

Thị Lệ Mỹ[3]. Như vậy có thể thấy sử dụng ketamin để dự phòng run không làm ảnh hưởng đến độ bão hòa oxy mao mạch, có tác dụng phụ làm giảm tần số thở tại một số thời điểm nhưng ở mức độ nhẹ, không làm ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, tuần hoàn.

4.2. Tác dụng không mong muốn. Kết quả tại bảng 3.3 cho thấy nhóm O chỉ có 2% BN bị buồn nôn. Tỷ lệ BN thuộc nhóm này bị buồn nôn và nôn thấp là do ondansetron là thuốc có tính chất đối kháng chọn lọc thụ thể 5-HT₃ (thụ thể serotonin nhóm 3), có tác dụng chống nôn. Các BN thuộc nhóm K gặp phải tác dụng phụ là buồn nôn, nôn và ảo giác với 12% BN bị buồn nôn, nôn, 8% BN bị ảo giác. Do tính chất cấp cứu của mổ đẻ, nhiều BN chưa nhịn ăn trước mổ, triệu chứng nôn, buồn nôn có xuất hiện nhẹ, nôn không nhiều, chủ yếu là ít dịch tiêu hóa và ít thức ăn, triệu chứng đỡ dần. Ảo giác xuất hiện trên các BN thuộc nhóm K nhẹ và thoáng qua, ảo giác được định nghĩa là tri giác về một sự vật không có thực trong thực tại, là tri giác không có đối tượng, trong nghiên cứu này, các BN gặp phải chủ yếu là ảo thị giác, BN nhìn thấy quang sáng nhiều màu như cầu vồng, một số BN thấy hình ảnh xung quanh nhòe, mờ dần, có 1 BN bị ảo thanh, thấy tiếng như tiếng ve kêu bên tai, các triệu chứng ảo giác kết thúc sau khoảng 15 - 20 phút. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so

với Hồ Khả Cảnh (2010) có tỷ lệ ảo giác là 12%. Các tác dụng không mong muốn khác chúng tôi chưa gặp trong nghiên cứu này[1].

V. KẾT LUẬN

- Nhóm K: Tỷ lệ BN tụt huyết áp trong mổ là 84%, sau xử trí ổn định, không có trường hợp nào tụt huyết áp sau mổ. Tỷ lệ BN có nhịp tim chậm trong mổ là 14%, không có trường hợp nào nhịp tim chậm sau mổ.

- Có một số tác dụng không mong muốn trên nhóm BN được sử dụng ketamin để dự phòng run bao gồm: 12% BN bị buồn nôn, 8% BN bị ảo giác trong và sau mổ, các triệu chứng nhẹ, thoáng qua và dễ xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Khả Cảnh** (2010). Nghiên cứu tác dụng dự phòng run lạnh của Ketamin liều thấp sau GTTS để phẫu thuật lấy thai, Y học thực hành., 715(5): 32-35.
2. **Ali Mohammadzadeh Jouryabi, Seyadeh Hajer Sharami, Mandana Mansour Ghnaie, et al** (2021). Comparing the effects of low dose of Ketamine, Tramadol and Ondansetron in prevention of post spinal anesthesia shivering in cesarean section, Anesth pain Med., 11(4) 642-649.
3. **Nguyễn Thị Lệ Mỹ** (2006). Nghiên cứu khả năng phòng run và các tác dụng khác khi kết hợp 0,18mg/kg Meperidine với Bupivacaine trong gây tê tủy sống để phẫu thuật chi dưới. Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện Quân Y.

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ HUYẾT ÁP TÂM THU CỔ CHÂN - CÁNH TAY (CHỈ SỐ ABI) Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN XUÂN LỘC NĂM 2019

Phan Quang Hải¹, Lâm Văn Nút²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân - cánh tay ở bệnh nhân tăng huyết áp tại TTYT huyện Xuân Lộc năm 2019; Xác định mối liên quan giữa chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân - cánh tay và yếu tố nguy cơ bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân tăng huyết áp tại TTYT huyện Xuân Lộc năm 2019; Xác định mối liên quan giữa chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân - cánh tay và nhóm có bệnh lý tại TTYT huyện Xuân Lộc năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu tất cả bệnh nhân đang

