ỨNG DỤNG MỞ KHÍ QUẢN NHANH QUA DA BẰNG DỤNG CỤ PERCUTWIST TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP

Vũ Duy Đông[1], Nguyễn Hữu Hồng Quân[1], Nguyễn Thị Thu Hà[1], Nguyễn Thị Hoài[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật mở khí quản nong qua da tại khoa Hồi sức tích cực– Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp.

Phương pháp: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả/ tiến cứu trên các bệnh nhân nặng cần mở khí quản tại Khoa Hồi sức tích cực của Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp từ T12/2023 đến 31/07/2024.

Kết quả: Tổng số 23 bệnh nhân, 69.57% (16/23) là nam giới. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân mở khí quản là 70.91 ± 17.929 tuổi. Bệnh lý phối hợp bao gồm tăng huyết áp (30.4%; 07/23) và đái tháo đường (17.4%; 04/23). Chỉ định mở khí quản do tiên lượng thở máy kéo dài chiếm 47.8% (11/23) và do mất khả năng tự bảo vệ đường thở là 52.2%. Chẩn đoán chính để chỉ định mở khí quản cao nhất là đột quỵ não (30.4%, 7/23)

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân nặng được mở khí quản có độ tuổi trung bình khá cao. Bệnh lý phối hợp phổ biến bao gồm tăng huyết áp và đái tháo đường. Thời gian mở khí quản ngắn, thủ thuật được tiến hành đơn giản, tỷ lệ thành công cao.

Từ khoá: mở khí quản qua da, percutwist.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Duy Đông
Email: dongdz2791997@gmail.com
Ngày nhận bài: 30/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 30/9/2024
Ngày duyệt bài: 4/11/2024

SUMMARY

APPLICATION OF PERCUTANEOUS TRACHEOLOGY USING PERCUTWIST INSTRUMENTS AT INTENSIVE CARE UNIT OF AGRICULTURAL GENERAL HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of percutaneous tracheostomy surgery at the Intensive Care Department - Agriculture General Hospital.

Method: We performed a descriptive/prospective study on critically ill patients requiring tracheostomy at the Intensive Care Unit of Agriculture General Hospital from December 2023 to July 31, 2024.

Result: A total of 23 patients, 69.57% (16/23) were men. The average age of tracheostomy patients was 70.91 ± 17,929 years old. Combining diseases included hypertension (30.4%; 07/23) and diabetes (17.4%; 04/23). Indications for tracheostomy were due to prognosis of prolonged mechanical ventilation in 47.8% (11/23) and due to loss of ability to protect the airway in 52.2%. The highest main diagnosis for tracheostomy indication was cerebral stroke (30.4%, 7/23).

Conclusion: Our study shows that critically ill patients undergoing tracheostomy have a relatively high average age. Common comorbidities include hypertension and diabetes. Tracheostomy time is short, the procedure is simple, and the success rate is high.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở khí quản là một thủ thuật phổ biến cho những bệnh nhân nặng phải thở máy kéo dài với mục tiêu giảm khoảng chết ở đường thở tạo thuận lợi cho thở máy, chăm sóc hút dịch tiết đường thở dễ dàng hơn và có khả năng giảm tỷ lệ viêm phổi do thở máy. Kỹ thuật mở khí quản phẫu tích do Jackson mô tả lần đầu năm 1909, có tỷ lệ biến chứng lên đến 66% ở những bệnh nhân nặng được nhận vào khu điều trị đặc biệt được yêu cầu mở khí quản[1]. Do tỷ lệ biến chứng cao, đòi hỏi nhu cầu thực hiện một thủ thuật đơn giản hơn, với tỷ lệ biến chứng thấp hơn[2] là tiền đề khai sinh phương pháp mở khí quản qua da, được mô tả lần đầu tiên bởi Shelden và cộng sự năm 1957[4]. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về kỹ thuật này và với đa số cơ sở, kỹ thuật này còn khá mới mẻ. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nặng có chỉ định mở khí quản, nhận xét kết quả bước đầu khi thực hiện kỹ thuật này

