int J Paed Dentistry*, 32, 367-382.
 6. **F.Halal, N.Raslan** (2020). Prevalence of hypomineralised second primary molars (HSPM) in Syrian preschool children. *Original Scientific Article*, 21, 711-717.
 7. **Phạm Thanh Hà, Nguyễn Thùy Linh, Bùi Hữu Tuấn và cộng sự** (2023). Tỷ lệ mắc HSPM và một số yếu tố liên quan ở học sinh mầm non huyện Na Rì tỉnh Bắc Kạn năm 2023. *Tạp chí nghiên cứu y học Việt Nam*, 528, 524-528.
 8. **Mukul Joshi, Bibin Jacob et al** (2021). Hypomineralized Second Primary Molar. *International Journal Dental and Medical Sciences Research*, 3, 895-897.
 9. **AM Ghanim, Morgan MV, Mariño RJ et al** (2012). Risk factors of hypomineralised nonle second primary molars in a group of Iraqi schoolchildren. *Eur Arch Paediatr Dent*, 13, 111-118.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TỬ VONG Ở NGƯỜI BỆNH COVID-19 NẶNG, ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG (2021-2022)

Vương Trương Trọng¹, Bùi Vũ Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ tử vong ở người bệnh covid -19 nặng. **Phương pháp:** Chúng tôi hồi cứu 412 người bệnh covid -19 nặng, điều trị tại bệnh viện đa khoa Hà Đông, giai đoạn 2021 - 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 1,07, bệnh gặp mọi nhóm tuổi, 73,79% ở nhóm > 60 tuổi, tỷ lệ người có bệnh nền là 70,1%, và 66,7% chưa tiêm vắc xin Covid-19. Biểu hiện lâm sàng hay gặp là ho (81,1%), sốt (64,6%), đau ngực (62,9%), đặc biệt là các tình trạng rối loạn tuần hoàn (nhịp tim và huyết áp bất thường, lần lượt là 59,4% và 44%), ý thức (giảm/hôn mê 36,2%, bú rút/mệt 9,7%), vô niệu/thiểu niệu (32,5%). Trên xét nghiệm: nhiều chỉ số rối loạn, như huyết học, sinh hóa, đông máu, khí máu và tổn thương trên phim X-Quang phổi. Phân tích hồi qui logistic đa biến, các chỉ số có giá trị tiên lượng tử vong độc lập là bạch cầu >10G/l (OR=2,6; p=<0,01); Tiểu cầu <150x10³/mm³ (OR=2,4; p=0,01); Ure >7,5mmo/l (OR=2,7; p=<0,01); Creatinin >120μmol/l (OR=2,6; p=<0,01) và LDH >500ng/ml (OR=2,8; p=<0,01). **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng ở người bệnh CoVid-19 nặng không đặc hiệu, cần có giải pháp chẩn đoán sớm dựa trên xét nghiệm sàng lọc và áp dụng các chỉ số tiên lượng để can thiệp điều trị phù hợp, giảm nguy cơ tử vong. **Từ khóa:** COVID-19, SARS-CoV-2, bệnh covid -19 nặng, tiên lượng covid-19 nặng.

SUMMARY

CLINICAL, SUB-CLINICAL FEATURES AND

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Vũ Huy

Email: dr.vuhuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024

RISK FACTORS OF DEATH IN PEOPLE WITH SEVERE COVID-19, TREATMENT AT HA DONG GENERAL HOSPITAL (2021-2022)

Objective: To find out the clinical and sub-clinical characteristics and risk factors for death in people with severe covid -19. **Method:** we conducted a retrospective study on 412 people with severe covid -19, treated at Ha Dong General Hospital, period 2021 - 2022. **Results:** Male/female ratio = 1.07, the disease occurred in all age groups, 73.79% were in the > 60 year old group, the proportion of people with underlying diseases was 70.1%, and 66.7% have not been vaccinated against Covid-19. Common clinical manifestations were cough (81.1%), fever (64.6%), chest pain (62.9%), especially circulatory disorders (abnormal heart rate and blood pressure, respectively 59.4% and 44%), consciousness (decreased/comatose 36.2%, restlessness/fatigue 9.7%), anuria/oliguria (32.5%). On sub-clinical: many indicators of disorders, such as hematology, biochemistry, blood coagulation, blood gases and damage on chest X-ray. Multivariable logistic regression analysis, the indicators with independent prognostic value for death were: white blood cells >10G/l (OR=2.6; p=<0.01); Platelets <150x10³/mm³ (OR=2.4; p=0.01); Urea >7.5mmo/l (OR=2.7; p=<0.01); Creatinine >120μmol/l (OR=2.6; p=<0.01) and LDH >500ng/ml (OR=2.8; p=<0.01). **Conclusion:** Clinical manifestations in patients with severe Covid-19 disease are not specific, there is a need for early diagnosis solutions based on screening tests and application of prognostic indicators for appropriate treatment intervention and risk reduction. **Keywords:** COVID-19, SARS-CoV-2, severe covid -19 disease, prognosis of severe covid -19 disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID -19 là bệnh truyền nhiễm mới nổi, gây ra do SARS-CoV-2, được WHO xác định là đại dịch toàn cầu¹. Trong thời gian ngắn, virus liên tục biến đổi tạo ra nhiều biến thể như Alpha,