điều trị ngoại trú tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc trong năm 2019. **Kết quả:** Chỉ số ABI chân phải: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3), chiếm 76%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0), chiếm 18,46%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 5,54%. Chỉ số ABI chân trái: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3), chiếm 76,31%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0), chiếm 16,92%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 6,77%. Chỉ số ABI ở bệnh nhân được kiểm soát huyết áp tốt: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3), chiếm 82,35%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0), chiếm 10,59%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 7,06%. Chỉ số ABI ở bệnh nhân được kiểm soát lipid máu tốt: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3), chiếm 61,03%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0), chiếm 27,18%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 11,79%. Chỉ số ABI ở bệnh nhân tăng huyết áp có kèm bệnh mạch vành: ABI

¹Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phan Quang Hải

Email: phanquanghais@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024

nằm trong mức bình thường (1.0-1.3), chiếm 63,23%; chỉ số ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0), chiếm 24,52%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 12,26%. **Kết luận:** Tỷ lệ chỉ số ABI giữa chân phải và chân trái không có sự khác biệt. Đo chỉ số ABI có giá trị giúp chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới và tiên lượng mắc bệnh mạch vành cũng như đột quỵ. Đo chỉ số ABI không chỉ là một phương pháp chẩn đoán, giá trị của ABI còn phản ánh mức độ nặng của bệnh động mạch chi dưới. Giá trị ABI càng thấp thì mức độ bệnh động mạch chi dưới càng nặng và nguy cơ các biến cố tim mạch càng cao.

Từ khóa: chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân - cánh tay, chỉ số ABI, tăng huyết áp.

SUMMARY

EVALUATION OF ANKLE-BRACHIAL SYSTOLIC BLOOD PRESSURE INDEX (ABI INDEX) IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AT XUAN LOC DISTRICT MEDICAL CENTER IN 2019

Research objectives: Determine the rate of ankle-brachial systolic blood pressure index in hypertensive patients at Xuan Loc District Medical Center in 2019; Determine the relationship between ankle-brachial systolic blood pressure index and risk factors for lower limb arterial disease in hypertensive patients at Xuan Loc District Medical Center in 2019; Determine the relationship between ankle-brachial systolic blood pressure index and the group with pathology at Xuan Loc District Medical Center in 2019.

Methods: Retrospective study of all patients receiving outpatient treatment for hypertension at Xuan Loc District Medical Center in 2019. **Results:** Right leg ABI index: ABI was within the normal range (1.0-1.3), accounting for 76%; ABI was within the warning range (0.9-1.0), accounting for 18.46%; ABI was within the pathological range requiring treatment (<0.9), accounting for 5.54%. Left leg ABI index: ABI was within the normal range (1.0-1.3), accounting for 76.31%; ABI was within the warning range (0.9-1.0), accounting for 16.92%; ABI was within the pathological range requiring treatment (<0.9), accounting for 6.77%. ABI index in patients with well-controlled blood pressure: ABI was within the normal range (1.0-1.3), accounting for 82.35%; ABI was within the warning range (0.9-1.0), accounting for 10.59%; ABI was within the pathological range requiring treatment (<0.9), accounting for 7.06%. ABI index in patients with good blood lipid control: ABI was within the normal range (1.0-1.3), accounting for 61.03%; ABI was within the warning range (0.9-1.0), accounting for 27.18%; ABI was within the pathological range requiring treatment (<0.9), accounting for 11.79%. ABI index in patients with hypertension and coronary artery disease: ABI was within the normal range (1.0-1.3), accounting for 63.23%; ABI index was within the warning range (0.9-1.0), accounting for 24.52%; ABI was within the pathological range requiring treatment (<0.9), accounting for 12.26%. **Conclusion:** The ratio of ABI index between the right and left legs was not different. Measuring the ABI index is valuable in diagnosing lower limb arterial disease and predicting coronary artery disease and stroke. Measuring the ABI

index is not only a diagnostic method, the ABI value also reflects the severity of lower limb arterial disease. The lower the ABI value, the more severe the lower limb arterial disease and the higher the risk of cardiovascular events.

Keywords: ankle-brachial systolic blood pressure index, ABI index, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chỉ số cổ chân cánh tay (ABI) được coi là có giá trị trong chẩn đoán và đánh giá mức độ tổn thương hệ động mạch chi dưới (ĐMCD). ABI là một kỹ thuật chẩn đoán không xâm nhập, rẻ tiền, có thể áp dụng dễ dàng và rộng rãi tại các đơn vị tuyến huyện khi không có phương tiện chụp MSCT đồng thời có thể sử dụng cho quần thể lớn có nguy cơ cao, giúp cho phát hiện sớm, chính xác các tổn thương của hệ động mạch chi dưới cũng như theo dõi tiến triển của bệnh.