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực của Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp từ T12/2023 đến 31/07/2024 được chỉ định mở khí quản qua da với dụng cụ nong Percutwist

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn:

Bệnh nhân có đầy đủ các tiêu chuẩn sau đây:

- Thông khí nhân tạo ≥10 ngày kèm một trong những tiêu chuẩn sau:

1. Liệt cơ hô hấp không hồi phục
2. Không bảo vệ được đường thở
3. Liệt hầu họng không hồi phục
4. Cai thở máy nhiều lần thất bại

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Chúng tôi không đưa vào nghiên cứu các trường hợp sau:

- Viêm mô tế bào vùng cổ
- Không thể xác định giải phẫu vùng cổ hoặc trước đó có tiền sử xạ trị vùng cổ
- Rối loạn đông máu nặng (INR > 1,5 và/hoặc tiểu cầu máu < 50 G/L).
- Bất thường cấu trúc mạch máu quanh khí quản đã xác định
- Biến dạng giải phẫu cổ do u, phì đại tuyến giáp
- Gia đình không đồng ý mở khí quản

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Đây là nghiên cứu tiến cứu thực hiện trên bệnh nhân nặng có chỉ định mở khí quản điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực của Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp từ T12/2023 đến 31/07/2024.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu:

Dữ liệu cho mỗi bệnh nhân nghiên cứu được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất giống nhau và bao gồm:

Đặc điểm chung (ví dụ tuổi, giới), bệnh lý phối hợp (tăng huyết áp, đái tháo đường) của bệnh nhân được chỉ định mở khí quản.

Phương pháp mở khí quản (ví dụ: thời điểm mở khí quản, chỉ định mở khí quản).

Quy trình từng bước, thời gian tiến hành và kết quả của mở khí quản.

2.2.3. Quy trình tiến hành nghiên cứu:

Trong thời gian tham gia điều trị bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực của Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp từ tháng 12 năm 2023 đến hết tháng 7 năm 2024, nghiên cứu viên thu thập dữ liệu của bệnh nhân lưu vào bệnh án mẫu trước, trong và sau khi mở khí quản, đồng thời theo dõi bệnh nhân cho đến khi ra viện. Khi kết thúc thời gian lấy mẫu số liệu, dựa trên danh sách bệnh nhân nghiên cứu đã

được lựa chọn trước đó, nghiên cứu viên tiến hành thu thập các dữ liệu còn thiếu từ bệnh án và phần mềm quản lý bệnh nhân

2.2.4. Xử lý số liệu:

Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học IBM SPSS version 16.0 (IBM Corp., Armonk, NY, 116 USA). Số liệu được trình bày dưới dạng số và tỷ lệ phần trăm đối với các biến phân loại và dưới dạng trung vị (median) và khoảng tứ phân vị (interquartile range/IQR) hoặc dưới dạng trung bình (mean) và độ lệch chuẩn (standard deviation/SD) đối với các biến liên tục.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và bệnh lý phối hợp của bệnh nhân được mở khí quản nong qua da

Tổng số có 23 bệnh nhân điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực của Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp được mở khí quản (Bảng 1), trong đó có 16/23 (69.57%) bệnh nhân là nam giới và độ tuổi trung bình của các bệnh nhân mở khí quản là 70.91 ± 17.929 tuổi. Bệnh lý phối hợp chiếm đa số bao gồm (Bảng 1): tăng huyết áp (30.4%; 07/23) và đái tháo đường (17.4%; 04/23).

