

HbA1c đạt ngưỡng tốt và chấp nhận. Tuy nhiên, nghiên cứu không có mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành với các chỉ số đường máu, HbA1c.

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan giữa nhóm tuổi và nghề nghiệp với kiến thức của người bệnh. Không có mối liên quan giữa các yếu tố và nhóm tuổi của người bệnh. Có mối liên quan giữa nhóm tuổi và bệnh kèm theo với hành vi của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình** (2006). Bệnh đái tháo đường – Tăng Glucose máu, Nhà xuất bản Y học.
2. **Bùi Thị Khánh Thuận** (2009). “Kiến thức, thái độ, hành vi về chế độ ăn và tập luyện ở người bệnh đái tháo đường típ 2”, chủ biên, khoa Nội tiết – Bệnh viện Nhân dân 115 – Thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Nguyễn Thị Thu Trang và cộng sự** (2009). “Mô tả kiến thức về chế độ ăn và các yếu tố liên quan của bệnh nhân đái tháo đường đang điều trị tại Bệnh Viện Nội tiết Trung ương năm 2013”. Kỷ yếu Hội nghị Nội tiết.
4. **Alaofè H, Hounkpatin WA, Dirolo F, Ehiri J, Rosales C.** (2021). Knowledge, attitude, practice and associated factors among patients with type 2 diabetes in Cotonou, Southern Benin. BMC Public

- Health. 2021 Feb 12;21(1):339.
5. **Al-Maskari F, El-Sadiq M, Al-Kaabi JM, Afandi B, Naqelkerke N, Yeatts KB.** (2013). Knowledge, attitude and practices of diabetic patients in the United Arab Emirates. PLoS One. 2013;8(1):e52857.
 6. **Niroomand M, Ghasemi SN, Karimi-Sari H, Kazempour-Ardebili S, Amiri P, Khosravi MH.** (2016). Diabetes knowledge, attitude and practice (KAP) study among Iranian in-patients with type-2 diabetes: A cross-sectional study. Diabetes Metab Syndr. 2016 Jan-Mar;10(1 Suppl 1):S114-9.
 7. **Kiberenge MW, Ndeawa ZM, Nienqa EW, Muchemi EW.** (2010). Knowledge, attitude and practices related to diabetes among community members in four provinces in Kenya: a cross-sectional study. Pan Afr Med J. 2010;7:2. Epub 2010 Oct 6.
 8. **Saleh F, Mumu SJ, Ara F, Ali L, Hossain S, Ahmed KR.** (2012). Knowledge, Attitude and Practice of Type 2 Diabetic Patients Regarding Obesity: Study in a Tertiary Care Hospital in Bangladesh. J Public Health Afr. 2012 Mar 7;3(1):e8.
 9. **Saleh, F., Mumu, S.J., Ara, F. et al.** (2012). Knowledge and self-care practices regarding diabetes among newly diagnosed type 2 diabetics in Bangladesh: a cross-sectional study. BMC Public Health 12, 1112.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH THIẾU MÁU ĐẦU THỊ THẦN KINH KHÔNG DO VIÊM TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phùng Thị Thuý Hằng¹, Phạm Trọng Văn², Mai Quốc Tùng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm động mạch (NAION) là bệnh lý gây tổn thương phù đĩa thị, giảm hoặc mất thị lực hậu quả của sự giảm tưới máu đầu thị thần kinh. **Mục tiêu:** Nhận xét một số yếu tố nguy cơ của bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân thu thập từ tháng 01/2022 - 11/2023 tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Nguy cơ bị thị lực kém ở nhóm có tăng huyết áp cao gấp 3,733 lần so với nhóm không có tăng huyết áp; tỉ lệ phù đĩa thị lan tỏa ở BN có tăng huyết áp cao hơn ở BN không tăng huyết áp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; nguy cơ bị thị lực kém ở nhóm có đái tháo đường cao gấp 4,048 lần so với nhóm không có đái tháo đường; tăng huyết

áp và đái tháo đường là yếu tố nguy cơ của phù đĩa thị lan tỏa ở nhóm đối tượng. **Kết luận:** Bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm có một số yếu tố nguy cơ là các bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường. **Từ khóa:** yếu tố nguy cơ, thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm.

