

3. Velazquez EJ, Lee KL, Deja MA, et al. Coronary-artery bypass surgery in patients with left ventricular dysfunction. The New England journal of medicine. Apr 28 2011;364(17):1607-16. doi:10.1056/NEJMoa1100356
4. Bakaeen FG, Gaudino M, Whitman G, et al. 2021: The American Association for Thoracic Surgery Expert Consensus Document: Coronary artery bypass grafting in patients with ischemic cardiomyopathy and heart failure. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. Sep 2021; 162 (3): 829-850.e1. doi:10.1016/j.jtcvs.2021. 04.052
5. Serruys PW, Morice M-C, Kappetein AP, et al. Percutaneous Coronary Intervention versus Coronary-Artery Bypass Grafting for Severe Coronary Artery Disease. New England Journal of Medicine. 2009/03/05 2009;360(10):961-972. doi:10.1056/NEJMoa0804626
6. Farkouh ME, Domanski M, Sleeper LA, et al. Strategies for Multivessel Revascularization in Patients with Diabetes. New England Journal of Medicine. 2012/12/20 2012;367(25):2375-2384. doi:10.1056/NEJMoa1211585
7. Chong CF, Fazluldeen AA, Tan C, Da Costa M, Wong PS, Lee CN. Surgical coronary revascularization in severe left ventricular dysfunction. Asian cardiovascular & thoracic annals. Jan 2007;15(1):14-8. doi:10.1177/021849230701500104
8. Rustenbach CJ, Sandoval Boburg R, Radwan M, et al. Surgical Outcomes in Octogenarians with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction following Isolated Coronary Artery Bypass Grafting-A Propensity Score Matched Analysis. Journal of clinical medicine. Aug 6 2024; 13(16)doi:10.3390/jcm13164603

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT Ở TRẺ EM VỚI PHƯƠNG PHÁP THÁO LỒNG BẰNG HƠI TẠI KHOA NGOẠI NHÌ - BỆNH VIỆN SẢN NHI TRÀ VINH NĂM 2017

Lê Phước Lộc¹, Lâm Văn Nút²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lồng ruột ở trẻ em; Đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp bơm hơi tháo lồng ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu tất cả bệnh nhi nhập viện tại khoa Ngoại Nhi được chẩn đoán là lồng ruột và có chỉ định tháo lồng bằng hơi. **Kết quả:** Giới tính: nam 57%, nữ 43%. Nhóm tuổi: trẻ < 12 tháng là 23,3%, từ 12-24 tháng chiếm 25,5% và trẻ ở nhóm tuổi > 24 tháng chiếm tỷ lệ 51,2%. Dinh dưỡng: cân nặng bình thường chiếm 91,9%; thừa cân là 7% và có 1 trường hợp trẻ suy dinh dưỡng chiếm 1,2%. Tiền sử mắc bệnh lồng ruột: có 23,3% trẻ bị lồng ruột tái phát, chưa mắc: mắc bệnh lồng ruột lần đầu chiếm 76,7%. Thời điểm nhập viện: đến sớm < 48 giờ chiếm 89,5%, muộn > 48 giờ: 10,5%. Dấu hiệu lâm sàng khi nhập viện của trẻ: hầu hết các trẻ đều có dấu hiệu đau bụng, quấy khóc chiếm 97,7%, nôn ói chiếm 66,3%, có 17% trẻ đi tiêu phân đàm máu. Khám thực thể ghi nhận: đa số trẻ không có dấu hiệu mất nước chiếm 97,7%, chỉ có 2,3% trẻ có dấu hiệu mất nước; có 12,8% trẻ bị chướng bụng và khi thăm khám sờ được khối lồng ruột chiếm 95,3%. Tình trạng toàn thân của trẻ lúc nhập viện: trẻ lừ đừ chiếm 26,7%, sốt có 17%, bỏ bú 31,4%. Đa số các trường hợp trẻ còn khỏe chưa có biểu hiện nặng. Kết quả siêu âm ghi nhận 98,8% phát hiện hình ảnh khối lồng qua siêu âm, các trường hợp