Beta, Delta... với độc lực mạnh. Sự xuất hiện các biến thể virus không chỉ gây ra các triệu chứng lâm sàng khác nhau, mà còn làm tăng tỷ lệ mắc và tử vong của bệnh. Trên lâm sàng, biểu hiện bệnh COVID -19 rất đa dạng, từ không triệu chứng đến những bệnh lý nặng và nguy kịch^{1,2}. Trước những thực tế này, đòi hỏi việc chẩn đoán và tiên lượng đúng, can thiệp y tế kịp thời góp phần quan trọng cứu sống người bệnh.

Bệnh viện đa khoa (BVĐK) Hà Đông là bệnh viện hạng 1 của Hà Nội. Trong vụ dịch Covid -19 có nhiệm vụ tiếp nhận, điều trị người bệnh Covid -19. Trong suốt thời gian điều trị, mặc dù bệnh viện đã điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế, nhưng vẫn có nhiều người bệnh tử vong. Để tìm hiểu rõ hơn biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh covid -19 nặng, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ tử vong ở người bệnh covid -19 nặng điều trị tại BVĐK Hà Đông (2021 - 2022)". Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cung cấp thêm các tư liệu về dịch bệnh Covid-19 và góp phần xác định các yếu tố nguy cơ tử vong ở người bệnh nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm những người bệnh được chẩn đoán Covid -19 nặng.

Tiêu chuẩn chọn người bệnh: Đáp ứng các tiêu chuẩn phân loại bệnh nặng của Bộ Y Tế² và có kết quả PCR Covid -19 dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh chuyển viện điều trị, hoặc xin về không rõ tử vong (mất dấu), hoặc đã tử vong ngoại viện.

2.2. Địa điểm: Khoa Bệnh Nhiệt đới và khoa Hồi Sức Tích Cực - BVĐK Hà Đông.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Người bệnh đáp ứng các tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ được chọn vào để phân tích. Người bệnh đầu tiên tính từ ngày 01/06/2021 đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Đối với mục tiêu 1 chúng tôi áp dụng công thức $n = Z^2 \times p \times (1-p)/e^2$ (<http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu>). Trong đó: n = kích thước mẫu. z giá trị tra bảng Z , với độ tin cậy 95% tương ứng $Z=1.96$. Chúng tôi chọn $p=0.5$. e là sai số cho phép $\pm (0,05)$. Áp dụng công thức chúng tôi tính cỡ mẫu $n=385$. Đối với mục tiêu 2: Chúng tôi tiến hành so sánh các chỉ số nghiên cứu giữa 2 nhóm tử vong và

nhóm sống sót.

Các kỹ thuật nghiên cứu: Các xét nghiệm làm tại Khoa xét nghiệm, BVĐK Hà Đông. Xét nghiệm huyết học làm trên hệ thống ADVA 2120i - Siemens. Đông máu làm trên hệ thống Thrombolyzer Compact X - Behnk Electronik. Sinh hóa làm trên hệ thống AU 680- Beckman coulter. Phân tích khí máu bằng máy Gem Primer 3000- Pozitronics. Xét nghiệm RT-PCR bệnh phẩm là dịch hầu họng và làm trên hệ thống Rotor - Gene Q, hãng Qiagen và Agilent technologies MX 3005P

2.5. Thu thập và sử lý số liệu: Thu thập thông tin nghiên cứu bằng bệnh án mẫu. Xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các giá trị được tính tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn. Xác định yếu tố nguy cơ tử vong bằng mô hình đơn biến logistic. Những yếu tố có giá trị ($p < 0,05$) được đưa vào mô hình phân tích đa biến logistics.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp vào điều trị. Việc thu thập số liệu được sự cho phép của ban Giám Đốc, BVĐK Hà Đông.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu, 412 người bệnh đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Covid-19 mức độ nặng đã được chọn vào phân tích, bao gồm số người khỏi bệnh là 261 (63,3%) và số người bệnh tử vong là 151 (36,7%). Các chỉ số nghiên cứu được đánh giá tại thời điểm được chẩn đoán nhiễm Covid-19 mức độ nặng, không xét đến các xét nghiệm được làm muộn hơn, khi đã chuyển độ nguy kịch.

