

là 1,0% và rò tái phát là 7,2% [2]. Theo Võ Duy Kha (2019), tỉ lệ mất tự chủ nhẹ ở tháng thứ 3 sau phẫu thuật là 9,3% [4].

Về kết quả phẫu thuật chung, nghiên cứu của chúng tôi thấy: Tỉ lệ phẫu thuật điều trị RHMPT (Iib, Iic) mức độ tốt 89,6%; trung bình là 10,4%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hoà (2016) thấy: kết quả tốt chiếm 73,0%, trung bình chiếm 13,5% và kém chiếm 13,5% [3]. Theo Tăng Huy Cường (2011), kết quả tốt chiếm 86,4%, trung bình chiếm 4,7% và kém 8,9% [1]. Theo Dương Đình Hạnh (2022), tỉ lệ phẫu thuật có kết quả chung mức độ tốt 88,7%; trung bình 4,1% và kém là 7,2% [2]. So sánh với nghiên cứu trước, nghiên cứu của chúng tôi không có kết quả phẫu thuật mức độ kém. Vì nghiên cứu của chúng tôi chỉ lựa chọn mẫu nghiên cứu rò loại Iib, Iic; Phương pháp phẫu thuật áp 2 kỹ thuật, nên kết quả tốt cao hơn và không có kết quả kém.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật RHMPT loại Iib, Iic đạt kết quả tốt 89,6% và trung bình là 10,4%. Kiểm tra 3 tháng sau phẫu thuật RHMPT loại Iib, Iic: toàn bộ (100,0%) bệnh nhân đều liền sẹo; thời gian liền sẹo trung bình là $9,66 \pm 9,84$ tuần; tỉ lệ hẹp

hậu môn 4,5%; rò tái phát là 9,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Tăng Huy Cường** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật lại rò hậu môn, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Dương Đình Hạnh** (2022), Kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
- Nguyễn Hoàng Hoà** (2016), Nghiên cứu chẩn đoán và phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Trung ương Quân đội 108, Hà Nội.
- Võ Duy Kha** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm qua ngà trực tràng, phân loại và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn phức tạp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2017-2019, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
- Phan Minh Trí and Đỗ Đình Công** (2021), Bệnh học Ngoại khoa Tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
- J. Champagne Bradley** (2023), "Operative management of anorectal fistulas", UpToDate, Last literature review version 19.3 pp. <https://www.uptodate.com/contents/operative-management-of-anorectal-fistulas>.
- M. Jimenez and N. Mandava** (2023), Anorectal Fistula [Updated 2023 Feb 2], StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).

NỒNG ĐỘ LACTATE MÁU TRONG DỰ ĐOÁN KẾT CỤC NỘI VIỆN CỦA BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Huỳnh Thị Nhung^{1,2}, Trần Hà Uyên¹, Nguyễn Hoàng Minh Thảo¹, Vũ Hoài Nam², Đoàn Lê Minh Hạnh¹

TÓM TẮT

Tổng quát: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) với biến cố đợt cấp của bệnh là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu toàn cầu. Một số nghiên cứu gần đây ghi nhận mối liên quan giữa lactate máu và kết cục lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp BPTNMT. Nồng độ lactate máu tăng có thể là yếu tố góp phần tiên lượng kết cục xấu của bệnh. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm xác định điểm cắt và giá trị của nồng độ lactate máu trong dự đoán kết cục nội viện của bệnh nhân đợt cấp BPTNMT. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ trên 136 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện tại khoa Cấp cứu và khoa Hô hấp

bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 03/2024 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nghiên cứu là $69,8 \pm 11,1$ tuổi, đa số là nam giới (90,4%) và 72,1% có tiền sử hút thuốc lá. Phần lớn bệnh nhân có đợt cấp BPTNMT ở mức độ trung bình đến nặng (99,3%). Nồng độ lactate máu có trung vị là 2 mmol/L (KTPV: 1,3 - 2,7), tỷ lệ tăng lactate máu là 50%. Không có khác biệt về tuổi, giới, BMI, CRP và sốt giữa hai nhóm có và không có tăng lactate máu. Nhịp tim trung bình, đường huyết, tỷ số neutrophil/lymphocyte ở nhóm lactate máu tăng cao hơn nhóm lactate máu không tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm cắt tối ưu trong dự đoán kết cục tử vong nội viện của lactate máu là 2,0 mmol/L, AUC là 0,84 (KTC 95% (0,77 - 0,9), $p < 0,05$), độ nhạy 93,5%, độ đặc hiệu 62,5%. Trong dự đoán kết cục thở máy, điểm cắt tối ưu của lactate máu là 1,7 mmol/L, AUC là 0,94 (KTC 95% (0,89 - 0,98), $p < 0,05$), độ nhạy 94,7%, độ đặc hiệu 81,7%. Lactate máu tăng là yếu tố độc lập dự đoán kết cục tử vong nội viện, bệnh nhân có lactate máu tăng có nguy cơ tử vong cao gấp 7,44 lần so với nhóm lactate máu không tăng (OR = 7,44, $p = 0,018$). **Kết luận:** Nồng độ lactate máu có mối liên quan có ý

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Nhung

Email: nhungyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

ngĩa với các kết cục nội viện gồm thở máy và tử vong ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện. Đây không chỉ là yếu tố quan trọng trong dự đoán kết cục nội viện mà còn là một xét nghiệm dễ tiếp cận và theo dõi. **Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Lactate máu, tử vong

SUMMARY

SERUM LACTATE AS A PREDICTOR FOR IN-HOSPITAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Backgrounds: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with its exacerbations is one of the leading causes of death globally. The association between serum lactate and clinical outcomes in patients with acute COPD exacerbation have been investigated in several studies recently. Elevated serum lactate levels might be a predictor of poor prognosis in these patients. **Objective:** This study aimed to determine the cut-off point and explore the value of serum lactate level in predicting in-hospital outcomes of patients with acute COPD exacerbation. **Methods:** A cohort study of 136 patients with acute COPD exacerbation was conducted in Emergency Department and Respiratory Department of Cho Ray Hospital from March 2024 to August 2024. **Results:** The mean age of the patients was 69.8 ± 11.1 years, with the majority being male (90,4%) and 72,1% having a history of smoking. Most patients had moderate to severe acute COPD exacerbations (99,3%). The median lactate level was 2,0 (IQR 1,3 - 2,7) mmol/L and half of our patients had elevated lactate level. There were no significant differences in ages, sexes, BMI, CRP and fever between high lactate level (HLL) and non - HLL groups. The mean heart rate, blood glucose level, and neutrophil/lymphocyte ratio were significantly higher in HLL than non - HLL group ($p < 0,05$). The optimal cut-off point of lactate level to predict in-hospital mortality is 2,0 mmol/L, AUC is 0,84 (95% CI 0,77 - 0,9), $p < 0,05$, sensitivity 93,5%, specificity 62,5%. In predicting requiring ventilation outcome, the optimal cut-off point of lactate level is 1,7 mmol/L, AUC is 0,94 (95% CI 0,89 - 0,98), $p < 0,05$, sensitivity 94,7%, specificity 81,7%. High lactate level was an independent predictor of in-hospital outcomes and patients having high blood lactate had a 7,44 times higher risk of mortality than patients without high blood lactate (OR = 7,44, $p = 0,018$). **Conclusion:** Serum lactate is remarkably associated with in-hospital outcomes including ventilation requirement and mortality in patients with AECOPD. Blood lactate levels are not only an important predictor of in-hospital outcomes, but are also easy to access and monitor. **Keywords:** Chronic obstructive pulmonary disease COPD, serum lactate level, blood lactate level, lactate, mortality