không có thực hiện chỉ định chụp Xquang bụng để hỗ trợ trong chẩn đoán. Đa số các trường hợp đều nhập viện trước 48 giờ chiếm 89,5%, có 10,5% nhập viện muộn sau 48 giờ. Đa số các trường hợp đều được tháo lồng bằng hơi thành công trong lần đầu chiếm 82,5%, có 15,1% phải tháo từ 2 lần trở lên, 1 trường hợp không tháo được, người nhà bệnh nhi xin chuyển tuyến trên, 1 trường hợp không tháo được phải chuyển mổ cấp cứu. **Kết luận:** Các dấu hiệu lâm sàng: có đầy đủ các dấu hiệu lâm sàng, đặc biệt là đau bụng, quấy khóc chiếm 97,7%. Dấu hiệu thực thể: sờ được khối lồng khi thăm khám chiếm 95,3%. Dấu hiệu toàn thân: chưa điển hình do bệnh nhi đến sớm, chỉ có dấu hiệu trẻ bỏ bú chiếm 31,4%. Cận lâm sàng: Siêu âm bụng phát hiện khối lồng ruột chiếm 98,8%. Kết quả tháo lồng bằng hơi: thành công trong 1 lần tháo chiếm 82,5%; tháo 2 lần trở lên: 15,1%; tháo không thành công: 2,4%. Phương pháp tháo lồng bằng hơi dưới siêu âm điều trị lồng ruột ở trẻ em là một phương pháp an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện. An toàn: không có tử vong, không tai biến, ít biến chứng. Hiệu quả: tỷ lệ thành công cao 97,6%. Để thực hiện: bơm hơi bằng máy tạo hơi, có thể áp dụng ở mọi cơ sở có trang bị siêu âm, Xquang và có khả năng phẫu thuật cấp cứu bụng để xử trí các tình huống tháo lồng thất bại hoặc có biến chứng vỡ ruột. **Từ khóa:** đánh giá kết quả, điều trị lồng ruột, tháo lồng bằng hơi.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATING INTUBUSION IN CHILDREN WITH THE AIR DISSOLUTION METHOD AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRIC SURGERY - TRA VINH OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL IN 2017

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phước Lộc

Email: bslephuocloc@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 3.12.2024

Research objective: Survey of clinical and paraclinical characteristics of intussusception in children; Evaluate the results of treatment by pneumatic debulking in children. **Method:** Prospective study of all children hospitalized in the Department of Pediatric Surgery diagnosed with intussusception and indicated for pneumatic debulking. **Results:** Gender: male 57%, female 43%. Age group: children < 12 months old accounted for 23.3%, from 12-24 months accounted for 25.5% and children in the age group >24 months accounted for 51.2%. Nutrition: normal weight accounted for 91.9%; overweight was 7% and there was 1 case of malnutrition accounted for 1.2%. History of intussusception: 23.3% of children had recurrent intussusception, not yet: first-time intussusception accounted for 76.7%. Time of admission: early < 48 hours accounted for 89.5%, late > 48 hours: 10.5%. Clinical signs of children when admitted: most children had signs of abdominal pain, crying accounted for 97.7%, vomiting accounted for 66.3%, 17% of children had bloody stools. Physical examination showed: most children had no signs of dehydration accounted for 97.7%, only 2.3% of children had signs of dehydration; 12.8% of children had abdominal distension and when examined, a palpable mass accounted for 95.3%. General condition of children when admitted: lethargic accounted for 26.7%, fever 17%, refusal to breastfeed 31.4%. Most cases of children were still healthy and had no serious symptoms. Ultrasound results showed that 98.8% of children had detected images of the mass through ultrasound, the study cases did not have an indication for abdominal X-ray to support diagnosis. Most cases were admitted to the hospital before 48 hours, accounting for 89.5%, and 10.5% were admitted late after 48 hours. Most cases were successfully removed by air on the first attempt, accounting for 82.5%, 15.1% had to be removed 2 or more times, 1 case could not be removed, the patient's family requested to be transferred to a higher level, 1 case could not be removed and had to be transferred to an emergency surgery. **Conclusion:** Clinical signs: full clinical signs, especially abdominal pain and crying, accounting for 97.7%. Physical signs: palpable intussusception mass during examination, accounting for 95.3%. General signs: not typical because the patient arrived early, only signs of the child refusing to breastfeed, accounting for 31.4%. Paraclinical: abdominal ultrasound detected intussusception mass, accounting for 98.8%. Results of removing intussusception by air: successful in 1 removal, accounting for 82.5%; removal 2 or more times: 15.1%; Unsuccessful removal: 2.4%. The method of pneumatic debulking under ultrasound for treating intussusception in children is a safe, effective and easy method. Safety: no deaths, no accidents, few complications. Effectiveness: high success rate of 97.6%. Easy to perform: inflating with a pneumatic generator, can be applied in any facility equipped with ultrasound, X-ray and capable of emergency abdominal surgery to handle situations of failed debulking or complications of intestinal rupture.