3.1. Một số đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của người bệnh Covid-19 mức độ nặng được nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy người bệnh Covid-19 nặng có sự tương đồng giữa nam và nữ, tỷ lệ Nam/Nữ = 1,07. Bệnh nặng gặp ở mọi nhóm tuổi, hầu hết ở nhóm > 60 tuổi (73,8%), nhỏ nhất 22 tuổi và cao nhất 107 tuổi, tỷ lệ có bệnh nền chiếm 70,1%, với nhiều bệnh lý khác nhau và tỷ lệ thừa cân, béo phì là 22,4%. Hầu hết 66,7% người bệnh Covid-19 nặng chưa được tiêm vắc xin Covid-19. Phân tích hồi quy logistic đơn biến các chỉ số nhân khẩu học liên quan với tiên lượng tử vong cho thấy, so với nhóm từ 20 – 40 tuổi, nhóm từ 40 – 60 có nguy cơ tử vong cao gấp 3,5 lần và nhóm trên 60 tuổi cao gấp 4,9 lần. Nam giới có nguy cơ tử vong cao hơn ở nữ giới 1,7 lần và người có bệnh nền có nguy cơ tử vong cao gấp 2,7 lần người không có bệnh nền.

Bảng 1: Một số chỉ số nhân khẩu học và giá trị trong tiên lượng tử vong ở 412 người bệnh Covid-19 nặng (phân tích hồi quy logistic đơn biến)

Chỉ số nhân khẩu học (n=412)	Tổng số n (%)	Phân tích hồi quy logistic đơn biến yếu tố tiên lượng tử vong người bệnh Covid-19 nặng			
		Sống sót n (%)	Tử vong n (%)	OR (95% CI)	p ^a
Tuổi: 21 – 40	41 (10,0)	36 (8,7)	5 (1,2)	-	<0,01
41 – 60	67 (16,3)	45 (10,9)	22 (5,3)	3,5(1,2 – 10,2)	<0,02
> 60	304 (73,8)	180 (43,7)	124 (30,1)	4,9(1,9-12,9)	<0,01
Nam giới	213 (51,7)	122 (29,6)	91 (22,1)	1,7 (1,1 – 2,6)	< 0,01
Có bệnh nền	289 (70,1)	165 (40,0)	124 (30,1)	2,7 (1,6 – 4,3)	< 0,01
BMI (Kg/m²) ≥ 23	92 (22,4)	61 (14,8)	31 (7,5)	0,9 (0,5 – 1,4)	0,59
Không tiêm vắc xin	275(66,7)	176 (42,7)	99 (24,0)	1,1 (0,7 -1,7)	0,69

Bảng 2: Các biểu hiện lâm sàng và giá trị trong tiên lượng tử vong ở 412 người bệnh Covid-19 nặng (phân tích hồi quy logistic đơn biến)