Bảng 1. Đặc điểm chung và bệnh lý phối hợp của bệnh nhân mở khí quản nong qua da

Đặc điểm	**N (%)**
Tổng số bệnh nhân	23 (100%)
Tuổi (năm), trung bình (± độ lệch chuẩn)	70.91±17.9
Giới	
Nam	16 (69.6%)
Nữ	7 (30.4%)
Bệnh lý/tình trạng phối hợp	
Tăng huyết áp	07 (30.4%)
Đái tháo đường	04 (17.4%)
Đơn độc một bệnh lý phối hợp	7 (30.4%)
Hai bệnh lý phối hợp trở lên	(52.2%)

3.2. Mở khí quản nong qua da cho bệnh nhân nặng

Bảng 2. Đặc điểm riêng của từng bệnh nhân được mở khí quản nong qua da

Đặc điểm	**N (%)**
Tổng số bệnh nhân	23 (100%)
Chu vi vòng cổ (cm), trung bình (± độ lệch chuẩn)	38.35 ± 3.42
Khoảng cách ức cằm (cm), trung bình (± độ lệch chuẩn)	15 ± 2.35
BMI (kg/m2), trung bình (± độ lệch chuẩn)	20.81 ± 2.84
BMI	
< 18.5	5 (21.7%)
18.5 – 24.9	17 (73.9%)
25 – 29.9	1 (4.4%)

3.3. Kết quả mở khí quản nong qua da

Bảng 3. Kết quả mở khí quản nong qua da

Đặc điểm	N (%)	P
Tổng số bệnh nhân	23 (100%)	
Quy trình từng bước		
Chọc dò		
Số lần chọc dò trung bình (± độ lệch chuẩn)	1.3 ± 0.56	
Thuận lợi	17 (73.9%)	0,00
Khó khăn	6 (26.1%)	
Luồn Guidewire		
Số lần luồn guidewire trung bình (±độ lệch chuẩn)	1.26 ± 0.54	
Thuận lợi	18 (78.3%)	0,00
Khó khăn	5 (21.8%)	
Đưa canuyn vào vị trí		
Số lần đưa canuyn vào vị trí trung bình (± độ lệch chuẩn)	1	
Thuận lợi	100%	
Kết quả chung cuộc		
Thành công	100%	
Thuận lợi	21 (91.3%)	
Khó khăn	2 (8.7%)	
Thời gian thủ thuật trung bình (phút) (± độ lệch chuẩn)	4.84 ± 3.08	

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có tổng số 23 bệnh nhân nặng được mở khí quản với độ tuổi trung bình khá cao (70.91±17.9) cao nhất 100 tuổi, nhỏ nhất 19 tuổi, trong đó người bệnh ≥ 60 tuổi chiếm đa số. Kết quả này cho thấy mở khí quản có thể được chỉ định ở bất kỳ một đối tượng nào, tuy nhiên ở nhóm người cao tuổi có thể có tỷ lệ mắc các bệnh lý nặng nề hơn đòi hỏi cần mở khí quản chăm sóc dài ngày. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh lý phối hợp thường gặp nhất bao gồm tăng huyết áp và đái tháo đường, trong đó bệnh nhân có hai bệnh lý phối hợp trở lên chiếm một tỷ lệ đáng kể, là hoàn toàn phù hợp với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được mở khí quản theo phương pháp nong xoắn lỗ qua da một thì bằng dụng cụ chuyên biệt dưới hướng dẫn nội soi phế quản (Percutwist). Cỡ canuyn mở khí quản 8mm. Mỗi phương pháp mở khí quản đều có ưu và nhược điểm riêng, việc lựa chọn phương pháp mở khí quản tùy thuộc rất nhiều vào nhân lực và trang thiết bị hiện có của mỗi trung tâm. Trong nghiên cứu này, nhóm mở khí quản của chúng tôi bao gồm các phẫu

thuật viên là các bác sĩ thuộc chuyên ngành gây mê hồi sức hoặc hồi sức cấp cứu, bác sĩ có chứng chỉ nội soi phế quản. Về mặt kỹ thuật, chúng tôi thuần thục quy trình kỹ thuật và có khả năng khắc phục sự cố nếu xảy ra.