Keywords: outcome assessment, treatment of intussusception, pneumatic debulking.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồng ruột là một trạng thái bệnh lý, một đoạn ruột chui vào lòng của một đoạn ruột kế cận. Đây là cấp cứu ngoại khoa phải chẩn đoán, xử trí sớm nếu lồng ruột không được tháo lồng ngay sẽ dẫn tới tắc ruột, khối lồng bị hoại tử. Phải điều trị bằng phẫu thuật hoặc tháo lồng bằng hơi. Ngày nay phương pháp tháo lồng bằng hơi được sử dụng chủ yếu ở tất cả các bệnh viện, đây là một phương pháp không can thiệp phẫu thuật, tỷ lệ thành công cao. Cho dù nguyên nhân nào dẫn đến việc trẻ bị lồng ruột phải phẫu thuật đều rất nguy hiểm, có nhiều hệ lụy xảy ra sau cuộc mổ, việc chăm sóc hậu phẫu, thời gian hồi phục, dinh dưỡng của trẻ, biến chứng có thể... ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe của trẻ và gia đình, do đó việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời bằng phương pháp không phẫu thuật là một lựa chọn tối ưu.

Hiện nay, tỷ lệ trẻ em bị lồng ruột ở Việt Nam theo bệnh viện Nhi Trung ương trung bình một ngày có 3 - 4 bệnh nhi bị lồng ruột vào khoa ngoại. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh, theo dõi trong năm 2015 trung bình 2 - 3 ngày có một bệnh nhi bị lồng ruột. Hiện tại, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh cũng có lượng bệnh tương tự. Hầu hết được điều trị bằng phương pháp tháo lồng bằng hơi, tỷ lệ thành công khá cao, có trường hợp phải chuyển mổ ngay. Để đúc kết kinh nghiệm từ thực tiễn góp phần hạn chế tới mức thấp nhất việc phải phẫu thuật những trường hợp trẻ bị lồng ruột, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Đánh giá kết quả điều trị lồng ruột ở trẻ em với phương pháp tháo lồng bằng hơi tại khoa Ngoại Nhi - Bệnh viện sản nhi Trà Vinh năm 2017*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi nhập viện tại khoa Ngoại Nhi được chẩn đoán là lồng ruột và có chỉ định tháo lồng bằng hơi.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Ngoại Nhi - Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh từ tháng 03/2017 đến tháng 09/2017.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu tròn.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn vào lô nghiên cứu tất cả các bệnh nhi được chẩn đoán lồng ruột có chỉ định tháo lồng vào khoa Ngoại Nhi, Bệnh viện Sản - Nhi.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhi nhập viện tại khoa Ngoại Nhi được chẩn đoán là lồng ruột và có chỉ định tháo lồng bằng hơi.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu bằng bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn.

Các tham số nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng (chẩn đoán hình ảnh) và kết quả điều trị lồng ruột cấp tính bằng bơm hơi tháo lồng dưới siêu âm.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng khoa học kỹ thuật của bệnh viện thông qua. Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	N=86Tỷ lệ %	
Giới		
1. Nam	49	57,0
2. Nữ	37	43,0
Tuổi		
1. < 12 tháng	20	23,3
2. 12 - 24 tháng	22	25,5
3. > 24 tháng	44	51,2
Dân tộc		
1.Kinh	73	84,9
2.Khmer	13	15,1
3.Khác	0	0
Nghề nghiệp của mẹ hoặc người giám hộ		
1. CCVC	8	9,3
2. Công nhân	28	32,6
3. Làm ruộng	18	20,9
4. Buôn bán	8	9,3
5. Khác	24	27,9
Địa chỉ		
1. Thành thị	16	18,6
2. Nông thôn	70	81,4
Tiền sử bệnh		
1. Có bị lồng ruột	20	23,3
2. Chưa bị lồng ruột	66	76,7
Tiêm ngừa		
1. Có tiêm ngừa đầy đủ theo lịch	8	9,3
2. Chưa đầy đủ theo lịch	78	90,7
Phương pháp sinh		
1. Sinh thường	52	60,5
2. Sinh mổ	33	38,4
Cân nặng lúc sinh		
1. > 2,5kg	80	93,0
2. < 2,5 kg	6	7,0
Cân nặng hiện tại		
1. Bình thường	79	91,8
2. Thừa cân	6	7,0
3. Suy dinh dưỡng	1	1,2
Dinh dưỡng		