Biểu hiện lâm sàng (n=412)	Tổng số n (%)	Phân tích hồi quy logistic đơn biến yếu tố tiên lượng tử vong người bệnh Covid-19 nặng			
		Sống sót n (%)	Tử vong n (%)	OR (95% CI)	p ^a
Ho	334 (81,1)	222(53,9)	112 (27,2)	1,9(1,2-3,3)	<0,01
Sốt	266 (64,6)	171 (41,5)	95 (23,1)	1,1(0,7-1,7)	0,59
Đau ngực	259 (62,9)	198 (48,1)	61 (14,8)	4,6(3,0-7,1)	<0,001
Đau đầu	119 (28,9)	83 (20,1)	36 (8,7)	1,5(0,9-2,3)	0,09
Đau cơ	116 (28,2)	94 (22,8)	22 (5,3)	3,3(1,9-5,5)	<0,001
Đau họng	113 (27,4)	87 (21,1)	26 (6,3)	2,4(1,5-3,9)	<0,01
Buồn nôn	53 (12,9)	7 (1,7)	46 (11,2)	15,9(6,9-36,3)	<0,001
Nôn	50 (12,1)	5 (1,2)	45 (10,9)	21,7(8,4-56,3)	<0,001
Rét run	44 (10,7)	26 (6,3)	18 (4,4)	1,2(0,6-2,3)	0,54
Mất vị giác	24 (5,8)	13 (3,2)	11 (2,7)	1,5(0,6-3,4)	0,34
Đi ngoài phân lỏng	20 (4,9)	4 (1,0)	16 (3,9)	7,6(2,5-23,2)	<0,001
Đau bụng	14 (3,4)	3 (0,7)	11 (2,7)	6,7(1,8-24,6)	<0,01
Mất khứu giác	4 (1,0)	2 (0,5)	2 (0,5)	1,7(0,2-12,5)	0,58
Y thức					
Tỉnh táo	223 (54,1)	220(53,4)	3 (0,7)	-	<0,01
Bút rút/mệt	40 (9,7)	35 (8,5)	5 (1,2)	10,5(2,4-45,8)	<0,001
Suy giảm/hôn mê	149 (36,2)	6 (1,5)	143 (34,7)	1747,0(430,2-7100)	<0,001
Huyết áp					
Bình thường	232 (56,3)	225(54,6)	7 (1,7)	-	0,15
Tăng	40 (9,7)	36(8,7)	4 (1,0)	3,5(0,9-12,8)	<0,05
Tụt/kẹt	140 (34,0)	0 (0,0)	140 (34,0)	-	-
Nhịp tim					
Bình thường	167 (40,5)	163(39,6)	4(1,0)	-	<0,001
Nhanh	221 (53,6)	97(23,5)	124(30,1)	52,1(18,6-145,5)	<0,001
Chậm	24 (5,8)	1 (0,2)	23 (5,6)	937,2(100,3-8754,5)	<0,001
Nhịp thở					
Nhanh	368 (89,3)	260(63,1)	108(26,2)	-	<0,001
Chậm	44 (10,7)	1(0,2)	43(10,4)	103,5(14,1-761,3)	<0,001
Vô niệu, thiếu niệu					
Bình thường	278 (65,7)	253(61,4)	25(6,1)	-	<0,001
Thiếu niệu	102(24,8)	7(1,7)	95(23,1)	137,3(57,5-328,0)	<0,001
Vô niệu	32(7,8)	1(0,2)	31(7,5)	313,7(41,1-2396,5)	<0,001

Trên lâm sàng, các biểu hiện thường gặp ở người bệnh Covid-19 nặng (bảng 2) là ho (81,1%), sốt (64,6%) và đau ngực (62,9%). Ngoài ra còn có các biểu hiện không đặc hiệu như, đau đầu, đau cơ, đau họng, nôn/buồn nôn, rét run có tỉ lệ từ 10,7 - 28,9% và một số biểu

hiện ít gặp như mất vị giác, mất khứu giác, đi ngoài phân lỏng, chảy nước mũi, đau bụng, hắt hơi. Chúng tôi cũng gặp tổn thương tại các hệ cơ quan, bao gồm, thay đổi ý thức (suy giảm/hôn mê 36,2% và bút rút/mệt 9,7%), hệ tuần hoàn (nhịp tim nhanh 53,6% hoặc chậm 5,8% và

huyết áp tăng 9,7% hoặc tụt/kẹt 34%), rối loạn hô hấp (thở nhanh 89,3% hoặc chậm 10,7%) và vô niệu (7,8%), hoặc thiếu niệu (24,8%). Kết quả xác định các chỉ số liên quan với nguy cơ tử vong, dựa trên mô hình phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy: các yếu tố gồm, ho, đau ngực, đau cơ, đau họng, buồn nôn/nôn, đi ngoài phân lỏng và đau bụng, ngoài ra các tình trạng

thay đổi ý thức như bứt rứt/mệt hoặc suy giảm/hôn mê, tăng huyết áp, nhịp tim nhanh hoặc chậm, nhịp thở chậm và vô niệu hoặc thiếu niệu, đều là các chỉ số tăng nguy cơ tử vong của người bệnh Covid-19 nặng.

