

ngiên cứu, tập trung vào các trường hợp nghi ngờ ung thư tuyến vú có kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết hoặc phẫu thuật, trong khi các tổn thương lành tính tại tuyến vú đa phần được theo dõi định kỳ, không cần sinh thiết hoặc phẫu thuật.

Về kích thước tổn thương trên CHT 1.5 Tesla, các tổn thương trong nghiên cứu có kích thước nhỏ dưới 20mm chiếm chủ yếu, với tỷ lệ 58.7%. Các khối u có kích thước lớn ít gặp hơn với tỷ lệ giảm dần từ 20.7% ở nhóm kích thước từ 20-29mm đến 3.3% ở nhóm u kích thước trên 50mm. Phân tích tỷ lệ ung thư và u tuyến vú lành tính giữa các nhóm kích thước, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ung thư tuyến vú gặp phải tăng dần theo kích thước khối u từ 21.5% ở nhóm u kích thước dưới 20mm đến 100% ở các nhóm kích thước  $\geq 50$ mm. Sự khác biệt về tỷ lệ ung thư trong các nhóm kích thước khác nhau có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với nhiều nghiên cứu trên thế giới về ung thư vú, cho thấy kích thước khối u càng lớn, tỷ lệ ung thư càng cao. Trong nghiên cứu của Romeo, kích thước các tổn thương ác tính của tuyến vú trung bình là 15mm, trong khi chỉ số này ở các tổn thương lành tính là 8mm[6].

#### IV. KẾT LUẬN

- Về đặc điểm hình ảnh tổn thương trên CHT, tổn thương dạng khối chiếm 80.6% các trường hợp UTV, trong đó các đặc điểm hình dạng không xác định, đường bờ tua gai và ngấm thuốc viền là các dấu hiệu gợi ý ung thư tuyến vú chiếm 73.6% ( $p < 0.05$ ). Ngược lại, đặc điểm

hình bầu dục, bờ đều, rõ và vách không ngấm thuốc sau tiêm là các dấu hiệu gợi ý tổn thương lành tính của tuyến vú.

- Về đặc điểm tín hiệu của tổn thương: phần lớn các tổn thương tăng tín hiệu trên STIR so với nhu mô tuyến vú xung quanh. Ngấm thuốc nhanh thì sớm là dấu hiệu gợi ý tính chất ác tính của tổn thương.

- Tỷ lệ phần trăm tín hiệu tăng lên trên T1FS sau tiêm thì sớm trung bình của nhóm ung thư cao hơn nhóm lành tính, lần lượt là 90.3% và 70.9%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hương, Nguyễn Duy Huệ, Nguyễn Đức Hình (2011). Công hưởng từ tuyến vú ở bệnh nhân ung thư vú thể ẩn có di căn hạch nách.
2. Radhakrishna S., Agarwal S., Parikh P.M., et al. (2018). Role of magnetic resonance imaging in breast cancer management. South Asian J Cancer, 7(2), 69–71.
3. Park I, Kim J, Kim M, et al (2013). Comparison of the characteristics of medullary breast carcinoma and invasive ductal carcinoma. J Breast Cancer, 16(4):417-25.
4. Kerlikowske K (2010). Epidemiology of ductal carcinoma in situ. J Natl Cancer Inst Monogr, 2010(41):139-41.
5. Lưu Hồng Nhung (2020). Đánh giá vai trò cộng hưởng từ trong đáp ứng sớm hóa trị trước mổ, Đại học Y Hà Nội.
6. Romeo V, Cuocolo R, Liuzzi R, et al (2017). Preliminary Results of a Simplified Breast MRI Protocol to Characterize Breast Lesions: Comparison with a Full Diagnostic Protocol and a Review of the Current Literature. Acad Radiol, 24(11):1387-1394.

## ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NGOẠI THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PON TỪ THÁNG 1 ĐẾN THÁNG 4 NĂM 2021

Phạm Thị Cẩm Hưng<sup>1</sup>, Lê Văn Thêm<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương sọ não tại khoa ngoại thần kinh bệnh viện đa khoa Xanh Pon từ tháng 1 đến tháng 4 năm 2021. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang **Kết quả nghiên cứu:** Đa số người bệnh là nam giới