1. Bé bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu	73	84,9
2. Bé bú sữa ngoài	13	15,1
Tiền sử sinh		
1. Bé sinh đủ tháng	78	90,7
2. Bé sinh thiếu tháng	8	9,3

Nhận xét: Có 86 trường hợp trẻ bị lồng ruột nhập viện tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh từ tháng 3/2017 đến tháng 9/2017. Về giới tính: nam chiếm 57% nhiều hơn nữ, thường gặp ở nhóm tuổi > 24 tháng tuổi chiếm 51,2%, nhóm tuổi < 12 tháng chiếm 23,3% còn lại 25,5% gặp ở nhóm từ 12 - 24 tháng tuổi; dân tộc Kinh chiếm 84,9%, Khmer chiếm 15,1%; Nghề nghiệp của mẹ bệnh nhi đa số là công nhân chiếm 32,6%, ít nhất là CCVC chiếm 9,3%. Nơi sinh sống chủ yếu ở nông thôn chiếm 81,4%. Về tiền sử bệnh lý lồng ruột trước đó có 23,3% trẻ đã có bị lồng ruột tái phát nhiều lần, 76,7% lần đầu mắc bệnh lồng ruột. Đa số trẻ đều tiêm ngừa đủ lịch và sinh đủ tháng chiếm 90,7%. Về dinh dưỡng: Đa số trẻ đều được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu chiếm 84,9%; cân nặng lúc sinh có 6 trẻ nhẹ cân, chiếm 7%; cân nặng hiện tại có 1 trẻ suy dinh dưỡng chiếm 1,2%, 6 trẻ thừa cân chiếm 7%, còn lại các trẻ đều có cân nặng bình thường chiếm 91,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lồng ruột

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh lồng ruột

Nội dung	N=86	Tỷ lệ %
A. Dấu hiệu lâm sàng		
Đau bụng, quấy khóc		
Có	84	97,7
Không	2	2,3
Nôn ói		
Có	57	66,3
Không	29	33,7
Tiêu phân đàm máu		
Có	15	17,4
Không	71	82,6
B. Dấu hiệu thực thể		
Đầu hiệu mất nước		
Có	2	2,3
Không	84	97,7
Bụng chướng		
Có	11	12,8
Không	75	87,2
Có thể sờ thấy khối lồng		
Có	82	95,3
Không	4	4,7
C. Tình trạng toàn thân		
Lử đừ		
Có	23	26,7

Không	63	73,3
Sốt		
Có	15	17,4
Không	71	82,6
Bỏ bú		
Có	27	31,4
Không	59	68,6

Nhận xét: Dấu hiệu lâm sàng khi nhập viện: hầu hết các trẻ đều có dấu hiệu đau bụng, quấy khóc chiếm 97,7%, nôn ói chiếm 66,3%, có 17% trẻ đi tiêu phân đàm máu. Khám thực thể ghi nhận: đa số trẻ không có dấu hiệu mất nước chiếm 97,7%, chỉ có 2,3% trẻ có dấu hiệu mất nước; có 12,8% trẻ bị chướng bụng và khi thăm khám bác sĩ sờ được khối lồng chiếm 95,3%. Tình trạng toàn thân của trẻ lúc nhập viện: trẻ lừ đừ chiếm 26,7%, sốt có 17%, bỏ bú 31,4%. Đa số các trường hợp trẻ còn khỏe chưa có biểu hiện nặng.