3.2. Các chỉ số cận lâm sàng ở người bệnh Covid-19 nặng

Bảng 3: Các chỉ số cận lâm sàng và giá trị trong tiên lượng tử vong người bệnh Covid - 19 nặng (phân tích hồi quy logistic đơn biến)

Các chỉ số	Tổng n (%)	Phân tích hồi quy logistic đơn biến yếu tố tiên lượng tử vong người bệnh Covid -19 nặng			
		Sống sót n (%)	Tử vong n (%)	OR (95% CI)	p ^a
Chỉ số huyết học (n=396)					
Bạch cầu > 10 (G/L)	146 (36,9)	74 (18,7)	72 (18,2)	2,5(1,7-3,9)	<0,001
Hb < 120 (g/L)	121 (30,5)	68 (17,1)	53 (13,4)	1,7(1,1-2,6)	<0,02
Tiểu cầu < 150 x 10 ³ /mm ³	75 (18,9)	38 (9,6)	37 (9,3)	2,0(1,2-3,4)	<0,01
Chỉ số sinh hoá					
LDH >300 ng/ml (n=352)	213(60,5)	112 (31,8)	101 (28,7)	3,9(2,4-6,5)	<0,001
Ferritin >300 U/L (n=183)	151(82,5)	102 (55,7)	49 (26,8)	2,1(0,8-5,4)	0,13
Lactate >2 mmol/l (n=153)	97(63,4)	47 (30,7)	50 (32,7)	1,1(0,6-2,2)	0,69
CRP > 30 g/l (n=384)	276(71,9)	160 (41,7)	116 (30,2)	2,8(1,7-4,8)	<0,001
Ure > 7,5 mmol/l (n=397)	196(49,2)	94 (23,6)	102 (25,6)	4,4(2,8-6,9)	<0,01
Creatinin>120µmol/l (n=39)	77(19,4)	26 (6,5)	51 (12,8)	4,9(2,9-8,4)	<0,01
AST > 40 U/L (n=397)	246(62,1)	137 (34,6)	109 (27,5)	2,8(1,8-4,5)	<0,01
ALT > 80 U/L (n=397)	52(13,1)	26 (6,6)	26 (6,6)	1,9(1,1-3,5)	0,02
Glucose>6,4 mmol/L(n=359)	259(72,1)	156 (43,5)	103 (28,7)	1,7(1,0-2,8)	0,04
Albumin < 35 g/l (n=36)	28(77,8)	10 (27,8))	18 (50,0)	1,8(0,4-8,8)	0,47
K ⁺ > 5,0 mmol/l (n=391)	27(6,9)	11 (2,8)	16 (4,1)	2,7(1,2-6,1)	0,01
Khí máu (n=156)					
PH < 7,35	32 (20,5)	9 (5,8)	23 (14,7)	4,5 (1,7-11,9)	<0,01
PaO ₂ < 80	54(34,6)	10(6,4)	44(28,2)	8,4(3,8-18,7)	<0,01
HC0 ₃ ⁻ < 22	48(30,8)	13(8,3)	35(22,5)	4,2 (1,9-8,9)	<0,001
PaO ₂ /FiO ₂ > 300	44 (28,2)	32 (20,5)	12 (7,7)	-	<0,001
201 – 300	31(19,9)	20(12,8)	11 (7,1)	1,5(0,5-3,9)	0,45
≤ 200	81(51,9)	25(16,0)	56(35,9)	5,7(2,9-11,4)	<0,001
Đông máu cơ bản (n=389)					
PT < 70 (%)	87 (22,4)	35 (9,0)	52 (13,4)	3,5(2,2-5,8)	<0,001
Fibrinogen < 2 (g/L)	15(4,1)	7 (1,9)	8 (2,2)	2,3(0,8-6,4)	0,14
APTT > 40 (s)	24(6,3)	12 (3,1)	12 (3,1)	1,8(0,8-4,2)	0,79
INR > 1,25	58 (14,9)	22 (5,7)	36 (9,3)	3,5(1,9-6,3)	<0,001
D-Dimer ≥ 500 (ng/ml)	92(51,1)	45 (25,0)	47 (26,1)	4,7(2,4-9,2)	<0,001
XQ ngực (n=348)					
Không có tổn thương	18(5,2)	17(4,9)	1(0,3)	-	0,06
Tổn thương phổi phải	30(8,6)	17 (4,9)	13 (3,7)	13 (1,5-110,7)	0,02
Tổn thương phổi trái	23(6,6)	13(3,7)	10(2,9)	13,1(1,5-115,5)	0,02
Tổn thương hai phổi	277(79,6)	192 (55,2)	85 (24,4)	7,5(0,9-57,5)	<0,05