Mở khí quản qua da có nhiều sự khó khăn khác nhau đến từ năng lực và kinh nghiệm thực hành của phẫu thuật viên, hoặc từ chính đặc điểm giải phẫu vùng cổ của bệnh nhân. Hầu như rất ít nghiên cứu nói về đặc điểm giải phẫu vùng cổ đối với khả năng hoàn thành thủ thuật. Tỷ lệ thành công là 100%, trong đó có 2 trường hợp gặp khó khăn trong khi tiến hành thủ thuật (8.7%, n = 23), chủ yếu đến từ bước chọc dò và bước luồn guidewire. Mở khí quản nong qua da ở nữ giới khó khăn hơn so với ở nam giới (OR = 6.0; 95% CI từ 0.44 đến 81.2). Nhóm thừa cân thực hành thủ thuật khó khăn hơn nhóm có cân nặng bình thường hoặc gầy (OR = 4.25; 95% CI từ 0.25 đến 70.75). Thời gian trung bình để hoàn thành thủ thuật tương đối ngắn, trong đó phần lớn thời gian mất vào khâu xác định vị trí, rạch da.Trên thực tế, thời gian để thực hiện tất cả 4 thao tác nêu trên không mất quá nhiều.

Bảng 4. Thời gian thủ thuật

Nghiên cứu	Kỹ thuật	Thời gian hoàn thành thủ thuật (phút)	T(p)
Lâm Huyền Trân 20174	PDT*	5.92 ± 1.25	4.18 (0.00)
Lê Thị Việt Hoa 20095	PDT*	5.7 ± 2.98	4.65 (0.00)
Sachin Gupta 20203	PDT*	19.1 ± 11.7	23.8(0.00)
Friedman 19966	ST**	33.9 ± 14.0	-55.38 (0.00)
Chúng tôi	PDT*	4.84 ± 3.08	

**:mở khí quản nong qua da, **:mở khí quản phẫu tích*

Qua nhiều lần thực hành, chúng tôi nhận thấy việc hoàn thành thủ thuật dễ dàng hay khó khăn còn phụ thuộc nhiều vào khả năng xác định và cố định các mốc giải phẫu vùng cổ trong khi tiến hành. Vòng cổ lớn và lớp phần mềm trước khí quản quá dày ảnh hưởng đến khả năng xác định và cố định khí quản trong bước chọc dò, trong khi cổ ngắn khiến vị trí chọc dò thấp khó cố định được điểm chọc dò. Bước luồn guidewire có lẽ liên quan đến tình trạng gập kim hoặc bít

đầu ống dẫn bởi tổ chức phù nề trong lòng khí quản, phần nhiều liên quan đến hướng chọc dò. Các bước còn lại là nong và đưa canuyn vào đúng vị trí được tiến hành thuận lợi sau khi hoàn thành 2 bước trên với mức hoàn thành dễ dàng là 100%. Tuy nhiên cần lưu ý rằng bước luồn canuyn cần tôn trọng đường vào, hướng luồn cần trùng với hướng nong, tránh xoay hoặc dùng nhiều lực dẫn tới gập guidewire, có thể dẫn tới đặt lệch canuyn, là một biến chứng nguy hiểm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân nặng được mở khí quản có độ tuổi trung bình khá cao. Bệnh lý phối hợp phổ biến bao gồm tăng huyết áp và đái tháo

