

trường và phát triển đúng theo độ tuổi.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Khi trẻ nhập viện và trong thời gian nằm viện cần được sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho tất cả các trẻ bệnh. Có kế hoạch can thiệp dinh dưỡng sớm nhằm cải thiện thể trạng cho trẻ, giảm chi phí y tế đồng thời nâng cao chất lượng điều trị người bệnh tại Bệnh viện.

Bà mẹ nên có nhận thức đúng và đủ về vai trò của dinh dưỡng cho trẻ để tránh được hệ lụy của thừa cân- béo phì đang ngày càng có xu hướng gia tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hương, Lưu Thị Mỹ Thục.** Dinh Dưỡng Trong Điều Trị Nhi Khoa. Nhà xuất bản Y học; 2020.
2. Join children malnutrition estimates(JME). WHO-UB-UNICEF. Published 2021.
3. **Cao J, Peng L, Li R, et al.** Nutritional risk screening and its clinical significance in hospitalized children. Clin Nutr Edinb Scotl. 2014; 33(3):432-436. doi:10.1016/j.clnu.2013.06.009

4. **Trần Xuân Cường, Nguyễn Trọng Hưng.** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi 06-60 tháng tuổi mắc bệnh nhiễm trùng hô hấp cấp tính điều trị nội trú tại hai bệnh viện tuyến huyện ở Thái Bình năm 2017. Tạp Chí Dinh Dưỡng Và Thực Phẩm. 2019;15(1):18
5. **Hậu NTT, Thịnh DT, Lan BTH, Phong NH, Thủy NN.** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân viêm phổi dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp 1 Bệnh viện Nhi Đồng 2. Published online 2022.
6. **Giang TLH, Thăm NTH, Phú PV.** Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện đa khoa khu vực Cam Ranh. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;530(1B). doi:10.51298/vmj.v530i1B.6719
7. **Hiền PT, Tuấn ĐM.** Nghiên cứu tiền sử bệnh tật ở trẻ mắc viêm phổi không điển hình do vi khuẩn tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2014. J 108 - Clin Med Pharmacy. Published online June 7, 2018. Accessed June 12, 2024. <https://tcydl108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/309>
8. **Kharisma DS, Zahra BAS.** Nutritional Status and Severity of Pneumonia among Inpatient of Children Under Five Years. Muhammadiyah Med J. 2022;3(2):40-46. doi:10.24853/mmj.3.2.40-46

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: ÁP DỤNG THANG ĐIỂM ĐIỆN TÂM ĐỒ MỚI (NECGS) TRONG DỰ BÁO THUYỀN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI CẤP

Đào Thị Thanh Bình*, Phạm Minh Tùng*

TÓM TẮT

Thuyên tắc phổi cấp là một cấp cứu nội khoa, nguy cơ tử vong cao. Chẩn đoán vẫn còn nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu và dễ chồng lấp bệnh lý khác. Chẩn đoán sớm và điều trị tích cực giúp giảm tỷ lệ tử vong và thời gian nằm viện. Vai trò của điện tâm đồ trong thuyên tắc phổi vẫn còn nhiều tranh cãi. Thang điểm điện tâm đồ mới (nECGs) được công bố năm 2020, là sự kết hợp giữa những dấu hiệu điện tâm đồ cổ điển và mới, đặc biệt quan tâm đến các chuyển đạo ngực phải. nECGs ≥ 4 giúp dự báo thuyên tắc phổi, loại trừ thuyên tắc phổi khi < 4 điểm. Trong bài báo này chúng tôi mô tả trường hợp lâm sàng áp dụng tiêu chuẩn nECGs giúp gia tăng độ chính xác trong chẩn đoán thuyên tắc phổi (nECGs 8 điểm). Chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi ghi nhận huyết khối cấp động mạch phổi hai bên và các nhánh phân thùy. nECGs hứa hẹn là một công cụ chẩn đoán và dự báo sớm thuyên tắc phổi.

Từ khóa: Thuyên tắc phổi cấp, điện tâm đồ, thang điểm điện tâm đồ mới, nECGs.