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy, các chỉ số huyết học, sinh hóa, đông máu cơ bản, khí máu có nhiều rối loạn bất thường. Cụ thể 36,9% có tình trạng tăng số lượng bạch cầu, 30,5% có tình trạng thiếu máu và 18,9% có tình trạng giảm số lượng tiểu cầu. Các kết quả xét nghiệm

sinh hóa, đông máu cơ bản, khí máu cho thấy có sự rối loạn của nhiều chỉ số, thậm chí có các rối loạn nặng như suy thận (creatinin tăng > 120µmol/l), toan máu (pH < 7,35) và rối loạn hầu hết các chỉ số đông máu. Trên kết quả chụp X-Quang phổi cho thấy phổ biến các hình ảnh

tổn thương phổi.

Kết quả phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy, nhiều chỉ số cận lâm sàng liên quan với nguy cơ tử vong ở người bệnh Covid-19 nặng, gồm các chỉ số huyết học (bạch cầu $>10G/L$, Hb $<120 g/l$ và tiểu cầu $<150 \times 10^3/mm^3$), các chỉ số sinh hóa (nồng độ LDH $>300ng/ml$, CRP $>30g/L$, các chỉ số ure, creatinine, enzyme ALT và AST, glucose và Kali máu tăng trên ngưỡng), các chỉ số khí máu (PH $<7,35$; PaO₂ <80 ; HCO₃⁻ <22 và PaO₂/FiO₂ <200), các chỉ số đông máu (PT $<70\%$, INR $>1,25$ và D-Dimer $\geq 500 ng/ml$) và có các hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-Quang.

3.3. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng trong tiên lượng tử vong ở người bệnh Covid-19 nặng

Bảng 4: Phân tích hồi quy logistic đa biến các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng trong tiên lượng tử vong ở người bệnh Covid-19 nặng

Các chỉ số tiên lượng	OR (95% CI)	p
Giới: Nam	1,4 (0,8 – 2,4)	0,25
Tuổi > 60	1,8 (0,5 – 6,9)	0,36
Có bệnh nền	1,5 (0,8 – 3,1)	0,20
Đau ngực	0,2 (0,1 – 0,4)	$<0,001$
Bạch cầu $>10 (G/L)$	2,6 (1,4 – 4,7)	$<0,01$
Tiểu cầu $<150 (x10^3/mm^3)$	2,4 (1,1 – 4,8)	0,01
Ure $>7,5 (mmo/l)$	2,7 (1,5 – 5,1)	$<0,01$
Creatinin $>120 (\mu mol/l)$	2,5 (1,1 – 5,3)	0,02
AST $>80 (U/L)$	1,6 (0,8 – 3,1)	0,19
LDH $>500 (ng/ml)$	2,8 (1,5 – 5,4)	$<0,01$
CRP $>30 (g/l)$	1,6 (0,7 – 3,2)	0,22

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến (xem bảng 4) cho thấy, các chỉ số có giá trị tiên lượng tử vong độc lập ở người bệnh Covid-19 nặng là bạch cầu $>10G/l$ (OR=2,6; p= $<0,01$); Tiểu cầu $<150 \times 10^3/mm^3$ (OR=2,4; p=0,01); Ure $>7,5 mmo/l$ (OR=2,7; p= $<0,01$); Creatinin $>120 \mu mol/l$ (OR=2,6; p= $<0,01$) và LDH $>500ng/ml$ (OR=2,8; p= $<0,01$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm của người bệnh Covid-19 nặng. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, về nhân khẩu học (xem bảng 1), người bệnh Covid-19 nặng có sự tương đồng giữa nam và nữ ở (Nam/Nữ = 1,07), hầu hết gặp ở người >60 tuổi (73,79%), với nhiều bệnh lý khác nhau (70,1%) và 66,7% người bệnh Covid-19 nặng chưa được tiêm vắc xin Covid-19. Những đặc điểm nhân khẩu học trên, ở người bệnh Covid-19 nặng cũng đã được nhiều nghiên cứu ghi nhận³⁻⁶. Tuy nhiên, theo Booth Adam, ở người mắc Covid-19 nặng nam giới có nguy cơ

tử vong cao hơn nữ giới 2 lần³.