SUMMARY

SOME RISK FACTORS FOR NON-ARTERITIC ANTERIOR ISCHEMIC OPTIC NEUROPATHY AT BACH MAI HOSPITAL

Background: Non-Arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy (NAION) is a disease that causes optic disc edema, reduced or loss of vision as a result of reduced optic nerve perfusion. **Objectives:** Evaluate some risk factors for Non-Arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy. **Methodology:** Cross-sectional descriptive study on 40 patients collected from January 2022 to August 2023 at Bach Mai Hospital. **Results:** The risk of severe vision impairment in the group with hypertension is 3.733 times higher than in the group without hypertension; the rate of diffuse optic disc edema in patients with hypertension is statistical significance higher than in patients without hypertension, with $p < 0.05$. The risk of severe vision impairment in the group with diabetes

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Thuý Hằng

Email: phunghangbachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

is 4.048 times higher than in the group without diabetes; hypertension and diabetes are risk factors for diffuse optic disc edema on our patients.

Conclusion: Non-Arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy has several risk factors, including comorbid conditions such as hypertension, diabetes.

Keywords: risk factors, Non-Arteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm động mạch (NAION) là bệnh lý gây tổn thương phù đĩa thị, giảm hoặc mất thị lực hậu quả của sự giảm tưới máu đầu thị thần kinh. Bệnh thường gặp ở người trên 50 tuổi, và chiếm khoảng 95% các trường hợp thiếu máu đầu thị thần kinh.^{1,2}

Bình thường đầu dây thần kinh thị giác tự động điều chỉnh lưu lượng máu một cách hiệu quả, dòng chảy thường được duy trì không đổi mặc dù có sự thay đổi về áp lực tưới máu và áp lực nội nhãn trong các điều kiện trao đổi chất khác nhau và các bệnh khác nhau có thể làm giảm khả năng tự điều chỉnh lưu lượng máu của dây thần kinh thị giác. Tăng huyết áp, xơ cứng động mạch, co thắt mạch máu hoặc dùng thuốc có thể làm giảm khả năng tự điều hòa lưu lượng máu của đĩa thị dẫn đến thiếu máu đầu thị thần kinh.³ Hayreh đã đưa ra giả thuyết rằng hạ huyết áp toàn thân về đêm có thể góp phần gây ra NAION. Rối loạn đường huyết dẫn đến tổn thương vi mạch toàn thân, tấn công vào cơ quan đích có cấu trúc mạch máu tương đồng nhau là mắt, tim, não, thận. Tổn thương vi mạch ở đáy mắt hay gây bệnh lý võng mạc và vi mạch đầu thị thần kinh đều có gây nguy cơ mất thị lực mà đặc biệt bệnh lý thiếu máu đầu thị thần kinh khi đã xảy ra thường tổn thương mắt thị lực vĩnh viễn. Khoảng 60% bệnh nhân NAION có nhiều yếu tố nguy cơ cùng lúc trong đó bệnh mạch máu kèm theo đái tháo đường gặp khoảng 24% trong các trường hợp.⁴

Hiện nay vẫn chưa có một phương pháp điều trị bệnh nào thật sự có hiệu quả và tiên lượng hồi phục thị lực rất hạn chế, đặc biệt bệnh diễn biến phức tạp cũng như chịu tác động của nhiều yếu tố nguy cơ, đặc biệt là các bệnh lý đồng mắc. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét một số yếu tố nguy cơ của bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm tại Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, tuân thủ và hợp tác tốt quá trình khám.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có bệnh lý tại mắt cản trở đến quá trình thăm khám đáy mắt (sẹo đục giác mạc, đục thể thủy tinh, đục dịch kính, xuất huyết dịch kính...);

- Bệnh nhân có các bệnh lý thị thần kinh, võng mạc khác;

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc, fluorescein.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cách chọn mẫu thuận tiện từ tháng 1/2022 đến tháng 8/2023, thu thập được 40 bệnh nhân. Từ mục tiêu nghiên cứu xây dựng bệnh án nghiên cứu phù hợp, tiến hành phỏng vấn, khám lâm sàng và chỉ định cận lâm sàng phù hợp để phân tích, so sánh, nhận xét thêm.