Bệnh động mạch chi dưới rất thường gặp ở bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2 nhưng thường phát hiện muộn do cùng với tổn thương thần kinh hoặc kèm các bệnh khác về xương khớp, suy van tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, ... và khi phát hiện muộn thường để lại những hậu quả nghiêm trọng làm tăng nguy cơ loét bàn chân, hoại tử, cắt cụt chi. Bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn muộn khi đã có nhiễm trùng hoặc hoại tử chi. Một nghiên cứu đánh giá mối tương quan giữa chỉ số ABI với mức độ tổn thương ĐMCD ở bệnh nhân tăng huyết áp sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng có cách nhìn đúng đắn và tổng thể trong chẩn đoán và tiên lượng tốt hơn ĐMCD.

Tại Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc hiện nay đang điều trị ngoại trú cho hơn 1200 bệnh nhân tăng huyết áp. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có phối hợp với bệnh rối loạn lipid máu, bệnh mạch máu chi dưới, ... còn cao. Hiện chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này tại Xuân Lộc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tăng huyết áp (THA) tại Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc trong năm 2019.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc trong năm 2019.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 325 bệnh nhân điều trị ngoại trú tăng huyết áp tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc từ tháng 01/2019 đến tháng 09/2019.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tăng huyết áp tại Trung tâm Y

tế huyện Xuân Lộc trong năm 2019.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tăng huyết áp có kèm bệnh đái tháo đường. Có một chỉ số không đo được.

Đạo đức nghiên cứu: Phân tích số liệu trung thực dựa trên số liệu thu thập được từ các phòng khám Tăng huyết áp ngoại trú. Mọi thông tin của đối tượng chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, tất cả các thông tin chỉ có người nghiên cứu mới được phép tiếp cận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Tỷ lệ nam và nữ

	Nam	Nữ	Tổng
Giới tính	159	166	325
Tỷ lệ (%)	48,92	51,08	100

Nhận xét: Có 159 bệnh nhân nam, chiếm 48,92% và nữ là 166 bệnh nhân, chiếm 51,08%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ theo độ tuổi của nhóm nghiên cứu

Tuổi	<50	50-59	60-69	70-79	>80
Tổng số	18	55	130	79	43
Tỷ lệ (%)	5,54	16,92	40	24,31	13,23

Nhận xét: Có 18 bệnh nhân có độ tuổi dưới 50 tuổi, chiếm 5,54%; 55 bệnh nhân có độ tuổi 50-59 tuổi, chiếm 16,92%; 130 bệnh nhân có độ tuổi 60-69, chiếm 40%; 79 bệnh nhân có độ tuổi 70-79, chiếm 24,31%; 43 bệnh nhân có độ tuổi >80, chiếm 13,23%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp trên và dưới 70 tuổi

Tuổi	<70	≥70	n
Tổng số	203	122	325
Tỷ lệ (%)	62,46	37,54	100

Nhận xét: Có 203 bệnh nhân có độ tuổi dưới 70, chiếm 62,46% và 122 bệnh nhân có độ tuổi ≥70, chiếm 37,54%.

3.2. Đặc điểm chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân cánh tay (ABI) ở nhóm nghiên cứu

3.2.1. So sánh ABI theo nhóm tuổi:

Bảng 3.4. So sánh ABI theo nhóm bệnh nhân THA trên và dưới 70 tuổi

Chỉ số ABI	1.0-1.3	0.9-1.0	<0.9	n
<70 tuổi	153	34	16	203
Tỷ lệ (%)	75,37	16,75	7,88	100
≥ 70 tuổi	80	29	13	122
Tỷ lệ (%)	65,57	23,77	10,66	100

Nhận xét: Nhóm <70 tuổi: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3) chiếm 75,37%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0) chiếm 16,75%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9) chiếm 7,88%. Nhóm ≥70 tuổi: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3) chiếm 65,57%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0)

chiếm 23,77%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9) chiếm 10,66%.