SUMMARY

APPLYING THE NOVEL ELECTROCARDIOGRAM SCORE (NECGS) IN PREDICTING ACUTE PULMONARY EMBOLISM

Acute pulmonary embolism (PE) is a critical medical emergency characterized by a high mortality risk. Its diagnosis remains challenging due to the non-specific nature of its clinical manifestations, which often overlap with other pathologies. Prompt diagnosis and aggressive treatment are essential to reduce mortality and shorten hospital stays. The role of electrocardiography (ECG) in the diagnosis of pulmonary embolism is contentious. A novel ECG scoring system (nECGs) has been developed, combining classic and new electrocardiographic signs with a focus on right thoracic leads. An nECGs score of ≥ 4 suggests a high likelihood of pulmonary embolism, whereas a score of < 4 effectively excludes the diagnosis. In this article, we report a clinical case with electrocardiogram highly suggesting of acute pulmonary embolism, with an nECGs score of 8. Computed tomography pulmonary angiography confirmed acute thrombosis in the bilateral pulmonary arteries and lobar branches. The nECGs is a valuable tool for the early diagnosis and prediction of pulmonary embolism.

Keywords: Acute pulmonary embolism, electrocardiogram, novel ECG score, nECGs.

*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh Bình

Email: binhdt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc phổi là một cấp cứu nội khoa, nguyên nhân tử vong do tim mạch đứng hàng thứ ba sau nhồi máu cơ tim và đột quỵ. Biểu hiện lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu, triệu chứng dễ chồng lấp với bệnh lý khác¹. Chẩn đoán thuyên tắc phổi cấp hiện nay vẫn còn là một thách thức đối với các bác sĩ. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời giúp giảm tỷ lệ tử vong, giảm thời gian nằm viện và thời gian nằm tại đơn vị hồi sức tích cực^{2,3}.

Vai trò của điện tâm đồ trong dự báo thuyên tắc phổi hiện còn nhiều tranh cãi. Các biến đổi điện tâm đồ thường xuất hiện trong thuyên tắc phổi đã được báo cáo như nhịp xoang nhanh, bloc nhánh phải, tăng gánh thất phải, trục lệch phải, sóng P phế, S1Q3T3, tim xoay cùng chiều kim đồng hồ và rối loạn nhịp nhĩ. Tăng gánh thất phải khi sóng T đảo đồng thời ở chuyển đạo thành dưới (DII, DIII, avF) và chuyển đạo trước tim bên phải (V1-V4), phản ánh rối loạn chức năng thất phải ở những bệnh nhân có huyết khối lớn và dự báo kết cục xấu khi xuất hiện. Những biến đổi trên điện tâm đồ có thể là đầu mối giúp chẩn đoán thuyên tắc phổi. Nếu không nhận ra tầm quan trọng của những biến đổi này trên những bệnh nhân khó thở, có thể dẫn tới chẩn đoán chậm trễ hoặc không chính xác⁴. Với mục đích gia tăng tối đa lợi ích của công cụ điện tâm đồ ở khoa cấp cứu trong chẩn đoán sớm thuyên tắc phổi cấp, Vereckei và cộng sự năm 2020 đã đưa ra thang điểm điện tâm đồ mới (nECGs), với độ nhạy (98,7%), giá trị tiên đoán âm (98%), độ chính xác (84,4%), tỷ số khả dĩ âm (0,019). nECGs khi kết hợp cùng các thang điểm khác có giá trị tiên đoán âm cao, giúp loại trừ sớm thuyên tắc phổi⁵. Ngoài sử dụng những dấu hiệu điện tâm đồ cổ điển, nECGs bổ sung một số dấu hiệu điện tâm đồ mới như phức bộ QRS phân đoạn, nét rung cuối phức bộ QRS, đoạn ST chênh lên ở chuyển đạo V1-V3, avR, chuyển đạo thành dưới; hội chứng S1S2S3; sóng r' cuối chuyển đạo avR; QR hoặc R/S > 1 ở chuyển đạo V1; đoạn ST chênh lên hoặc QS hoặc QR ở chuyển đạo V4R-V6R bên phải. Hơn nữa, nECGs còn quan tâm đến việc nếu ≥ 1 dấu hiệu điện tâm đồ xuất hiện đồng thời tại cùng một chuyển đạo (cùng có ST chênh lên và sóng T đảo trên một chuyển đạo) và/hoặc khi có 1 dấu hiệu nhưng cùng lúc xuất hiện trên nhiều chuyển đạo khác nhau. Khi nECGs ≥ 4 điểm giúp gợi ý thuyên tắc phổi, ngược lại < 4 điểm giúp loại trừ chẩn đoán⁵.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 50 tuổi, tiền căn tăng huyết