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba toàn cầu và Việt Nam là quốc gia có tần suất mắc bệnh cao nhất khu vực Châu Á Thái Bình Dương với

tần suất khoảng 6,7%. Ở bệnh nhân BPTNMT, đợt cấp là biến cố hàng đầu gây suy giảm chức năng hô hấp, tăng tái nhập viện, tăng gánh nặng kinh tế và tăng tỷ lệ tử vong lên đến 10% so với nhóm không có đợt cấp.¹ Lactate máu được chứng minh có liên quan đến giảm tưới máu mô và các rối loạn chức năng hô hấp tuần hoàn cấp tính. Gần đây, một số nghiên cứu ghi nhận sự liên quan giữa nồng độ lactate máu với kết cục của bệnh nhân đợt cấp BPTNMT bên cạnh các yếu tố tiên lượng kết cục xấu khác như số đợt cấp trước đó, giảm FEV1, bệnh đồng mắc và các chỉ số viêm.

Hiện chưa có nghiên cứu nào về giá trị của nồng độ lactate máu trong dự đoán kết cục nội viện ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT tại bệnh viện Chợ Rẫy. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm cung cấp thêm thông tin hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng trong điều trị và tiên lượng kết cục xấu ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ trên 136 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện tại khoa Cấp cứu và khoa Hô hấp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 03/2024 đến tháng 08/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT theo tiêu chuẩn của Sáng kiến toàn cầu về BPTNMT (GOLD 2023)² và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các đối tượng bị loại khỏi nghiên cứu khi có thở máy, nhập đơn vị hồi sức tích cực tại thời điểm nhập viện hoặc có các yếu tố gây ảnh hưởng nồng độ lactate máu như: sốt, suy gan nặng, xơ gan, chấn thương nặng, suy tim tiến triển, sốc tim, ung thư, nghiện rượu, thiếu máu mức độ nặng ($Hb < 5g/dl$), ngộ độc cyanua, cocaine, CO và đang dùng Metformin, salicylate, propofol.

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Rstudio phiên bản 1.2.1335. So sánh sự khác biệt giữa 2 số trung bình bằng phép kiểm Student và nhiều số trung bình bằng ANOVA (nếu các số trung bình thuộc phân phối chuẩn), phép kiểm Mann-Whitney (nếu số trung bình không thuộc phân phối chuẩn). So sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ dùng phép kiểm χ^2 ; phép kiểm Fisher's exact đối với những bảng 2x2 có 20% ô có tần số kỳ vọng < 5 . Phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Xác định các yếu tố có giá trị tiên lượng tử vong trong đợt cấp BPTNMT bằng phân tích hồi quy đơn biến và đa biến. Vẽ đường cong ROC và phân tích diện tích dưới đường cong (AUC) để

xác định khả năng tiên lượng của nồng độ lactate máu, đồng thời, xác định điểm cắt tối ưu bằng chỉ số Youden và tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm.

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Chợ Rẫy chấp thuận theo quyết định số 1705/ CN-HDDĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 3/2024 đến 8/2024 tại khoa Cấp cứu và khoa Hô Hấp Bệnh viện Chợ Rẫy, nghiên cứu đã thu được 136 bệnh nhân BPTNMT thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không thỏa tiêu chuẩn loại trừ.

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Tuổi trung bình là 69,8 ± 11,1 tuổi, thấp nhất là 40 tuổi, cao nhất là 98 tuổi, nam giới chiếm đa số (90,4%). BMI trung bình là 19,7 ± 3,0 kg/m², trong đó, nhóm có BMI <18,5 chiếm 39,7%. Phần lớn bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá (72,1%). Hầu hết bệnh nhân có bệnh đồng mắc (91,9%), trong đó các bệnh đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp (64%), trào ngược dạ dày thực quản (50,7%), và bệnh mạch vành (40,4%). Về phân độ nặng đợt cấp BPTNMT theo GOLD 2023, phần lớn bệnh nhân có mức độ trung bình (chiếm 57,4%) và nặng (chiếm 41,9%). Về đặc điểm kết cục nội viện của nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân cần thở máy chiếm 55,9% với thời gian thở máy trung bình là 7 ± 3,9 ngày, tỷ lệ tử vong nội viện là 23,5% và thời gian nằm viện trung bình là 11,15 ± 6,6 ngày.