Bảng 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	n=86	Tỷ lệ %
Siêu âm: Hình ảnh khối lồng		
Có	85	98,8
Không	1	1,2
X quang bụng: Mức nước hơi		
Có	0	0
Không	86	100,0

Nhận xét: Kết quả siêu âm ghi nhận 98,8% phát hiện hình ảnh khối lồng qua siêu âm, các trường hợp nghiên cứu không có thực hiện chỉ định chụp Xquang bụng để hỗ trợ trong chẩn đoán.

Bảng 3.4. Thời gian nhập viện

Thời gian nhập viện	n=86	Tỷ lệ %
<48h	77	89,5
>48h	9	10,5

Nhận xét: Đa số trường hợp đều nhập viện trước 48h chiếm 89,5%, có 10,5% nhập viện muộn sau 48h.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3.5. Kết quả điều trị bằng phương pháp tháo lồng bằng hơi

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Kết quả tháo lồng		
Tháo được 1 lần	71	82,5
Tháo được > 1 lần	13	15,1
Tháo không được, chuyển mổ	2	2,4
Tình trạng sau tháo lồng		
Diễn biến tốt	75	87,2
Diễn biến chưa tốt	11	12,8

Nhận xét: Đa số đều được tháo lồng bằng hơi thành công trong lần đầu chiếm 82,5%, có 15,1% phải tháo từ 2 lần trở lên, 1 trường hợp không tháo được, người nhà bệnh nhi xin chuyển tuyến trên, 1 trường hợp không tháo được phải chuyển mổ cấp cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Về giới tính của trẻ, là nam nhiều hơn nữ phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Đức tại BVĐK tỉnh Ninh Bình nam/nữ = 67/33. Số lượng bệnh nhi nằm trong lô nghiên cứu của Nguyễn Đình Đức trong 10 năm là 1042 trường hợp, tương đương với nghiên cứu của chúng tôi, trong 6 tháng theo dõi có 86 trường hợp.

Ở độ tuổi, nhóm trẻ >24 tháng mắc bệnh nhiều nhất chiếm nhất chiếm 51,2%, khác so với nghiên cứu của Nguyễn Đình Đức, tuổi thường gặp nhất là 5-12 tháng. Sự khác biệt này là do thời gian và số lượng của nghiên cứu không giống nhau, do đó kết quả thu được sẽ khác nhau, nếu đề tài kéo dài thời gian nghiên cứu sẽ có sự thay đổi trong nhóm tuổi, điều đó không nói lên được việc mắc bệnh lồng ruột của trẻ không có phụ thuộc vào độ tuổi của trẻ mà tất cả trẻ nhỏ đều có nguy cơ mắc bệnh là như nhau.

Trẻ có tiền sử bị lồng ruột tái phát không ảnh hưởng đến kết quả điều trị, những trẻ đã từng bị lồng ruột thường người nhà đã từng biết các dấu hiệu bệnh lý của trẻ, có thể đưa trẻ đến sớm để điều trị, tránh tình trạng đến muộn dẫn đến các biến chứng.

Nơi cư trú của trẻ đa số là ở nông thôn, nghề nghiệp là nông dân và công nhân lao động, điều này phù hợp với đặc điểm địa lý của tỉnh Trà Vinh, đây là tỉnh vùng đồng bằng sông Cửu Long.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Các trường hợp trẻ mắc bệnh lồng ruột đều có đầy đủ triệu chứng lâm sàng như: đau bụng, quấy khóc, nôn ói, có tiêu phân đàm máu, mặc dù trên một bệnh nhi không có tất cả các dấu hiệu trên nhưng ít nhiều cũng có những biểu hiện đó tùy theo mức độ nặng nhẹ của trẻ. Dấu hiệu đau bụng, quấy khóc chiếm rất cao 97,7% phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đình Đức (98,2%). Các triệu chứng thực thể và toàn thân không điển hình do bệnh nhi đến sớm chưa có biểu hiện nặng, tuy nhiên khám thực thể sờ được khối lồng là rất cao 95,3%. Như vậy, nghĩ đến lồng ruột khi có ít nhất 1 trong 3 triệu chứng trên, nhất là trong độ tuổi mắc bệnh cao, để tránh bỏ sót chẩn đoán hoặc làm chậm trễ chẩn đoán, điều trị. Tuy vậy, cũng ghi nhận một số ít triệu chứng (như co giật, tím tái, ho, sốt...) có thể làm lầm lẫn chẩn đoán với một bệnh lý khác. Đây là một trong những dấu hiệu lâm sàng để chẩn đoán xác định lồng ruột ở trẻ.