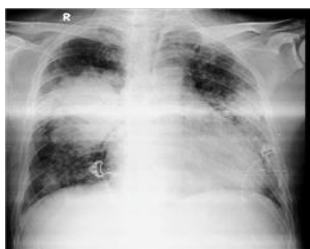
áp, đái tháo đường típ 2, đang uống thuốc thường xuyên, sử dụng nhiều rượu bia, nhập viện vì khó thở. Cách nhập viện 5 ngày, bệnh nhân khó thở khi gắng sức, ho đàm vàng, thỉnh thoảng ho ra máu đỏ tươi, lượng ít không kèm sốt, phù chân phải tăng nhanh kèm sưng đỏ.

Xét nghiệm máu và đờm:

Chỉ số	Kết quả	Khoảng tham chiếu
Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi		
Số lượng bạch cầu	13 K/uL	4 – 10 K/uL
Tỷ lệ bạch cầu trung tính	96.2 %	37 – 60 %
Haemoglobin	14.8 g/dL	13 – 18 g/dL
Số lượng tiểu cầu	185 K/uL	150 – 400 K/uL
Sinh hoá máu		
Creatinin máu	76.2 umol/L	74 – 110 umol/L
AST	37.5 U/L	< 50 U/L
ALT	26.1 U/L	< 50 U/L
Bilirubin trực tiếp	3.1 umol/L	0 – 3.4 umol/L
Bilirubin toàn phần	20.8 umol/L	5 – 21 umol/L
CRP	86.24 mg/L	0 – 5 mg/L
Lactate máu	3.03 mmol/L	0.5 – 2.2 mmol/L
NT-proBNP	2272.4 pg/mL	0 – 125 pg/mL
Troponin I hs lần 1	123.5 pg/mL	≤ 34.2 pg/mL
Troponin I hs lần 2	126.9 pg/mL	≤ 34.2 pg/mL
INR	1.07	0.8 – 1.3
aPTT	23.8 giây	24.5 – 34.5 giây
Na ⁺ /K ⁺ /Cl ⁻	136/3.54/100 mmol/L	
Xét nghiệm đờm		
AFB đờm 2 mẫu	Âm tính	
Xpert MTB/RIF	Âm tính	

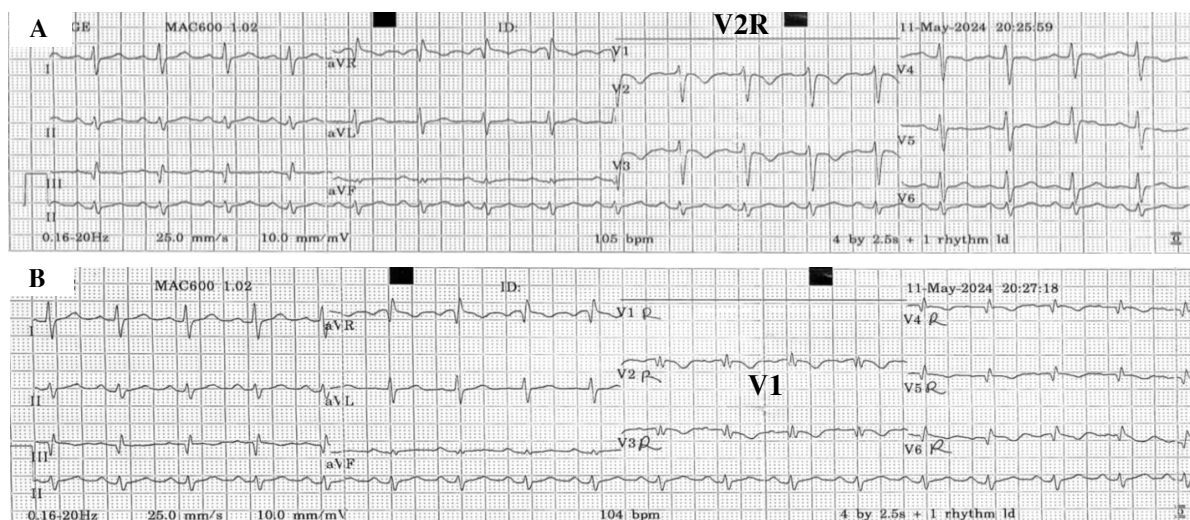
Bệnh nhân được chẩn đoán: Viêm phổi, nhiễm trùng huyết, suy tim phân suất tống máu bảo tồn; điều trị 3 ngày với Imipenem/cilastin 0.5/0.5g 1 lọ x 4 lần/ngày, Amikacin 0,5g 2 lọ/ngày, Furosemide 20 mg 1 ống x 2 lần/ngày. Bệnh nhân không đáp ứng với điều trị, khó thở phải nằm đầu cao, thở nhanh co kéo cơ hô hấp phụ, nói chuyện hụt hơi, không đau ngực. Khám: nhịp tim đều, tần số 105 ck/p, huyết áp 100/70 mmHg, SpO2 98% (thở mask túi 15 lít/phút), tần số thở 30 lần/phút, phổi có ran nổ hai bên, bụng mềm, căng bàn chân phải sưng, đỏ, đau khi ấn dọc cẳng chân.