(70%), độ tuổi từ 18-29 (30%), có nguyên nhân là tai nạn giao thông (78%) và thời gian từ khi bị tai nạn đến khi nhập viện dưới 4h (64%). Hình ảnh tổn thương trên phim chụp CLVT là xuất huyết khoang dưới nhện (44%), tụ máu dưới màng cứng (42%), vỡ xương sọ (28%), tổn thương xương vùng hàm mặt (24%), tụ máu trong não (18%), tụ máu ngoài màng cứng (16%), phù não (2%). Đa số bệnh nhân có hình ảnh phim chụp CLVT sọ não không di lệch đường giữa (92%), có 1 ổ tổn thương (54%), thể tích khối máu tụ  $< 30 \text{ cm}^3$ . **Kết luận:** Đa số bệnh nhân có hình ảnh phim chụp CLVT sọ não là xuất huyết dưới nhện (44%), không di lệch đường giữa (92%), có 1 ổ tổn thương (54%), thể tích khối máu tụ  $< 30 \text{ cm}^3$

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng

Email: phamcamhungal@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.9.2024

**SUMMARY****PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS AT NEUROSURGERY DEPARTMENT OF SAINT PAUL HOSPITAL, JANUARY TO APRIL 2021**

**Purpose:** Describe the paraclinical characteristics of traumatic brain injury patients at neurosurgery department of Saint Paul General Hospital from January to April 2021. **Methods:** A descriptive cross-sectional study. **Results:** The majority of patients were male (70%), aged 18-29 (30%), with the cause being traffic accidents (78%), and the time from the accident to hospital admission being less than 4 hours (64%). Lesions observed in CT scans included subarachnoid hemorrhage (44%), subdural hematoma (42%), skull fractures (28%), maxillofacial fractures (24%), intracerebral hematoma (18%), epidural hematoma (16%), and cerebral edema (2%). Most patients had CT scan images of the skull without midline shift (92%), a single lesion (54%), and a hematoma volume less than 30 cm<sup>3</sup>. **Conclusion:** The majority of traumatic brain injury patients with CT scan images showed subarachnoid hemorrhage (44%), no midline shift (92%), a single lesion (54%), and a hematoma volume less than 30 cm<sup>3</sup>.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Chấn thương sọ não (CTSN) là tình trạng tổn thương não cấp tính gây ra bởi một lực cơ học bên ngoài tác động vào đầu. Chấn thương sọ não là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 3 sau bệnh tim mạch và ung thư (WHO -1993). Đây là vấn đề vẫn được quan tâm và chiếm thời lượng đáng kể trong các hội nghị phẫu thuật thần kinh thế giới những năm gần đây như năm 2001 (Úc), 2005 (Châu Phi), 2009 (Mỹ). Theo Stein SC nước Mỹ, hàng năm có 1,5 triệu người bị chấn thương sọ não, năm 1998-2000 có khoảng 503 ca chấn thương sọ não / 100.000 dân số. Theo Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ CDC (Center for Disease Control), có 50.000 người tử vong/1 năm do chấn thương sọ não và gấp đôi trong số đó tàn tật suốt đời [1]. Bệnh viện Chợ Rẫy cũng ghi nhận khoảng 22000 ca chấn thương sọ não mỗi năm [2].

Trong hai mươi năm qua, y học đã áp dụng nhiều tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh, trong hồi sức chấn thương sọ não và nghiên cứu tăng áp lực trong sọ đã làm giảm đáng kể tỉ lệ tử vong và di chứng sau chấn thương sọ não. Tuy vậy, việc chẩn đoán và điều trị còn có nhiều tranh luận, ngay cả ở các nước đã có nền y học phát triển.

Ngày nay, các nghiên cứu về chấn thương sọ não đã và đang được tiến hành một cách toàn diện, đem lại những hiểu biết sâu sắc về mô bệnh học và cơ chế bệnh sinh, cùng với sự ra đời của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện

đại như chụp cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ... và các kỹ thuật công nghệ tiên tiến áp dụng trong theo dõi và điều trị góp phần tích cực cho việc điều trị thành công các bệnh nhân chấn thương sọ não, giảm tỉ lệ tử vong và các di chứng nặng nề, làm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Các triệu chứng cận lâm sàng giúp chẩn đoán, điều trị sớm và chính xác, góp phần làm giảm tỉ lệ tử vong và di chứng [3]. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương sọ não tại khoa Ngoại Thần kinh bệnh viện đa khoa Xanh Pon từ tháng 1 đến tháng 4 năm 2021.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm các bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán là CTSN tại khoa Ngoại Thần kinh bệnh viện đa khoa Xanh Pon từ tháng 1 đến tháng 4 năm 2021.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.** Bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.** Bệnh nhân có những chấn thương kèm theo như chấn thương lồng ngực, chấn thương bụng kín.