- Phương tiện thăm khám: Bảng đo thị lực Snellen, Máy sinh hiển vi đèn khe, Kính Volk Superfield, Máy đo thị trường Humphry, Máy chụp đáy mắt Visucam (không huỳnh quang, huỳnh quang), Máy chụp OCTA Carl Zeiss (Cirrus HD - OCT 5000 AngioPlex),...

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Tiến hành phân tích thống kê mô tả, tính tần suất, so sánh các tỉ lệ, kiểm định bằng các test thống kê phù hợp.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả không can thiệp, mục đích giúp đánh giá đầy đủ và điều trị hiệu quả hơn cho bệnh nhân và chỉ tiến hành khi có sự đồng ý của bệnh nhân và người nhà. Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội và cơ sở nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 40)

Tuổi	Giới		Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 60	13	61,9	8	38,1	21	52,5		
> 60	9	47,4	10	52,6	19	47,5		
Tổng	22	55,0	18	45,0	40	100,0		

TB: 61,4 ± 8,5; Min: 42; Max: 78

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 40 bệnh nhân có tuổi dao động từ 42 đến 78, tuổi trung bình là 61,4 ± 8,50. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỉ lệ là 47,5%, nhóm tuổi ≤ 60 là 52,5%. Trong nhóm nghiên cứu có 22 bệnh nhân là nam chiếm 55,0% và có 18 bệnh nhân là nữ chiếm 45,0%.

3.2. Một số yếu tố nguy cơ

3.2.1. Môi liên quan giữa tăng huyết áp, đái tháo đường và thị lực

Bảng 3.2: Môi liên quan giữa tăng huyết áp, đái tháo đường và thị lực

Bệnh lý		Thị lực		Kém (n=17)	Trung bình (n=23)	Tổng (n=40)	p	OR (95%CI)
		Có	Không					
Tăng huyết áp	Có	n	12	9	21	0,049	3,733 (0,980 - 14,226)	
		%	57,1%	42,9%	100%			
Không	n	5	14	19				
	%	26,3%	73,7%	100%				
Đái tháo đường	Có	n	10	6	16	0,037	4,048 (1,058 - 15,478)	
		%	62,5%	37,5%	100,0%			
	Không	n	7	17	24			
		%	29,2%	70,8%	100,0%			

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có thị lực kém ở nhóm có tăng huyết áp 57,1%, cao hơn nhóm không có tăng huyết áp 26,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), nguy cơ bị thị lực kém ở nhóm có tăng huyết áp cao gấp 3,733 lần so với nhóm không có tăng huyết áp. Tỷ lệ bệnh nhân có thị lực kém ở nhóm có đái tháo đường

62,5%, cao hơn nhóm không có đái tháo đường 29,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), nguy cơ bị thị lực kém ở nhóm có đái tháo đường cao gấp 4,048 lần so với nhóm không có đái tháo đường.

3.2.2. Môi liên quan giữa tăng huyết áp và phù đĩa thị

Bảng 3.3: Môi liên quan giữa tăng huyết áp và phù đĩa thị

Phù đĩa thị		Tăng huyết áp			Tổng (n=40)	p
		Có (n=21)	Không (n=19)			
Phù lan tỏa	Không	n	3	9	12	0,023
		%	25,0%	75,0%	100,0%	
Có	n	18	10	28		
	%	64,3%	35,7%	100,0%		
Phù khu trú	Không	n	18	10	28	0,023
		%	64,3%	35,7%	100,0%	
	Có	n	3	9	12	
		%	25,0%	75,0%	100,0%	
Phù có xuất huyết	Không	n	12	13	25	0,462
		%	48,0%	52,0%	100,0%	
	Có	n	9	6	15	
		%	60,0%	40,0%	100,0%	
Phù có giãn mạch	Không	n	9	12	21	0,199
		%	42,9%	57,1%	100,0%	
	Có	n	12	7	19	
		%	63,2%	36,8%	100,0%	