X-quang ngực thẳng: tổn thương phế nang rải rác hai phổi kèm đông đặc cạnh rốn phổi phải, bóng tim lớn (hình 1).



Hình 1: X quang ngực thẳng

Điện tâm đồ: nhịp nhanh xoang, đều, tần số 105 lần/phút, có dấu hiệu McGinn-White (S1Q3T3), tăng gánh thất phải: sóng T đảo ở chuyển đạo V1-V4 và chuyển đạo thành dưới (DII, DIII, avF) (hình 2).



Hình 2. Điện tâm đồ (**A:** chuyển đạo ngoại biên và các chuyển đạo ngực bên trái, **B:** chuyển đạo ngoại biên và các chuyển đạo ngực phải). Chuyển đạo V1 ở hình A tương ứng với chuyển đạo V2R ở hình B.

Thang điểm nECGs: Tiêu chuẩn 1: có sóng S ở V1, sóng Q ở DIII, avF, sóng T đảo V1-V4 và DIII được 2 điểm. **Tiêu chuẩn 2:** sóng T đảo ở DIII và V1-V4 được 2 điểm. **Tiêu chuẩn 3:** QR ở V1 (V2R) được 1 điểm. **Tiêu chuẩn 4:** sóng S ở avL, V4-V6 và fQRS ở V1, avF được 2 điểm. **Tiêu chuẩn 5:** QR ở V4R-V6R được 1 điểm. Tổng điểm theo nECGs là 8, gợi ý cao khả năng mắc thuyên tắc phổi cấp.

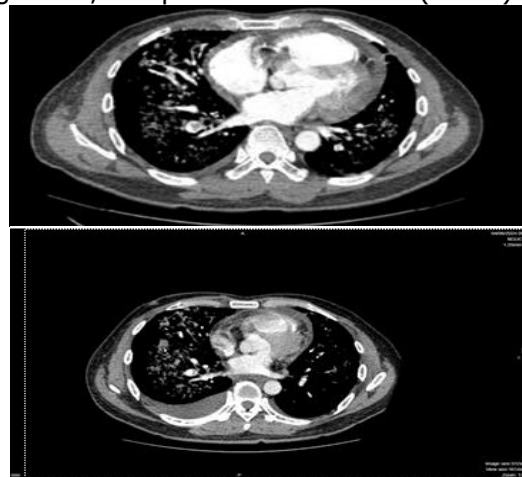
Siêu âm mạch máu chi dưới: huyết khối gây tắc hoàn toàn tĩnh mạch khoeo chân phải – tĩnh mạch sâu vùng mắt sau cẳng chân hai bên.

Siêu âm tim: EF 78%, không rối loạn vận động vùng, tăng áp động mạch phổi nặng PAPs 67 mmHg, TAPSE 17 mm.

Bệnh nhân được đánh giá khả năng mắc thuyên tắc phổi trên lâm sàng bằng thang điểm Wells (5.5 điểm) kết hợp với nECGs (hình 2, đạt 8/10 điểm), gợi ý khả năng cao mắc thuyên tắc phổi cấp, có chỉ định chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi có cản quang.

Chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi: thuyên tắc phổi do huyết khối cấp các nhánh động mạch phổi phải – trái và các nhánh phân thùy hai bên, tổn thương đồng đặc kính mờ lan toả các thùy ở hai phổi nghĩ do viêm phổi, tràn dịch màng phổi phải lượng ít, tràn dịch màng

ngoài tim, thất phải lớn hơn thất trái (hình 3).