**2.2 Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.2.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện 50 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu

**2.2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu.** Các kết quả cận lâm sàng được thu thập trên bệnh án của bệnh nhân ghi lại theo mẫu bệnh án nghiên cứu

**2.2.4. Xử lý số liệu và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập và phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Một số đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm cá nhân		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	35	70
	Nữ	15	30
Nhóm tuổi	18-29	15	30
	30-39	10	20
	40-49	3	6
	50-59	9	18
	60-69	7	14
	≥70	6	12
<b>Nguyên nhân</b>	Tai nạn giao thông	39	78

chấn thương	Tai nạn lao động	1	2
	Tai nạn sinh hoạt	10	20
Thời gian từ khi bị tai nạn đến khi nhập viện	<4h	32	64
	4-8h	10	20
	8-12 h	5	10
	>12 h	3	6
<b>Tổng</b>		<b>50</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số người bệnh là nam giới (70%), độ tuổi từ 18-29 (30%), có nguyên nhân là tai nạn giao thông (78%) và thời gian từ khi bị tai nạn đến khi nhập viện dưới 4h (64%)

### 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh chấn thương sọ não

**Bảng 3.2. Hình ảnh tổn thương sọ não trên phim chụp CLVT**

Hình ảnh tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tổn thương xương vùng hàm mặt	12	24
Vỡ xương sọ	14	28
Máu tụ ngoài màng cứng	8	16
Máu tụ dưới màng cứng	21	42
Xuất huyết khoang dưới nhện	22	44
Máu tụ trong não	9	18
Phù não	4	8
<b>Tổng</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Hình ảnh tổn thương trên phim chụp CLVT là xuất huyết khoang dưới nhện (44%), tụ máu dưới màng cứng (42%), vỡ xương sọ (28%), tổn thương xương vùng hàm mặt (24%), tụ máu trong não (18%), tụ máu ngoài màng cứng (16%), phù não (2%)

**Bảng 3.3. Số lượng hình ảnh tổn thương sọ não trên phim chụp CLVT**

Tổn thương trên phim chụp	Số lượng (n=50)	Tỉ lệ (%)
Có một tổn thương	27	54
≥2 tổn thương	23	46
<b>Tổng</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Số lượng tổn thương trên phim chụp CLVT ở bệnh nhân CTSN cao nhất là 27 trường hợp có một tổn thương chiếm tỉ lệ 54%.

**Bảng 3.4. Hình ảnh di lệch đường giữa trên phim chụp CLVT sọ não**

Di lệch đường giữa	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không di lệch	46	92
Dưới 5mm	2	4
5 mm – 10 mm	0	0
Trên 10mm	2	4
<b>Tổng</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có hình ảnh phim chụp CLVT sọ não không có lệch đường giữa (92%). Số bệnh nhân có hình ảnh di lệch đường giữa dưới 5mm và trên 10 mm đều là 2,

chiếm tỉ 4%.

**Bảng 3.5. Thể tích khối máu tụ trên hình ảnh phim chụp CLVT**

Thể tích khối máu tụ (cm <sup>3</sup> )	Số lượng (n=50)	Tỉ lệ (%)
<30	43	86
Không có máu tụ	7	14
<b>Tổng</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có thể tích khối máu tụ <30cm<sup>3</sup> (86%)

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 65 tuổi, độ tuổi thường gặp là 18-29 tuổi chiếm 30% phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Chung [5], CTSN tập trung ở độ tuổi từ 20-40. Đây là độ tuổi chính tham gia vào giao thông, lao động, và các hoạt động xã hội khác và là lứa tuổi thường xuyên tham gia giao thông. Hầu hết các thông báo tại Việt Nam đều cho thấy tỉ lệ bệnh nhân CTSN rất cao ở nhóm tuổi này.