Nhận xét: - Tỷ lệ tăng huyết áp của nhóm có phù đĩa thị lan tỏa là 64,3%, không phù đĩa thị lan tỏa 25,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Tỷ lệ tăng huyết áp của nhóm không phù đĩa thị khu trú chiếm 64,3%, có phù đĩa thị khu trú là 25,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Tỷ lệ tăng huyết áp của nhóm có phù đĩa thị có xuất huyết chiếm 60,0%, phù đĩa thị

không xuất huyết chiếm 48,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

- Tỷ lệ tăng huyết áp của nhóm có phù đĩa thị có giãn mạch chiếm 63,2%, tỷ lệ phù đĩa thị không giãn mạch là 42,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.2.3. Môi liên quan giữa tăng huyết áp và mật độ tưới máu trung bình (P) đầu thị thần kinh trên OCTA

Bảng 3.4: Môi liên quan giữa tăng huyết áp và mật độ tưới máu trung bình (P) đầu thị thần kinh trên OCTA

Tăng huyết áp		Mật độ tưới máu trung bình (P) đầu thị thần kinh			Tổng	p
		<38%	38%-40%	>40%		
Có	n	10	4	7	21	0,186
	%	47,6%	19,0%	33,3%	100,0%	
Không	n	4	4	11	19	
	%					

Tổng	%	21,1%	21,1%	57,9%	100,0%
	n	14	8	18	40
	%	35,0%	20,0%	45,0%	100,0%

Nhận xét: Trong nhóm 21 bệnh nhân tăng huyết áp tỉ lệ bệnh nhân có P đầu thị thần kinh <38% chiếm 47,6%, tỉ lệ bệnh nhân có P đầu thị thần kinh 38% - 40% chiếm 19,0%, tỉ lệ bệnh nhân có P đầu thị thần kinh > 40% chiếm

33,3%. Sự khác biệt giữa nhóm tăng huyết áp và không tăng huyết áp với P đầu thị thần kinh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.4. Môi liên quan giữa đái tháo đường và phù đĩa thị

Bảng 3.5: Môi liên quan giữa đái tháo đường và phù đĩa thị

Phù đĩa thị		Đái tháo đường		Có (n=16)	Không (n=24)	Tổng (n=40)	p
		Không	Có				
Phù lan tỏa	Không	n		1	11	12	0,012
		%		8,3%	91,7%	100,0%	
	Có	n		15	13	28	
		%		53,6%	46,4%	100,0%	
Phù khu trú	Không	n		15	13	28	0,012
		%		53,6%	46,4%	100,0%	
	Có	n		1	11	12	
		%		8,3%	91,7%	100,0%	
Phù có xuất huyết	Không	n		9	16	25	0,505
		%		36,0%	64,0%	100,0%	
	Có	n		7	8	15	
		%		46,7%	53,3%	100,0%	
Phù có giãn mạch	Không	n		7	14	21	0,366
		%		33,3%	66,7%	100,0%	
	Có	n		9	10	19	
		%		47,0%	52,6%	100,0%	

Nhận xét: - Tỉ lệ đái tháo đường của nhóm có phù đĩa thị lan tỏa là 53,6%, không phù đĩa thị lan tỏa là 8,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỉ lệ đái tháo đường của nhóm không phù đĩa thị khu trú chiếm 53,6%, có phù đĩa thị khu trú là 8,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỉ lệ đái tháo đường của nhóm có phù đĩa thị có xuất huyết chiếm 46,7%, phù đĩa thị

không xuất huyết chiếm 36,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Tỉ lệ đái tháo đường của nhóm có phù đĩa thị có giãn mạch là 47,0%, tỉ lệ phù đĩa thị không giãn mạch chiếm 33,3%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.5. Môi liên quan giữa đái tháo đường và mật độ tưới máu trung bình (P) đầu thị thần kinh trên OCTA

Bảng 3.6: Môi liên quan giữa đái tháo đường và mật độ tưới máu trung bình (P) đầu thị thần kinh trên OCTA

Đái tháo đường		Mật độ tưới máu trung bình (P) đầu thị thần kinh			Tổng	p
		<38%	38%-40%	>40%		
Có	n	6	4	6	16	0,700
	%	37,5%	25,0%	37,5%	100,0%	
Không	n	8	4	12	24	
	%	33,3%	16,7%	50,0%	100,0%	
Tổng	n	14	8	18	40	
	%	35,0%	20,0%	45,0%	100,0%	