Hình 3A. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi (lúc nhập viện): huyết khối động mạch phổi hai bên (huyết khối cấp các nhánh động mạch phổi phải – trái và các nhánh phân thùy hai bên; Hình 3B: Hình ảnh chụp cắt lớp ngực có tiêm thuốc cản quang sau khi chuyển qua dùng NOAC 5 ngày (lâm sàng diễn tiến xấu đi): huyết khối bán phần các nhánh thùy, phân thùy động mạch phổi 2 bên.

Xét nghiệm tìm nguyên nhân gây huyết

khối tĩnh mạch chi dưới: protein S 64.2 (74.1-146.1%), protein C 112 (70-140%), yếu tố V Leiden 146.9 (62-139%).

Chẩn đoán: Huyết khối tĩnh mạch sâu chân phải – Thuyên tắc phổi cấp hai bên nguy cơ trung bình cao – Viêm phổi cộng đồng - Tăng huyết áp – Đái tháo đường típ 2.

Điều trị và diễn tiến: Ceftriaxon 2g/ngày, Levofloxacin 750 mg/ngày, Enoxaparin 1mg/kg x 2 lần/ ngày x 5 ngày. Sau đó, chuyển sang kháng đông đường uống thế hệ mới (NOAC). 5 ngày sau khi dùng NOAC, bệnh nhân diễn tiến lâm sàng xấu hơn, tiếp tục suy hô hấp, ho ra máu, phải thở oxy liều cao. X-quang ngực không ghi nhận tổn thương phổi tiến triển. Bệnh nhân được xét nghiệm thêm: Anti Cardiolipin IgM dương tính 67.74 MPL/ml (<12MPL/mL; GZ: 12-18), Anti Cardiolipin IgG âm tính 2.74 MPL/ml (<12MPL/mL; GZ: 12-18), Anti beta2 glycoprotein IgM âm tính 3.40 U/mL (<20 U/mL), Anti beta 2 glycoprotein IgG 2.90 U/ml âm tính (<20 U/mL), Lupus Anticoagulant confirm dương tính 1.20 (0.8-1.19), ANA IFT âm tính, Anti Ds-DNA âm tính, C3 C4 bình thường. Xét nghiệm lao bằng Gene Xpert và PCR trên dịch rửa phế quản xác nhận âm tính.

Hướng chẩn đoán lúc này: Hội chứng kháng Phospholipid, thuyên tắc phổi cấp diễn tiến nặng. Điều trị trở lại với Lovenox (ngưng NOAC), sau đó chuyển sang thuốc chống đông kháng vitamin K (Sintrom), sau 12 tuần xét nghiệm lại kháng thể kháng phospholipid để xác nhận chẩn đoán. Bệnh nhân trong tình trạng ổn định và chuẩn bị xuất viện.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy khoảng 27,5% bệnh nhân thuyên tắc phổi ở phòng cấp cứu và 53,6% bệnh nhân tại các khoa phòng bị chẩn đoán sai ban đầu⁶. Chẩn đoán hướng tới thuyên tắc phổi cấp khi bệnh nhân đột ngột khó thở cấp tính, ho ra máu kèm theo triệu chứng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, điện tâm đồ gợi ý tăng gánh thất phải và điểm Wells nguyên thủy xác suất cao. Trên bệnh nhân này, X-quang ngực ghi nhận tổn thương đồng đặc hai bên phổi, bóng tim to kết hợp triệu chứng khó thở khi gắng sức tăng dần, khó thở khi nằm đầu thấp, ho ra máu khiến có thể hướng tới chẩn đoán suy tim cấp kèm viêm phổi lao.

Nếu phân tích điện tâm đồ theo các dấu hiệu cổ điển, ghi nhận nhiều dấu hiệu gợi ý thuyên tắc phổi cấp như nhịp nhanh xoang, dấu McGinn-White (S1Q3T3), dấu hiệu tăng gánh thất phải (sóng T âm ở chuyển đạo V1-V4 và