đường. Toàn bộ bệnh nhân được mở khí quản nong qua da. Chỉ định mở khí quản nhiều nhất là tiên lượng thở máy kéo dài. Kỹ thuật được tiến hành dễ dàng, đơn giản, tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ gặp khó khăn thấp, thời gian hoàn thành thủ thuật tương đối ngắn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jackson C.** Tracheotomy. The Laryngoscope. 1909;19(4): 285-290. doi: 10.1288/ 00005537- 190904000-00003
2. **Percutaneous tracheostomy: comparison of Ciaglia and Griggs techniques** | Critical Care | Full Text. Accessed May 5, 2022. https:// ccforum.biomedcentral.com/articles/ 10.1186/cc667
3. **Gupta S, Tomar DS, Dixit S, et al.** Dilatational Percutaneous vs Surgical TracheoStomy in IntEnsive Care UniT: A Practice Pattern Observational Multicenter Study (DISSECT). Indian J Crit Care Med. 2020; 24(7): 514-526. doi:10.5005/jp-journals-10071-23441
4. **Lâm Huyền Trân, Nguyễn Thế Hải.** đánh giá kết quả phẫu thuật mở khí quản xuyên da nong tại bệnh viện nguyễn tri phương. Y học TP Hồ Chí Minh. 2017;21(3).
5. **Lê Thị Việt Hoa.** Nghiên cứu ứng dụng phương pháp mở khí quản Ciaglia tại khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Trung ương quân đội 108. Tạp chí Y học Việt Nam. 2009;1(360):12-16.
6. **Friedman Y, Fildes J, Mizock B, et al.** Comparison of percutaneous and surgical tracheostomies. Chest. 1996;110(2):480-485. doi:10.1378/chest.110.2.480

TỔNG QUAN VỀ MỘT SỐ TIẾN BỘ TRONG ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU NÃO NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Thế Anh[1]

TÓM TẮT

Chảy máu trong não không do chấn thương chiếm khoảng 10-20% tổng số đột quỵ não nói chung. Chảy máu não không do chấn thương chia làm 2 loại, chảy máu não nguyên phát và chảy máu não thứ phát. Chảy máu não nguyên phát (còn gọi là chảy máu não tự phát) chiếm tỷ lệ 85% chảy máu não nói chung, nguyên nhân chính là do tăng huyết áp và bệnh mạch máu não nhiễm tinh bột. Chảy máu não nguyên phát để lại hậu quả nặng nề tỷ lệ tử vong trong tháng đầu khoảng 40%, tỷ lệ tử vong sau một năm lên đến 60%. Trong vài thập kỷ trước việc điều trị chảy máu trong não không đem lại nhiều hiệu quả, tỷ lệ tử vong và tàn phế cao, do phương pháp điều trị dựa trên các bằng chứng không đầy đủ hoặc dựa trên kinh nghiệm. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, dựa trên những hiểu biết mới về nguyên nhân, sinh lý bệnh, có nhiều phương pháp điều trị chảy máu não mới đã hạn chế được tỷ lệ tử vong và tàn phế của chảy máu não.

Từ khóa: Chảy máu não nguyên phát

SUMMARY

OVERVIEW OF ADVANCES IN PRIMARY INTRACEREBRAL HEMORRHAGE TREATMENT

Non traumatic intracerebral hemorrhage accounts for 10-20% of strokes. Non-traumatic Intracerebral hemorrhage can be divided into primary and secondary. Primary intracerebral hemorrhage (Also known as spontaneous intracerebral hemorrhage) account for 85% of cerebral hemorrhage. Main etiology of primary intracerebral hemorrhage are hypertension and cerebral amyloidangiopathy. Primary intracerebral hemorrhage cause severe consequences, the mortality rate is about 40% in the first month and upto 60% after one year. In the past few decades, treatment of intracerebral bleeding had been ineffective, with high rates of mortality and disability, due to inadequate evidence-based or empiric-based treatments. However, in recent years, based on new understandings of the etiology and pathophysiology, there are many new treatment methods for cerebral hemorrhage that have limited the mortality and disability of cerebral hemorrhage.

Keywords: primary intracerebral hemorrhage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu trong não (CMN) không do chấn thương chiếm khoảng 10-20% tổng số đột quỵ não nói chung, chảy máu não không do chấn thương được chia làm hai loại là chảy máu não nguyên phát (còn gọi là chảy máu não tự phát) và chảy máu não thứ phát. Chảy máu não nguyên phát chiếm tỷ lệ 85% chảy máu não nói chung, nguyên nhân chính là do tăng huyết áp và hoặc bệnh mạch máu não nhiễm tinh bột. Tỷ lệ mới mắc CMN