Nồng độ lactate máu trong nghiên cứu có trung vị và khoảng tứ phân vị (KTPV) là 2 (1,3 - 2,7) mmol/L, thấp nhất là 0,73 mmol/L và cao nhất là 6,7 mmol/L. Tỷ lệ tăng lactate máu (nồng độ lactate máu ≥ 2mmol/L) khoảng 50%.

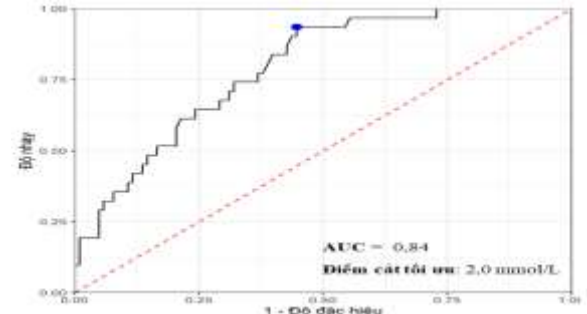
Liên quan giữa tăng lactate máu với đặc điểm dân số nghiên cứu và các yếu tố liên quan: Nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, BMI, chỉ số CRP và tình trạng sốt giữa hai nhóm có và không có tăng lactate máu. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận nhóm lactate máu tăng có nhịp tim trung bình, đường huyết và tỷ số neutrophil/lymphocyte cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tăng lactate máu (p <0,05).

Bảng 1: Liên quan giữa tăng lactate máu với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	Nồng độ lactate máu		Giá trị p
	Tăng (n=69)	Không tăng (n=67)	
Nhịp tim trung bình (lần/phút)	120	102	<0,001

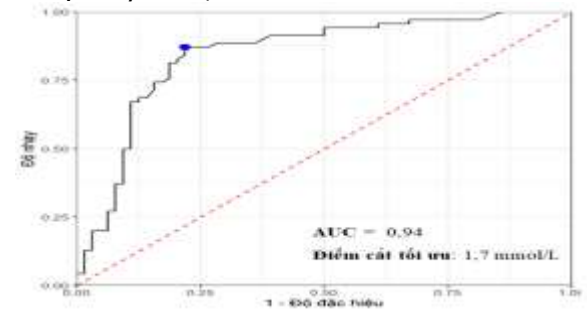
Đường huyết (mg/dl)	136	131	0,019
pH máu	7,28	7,43	<0,001
pCO ₂ (mmHg)	61	40	<0,001
pO ₂ (mmHg)	60	72	<0,001
Tỷ lệ neutrophil/lymphocyte	15,5	10,0	0,021
Độ lọc cầu thận (ml/phút)	84	90	0,028

Giá trị dự đoán các kết cục nội viện của lactate máu trong nghiên cứu: Nồng độ lactate máu trong 24 giờ đầu nhập viện có khả năng dự đoán kết cục tử vong nội viện ở mức tốt với diện tích dưới đường cong AUC =0,84 và KTC 95% (0,77 - 0,9). Ở điểm cắt tối ưu là 2,0 mmol/L, độ nhạy, độ chuyên lần lượt là 93,5% và 62,5%.



Biểu đồ 1: Điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của nồng độ lactate máu trong dự đoán tử vong nội viện

Nồng độ lactate máu có khả năng dự đoán kết cục thở máy ở mức tốt với AUC =0,94 và KTC 95% (0,89 - 0,98). Ngưỡng cắt tối ưu theo chỉ số Youden là 1,7 mmol/l cho độ nhạy 94,7% và độ chuyên 81,7%.



Biểu đồ 2: Điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của nồng độ lactate máu trong dự đoán kết cục thở máy

Ngoài ra, nồng độ lactate máu có tương quan yếu với thời gian nằm viện (hệ số tương quan R² = 0,19) và với thời gian thở máy (hệ số tương quan R² = 0,089).

Liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng và nguy cơ tử vong nội viện (bảng 2,3):

Bảng 2: Phân tích hồi quy logistic đơn biến

Đặc điểm	OR	KTC 95%	p
Nhịp thở ≥ 30 lần/phút	3,23	1,37 – 7,61	0,008
GCS ≤ 13	6,9	2,94 – 16,9	<0,001
Hemoglobin < 9 (g/dl)	4,58	1,14 – 19,7	0,033
Lactate máu tăng	25,7	7,2 – 164	<0,001
pH < 7,35	17,2	5,64 – 75,5	<0,001
Hình ảnh đông đặc	4,09	1,64 – 11,8	0,002
Phân độ nặng GOLD 2023	15,9	5,2 – 69,4	<0,001

Các yếu tố có liên quan đến kết cục tử vong như thở nhanh ≥ 30 lần/ phút, rối loạn tri giác, phân độ nặng theo GOLD 2023, hemoglobin < 9 g/dl, lactate máu ≥ 2 mmol/L, pH < 7,35; PaO₂ < 60mmHg, PaCO₂ > 45mmHg và hình ảnh đông đặc trên X quang.

Bảng 3: Phân tích hồi quy logistic đa biến

Đặc điểm	OR	KTC 95%	p
Nhịp thở ≥ 30 lần/phút	0,61	0,18 – 1,95	0,4
GCS ≤ 13	2,61	0,87 – 8,12	0,08
Hemoglobin < 9 (g/dl)	2,13	0,37 – 15,1	0,4
Lactate máu ≥ 2 (mmol/l)	7,44	1,56 – 55,7	0,01
pH máu < 7,35	2,17	0,22 – 32,4	0,5
Hình ảnh đông đặc	4,18	1,27 – 15,6	0,018
Phân độ nặng GOLD 2023	3,06	0,29 – 38,3	0,4

Sau phân tích đa biến các yếu tố có ý nghĩa trong đơn biến, chúng tôi ghi nhận hai yếu tố nguy cơ độc lập liên quan kết cục tử vong là lactate máu ≥ 2 mmol/l và hình ảnh đông đặc trên X quang. Lactate máu tăng có nguy cơ tử vong nội viện cao gấp 7,44 lần (OR = 7,44, KTC 95% 1,56 - 55,7, p = 0,01), có hình ảnh đông đặc trên X quang làm nguy cơ tử vong cao gấp 4,18 lần (OR = 4,18, KTC 95% 1,27 - 15,6, p = 0,018).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi có 136 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT với tuổi trung bình là $69,8 \pm 11,1$ tuổi, thấp nhất là 40 tuổi, cao nhất là 98 tuổi, nam giới chiếm đa số (90,4%), khá tương đồng với các nghiên cứu trong nước như tác giả Hoàng Thủy với độ tuổi trung bình $69,38 \pm 9,40$ và nam giới chiếm 92,8%,³ nhưng lại thấp hơn một số nghiên cứu nước ngoài như nghiên cứu của tác giả MacDonald có tuổi trung bình là 72,3 tuổi, tỷ lệ nam nữ khá đồng đều.⁴ Điều này có thể do tuổi thọ cao ở các nước phát triển và hành vi hút thuốc lá ở nữ phổ biến hơn.

Mức BMI cũng có sự khác biệt tương tự. Ở nghiên cứu của chúng tôi, BMI trung bình là $19,7 \pm 3,0$ kg/m² với nhóm có BMI <18,5 chiếm ưu thế, điều này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hoàng Thanh Hương có BMI trung bình là 20,4 kg/m²,⁵ trong đó nhóm bệnh nhân gầy

chiếm phần lớn với 31,48%. Tuy nhiên, kết quả này lại thấp hơn các nghiên cứu từ Châu Âu và Mỹ như nghiên cứu của tác giả Mohsen có BMI 26,4 với nhóm thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ cao hơn.⁶ Sự khác biệt này có thể giải thích bởi sự khác biệt chung về mức BMI giữa các quốc gia.