Trong tổng số 50 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân nam là 35 (chiếm tỉ lệ 70%) cao hơn so với số bệnh nhân nữ là 15 (chiếm tỉ lệ 30%). Cũng theo nghiên cứu của bác sĩ Nguyễn Văn Chung và hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ [5]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chấn thương sọ não do tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ 78%, điều này phù hợp với nghiên cứu của Đồng Văn Hệ [2]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ khi bị tai nạn đến khi được nhập viện <4 giờ chiếm tỉ lệ 64%, điều này phù hợp với nghiên cứu của Phan Đức Lập [7], thời gian từ khi bị tai nạn đến khi được nhập viện chiếm tỉ lệ 50,5%. Khoảng thời gian 4 giờ từ khi bị chấn thương đến khi được phẫu thuật là "thời gian vàng" để cứu sống các tế bào thần kinh. Do đó, sau khi vùng đầu bị va đập, nếu bệnh nhân được phát hiện sớm, phẫu thuật kịp thời thì cơ hội sống cho bệnh nhân CTSN là rất lớn. Nếu chủ quan bỏ qua thời gian vàng thì khả năng cứu sống bệnh nhân là rất thấp hoặc để lại di chứng nặng nề.

**4.2. Đặc điểm cận lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi hình ảnh tổn thương trên phim chụp CLVT là xuất huyết khoang dưới nhện (44%), tụ máu dưới màng cứng (42%), vỡ xương sọ (28%), tổn thương xương vùng hàm mặt (24%), tụ máu trong não (18%), tụ máu ngoài màng cứng (16%), phù não (2%)

Máu tụ dưới màng cứng cấp tính thường xảy ra do khu vực bị đập não gây nên, chiếm một tỷ lệ đáng kể các trường hợp máu tụ ở phía đối diện với bên bị va chạm trực tiếp gọi là tổn thương "đối diện". Số lượng máu tụ không nhiều nhưng tình trạng nạn nhân rất nguy kịch vì khu vực đập não, phù não bao quanh làm áp lực trong sọ tăng lên rất mạnh. Nếu máu tụ được hình thành khoảng vài giờ sau CTSN, máu tụ có thể loãng màu tím sẫm; nếu diễn biến trong vài ngày sẽ thấy nhiều máu cục. Khi mổ ra thường thấy mô não bị đập nát, chảy ra như hồ, lẫn lộn với máu tụ. Các trường hợp nặng nhất thường dẫn đến tử vong và bao giờ cũng có những điểm chảy máu rải rác trong thân não

Đa số các máu tụ ngoài màng cứng đơn thuần thường có khoảng tĩnh rỗ. Khoảng tĩnh có thể xuất hiện vài giờ hoặc vài ba ngày, có khi nhiều tuần lễ, thậm chí khoảng tĩnh chỉ trong vòng 15-20 phút, điều này phụ thuộc và khối lượng và vị trí khối máu tụ. Khi các tổn thương đó có kèm theo máu tụ dưới màng cứng, đập não hay có phù não thì khoảng tĩnh hầu như không rõ ràng.

Vỡ xương sọ có nguy cơ dò dịch não tủy gây viêm màng não. Ngoài ra có thể gây tổn thương thứ phát như: phù não, tụ máu não, rách màng não, dập não... Trong trường hợp nứt vỡ sọ sọ đa số thường tổn thương ở tầng giữa và có liên đến xương đá cùng các dây thần kinh sọ não lân cận như: Dây thần kinh số III, IV, V, VI, VII, VIII; Có khi chảy dịch não tủy hoặc máu ra lỗ tai ngoài. Nếu vỡ sọ ở tầng trước thường thấy tụ máu quanh hốc mắt với dấu hiệu đeo kính râm, chảy dịch não tủy hoặc máu ra mũi, tổn thương các dây thần kinh sọ số I và II.

Kết quả tương đồng với nghiên cứu giá trị tiên lượng chấn thương sọ não ở người lớn dựa trên các dấu hiệu cắt lớp vi tính của Trần Như Tú [8] năm 2012: tỉ lệ tụ máu dưới màng cứng 32,3%. Xuất huyết khoang dưới nhện 42,5%. Tỉ lệ chảy máu trong não thất chiếm 1,5%. Vỡ xương sọ là 26,3%.

Không di lệch gập ở 46 bệnh nhân chiếm 92%, di lệch đường giữa dưới 5 mm gặp ở 2 bệnh nhân chiếm 4%, di lệch đường giữa 5-10 mm gặp ở 2 bệnh nhân chiếm 4%, di lệch đường giữa trên 10 mm gặp ở 2 bệnh nhân chiếm 4%. Khi có khối máu tụ nội sọ gây ra sự di lệch đường giữa, dấu hiệu di lệch đường giữa có tính chất tiên lượng và chỉ định mổ.