Phương pháp chẩn đoán có giá trị cao là siêu âm bụng, 98,8% đều phát hiện qua kết quả siêu âm, X quang chưa được chỉ định trong nghiên cứu này do chưa có trường hợp khó chẩn đoán,

dựa vào siêu âm và thăm khám là BS đã có thể chẩn đoán xác định được.

Thời gian nhập viện của trẻ được ghi nhận là đến sớm <48h, vì đối tượng mắc bệnh là trẻ em do đó việc phát hiện những bất thường của trẻ là rất sớm. Khi có biểu hiện trẻ đang chơi bỗng nhiên quấy khóc do cơn co thắt ruột hoặc trẻ bỏ bú kèm nôn ói là người nhà lập tức đưa trẻ đến cơ sở y tế ngay. Tuy nhiên vẫn còn một số trường hợp chủ quan, khi phát hiện trẻ có biểu hiện bệnh thì tự ý mua thuốc uống, do bận công việc không có thời gian quan tâm tới trẻ, hoặc ở vùng sâu, vùng xa ít tiếp cận với chăm sóc y tế... dẫn đến việc đưa trẻ nhập viện trễ, trường hợp tháo lồng thất bại phải chuyển mổ là 1 trong những trường hợp đến muộn sau 48h.

4.3. Kết quả điều trị. Kết quả tháo lồng bằng hơi của các bệnh nhi trong 6 tháng của bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh đa số đều thành công với phương pháp tháo lồng bằng hơi chiếm 97,6%, có 2 trường hợp thất bại chiếm tỷ lệ 2,4%, trong đó 1 trường hợp không tháo được người nhà xin chuyển tuyến trên còn 1 trường hợp phải chuyển mổ cấp cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả của Nguyễn Đình Đức là 93,3%. Trường hợp mổ mở do bệnh nhi đến trễ, có dấu hiệu nặng (tiêu chảy, bụng chướng hơi, sốt) đã điều trị ở tuyến dưới, sau khi chuyển viện lên BV Sản nhi đã xử trí hồi sức, tháo lồng bằng hơi 2 lần không thành công phải chuyển mổ cấp cứu. Quá trình phẫu thuật ghi nhận ổ bụng có dịch, khối lồng ở hố chậu phải lồng vào hồi manh tràng kích thước 50 x 40cm, tháo khối lồng bằng tay, kiểm tra đoạn hồi tràng, đại tràng không thấy bất thường, cắt ruột thừa thứ phát cho bệnh nhi. Kết quả sau phẫu thuật 6 ngày, bệnh nhi ổn, cho xuất viện.

Nhìn chung, qua kết quả nghiên cứu, kết quả tháo lồng bằng hơi tỷ lệ thành công khá cao. Tỷ lệ bệnh nhi phải chuyển mổ chỉ có 01 trường hợp. Đây là một kết quả khá tốt trong quá trình điều trị lồng ruột của bệnh nhi tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Giới tính: nam 57%, nữ 43%

Nhóm tuổi: trẻ <12 tháng là 23,3%, từ 12-24 tháng chiếm 25,5% và trẻ ở nhóm tuổi >24 tháng chiếm tỷ lệ 51,2%.

Dinh dưỡng: Cân nặng bình thường chiếm 91,9%; thừa cân là 7% và có 1 trường hợp trẻ suy dinh dưỡng chiếm 1,2%

Tiền sử mắc bệnh lồng ruột: có 23,3% trẻ bị lồng ruột tái phát, chưa mắc: mắc bệnh lồng

ruột lần đầu chiếm 76,7%

Thời điểm nhập viện: đến sớm <48h chiếm 89,5%, muộn >48h: 10,5%.

5.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng: có đầy đủ dấu hiệu lâm sàng, đặc biệt là đau bụng, quấy khóc chiếm 97,7%.

Dấu hiệu thực thể: sờ được khối lồng khi thăm khám chiếm 95,3%.

Dấu hiệu toàn thân: chưa điển hình do bệnh nhi đến sớm, chỉ có dấu hiệu trẻ bỏ bú chiếm 31,4%.

Cận lâm sàng: Siêu âm bụng phát hiện khối lồng chiếm 98,8%.