DIII). Khi áp dụng thang điểm nECGs trên bệnh nhân này, có 8/10 điểm nên gợi ý khả năng cao tắc động mạch phổi (sóng S ở chuyển đạo avL, V4-V5; phức bộ QRS phân đoạn ở chuyển đạo V1, avF; QR ở chuyển đạo V1 và V4R-V6R bên phải). Phức bộ QRS phân đoạn (fQRS) là biểu hiện của sự khử cực không đồng nhất của cơ tâm thất, có thể xảy ra do thiếu máu cục bộ, xơ hóa hoặc sẹo⁷. Trong một phân tích tổng hợp bao gồm 5 nghiên cứu với 1165 bệnh nhân, fQRS trên điện tâm đồ có giá trị trong tiên lượng thuyên tắc phổi cấp, dự đoán đáng kể tỷ lệ tử vong trong bệnh viện (OR=2,92, KTC 95%: 1,73 – 4,91; p<0,001), sốc tim (OR=4,71, KTC 95%: 1,61 – 13,70; p = 0,005) và tổng tỷ lệ tử vong sau 2 năm theo dõi (OR=4,42, KTC 95%: 2,57 – 7,60, p<0,001)⁸. QR tại chuyển đạo V1 có mối liên quan chặt chẽ với rối loạn chức năng thất phải. Trong nghiên cứu của Kucher, QR xuất hiện thường xuyên hơn ở bệnh nhân có thuyên tắc phổi (14 với 0 khi so với nhóm chứng, p<0,0001). Độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng lần lượt là 31% và 97% khi dự đoán rối loạn chức năng thất phải⁹. Người ta cho rằng biến đổi điện tâm đồ là do tim phải dẫn to làm xoay vector QRS ra khỏi vị trí chuyển đạo V1 dẫn đến hình thành sóng Q. Đối với chuyển đạo bên phải, trong nghiên cứu của Jahanian¹⁰, sóng T đảo, đoạn ST chênh lên và QS lần lượt được tìm thấy ở 78,3%, 42% và 39,9% bệnh nhân. Khoảng 88,1% bệnh nhân cho thấy ít nhất một trong những bất thường này trong điện tâm đồ bên phải của họ. Độ nhạy của dấu hiệu điện tâm đồ bên phải đối với thuyên tắc phổi cấp là 88%, cao hơn trong điện tâm đồ tiêu chuẩn 79%. Những bất thường trong điện tim bên phải có liên quan đến tăng tỉ lệ đường kính thất phải so với thất trái, điểm PESI cao hơn và tiên lượng xấu hơn. Dấu hiệu nECGs theo Vereckei có độ nhạy 98.7%, giá trị tiên đoán dương 77.3% và tỉ số khả dĩ dương 3.815⁵ trong dự báo thuyên tắc phổi.

Vấn đề đặt ra là trên thực hành lâm sàng, chúng ta có thể bỏ sót thuyên tắc phổi cấp khi đánh giá tiêu chí “3 điểm” của thang điểm Wells với “ít nghĩ tới các bệnh lý khác nhiều hơn thuyên tắc phổi”. Lâm sàng của bệnh nhân này gợi ý đến bệnh cảnh suy tim cấp kèm viêm phổi hơn là thuyên tắc phổi, khiến khó đạt được 3 điểm này. Thực tế, khi áp dụng thêm thang điểm nECGs với mức gợi ý xác suất mắc cao của thuyên tắc phổi (8 điểm), cùng với kết quả siêu âm tim, chúng tôi đã hướng đến bệnh lý này nhiều nhất và giúp củng cố “3 điểm” trong thang điểm Wells, từ đó có chỉ định chụp CT động mạch phổi kịp thời.