[1]*Bệnh viện Thanh Nhàn*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh
Email: bsnguyentheanh@gmail.com
Ngày nhận bài: 20/8/2024
Ngày phản biện khoa học: 23/09/2024
Ngày duyệt bài:11/10/2024

nguyên phát hàng năm khoảng 25/100000, tỷ lệ tử vong trong tháng đầu khoảng 40%, tỷ lệ tử vong sau một năm lên đến 60% [1]. Trong vài thập kỷ trước vệc điều trị chảy máu trong não không đem lại nhiều hiệu quả, tỷ lệ tử vong và tàn phế cao, lý do là phương pháp điều trị dựa trên các bằng chứng chưa đầy đủ hoặc dựa trên kinh nghiệm [2]. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, những hiểu biết mới về nguyên nhân, sinh lý bệnh, phân loại chảy máu não dẫn đến sự quan tâm nghiên cứu về điều trị CMN ngày một nhiều hơn, có nhiều phương pháp điều trị chảy máu não tích cực đã phần nào hạn chế được tỷ lệ tử vong và tàn phế của chảy máu não. Dựa trên các cơ chế của tổn thương thần kinh trong CMN nêu trên các nhà nghiên cứu đã đề ra nhiều phương pháp điều trị tiềm năng về nội khoa và hoặc phẫu thuật, có thể được tóm tắt như sau: Giảm kích thước khối máu tụ thông qua phẫu thuật lấy máu tụ hoặc phẫu thuật xâm lấn tối thiểu; Hạn chế sự mở rộng khối máu tụ, thông qua việc sử dụng các chất cầm máu, đảo ngược tình trạng rối loạn đông máu, hoặc hạ huyết áp (HA) tích cực; Thay đổi cơ chế phân tử dẫn đến các tác dụng thứ phát của chảy máu não, đặc biệt là viêm do các sản phẩm phân giải hemoglobin gây ra [2].

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH CHẢY MÁU TRONG NÃO NGUYÊN PHÁT

2.1. Nguyên nhân

Các nguyên nhân chính dẫn đến bệnh mạch máu và CMN là tăng huyết áp và lắng đọng amyloid gây ra bệnh mạch máu nhiễm tinh bột (CAA/Cerebral amyloid angiopathy). Xuất huyết não do tăng huyết áp là hậu quả của sự thoái hóa mỡ kính tiểu động mạch và các động mạch xuyên nhỏ dẫn tới hình thành lên các vi phình mạch, thường gặp nhất là các mạch xuyên của động mạch não giữa. Khoảng 2/3 các trường hợp xảy ra ở vùng các hạch nền.Bệnh lý mạch máu nhiễm amyloid là căn nguyên phổ biến nhất ở bệnh nhân trên 70 tuổi với các chảy máu não ở thùy não. Sự lắng đọng ngày càng nhiều của peptide beta-amyloid trên thành mạch màng não và vỏ não làm giảm sự đàn hồi của chúng, dẫn đến một loạt các loại chảy máu não bao gồm vi chảy máu não, xơ hóa bề mặt vỏ não và xuất huyết trong não. Các đặc điểm chính của CAA là sự hiện diện chảy máu ở thùy não, vỏ não hoặc vỏ não-dưới vỏ [3].

2.2. Cơ chế bệnh sinh

Theo sau sự vỡ của thành mạch, máu chảy ra gây cơ chế chấn thương trực tiếp cho nhu mô não liền kề. Sự phù não xung quanh khối máu tụ tiến triển trong vòng 3 giờ đầu kể từ khi xuất hiện triệu chứng và đạt đỉnh trong khoảng giữa 10 tới 20 ngày. Tiếp đó, máu và huyết tương thúc đẩy các tiến trình gây tổn thương thứ phát bao gồm phản ứng viêm, sự hoạt hóa chu trình đông máu, và lắng đọng sắt từ sự thoái hóa hemoglobin. Cuối cùng, khối CMN có thể tiếp tục to ra trong khoảng 38% các bệnh nhân trong vòng 24 giờ đầu. Khi khối xuất huyết não đủ lớn có thể gây ra hiệu ứng khối chèn ép gây các thoát vị não, giãn hệ thống não thất hay tăng áp lực nội sọ. Khi có chảy máu trong khoang dưới nhện, máu có thể gây ra tình trạng co mạch cấp tính, kết tập tiểu cầu vi mạch dẫn tới giảm tưới máu và thiếu não [4].