Nhận xét: Trong nhóm 16 bệnh nhân có yếu tố nguy cơ đái tháo đường, tỉ lệ bệnh nhân có P đầu thị thần kinh <38% chiếm 37,5%, tỉ lệ bệnh nhân có P đầu thị thần kinh 38% - 40% chiếm 25,0%, tỉ lệ bệnh nhân có P đầu thị thần kinh >40% chiếm 37,5%. Sự khác biệt về P đầu

thần kinh giữa 2 nhóm có đái tháo đường và nhóm không đái tháo đường không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu về đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy

tỉ lệ nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 55,0% và 45,0% so với nghiên cứu của tác giả Omer Y thì nam giới có tỉ lệ là 61,8% cao hơn tuy nhiên không có sự khác biệt lớn. Tuổi trung bình là $61,4 \pm 8,5$ tương đương Omer Y về độ tuổi trung bình là $61,8 \pm 12,5$. Về giới tính, tỉ lệ nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 55,0% và 45,0% so với nghiên cứu của Omer Y thì nam giới có tỉ lệ là 62% cao hơn tuy nhiên không có sự khác biệt lớn.⁵ Cũng trong bảng 3.1, ở các bệnh nhân nam nhóm tuổi ≤ 60 chiếm tỉ lệ cao hơn, trong khi đó ở các bệnh nhân nữ nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao hơn.

Qua bảng 3.2 cho thấy nguy cơ bị thị lực kém ở nhóm có tăng huyết áp cao gấp 3,733 lần so với nhóm không có tăng huyết áp. Bảng 3.3 cho thấy tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ rõ rệt của phù đĩa thị lan toả, trong khi tăng huyết áp lại là yếu tố bảo vệ của phù đĩa thị khu trú, tuy nhiên có thể do nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 12 bệnh nhân có phù khu trú nên có sự sai khác trong kết quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 21/40 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 52,5% tăng huyết áp, trong đó tỉ lệ bệnh nhân có thị lực trung bình chiếm 57,5%, thị lực kém chiếm 42,5%. Trong nhóm phù đĩa thị lan toả tỉ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp chiếm 64,3%, mật độ tưới máu đầu thị thần kinh $< 38\%$ chiếm 47,6%. Kết quả tương đồng với Dae Hyun Kim và CS có 53,3% bệnh nhân bị tăng huyết áp hệ thống, tuy nhiên trong nghiên cứu này, tăng huyết áp không phải là yếu tố nguy cơ của NAION (OR = 2,286; $p > 0,05$).⁶

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 16/40 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 40%, cao hơn 1 tỉ lệ trong nghiên cứu của Dae Hyun Kim và CS khi tỉ lệ là 31,1%.⁶ Bảng 3.2 cũng chỉ ra nguy cơ bị thị lực kém ở nhóm có đái tháo đường cao gấp 4,048 lần so với nhóm không có đái tháo đường. Bảng 3.5 cho thấy đái tháo đường là yếu tố nguy cơ rõ rệt của phù đĩa thị lan toả. Tuy nhiên tác giả Al Jarallah và CS chỉ ra không có sự khác biệt về tỉ lệ thị lực ở các mốc khác nhau giữa nhóm có đái tháo đường và nhóm không đái tháo đường, cũng như không có sự khác biệt về đặc điểm tổn thương đĩa thị giữa nhóm có đái tháo đường và nhóm không đái tháo đường.⁷ Sự khác biệt này có thể giải thích do cỡ mẫu, sự khác biệt về các điều kiện nhân khẩu học của 2 nghiên cứu. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Dae Hyun Kim và CS khi chỉ ra đái tháo đường là yếu tố nguy cơ của NAION (OR = 3,613; $p = 0,02$).⁶

Bảng 3.4 và 3.6 cho thấy mật độ tưới máu trung bình (P) đầu thị thần kinh trên OCTA

$< 38\%$ của cả nhóm có tăng huyết áp hoặc đái tháo đường đều cao hơn so với nhóm không có tăng huyết áp hoặc không có đái tháo đường, tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Kemchoknatee và CS chỉ ra bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp là những yếu tố nguy cơ đáng kể và cũng là yếu tố dự báo cải thiện thị lực kém ở những bệnh nhân NAION trong nhóm bệnh nhân người Thái Lan.⁸