5.3. Kết quả tháo lồng bằng hơi

Kết quả tháo lồng bằng hơi: Thành công trong 1 lần tháo chiếm 82,5%. Tháo 2 lần trở lên: 15,1%. Tháo không thành công: 2,4%.

Phương pháp tháo lồng bằng hơi dưới siêu âm điều trị lồng ruột ở trẻ em là một phương pháp an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện. An toàn: Không có tử vong, không tai biến, ít biến chứng. Hiệu quả: tỷ lệ thành công cao 97,6%. Dễ thực hiện: Bơm hơi bằng máy tạo hơi, có thể áp dụng ở mọi cơ sở có trang bị siêu âm, Xquang và có khả năng phẫu thuật cấp cứu bụng để xử trí các tình huống tháo lồng thất bại hoặc có biến chứng vỡ ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Chí, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Đào Trung Hiếu (2011), Đặc điểm lâm sàng và siêu âm lồng ruột được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Đồng I, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Đình Đức và các cộng sự (2010), Nghiên cứu kết quả tháo lồng ruột cấp tính ở trẻ em bằng bơm hơi tại giường tại Bệnh viện đa khoa Ninh Bình.
3. Nguyễn Việt Hải (2011), Đánh giá sớm kết quả điều trị lồng ruột cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.
4. Đỗ Thị Bích Nga, Lê Cao Sang (2015), So sánh kết quả tháo lồng bằng hơi và tháo lồng bằng nước trong điều trị lồng ruột cấp tính ở nhũ nhi, Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh viện đa khoa An Giang.
5. Trần Ngọc Sơn, Nguyễn Đức Thắng (2015), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật lồng ruột ở trẻ em, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.
6. Nguyễn Thị Minh Trang (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm và kết quả điều trị bệnh lồng ruột cấp ở trẻ em, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
7. Al-Meflh Waseem, Ahmad AbuQuraa, Gaith Khaswneh, et al (2016), "Pneumatic reduction of pediatric intussusception: Experience at Queen Rania Al-Abdullah Hospital for Children", Journal of The Royal Medical Services, 23 (3), pp. 13-19.
8. Blackwood Brian P., Christina M. Theodorou, Ferdynand Hebal, Catherine J. Hunter M. (2016), "Pediatric Intussusception: Decreased surgical risk with timely transfer to a Children's Hospital", Journal of Pediatric Care 2016, 2 (3), pp 1-4.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KIỂM SOÁT CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH NHÂN MẠCH VÀNH MẠN TÍNH SAU CAN THIỆP GIÁO DỤC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lê Thị Thu Hiền¹, Phan Tiến Công¹, Nguyễn Thị Nương¹,
Trần Thị Thu Phương¹, Lưu Văn Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kiểm soát các YTNC của người bệnh ĐMV mạn tính sau can thiệp GDSK tại Bệnh viện TƯQĐ 108. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng là 50 BN có bệnh ĐMV mạn tính điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tim mạch - Bệnh viện TƯQĐ 108 từ 03-11/2023. Phương pháp NC tiến cứu, mô tả cắt ngang, có can thiệp. Đánh giá YTNC trước can thiệp; thực hiện can thiệp GDSK; đánh giá lại YTNC. BN được can thiệp GDSK về khái niệm bệnh ĐMV, kiến thức về các YTNC tim mạch, các khuyến cáo và hướng dẫn kiểm soát các YTNC thông qua tư vấn đối thoại trực tiếp trong 30 phút. Nội dung GDSK được in và phát cho BN dưới hình thức lời dẫn kèm đơn thuốc ghim vào sổ khám bệnh. Thu thập, xử lý số liệu bằng thuật toán thống kê y học bởi phần mềm SPSS 20.0. Tính các giá trị %, giá trị TB, kiểm định Wilcoxon test, Mcneman test để so sánh các giá trị TB và tỷ lệ % trước và sau can thiệp. **Kết quả:** Can thiệp GDSK góp phần giảm các chỉ số LDL-C máu ($3,11 \pm 1,1\text{mmol/L}$ so với $3,57 \pm 1,8\text{mmol/L}$ với $p=0,004$), glucose máu ($6,07 \pm 1,8\text{ mmol/L}$ so với $6,75 \pm 2,3\text{mmol/L}$ với $p=0,007$), BMI ($25,12 \pm 2,6\text{ kg/m}^2$ so với $25,78 \pm 3,1\text{kg/m}^2$ với $p=0,012$), giảm tỷ lệ BN sống tĩnh tại, ít vận động (38% so với 52% với $p=0,019$). Tăng tỷ lệ BN có chế độ ăn theo khuyến cáo: Hạn chế chất béo xấu (84% so với 26% với $p=0,001$); thay bằng chất béo tốt (76% so với 48% với $p=0,018$); hạn chế tinh bột và kiểm soát cân nặng (58% so với 32% với $p=0,022$); ăn tăng chất xơ và thức ăn có GI thấp (96% so với 74% với $p=0,050$); ăn giảm muối (64% so với 30% với $p=0,005$). **Kết luận:** GDSK cho BN bệnh ĐMV mạn tính làm giảm các chỉ số YTNC liên quan đến chuyển hoá (LDL-C, glucose, BMI), thay đổi các chỉ số YTNC liên quan đến hành vi của BN (giảm tỷ lệ BN sống tĩnh tại ít vận động, tăng tỷ lệ BN có chế độ ăn theo khuyến cáo).