3.2.2. So sánh ABI theo chân phải và trái

Bảng 3.5. So sánh ABI theo chân phải và trái

Chỉ số ABI	1.0-1.3	0.9-1.0	<0.9	n
Chân phải	247	60	18	325
Tỷ lệ (%)	76	18,46	5,54	100
Chân trái	248	55	22	325
Tỷ lệ (%)	76,31	16,92	6,77	100

Nhận xét: Chỉ số ABI chân phải: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3) chiếm 76%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0) chiếm 18,46%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9) chiếm 5,54%. Chỉ số ABI chân trái: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3) chiếm 76,31%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0) chiếm 16,92%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9) chiếm 6,77%.

3.3. So sánh ABI với bệnh nhân được kiểm soát huyết áp tốt và không tốt

Bảng 3.6. So sánh ABI với bệnh nhân được kiểm soát huyết áp tốt và không tốt

	1-1.3	0.9-1	<0.9	n
Kiểm soát huyết áp tốt	140	18	12	170
Tỷ lệ (%)	82,35	10,59	7,06	100
Kiểm soát huyết áp không tốt	93	45	17	155
Tỷ lệ (%)	60	29,03	10,97	100

Nhận xét: Chỉ số ABI ở bệnh nhân được kiểm soát huyết áp tốt: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3) chiếm 82,35%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0) chiếm 10,59%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9) chiếm 7,06%. Chỉ số ABI ở bệnh nhân kiểm soát huyết áp không tốt: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3) chiếm 60%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0) chiếm 29,03%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9) chiếm 10,97%.

3.4. So sánh ABI với bệnh nhân Tăng huyết áp được kiểm soát lipid máu tốt và không tốt

Bảng 3.7. So sánh ABI với bệnh nhân tăng huyết áp được kiểm soát lipid máu tốt và không tốt

Chỉ số ABI	1.0-1.3	0.9-1.0	<0.9	Tổng cộng
THA+RLLPM	119	53	23	195
Tỷ lệ (%)	61,03	27,18	11,79	100
THA không RLLPM	114	10	6	130
Tỷ lệ (%)	87,69	7,69	4,62	100

Nhận xét: Chỉ số ABI ở bệnh nhân được kiểm soát lipid máu tốt: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3) chiếm 61,03%; ABI nằm trong

mức cảnh báo (0.9-1.0) chiếm 27,18%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9) chiếm 11,79%. Chỉ số ABI ở bệnh nhân kiểm soát lipid máu không tốt: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3) chiếm 87,69%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0) chiếm 7,69%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9) chiếm 4,62%.

3.5. So sánh ABI với bệnh nhân THA có bệnh mạch vành và không có bệnh mạch vành

Bảng 3.8. So sánh ABI với bệnh nhân THA có bệnh mạch vành và không có bệnh mạch vành

Chỉ số ABI	1.0-1.3	0.9-1.0	<0.9	n
THA + BMV	98	38	19	155
Tỷ lệ (%)	63,23	24,52	12,26	100
THA không mắc BMV	135	25	10	170
Tỷ lệ (%)	79,41	14,71	5,88	100

Nhận xét: Chỉ số ABI ở bệnh nhân tăng huyết áp có kèm bệnh mạch vành: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3) chiếm 63,23%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0) chiếm 24,52%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9) chiếm 12,26%. Chỉ số ABI ở bệnh nhân tăng huyết áp không có bệnh mạch vành: ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3) chiếm 79,41%; ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0) chiếm 14,71%; ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 5,88%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. So sánh ABI theo nhóm bệnh nhân tăng huyết áp trên và dưới 70 tuổi. Nhóm trên 70 tuổi có tỷ lệ chỉ số ABI nằm trong giới hạn bình thường là 65,57%, thấp hơn nhóm bệnh nhân có độ tuổi dưới 70 tuổi là 75,37%, chỉ số ABI nằm trong giới hạn nguy cơ là 23,77% cao hơn nhóm bệnh nhân có độ tuổi dưới 70 tuổi là 16,75%, chỉ số ABI nằm trong giới hạn nguy cơ là bệnh lý là 10,66% cao hơn nhóm bệnh nhân có độ tuổi dưới 70 tuổi là 7,88%. Như vậy, với bệnh nhân lớn tuổi (>70 tuổi) thì tỷ lệ nguy cơ càng cao và mạch bệnh càng nhiều. Thống kê này của chúng tôi phù hợp với khuyến cáo của hội tim mạch [1].