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN CHẢY MÁU NÃO

3.1. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não

CLVT sọ não không tiêm thuốc cản quang là một kỹ thuật nhanh với độ nhạy rất

cao để xác định xuất huyết não cấp tính, và do tính khả dụng cao của nó mà đây được coi như tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định xuất huyết não. CLVT sọ não ngoài việc chẩn đoán xác định xuất huyết não, còn cung cấp thêm các thông tin hữu ích khác bao gồm vị trí, lan rộng vào não thất, giãn não thất, sự xuất hiện và mức độ phù não, và sự đè đẩy đường giữa cũng như thân não thứ phát do hiệu ứng khối của khối máu. Thể tích khối máu nội sọ là yếu tố dự báo mạnh mẽ đầu ra lâm sàng của bệnh nhân và có thể xác định được nhanh chóng ở khoa cấp cứu dựa vào kỹ thuật đo ABC/2. Hình ảnh xuất huyết não cấp tính trên CLVT sọ não thì dễ nhận biết do đặc trưng bởi hình ảnh tăng tỷ trọng so với nhu mô não (trừ khi số lượng máu quá ít). [1] Chụp cắt lớp vi tính dựng mạch não (CT mạch não) là kỹ thuật chẩn đoán không xâm lấn hữu ích trong bệnh cảnh chảy máu não cấp giúp phát hiện các bất thường mạch máu là nguyên nhân của CMN.Các yếu tố nên đặt ra nghi ngờ có bất thường mạch não bao gồm: chảy máu dưới nhện, chảy máu não ở thùy não, chảy máu não thất nhiều, tuổi trẻ và không có các yếu tố nguy cơ bệnh lý mạch não (như tăng huyết áp).Ngoài phát hiện nguyên nhân bất thường mạch máu thì dấu hiệu thoát thuốc cản quang bên trong khối máu trên CT mạch não là một dấu hiệu chỉ điểm dự báo sự lan rộng của khối máu và đầu ra lâm sàng kém cho bệnh nhân. Dấu hiệu thoát thuốc rất có ích giúp định hướng cho phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật lấy khối máu tụ [2].

3.2. Chụp cộng hưởng từ sọ não

Cộng hưởng từ (CHT) có độ nhạy để chẩn đoán xuất huyết não tương đương với CT sọ não không tiêm. CHT có thể phát hiện các nguyên nhân gây chảy máu não như các u não chảy máu hay nhồi máu chuyển dạng chảy máu. Tuy nhiên, do giá thành cao, việc thăm khám kéo dài và tính khả dụng thấp hơn CT sọ não nên CHT ít khi được sử dụng để chẩn đoán chảy máu não trong bệnh cảnh cấp cứu [3].

3.3. Chụp Chụp mạch số hóa xóa nền (DSA/Digital subtraction angiography)

Chụp mạch máu xóa nền) là phương pháp chẩn đoán hình ảnh kết hợp giữa việc chụp X-quang và xử lý số sử dụng thuật toán để xóa nền trên 2 ảnh thu nhận được trước và sau khi tiêm chất cản quang vào cơ thể người bệnh, nhằm phát hiện sớm các bất thường về mạch máu não là nguyên nhân gây chayr máu não như phình mạch, dị dạng thông động tĩnh mạch.

IV. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP MỚI ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU NÃO

4.1. Hạn chế mở rộng khối máu tụ

Hạn chế mở rộng khối máu tụ vẫn là mục tiêu chính để giảm thiểu sự suy giảm chức năng thần kinh và giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong sau CMN. Một số phương pháp đang được tiến hành.