Trên lâm sàng, chúng tôi ghi nhận các biểu hiện hay gặp ở người bệnh Covid-19 nặng (xem bảng 2) là ho (81,1%), sốt (64,6%) và đau ngực (62,9%). Ngoài ra còn có các biểu hiện không đặc hiệu khác với tuần xuất thấp hơn, như đau đầu, đau cơ, đau họng, nôn/buồn nôn, rét run (tỉ lệ từ 10,7 - 28,9%) và ít gặp như mất vị giác, mất khứu giác, đi ngoài phân lỏng, chảy nước mũi, đau bụng, hắt hơi. Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Covid-19 của Bộ Y Tế², các biểu hiện lâm sàng trên được gợi ý ở giai đoạn bệnh khởi phát. Cũng như kết quả đánh giá của chúng tôi, mặc dù ở người bệnh Covid-19 mức độ nặng, các nghiên cứu đều ghi nhận các biểu hiện hay gặp là sốt, ho^{4,7} và đau ngực hoặc khó thở⁵, các biểu hiện khác đều có tần xuất thấp. Theo một nghiên cứu tại Việt Nam, ho và khó thở là biểu hiện được ghi nhận nhiều nhất, nhưng tần xuất của các biểu hiện trên đều chỉ gặp với tần xuất dưới 60%⁶. Các nghiên cứu của Zhou, F⁴ và Wang H⁷ cũng chỉ ghi nhận được 2 biểu hiện chính là sốt và ho với tuần xuất trên 70%. Chúng tôi cũng ghi nhận các tình trạng rối loạn chức năng các cơ quan ở người bệnh Covid-19 nặng. Cụ thể như, thay đổi ý thức (suy giảm/hôn mê và bú rút/mệt), rối loạn hệ tuần hoàn (bất thường về nhịp tim và huyết áp), suy hô hấp (rối loạn nhịp thở). Các chỉ số xét nghiệm cũng ghi nhận sự rối loạn trầm trọng chức năng của nhiều cơ quan (xem bảng 3), như rối loạn các chỉ số huyết học, khí máu, rối loạn các chỉ số đông máu, chức năng gan (tăng AST, ALT), thận (vô niệu, thiếu niệu và tăng chỉ số ure, creatinine). Đây là những biểu hiện nặng của bệnh⁸ và được dùng để phân loại người bệnh nặng và nguy kịch². Đáng lưu ý là tần xuất gặp các biến chứng này rất khác nhau giữa các nghiên cứu^{1,4,6}.

Điều đáng lo ngại là, mặc dù người bệnh Covid-19 nặng có nhiều rối loạn trầm trọng ở giai đoạn bệnh toàn phát, nhưng các biểu hiện ở giai đoạn khởi phát với sốt, ho và đau ngực là các triệu chứng không có tính đặc hiệu để chẩn đoán bệnh Covid-19.

4.2. Các chỉ số tiên lượng nguy cơ tử vong của bệnh Covid-19 nặng. Dựa trên các kết quả phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy các chỉ số liên quan với nguy cơ tử vong về nhân khẩu học, gồm tuổi >60 tuổi, nam giới, có bệnh lý nền (xem bảng 1). Đây là các chỉ số nguy cơ đã được một số nghiên cứu ghi nhận^{3,8-10}. Trong khi về lâm sàng (xem bảng 2) các chỉ số nguy cơ là ho, đau ngực, đau cơ, đau họng,

buồn nôn/nôn, đi ngoài phân lỏng và đau bụng. Các chỉ số xét nghiệm liên quan với nguy cơ tử vong ở người bệnh Covid-19 nặng cũng được nhiều nghiên cứu ghi nhận, bao gồm (xem bảng 3), các chỉ số huyết học (bạch cầu $>10G/L$, Hb $<120 g/l$ và tiểu cầu $<150 \times 10^3/mm^3$), các chỉ số sinh hóa (LDH $>300ng/ml$, CRP $>30g/L$, các chỉ số ure, creatinine, enzyme ALT và AST, glucose và Kali máu tăng trên ngưỡng), các chỉ số khí máu (PH $<7,35$; PaO₂ <80 ; HC0₃ <22 và PaO₂/FiO₂ <200), các chỉ số đông máu (PT $<70\%$, INR $>1,25$ và D-Dimer $\geq 500 ng/ml$) và có tổn thương phổi trên phim X-Quang⁷⁻¹⁰. Tuy nhiên, kết quả phân tích hồi qui logistic đa biến (xem bảng 4), trong nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ số có giá trị tiên lượng tử vong độc lập, trên người bệnh Covid-19 nặng, bao gồm bạch cầu $>10G/l$ (OR=2,6; p= $<0,01$); tiểu cầu $<150(\times 10^3/mm^3)$ (OR=2,4; p= $<0,01$); ure $>7,5 mmo/l$ (OR=2,7; p= $<0,01$); creatinin $>120\mu mol/l$ (OR=2,6; p= $<0,01$) và LDH $>500ng/ml$ (OR=2,8; p= $<0,01$).