4.2. So sánh ABI theo chân phải và trái. Chỉ số ABI ở chân phải lần lượt là: bình thường (1.0-1.3), chiếm 76%; mức cảnh báo (0.9-1.0), chiếm 18,46%; mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 5,54% và ABI chân trái là: nằm trong mức bình thường (1.0-1.3), chiếm 76,31%; trong mức cảnh báo (0.9-1.0), chiếm 16,92%; mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 6,77%. Như vậy, chỉ số ABI của chân phải và chân trái không có sự khác biệt, với bệnh THA

thì bệnh mạch máu chi dưới như nhau. Điều này càng phù hợp với đề tài nghiên cứu của Phạm Chí Hiền [4].

4.3. So sánh ABI với bệnh nhân được kiểm soát huyết áp tốt và không tốt. Chỉ số ABI ở bệnh nhân được kiểm soát huyết áp tốt (với mục tiêu điều trị huyết áp là khi huyết áp tâm thu < 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương < 90 mmHg) thì chỉ số ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3), chiếm 82,35%; chỉ số ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0), chiếm 10,59%; chỉ số ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 7,06% và chỉ số ABI ở bệnh nhân kiểm soát huyết áp không tốt thì chỉ số ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3), chiếm 60%; chỉ số ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0), chiếm 29,03%; chỉ số ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 10,97%. Như vậy, với các bệnh nhân THA được kiểm soát tốt thì tỷ lệ chỉ số ABI nằm trong nhóm nguy cơ và bệnh lý càng giảm.

4.4. So sánh ABI với bệnh nhân THA được kiểm soát lipid máu tốt và không tốt. Chỉ số ABI ở bệnh nhân THA được kiểm soát lipid máu tốt có chỉ số ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3), chiếm 61,03%; chỉ số ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0), chiếm 27,18%; chỉ số ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 11,79% và với bệnh nhân cao huyết áp kiểm soát rối loạn lipid máu không tốt có tỷ lệ chỉ số ABI là: 87,69%; 7,69%; 4,62%. Như vậy, với bệnh nhân THA khi kiểm soát được rối loạn lipid máu làm tăng tỷ lệ chỉ số ABI bình thường và giảm tỷ lệ chỉ số ABI nhóm nguy cơ và bệnh lý đáng kể.

4.5. So sánh ABI với bệnh nhân THA có bệnh mạch vành và không có bệnh mạch vành. Chỉ số ABI nằm trong mức bình thường (1.0-1.3), chiếm 63,23%; chỉ số ABI nằm trong mức cảnh báo (0.9-1.0), chiếm 24,52%; chỉ số ABI nằm trong mức bệnh lý cần phải điều trị (<0.9), chiếm 12,26% và các chỉ số này lần lượt ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp không có bệnh mạch vành là 79,41%; 14,71%; 5,88%. Tuy bệnh lý không bao gồm các tổn thương ở tim song người có bệnh mạch máu ngoại vi lại có nguy cơ nhồi máu cơ tim, với kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số ABI bình thường ở bệnh nhân tăng huyết áp kèm bệnh mạch vành là 63,23% thấp hơn ở nhóm bệnh nhân không có bệnh mạch vành là 79,41%.

V. KẾT LUẬN

Việc đo chỉ số cổ chân cánh tay (ABI) là có giá trị trong chẩn đoán và đánh giá mức độ tổn

thương hệ động mạch chi dưới.

Chỉ số ABI có giá trị trong chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới tuy giá trị chỉ số ABI <0,9 có độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 95%, giá trị dự báo dương tính 85%, độ chính xác chung 90% nhưng đây là kỹ thuật chẩn đoán không xâm nhập, rẻ tiền phù hợp với điều kiện các trung tâm y tế tuyến huyện khi không có phương tiện chụp MSCT, đồng thời không độc hại, không nhiễm tia có thể sử dụng cho quần thể lớn có nguy cơ cao như người lớn hơn 70 tuổi, hút thuốc lá, cao huyết áp, đái đường...

Tỷ lệ chỉ số ABI giữa chân phải và chân trái không có sự khác biệt.

Đo chỉ số ABI có giá trị không những giúp chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới mà còn tiên lượng mắc bệnh mạch vành cũng như đột quỵ. Giá trị ABI càng thấp thì mức độ ĐMCD càng nặng và nguy cơ các biến cố tim mạch càng cao.

VI. KIẾN NGHỊ

Trang bị máy đo ABI tự động cho các trung tâm y tế, phòng khám đa khoa khu vực và tuyến xã vì đây là một kỹ thuật dễ thực hiện nhưng có giá trị cao trong công tác điều trị, chăm sóc, theo dõi và quản lý đái tháo đường và tăng huyết áp hiện nay.