Không có bệnh nhân nào có khối máu tụ kích thước  $\geq 30\text{cm}^3$ . Thể tích khối máu tụ  $< 30\text{cm}^3$  có

43 bệnh nhân chiếm 86%. Có 7 bệnh nhân không có khối máu tụ chiếm 14%. Khi so sánh với nghiên cứu của Tôn Thất Quỳnh Út có sự tương đương nhau: Tỉ lệ bệnh nhân có thể tích khối máu tụ  $< 25\text{cm}^3$  chiếm 83,01%, từ 25-  $50\text{cm}^3$  chiếm 16,82%, trên  $50\text{cm}^3$  chiếm 0,17% [3]

## V. KẾT LUẬN

- Đa số người bệnh là nam giới (70%), độ tuổi từ 18-29 (30%), có nguyên nhân là tai nạn giao thông (78%) và thời gian từ khi bị tai nạn đến khi nhập viện dưới 4h (64%)

- Hình ảnh tổn thương trên phim chụp CLVT là xuất huyết khoang dưới nhện (44%), tụ máu dưới màng cứng (42%), vỡ xương sọ (28%), tổn thương xương vùng hàm mặt (24%), tụ máu trong não (18%), tụ máu ngoài màng cứng (16%), phù não (2%)

- Đa số bệnh nhân có hình ảnh phim chụp CLVT sọ não không di lệch đường giữa (92%), có 1 ổ tổn thương (54%), thể tích khối máu tụ  $< 30\text{cm}^3$

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Đoàn Khắc Di, Võ Tân Sơn** (2004), "Nghiên cứu lâm sàng và điều trị máu tụ ngoài màng cứng hố sau tại khoa Ngoại Thần Kinh bệnh viện chợ Rẫy". Tạp chí Y học TP.HCM, tập 8, số 1, tr. 111-114.
- Đông Văn Hệ, Trần Trường Giang** (2005), "Đặc điểm dịch tễ học chấn thương sọ não tại bệnh viện Việt Đức", Tạp chí Nghiên cứu y học, Đại học Y Hà Nội, 39, 6, 245- 252.
- Tôn Thất Quỳnh Út và cộng sự** (2012), "Đánh giá kết quả điều trị máu tụ trong não do chấn thương, bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định" Tạp chí Y học TP.HCM, tập 16, phụ bản số 4, tr. 225-230
- Lê Tân Năm, Nguyễn Minh Tâm** (2012), "Nguyên nhân, phân loại và kết quả phẫu thuật chấn thương sọ não tại bệnh viện An Giang", Kỷ yếu hội nghị khoa học tháng 10/2012, Bệnh viện An Giang, tr 95-100.
- Nguyễn Văn Chung** (2017), Nghiên cứu hình ảnh tổn thương sọ não trong chấn thương sọ não kín trên phim chụp cắt lớp tại Bệnh viện Đa khoa Đan Phượng từ tháng 01/2017 đến tháng 8/2017, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Đa khoa Đan Phượng
- Trung tâm Y tế Củ Chi – Thành phố Hồ Chí Minh** (2008) "Nghiên cứu tình hình chấn thương sọ não do tai nạn lưu thông được theo dõi, điều trị tại trung tâm y tế Củ Chi – TP.HCM". Tạp chí y học thực hành 4/2008
- Phan Đức Lập** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả điều trị chấn thương sọ não nguy cơ thấp, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội
- Trần Như Tú** (2012), Nghiên cứu giá trị tiên lượng chấn thương sọ não ở người lớn dựa trên các dấu hiệu cắt lớp vi tính, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN COVID-19 NẶNG CẦN HỖ TRỢ OXY DÒNG CAO QUA CANUYL MŨI (HFNC)

Thân Mạnh Hùng<sup>1,2</sup>, Trần Thị Thanh Phương<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Sử dụng Oxy lưu lượng cao qua Canuyl mũi (HFNC - High-Flow Nasal Cannula) giúp giảm tỷ lệ thở máy xâm nhập và tử vong ở bệnh nhân COVID-19 nặng. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân COVID-19 nặng sử dụng HFNC. **Phương pháp:** Hồi cứu, thu thập, phân tích số liệu lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân COVID-19 dùng HFNC từ tháng 4/2021 đến 12/2023 tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $65 \pm 16,4$ , chủ yếu ở nhóm 61- 80 tuổi (chiếm 54,2%). Bệnh nền chiếm 71,1%, hay gặp nhất là tăng huyết áp (43,4%) và đái tháo đường (25,3%). Tỷ lệ thành công của HFNC là 41% (34/83). Sốt (57,5%) và khó thở (88%) là 2 triệu chứng lâm sàng thường gặp, triệu chứng ít gặp là mất khứu giác (3,6%). Tăng D-dimer gặp phổ biến (71,1%). 95% bệnh nhân có tổn thương phổi trên CT ngực, trong đó chủ yếu tổn thương cả 2 phổi. Tại thời điểm T2, nhịp thở ở nhóm thất bại cao hơn nhóm thành công ( $p < 0,05$ ). SpO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub> và PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ở nhóm thất bại thấp hơn nhóm thành công ( $p < 0,05$ ). Thời gian thở HFNC ở nhóm thành công dài hơn nhóm thất bại. **Kết luận:** HFNC giúp giảm các triệu chứng lâm sàng cũng như cải thiện tình trạng giảm Oxy hoá máu. **Từ khóa:** COVID-19, HFNC