Từ khóa: Bệnh mạch vành mạn tính, yếu tố nguy cơ tim mạch, giáo dục sức khỏe.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF CONTROLLING RISK FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASE AFTER HEALTH EDUCATIONAL INTERVENTION AT 108

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hiền
Email: hienthule240981@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024
Ngày duyệt bài: 5.12.2024

CENTRAL MILITARY HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of controlling risk factors of patients with chronic Coronary Artery Disease (CAD) after Health Education Intervention (HEI) at Central Military Hospital 108. **Subjects and methods:** Subjects are 50 patients with chronic CAD treated Outpatient treatment at the Cardiovascular Clinic of Central Military Hospital 108 from March to November, 2023. Method: Prospective, cross-sectional, interventional research. Assess risk factors before intervention; Perform HEI; Re-evaluate risk factors. Patients received HEI on the concept of CAD, knowledge about cardiovascular risk factors, recommendations and instructions for controlling risk factors through direct dialogue consultation for 30 minutes. Health education content is printed and distributed to patients in the form of instructions with prescriptions pinned to the medical examination book. Data is collected and processed using medical statistical algorithms by SPSS 20.0 software. Calculate the percentage values, mean values, Wilcoxon test, Mcneman test to compare mean values and percentages before and after intervention. **Results:** HEI contributed to reducing blood LDL-C indices ($3.11 \pm 1.1\text{mmol/L}$ compared to $3.57 \pm 1.8\text{mmol/L}$ with $p=0.004$), blood glucose ($6.07 \pm 1.8\text{mmol/L}$ vs. $6.75 \pm 2.3\text{mmol/L}$ with $p=0.007$), BMI ($25.12 \pm 2.6\text{ kg/m}^2$ vs. $25.78 \pm 3.1\text{kg/m}^2$ with $p=0.012$), reducing the proportion of patients living sedentary lives (38% compared to 52% with $p=0.019$). Increased proportion of patients with recommended diet: Limiting bad fats (84% vs. 26% with $p=0.001$); replace with good fats (76% vs. 48% with $p=0.018$); carbohydrate restriction and weight control (58% vs. 32% with $p=0.022$); eat more fiber and low GI foods (96% vs. 74% with $p=0.050$); eat less salt (64% vs 30% with $p=0.005$). Increased knowledge score (13.75 ± 4.10 points compared to 8.28 ± 5.80 points with $p=0.004$). **Conclusion:** HEI for patients with chronic CAD contributes to reducing risk indicators related to metabolism (LDL-C, glucose, BMI), changing risk indicators related to patient behavior (reduce the proportion of patients living sedentary lives, increase the proportion of patients with recommended diets).

Keywords: Chronic coronary artery disease, cardiovascular risk factors, health education.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh động mạch vành (ĐMV) ngày càng phổ biến trên thế giới và Việt Nam. Xơ vữa ĐMV có thể không triệu chứng trong nhiều năm, triệu chứng bệnh xuất hiện khi xơ vữa và huyết khối gây thiếu máu cơ tim cục bộ, nếu không được kiểm soát tốt sẽ dẫn đến nhiều biến chứng,