V. KẾT LUẬN

Bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm có một số yếu tố nguy cơ liên quan các bệnh lý cơ thể kèm theo. Trong các đối tượng nghiên cứu, tăng huyết áp và đái tháo đường làm tăng nguy cơ rõ rệt về thị lực kém và phù đĩa thị lan toả trong bệnh. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cung cấp kết quả đáng chú ý về một số yếu tố nguy cơ của bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm sẽ là tiền đề mở ra nhiều nghiên cứu hơn nữa trong tương lai về vấn đề này tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hân.** Nhân Khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2012.
2. **Guyer DR, Miller NR, Auer CL, Fine SL.** The risk of cerebrovascular and cardiovascular disease in patients with anterior ischemic optic neuropathy. Arch Ophthalmol Chic Ill 1960. 1985;103(8): 1136-1142. doi:10.1001/archoph.1985.01050080048018
3. **Riva CE, Hero M, Titze P, Petrig B.** Autoregulation of human optic nerve head blood flow in response to acute changes in ocular perfusion pressure. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol Albrecht Von Graefes Arch Klin Exp Ophthalmol. 1997;235(10):618-626. doi:10.1007/BF00946937
4. **Hayreh SS.** Posterior ischaemic optic neuropathy: clinical features, pathogenesis, and management. Eye Lond Engl. 2004;18(11):1188-1206. doi:10.1038/sj.eye.6701562
5. **Bialer OY, Stiebel-Kalish H.** Clinical characteristics of progressive nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. Int J Ophthalmol. 2021;14(4):517-522. doi:10.18240/ijo.2021.04.06
6. **Kim DH, Shin GR, Choi YJ.** Risk Factors for Non-arteritic Anterior Ischaemic Optic Neuropathy in a Korean Population. Neuro-Ophthalmol Aeolus Press. 2017;41(2):68-75. doi:10.1080/01658107.2016.1267771
7. **Al Jarallah OJ, Alsakran WA, Galvez A.** Risk Factors and Visual Sequel of Non-Arteritic Ischemic Optic Neuropathy in Saudi Arabia. J Pharm Bioallied Sci. 2023;15(Suppl 2):S1075-S1078. doi:10.4103/jpbs.jpbs_215_23
8. **Kemchoknatee P, Singhakul C, Tangon D, Srisombut T.** Factors Associated With Visual Acuity in Non-arteritic Ischemic Optic Neuropathy Patients: A Five-Year Cross-Sectional Study. Cureus. 2022;14(9): e29156. doi:10.7759/cureus.29156

GIÁ TRỊ CỦA CHỈ SỐ THỞ NHANH NÔNG CƠ HOÀNH TRONG DỰ ĐOÁN KẾT QUẢ CAI THỞ MÁY Ở BỆNH NHÂN THÔNG KHÍ NHÂN TẠO XÂM NHẬP

**Đỗ Ngọc Sơn^{1,2}, Phan Hồng Thái^{3,4},
Đặng Quốc Tuấn^{1,3}, Trịnh Thế Anh¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét giá trị của chỉ số thở nhanh nông cơ hoành (D-RSBI: Diaphragmatic Rapid Shallow Breathing Index) trong dự đoán kết quả cai thở máy (CTM) ở bệnh nhân thông khí nhân tạo (TKNT) xâm nhập. **Đối tượng:** Bệnh nhân (BN) có chỉ định CTM tại Trung tâm Hồi sức tích cực-Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7-2023 đến tháng 8-2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. BN đủ tiêu chuẩn CTM. Các thông số tần số thở, chỉ số siêu âm cơ hoành được thực hiện tại thời điểm 30-60 phút sau khi bắt đầu CTM. Siêu âm cơ hoành được đo bằng máy siêu âm có đầu dò convex, linear bởi bác sĩ có chứng chỉ siêu âm cơ bản, quay video và thẩm định bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. **Kết quả:** nghiên cứu 33 BN cho thấy tỉ lệ nam cao gấp 2 lần nữ. Chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng trong CTM không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ CTM thành công là 42,4% (n=14), nguyên nhân thất bại chủ yếu là ho khạc kém chiếm 63,2% (n=12). So với các chỉ số RSBI, NIF, Vt, P_{0.1}, chỉ số D-RSBI có giá trị tiên lượng CTM thất bại cao hơn. AUC, Se, Sp, PPV, NPV của các chỉ số DE-RSBI bên phải lần lượt là 0,966; 89,5; 100; 89,47; 87,50; DTF-RSBI bên phải lần lượt là 0,814; 94,7; 64,3; 94,73; 90,00, respectively; DE-RSBI bên trái lần lượt là 0,900; 73,7; 92,9; 73,68; 72,22; DTF-RSBI bên trái lần lượt là 0,726; 52,6; 92,9; 52,63; 59,09. Có mối tương quan giữa chỉ số D-RSBI với các chỉ số tiên lượng CTM khác. **Kết luận:** Chỉ số D-RSBI có giá trị cao trong tiên lượng CTM thất bại. **Từ khóa:** Chỉ số thở nhanh nông cơ hoành, D-RSBI, cai thở máy