V. KẾT LUẬN

Biểu hiện lâm sàng ở người bệnh Covid-19 nặng không đặc hiệu, hay gặp là ho (81,1%), sốt (64,6%), đau ngực (62,9%) và tình trạng rối loạn chức năng các cơ quan, như ý thức, tuần hoàn, hô hấp, thận, huyết học, đông máu. Các chỉ số có giá trị tiên lượng tử vong độc lập là số lượng bạch cầu $>10G/l$; tiểu cầu $<150 \times 10^3/mm^3$; ure $>7,5mmo/l$; creatinin $>120\mu mol/l$ và LDH $>500ng/ml$. Vì vậy cần có giải pháp chẩn đoán sớm bệnh dựa trên các xét nghiệm sàng lọc và nên sử dụng các chỉ số tiên lượng để điều trị can

thiệp phù hợp, giảm nguy cơ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2021). Living guidance for clinical management of COVID-19: Living guidance, 23 November 2021 – World Health Organization (WHO).
2. Bộ Y Tế (2023). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 (Ban hành kèm theo Quyết định số 2671/QĐ-BYT ngày 26/06/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
3. Booth A, Reed AB, Ponzo S, et al (2021). Population risk factors for severe disease and mortality in COVID-19: A global systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 16(3):e0247461.
4. Zhou F, Yu T, Du R, et al (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet. 395(10229):1054-1062.
5. Wang J, Zheng X, Chen J (2021). Clinical progression and outcomes of 260 patients with severe COVID-19: an observational study. Scientific Reports. 11(1):3166.
6. Phạm Minh Tuấn, Tr. V. Giang, P. N. Thạch (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố tiên lượng tử vong bệnh nhân covid-19 mức độ nặng, nguy kịch. Tạp chí Y học Việt nam;518 (1):124-128.
7. Wang H SB, Li X, Wang Y, Yang Z. (2022). Clinical analysis of severe COVID-19 patients. Technol Health Care.30(S1):225-234. doi: 210.3233/THC-228021. PMID: 35124599; PMCID: PMC39028659.
8. Gao Y-d, Ding M, Dong X, et al (2021). Risk factors for severe and critically ill COVID-19 patients: A review. Allergy.76(2):428-455.
9. Hu J, Wang Y. (2021). The Clinical Characteristics and Risk Factors of Severe COVID-19. Gerontology. 67(3):255-266.
10. Nguyễn Kim Thư Ph. B. Hiền, D. Q. Bảo (2024). Một số yếu tố tiên lượng tử vong của bệnh nhân covid-19 nặng và nguy kịch tại bệnh viện Đống Đa. Tạp chí nghiên cứu y học. 175 (02):11-17.

YẾU TỐ RÀO CẢN ĐỐI VỚI NGƯỜI CAO TUỔI THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH BÀI TẬP OTAGO DỰ PHÒNG NGUY CƠ NGÃ TẠI HAI XÃ HUYỆN VŨ THƯ, TỈNH THÁI BÌNH

Trần Văn Long¹, Tăng Thị Hảo^{1,2}, Vũ Minh Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá yếu tố rào cản đối với người cao tuổi tham gia chương trình bài tập Otago dự phòng nguy cơ ngã tại hai xã huyện Vũ Thư, tỉnh Thái

Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng kết hợp định lượng với định tính (thảo luận nhóm) được thực hiện trên 254 người cao tuổi (NCT) tại hai xã huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** Các yếu tố rào cản của NCT tham gia chương trình bài tập Otago bao gồm: Suy giảm chức năng dẫn đến khả năng giao tiếp giảm (29,9%); hay quên cần có người nhắc nhở; khó nhớ một số động tác đặc biệt là người từ 70 tuổi trở lên; phụ thuộc vào tình trạng sức khỏe của NCT. **Kết luận:** NCT khi tham gia vào chương trình bài tập Otago dự phòng ngã gặp phải một số các rào cản đặc biệt là nhóm trên 70 tuổi do đó cán bộ y tế cần chú ý tới nhóm NCT từ 70 trở lên và tình trạng

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024