## SUMMARY

### THE CLINICAL AND LABORATORY MANIFESTATION IN SEVERE COVID-19 PATIENTS WITH HIGH-FLOW NASAL CANNULA

Using High-flow nasal cannula (HFNC) in severe COVID-19 patients helps to reduce the rate of invasive mechanical ventilation and mortality. **Objectives:** To describe clinical and laboratory manifestations as well as mortality among severe COVID-19 patients using HFNC. **Methods:** This was a retrospective study collecting and analyzing data of COVID-19 patients using HFNC from April, 2021 to December, 2023 in National Hospital for Tropical Diseases, Vietnam. **Results:** The average age was  $65 \pm 16.4$  years old in which patients aged 61-80 was predominant. 71.1% patient had underlying diseases that hypertension (43.4%) and diabetes (25.3%) were the most common. The rate of success was 41%. Fever (57.5%) and dyspnea (88%) was the most common clinical symptoms. 71.1% patients suffered elevated

D-dimer. 95% patients have lung damage on chest CT, mainly both lungs. At time T2, the breathing rate in the failure group was higher significant than the success group ( $p < 0.05$ ). SpO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>, and PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> in the failure group were lower than the success group ( $p < 0.05$ ). The duration using HFNC in the success group was longer than the failure group. **Conclusion:** HFNC therapy showed an improvement in terms of clinical symptoms and blood oxygenation deficiency.

**Keywords:** COVID-19, HFNC

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 là bệnh viêm đường hô hấp cấp do SARS-CoV2 gây ra. Bệnh lần đầu tiên được phát hiện vào cuối tháng 12/2019 tại tỉnh Vũ Hán - Trung Quốc [1]. Tính đến ngày 03/05/2024 trên toàn Thế giới ghi nhận tại 227 Quốc gia và vùng lãnh thổ với 704,753,890 trường hợp nhiễm, tử vong 7,010,680 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,18% [2]. Người bệnh COVID-19 có biểu hiện lâm sàng đa dạng trong đó gần 20% số người bệnh diễn biến nặng, thời gian trung bình từ khi bắt đầu xuất hiện triệu chứng tới khi diễn biến nặng là 5-8 ngày với khoảng 5% cần điều trị tại các đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU) [3]. Bệnh nhân khi có biểu hiện suy hô hấp sẽ được cho thở Oxy liệu pháp tùy vào mức độ nặng của bệnh. Khi bệnh nhân thất bại với Oxy liệu pháp sẽ được chuyển sang thở máy không xâm nhập hoặc đặt ống nội khí quản thở máy xâm nhập. Thở Oxy dòng cao qua canuyl mũi (HFNC) là một giải pháp tương tự thở máy không xâm nhập nhưng với ưu điểm dễ sử dụng, chi phí máy thấp được xem như một giải pháp tốt trong đại dịch COVID-19. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy HFNC giúp giảm nguy cơ đặt ống nội khí quản, giảm thời gian nằm viện, giảm tỷ lệ tử vong hơn so với Oxy liệu pháp [4].

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Bao gồm 83 bệnh nhân được chẩn đoán COVID-19, có suy hô hấp được hỗ trợ bằng Oxy dòng cao qua canuyl mũi (HFNC) thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi > 16, không phân biệt giới tính
- Có biểu hiện lâm sàng của COVID-19
- PCR dịch ngoáy hầu họng dương tính với SARS\_CoV2, với CT < 30.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

**2.2. Phương pháp:** Hồi cứu mô tả

**2.3. Tiến hành nghiên cứu:** Toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn đều được thu

<sup>1</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thân Mạnh Hùng

Email: hungkykhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 25.9.2024