Phân độ nặng đợt cấp BPTNMT theo GOLD 2023 trong nghiên cứu của chúng tôi theo mức độ nhẹ, trung bình, nặng lần lượt là 0,7%; 57,4%; 41,9%, trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Jiaxin Zeng cho thấy mức độ phân bố lần lượt là 41,88%, 40,33%, 17,79%.⁷ Nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân đợt cấp trung bình đến nặng cao hơn các nghiên cứu khác là do chúng tôi nhằm đến việc xác định và phân tích các yếu tố có liên quan đến kết cục nội viện gồm thở máy và tử vong nên đối tượng nghiên cứu được lựa chọn cũng tập trung vào nhóm bệnh nhân đợt cấp BPTNMT trung bình đến nặng cần nhập viện. Chính vì thế, tỷ lệ tử vong nội viện trong nghiên cứu chúng tôi (23,5%) cũng cao hơn các nghiên cứu khác như tác giả MacDonald (5,6%),⁴ và khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Xie (29,7%).⁸

Tỷ lệ bệnh nhân có tăng lactate máu là 50,7% và nồng độ lactate máu có trung vị là 2,0 mmol/L (KTPV: 1,3 - 2,7 mmol/L). Kết quả này không khác biệt nhiều so với báo cáo của tác giả MacDonald và cộng sự với tỷ lệ tăng lactate máu khoảng 50% (49,3% - 51,7%) và giá trị trung vị của lactate máu xấp xỉ 2,0 mmol/L ở cả hai nhóm hồi cứu và tiến cứu.⁴

Giá trị trung vị nồng độ lactate ở nhóm tử vong (2,8 mmol/L, KTPV: 2,1 - 4,4) cao hơn nhóm sống (1,7 mmol/L, KTPV: 1,3-2,3) với p <0,05. Ở điểm cắt tối ưu là 2,0 mmol/L, nồng độ lactate máu trong 24 giờ đầu nhập viện có khả năng dự đoán kết cục tử vong nội viện ở mức tốt với diện tích dưới đường cong AUC =0,84 (KTC 95% (0,77 - 0,9), p<0,05), độ nhạy và độ chuyên lần lượt là 93,5% và 62,5%. Các nghiên cứu trên đối tượng suy hô hấp cấp cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của Niczewski và cộng sự cho thấy lactate máu có giá trị tiên lượng tốt với AUC 0,8 (KTC 95% 0,69 - 0,91).

Chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với kết cục tử vong nội viện nhằm xác định yếu tố liên quan đến tử vong nội viện độc lập ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT. Các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê khi phân tích đơn biến gồm thở nhanh, rối loạn tri giác, hemoglobin <9 g/dl, lactate máu tăng, pH máu, hình ảnh đông đặc, phân độ nặng đợt cấp theo GOLD 2023. Tuy nhiên, trong mô hình đa biến,

chỉ có lactate máu tăng và hình ảnh đông đặc được xác định là hai yếu tố liên quan độc lập với tử vong nội viện (OR = 7,44, KTC 95% (1,56 - 55,7), p = 0,01 và OR = 4,18, KTC 95% (1,27 - 15,6), p = 0,018). Kết quả này tương tự với báo cáo của tác giả Xie về tương quan của trị số lactate/albumin máu với kết cục tử vong trong 28 ngày ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện (OR = 1,77, KTC 95% (1,16 - 2,71), p = 0,008).⁸ Tuy nhiên, nghiên cứu này không trình bày giá trị lactate riêng rẽ cũng như sự phân bố giá trị lactate trong dân số nghiên cứu. Dù vậy, không thể phủ nhận rằng lactate máu tăng (lactate máu ≥ 2 mmol/L) là yếu tố nguy cơ độc lập dự đoán kết cục tử vong nội viện ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ lactate máu có mối liên quan có ý nghĩa với các kết cục nội viện gồm thở máy và tử vong ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện. Đây không chỉ là yếu tố quan trọng trong dự đoán kết cục nội viện mà còn là một xét nghiệm dễ tiếp cận và theo dõi. Việc xác định sớm tình trạng tăng lactate máu trong đợt cấp BPTNMT giúp nhận diện các bệnh nhân có nhu cầu hỗ trợ thông khí cơ học và tiên lượng tử vong cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thủy.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng,