V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán sớm và kịp thời thuyên tắc phổi cấp vẫn còn là thách thức lớn đối với các bác sĩ. Hiện có nhiều công cụ giúp dự báo thuyên tắc phổi cấp trên lâm sàng, trong đó điện tâm đồ là một cận lâm sàng rẻ tiền, không xâm lấn, thực hiện được nhiều lần, luôn sẵn có mọi nơi kể cả ở trung tâm y tế. Tuy nhiên, vai trò của điện tâm đồ trong chẩn đoán thuyên tắc phổi vẫn còn nhiều tranh cãi. Ngoài những dấu hiệu điện tâm đồ cổ điển, hiện nay có nhiều dấu hiệu mới được phát hiện có liên quan đến quá trình sinh lý bệnh trong thuyên tắc phổi cấp. nECGs là sự kết hợp giữa những dấu hiệu điện tâm đồ cổ điển và mới, giúp dự báo sớm thuyên tắc phổi cấp. nECGs có thể loại trừ tốt thuyên tắc phổi cấp nếu âm tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mansella G, Keil C, Nickel CH, et al.** Delayed Diagnosis in Pulmonary Embolism: Frequency, Patient Characteristics, and Outcome. *Respiration*. 2020;99(7):589-597. doi:10.1159/000508396
2. **Hou L, Hu L, Gao W, Sheng W, Hao Z, Chen Y, Li J.** Construction of a Risk Prediction Model for Hospital-Acquired Pulmonary Embolism in Hospitalized Patients. *Clin Appl Thromb Hemost*. Jan-Dec 2021;27:10760296211040868. doi:10.1177/10760296211040868
3. **Smith SB, Geske JB, Maguire JM, Zane NA, Carter RE, Morgenthaler TI.** Early anticoagulation is associated with reduced mortality for acute pulmonary embolism. *Chest*. Jun 2010;137(6):1382-90. doi:10.1378/chest.09-0959
4. **Thomson D, Kourounis G, Trenear R, Messow CM, Hrobar P, Mackay A, Isles C.** ECG in suspected pulmonary embolism. *Postgrad Med J*. Jan 2019;95(1119):12-17. doi:10.1136/postgradmedj-2018-136178
5. **Vereckei A, Simon A, Szénási G, et al.** Usefulness of a Novel Electrocardiographic Score to Estimate the Pre-Test Probability of Acute Pulmonary Embolism. *Am J Cardiol*. Sep 1 2020;130:143-151. doi:10.1016/j.amjcard.2020.05.042
6. **Kwok CS, Wong CW, Lovatt S, Myint PK, Loke YK.** Misdiagnosis of pulmonary embolism and missed pulmonary embolism: A systematic review of the literature. *Health Sciences Review*. 2022/06/01/ 2022;3:100022. doi:https://doi.org/10.1016/j.hsr.2022.100022
7. **Asadi Anar M, Ansari A, Erabi G, et al.** Prognostic value of fragmented QRS in acute pulmonary embolism: a cross-sectional-analytic study of the Iranian population. *Am J Cardiovasc Dis*. 2023;13(1):21-28.
8. **Qaddoura A, Digby GC, Kabali C, Kukla P, Tse G, Glover B, Baranchuk AM.** Use of fragmented QRS in prognosticating clinical deterioration and mortality in pulmonary embolism: A meta-analysis. *Ann Noninvasive Electrocardiol*. Sep 2018;23(5):e12552. doi:10.1111/anec.12552
9. **Kucher N, Walpoth N, Wustmann K, Noveanu M, Gertsch M.** QR in V1--an ECG sign associated with right ventricular strain and adverse clinical outcome in pulmonary embolism. *Eur Heart J*. Jun 2003;24(12):1113-9. doi:10.1016/s0195-668x(03)00132-5
10. **Jahanian S, Ayati A, Hosseini K, et al.** Right-sided Electrocardiogram in Patients With Acute Pulmonary Embolism. *Crit Pathw Cardiol*. Mar 1 2022;21(1):24-29. doi:10.1097/hpc.0000000000000273.

KHẢO SÁT HÀNH VI PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ VỚI NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Trần Nguyễn Ái Thanh¹, Vũ Trí Thanh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả thực trạng kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS của nhân viên y tế tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang trên 120 nhân viên y tế bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp dựa trên bảng câu hỏi có cấu trúc, "Hướng dẫn giám kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV tại các cơ sở y tế". **Kết quả:** Hầu hết nhân viên y tế đều cảm thấy lo lắng

khi chạm vào đồ dùng cá nhân, băng bó vết thương hay lấy máu cho người nhiễm 80% NVYT lo sợ lây nhiễm HIV lúc thực hiện băng bó và lấy máu cho người bệnh và 35% sử dụng các biện pháp dự phòng không cần thiết. Phân tích hồi quy đa biến ghi nhận lao động biên chế (OR=0,14, p=0,009) và nữ giới sẽ có khả năng ít thực hiện hành vi phân biệt đối xử hơn (OR=0,20, p=0,018). **Kết luận:** Cần tiếp tục tập huấn để cải thiện hành vi phân biệt đối xử ở NVYT. **Từ khóa:** kỳ thị HIV, kỳ thị NVYT, phân biệt đối xử

SUMMARY

SURVEY OF DISCRIMINATION BEHAVIOR AGAINST PEOPLE WITH HIV/AIDS AT THU DUC CITY HOSPITAL OF MEDICAL STAFF

Objective: Describe the current situation of stigma and discrimination against people with HIV/AIDS among medical staff at Thu Duc City

¹Bệnh viện thành phố Thủ Đức, Tp. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ái Thanh

Email: dotranaitanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024