SUMMARY

THE VALUE OF DIAPHRAGMATIC RAPID SHALLOW BREATHING INDEX FOR PREDICTING WEANING OUTCOME FROM MECHANICAL VENTILATION

Objective: To evaluate the predictive value of the Diaphragmatic Rapid Shallow Breathing Index (D-RSBI) for weaning outcomes in patients undergoing invasive mechanical ventilation. **Subjects:** Patients indicated for weaning from mechanical ventilation at the Center for Critical Care Medicine of Bach Mai

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

Hospital from July 2023 to August 2024. **Method:** Prospective descriptive study. Eligible patients who met the criteria for weaning from mechanical ventilation were subjected to weaning. Respiratory rate and diaphragmatic ultrasound index were collected 30-60 minutes after the initiation of weaning, and the D-RSBI index was calculated. Diaphragmatic ultrasound was performed using a convex and linear probe ultrasound machine by a physician with ultrasound certification, video made and verified by radiologist. **Results:** 33 patients were recruited in the study. The male-to-female ratio was twice as high in males compared to females. Clinical and paraclinical indices showed no statistically significant differences. The success rate of weaning was 42.4% (n=14), with inadequate cough being the primary reason for failure, accounting for 63.2% (n=12). Compared to RSBI, NIF, Vt, and P_{0.1}, the D-RSBI index had a higher prognostic value for weaning failure. The AUC, Se, Sp, PPV, and NPV for the DE-RSBI on the right were 0.966; 89.5; 100; 89.47; 87.50, respectively; DTF-RSBI on the right were 0.814; 94.7; 64.3; 94.73; 90.00, respectively; DE-RSBI on the left were 0.900; 73.7; 92.9; 73.68; 72.22 respectively; DTF-RSBI on the left were 0.726; 52.6; 92.9; 52.63; 59.09, respectively. There was only a linear correlation between the D-RSBI indices and other weaning prediction indices. **Conclusion:** The D-RSBI index has high value in predicting weaning failure. **Keywords:** Diaphragmatic Rapid Shallow Breathing Index, D-RSBI, weaning from mechanical ventilation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với 70% BN, CTM là quá trình đơn giản, có thể rút ống nội khí quản (NKQ) ngay sau lần SBT đầu tiên. Số còn lại là thách thức với các bác sĩ hồi sức. Quá trình CTM, bao gồm giải phóng BN khỏi máy thở và rút ống NKQ, có thể chiếm đến 42% tổng thời gian TKNT [1], và rút ống NKQ là một trong những bước quan trọng trong quá trình này. Tuy nhiên, rút ống NKQ thất bại có thể tăng nguy cơ tử vong lên tới 40-50% [2].

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rối loạn chức năng cơ hoành có thể không biểu hiện hoàn toàn ngay khi BN đang được hỗ trợ TKNT do có sự tham gia của các cơ hô hấp phụ. Đây là nguyên nhân làm giảm độ chính xác của chỉ số thở nhanh nông (RSBI), một chỉ số được sử dụng rộng rãi để tiên lượng kết quả CTM. Từ đó, các tác giả đưa ra chỉ số thở nhanh nông cơ hoành (D-RSBI, thay thế thể tích lưu thông (Vt) bằng biên độ dao động cơ hoành (DE) và tỉ lệ phần