- cận lâm sàng và một số căn nguyên vi khuẩn trong đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Đại học Y Hà Nội. 2023;
2. **Hoàng Thanh Hương.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp. TẠP CHÍ Y DƯỢC LÂM SANG. 2021;16(Số 5/2021):108.
3. **Jo YS.** Long-Term Outcome of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review. Tuberc Respir Dis (Seoul). Oct 2022;85(4):289-301.
4. **Agusti A, Celli BR, Criner GJ, et al.** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Eur Respir J. Apr 2023;61(4)
5. **MacDonald MI, Polkinghorne KR, MacDonald CJ, et al.** Elevated blood lactate in COPD exacerbations associates with adverse clinical outcomes and signals excessive treatment with β 2-agonists. Respirology. 2023;28(9):860-868.
6. **Mokaddem Mohsen S, Chakroun S, Chaker A, et al.** Body mass index in COPD: what relationship? European Respiratory Journal. 56(suppl 64):2439.
7. **Zeng J, Zhou C, Yi Q, et al.** Validation of the Rome Severity Classification of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation: A Multicenter Cohort Study. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 01/21 2024;19:193-204.
8. **Xie J, Liu H, He Q, et al.** Relationship between lactate-to-albumin ratio and 28-day mortality in patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease admitted to the Intensive Care Unit. European Journal of Medical Research. 2024/04/30 2024;29(1):258.

HIỆU QUẢ KẾT HỢP LIỆU PHÁP TÁC VỤ NHÓM TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHO BỆNH NHÂN ĐỢT QUY NHỒI MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÀ NỘI

Phạm Văn Minh^{1,2}, Phan Thị Kiều Loan^{1,2}, Lý Thị Lan Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả kết hợp liệu pháp tập tác vụ nhóm trong phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân đợt quy nhồi máu não tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp có đối chứng trên 64 bệnh nhân, được chia làm hai nhóm can thiệp và nhóm chứng được can thiệp và đánh giá sau 4 tuần và 8 tuần. **Kết quả:** Nhóm tập liệu pháp tác vụ nhóm có cải thiện nguy cơ ngã tốt hơn nhóm chứng với điểm

thay đổi TUG lần lượt là $4,72 \pm 2,76$ giây sau 4 tuần, $7,38 \pm 2,76$ giây sau 8 tuần và $2,66 \pm 2,76$ giây sau 4 tuần tiếp tục can thiệp đến 8 tuần ($p < 0,05$). Nhóm tập liệu pháp tác vụ nhóm có cải thiện thăng bằng thông qua điểm BBS tốt hơn nhóm chứng, ($p < 0,05$). Tốc độ đi lại cải thiện cao hơn ở nhóm can thiệp ($p < 0,01$). Cùng với đó, độ bền khi đi bộ của nhóm can thiệp cũng được cải thiện với quãng đường đi được tăng hơn giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ($p < 0,01$). **Kết luận:** Sau can thiệp PHCN vận động kết hợp tập tác vụ nhóm ở 64 bệnh nhân đợt quy nhồi máu não tại bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội sau 8 tuần can thiệp, chúng tôi nhận thấy có sự cải thiện điểm BBS, thời gian đứng dậy và đi trước và sau can thiệp TUG, cải thiện tốc độ đi bộ 10 mét và sự cải thiện quãng đường đi được trong nghiệm pháp đi bộ 2 phút của nhóm can thiệp tốt hơn nhóm chứng.

Từ khóa: nhồi máu não, phục hồi chức năng, liệu pháp tập tác vụ nhóm.

¹Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh

Email: pvminhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024