Tất cả bệnh nhân có yếu tố nguy cơ đều phải đo ABI mỗi năm 1 lần như người nghiện thuốc lá, rối loạn lipid máu, cao huyết áp, đái tháo đường,...

Các bệnh nhân có chỉ số ABI từ 0.9-1 cần đo 6 tháng/lần.

Các bệnh nhân có chỉ số ABI từ 0.8-0.9 cần theo dõi và điều trị tại tuyến huyện.

Các bệnh nhân có chỉ số ABI từ <0.8 cần chuyển tuyến điều trị chuyên khoa.

Quản lý, điều trị tốt các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khuyến cáo ACC/AHA** về THA có bệnh mạch vành 2015.
2. **Khuyến cáo chẩn đoán và xử trí THA**, Phân hội THA/Hội Tim Mạch học Việt Nam 2018.
3. **Đào Thị Dừa, Hoàng Thị Lan Hương** (2011), "Khảo sát tổn thương động mạch 2 chi dưới ở bệnh nhân ĐĐT bằng chỉ số áp lực cổ chân cánh tay ABI", Tạp chí Nội tiết Đái tháo đường.
4. **Nguyễn Thị Bích Đào, Nguyễn Thị Bích Liên** (2014), "Khảo sát bệnh mạch máu ngoại biên chi dưới bằng chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay (chỉ số ABI) ở bệnh nhân ĐĐT type 2", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 18, phụ bản của số 1, 2014.
5. **Phạm Chí Hiên; Lê Phi Thanh Quyên; Huỳnh Thị Huyền Trang; Đỗ Minh Thái** (2017), "Khảo sát chỉ số ABI trên bệnh đái tháo đường tuyp 2".
6. **Trần Đức Hùng, Đoàn Văn Đệ, và cộng sự** (2010), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh động mạch chi dưới tại bệnh viện 103", Tạp chí Y học Việt Nam. tr. 8 – 12.
7. **Trần Bảo Nghi, Hồ Thương Dũng** (2011), "Giá trị chẩn đoán của chỉ số ABI và các yếu tố nguy cơ trong bệnh lý động mạch ngoại biên chi dưới trên bệnh nhân ĐĐT", Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản số 1, 2011.
8. **Vũ Thùy Thanh, Nguyễn Khoa Diệu Vân, Lê Bá Ngọc** (2014), "Chỉ số cổ chân – cánh tay trong đánh giá mức độ tổn thương bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân ĐĐT typ 2 có tổn thương bàn chân", Khoa Nội tiết - Bệnh viện Bạch Mai.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VIÊM PHỔI NẶNG Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI HƯNG YÊN NĂM 2023 – 2024

Nguyễn Thị Nga^{1,3}, Trần Phan Ninh², Nguyễn Thị Diệu Thúy¹

TÓM TẮT

Tiến hành nghiên cứu các bệnh nhân viêm phổi nặng tại Bệnh viện Sản nhi tỉnh Hưng Yên. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh ở trẻ dưới 5 tuổi mắc viêm phổi nặng. **Đối tượng nghiên cứu:** 46 bệnh nhân từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn

đoán viêm phổi nặng từ 1/4/2023-30/3/2024. **Phương pháp:** Mô tả loạt ca bệnh. **Kết quả:** Nhóm nhập viện nhiều nhất là nhóm dưới 1 tuổi (28,3%), nam chiếm 63%. Các dấu hiệu cơ năng thường gặp là sốt (91,3%), ho (91,3%), khô khè (78,3%), chảy mũi (78,3%). Dấu hiệu thực thể là rút lõm lồng ngực (80,4%), ran ẩm (93,5%), ran rít (76,1%). Hình ảnh X-quang phổi cho thấy tổn thương phổi chủ yếu là đám mờ (13,0%), nốt mờ rải rác (15,2%), kết hợp (50, 0%). Độ tổn thương chiếm tới 76,1% là tổn thương đồng đặc, kính mờ (17,4%) với bờ tổn thương rõ chiếm 93,5%. **Khuyến nghị:** Cần phải kết hợp các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán sớm viêm phổi nặng ở trẻ em, từ đó có định hướng điều trị bệnh phù hợp.

Từ khóa: Bệnh viêm phổi nặng; trẻ em dưới 5 tuổi; lâm sàng; chẩn đoán hình ảnh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện nhi Trung ương

³Bệnh Viện sản Nhi Hưng Yên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024