4.1.1. Liệu pháp cầm máu

Mặc dù các nghiên cứu trước đó cho thấy rằng sử dụng Yếu tố VIIa được kích hoạt cực sớm trong vòng 4 giờ sau khi bắt đầu CMN có thể làm giảm sự lan rộng khối máu tụ sau 24 giờ, mức độ của tác dụng này nhẹ và không dẫn đến cải thiện kết quả chức năng [2]. Hơn nữa, việc sử dụng yếu tố VIIa hoạt hóa có liên quan đến việc tăng nguy cơ biến chứng huyết khối tắc mạch, bao gồm đột quỵ do thiếu máu cục bộ và nhồi máu cơ tim [2]. Tranexamic acide (TXA) là một thuốc chống ly giải fibrin dùng để cầm máu sau chấn thương và biến chứng chảy máu sau đẻ. Thử nghiệm đa trung tâm TICH-2 (Tranexamic acid for hyperacute primary IntraCerebral

Hemorrhage), tiêm TXA tĩnh mạch trong vòng 8 giờ sau khởi phát CMN không có sự khác biệt về tỷ lệ tàn tật (theo thang điểm Rankin) sau 3 tháng giữa nhóm tiêm TXA và nhóm dùng giả dược. Tuy nhiên tiêm TXA không làm tăng nguy cơ biến chứng huyết khối tắc mạch như khi tiêm yếu tố VIIA; tỷ lệ các tác dụng phụ nghiêm trọng thấp hơn ở những bệnh nhân dùng TXA so với những người tiêm giả dược. [3] kết quả phân tích mẫu gộp 25 thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên của Yu Xion và cộng sự cho thấy Tranexamic acide ức chế đáng kể sự phát triển của khối máu tụ ở bệnh nhân xuất huyết nội sọ (ICH) và chấn thương sọ não (TBI). (ICH: chênh lệch trung bình -1,76, 95% CI -2,78 đến -0,79, I2 = 0%, P < .001; TBI: MD -4,82, 95%CI -8,06 đến -1,58, I2 = 0%, P = .004). Đối với bệnh nhân xuất huyết dưới nhện (SAH), nó làm giảm đáng kể nguy cơ não úng thủy (OR 1,23, 95%CI 1,01 đến 1,50, I2 = 0%, P = .04) và chảy máu tái phát (OR, 0,52, 95%CI 0,35 đến 0,79, I2 = 56% P = .002) 11

4.1.2. Đảo ngược chống đông

Liệu pháp chống huyết khối - chống đông máu (heparin, thuốc đối kháng Vitamin K /VKA, thuốc chống đông máu đường uống trực tiếp Direct oral anticoagulants/DOAC), hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu như aspirin, clopidogrel) thường được sử dụng ở bệnh nhân cao tuổi có các yếu tố nguy cơ mạch máu (rung nhĩ, tăng huyết áp, đái tháo đường và tiền sử đột quỵ thiếu máu cục bộ hoặc nhồi máu cơ tim) [2]. Các thuốc chống kết tập tiểu cầu liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong trong khi thuốc kháng đông đường uống có liên quan đến tăng nguy cơ mở rộng khối máu tụ và kết cục xấu hơn ở bệnh nhân CMN. Vì vậy bình thường hóa đông máu là mục tiêu điều trị chính ở những bệnh nhân này [1]. Thử nghiệm PATCH (Platelet transfusion versus standard care after acute stroke due to spontaneous cerebral haemorrhage associated with antiplatelet therapy) [2] truyền tiểu cầu, so với điều trị tiêu chuẩn, cho bệnh nhân chảy máu não liên quan thuốc chống kết tập tiểu cầu, tỷ lệ tử vong và lệ thuộc vào thời điểm 3 tháng cao hơn ở nhóm truyền tiểu cầu so với nhóm chăm sóc tiêu chuẩn (OR 2,05, 95% CI 1,18–3,56; p = 0,01). Do đó, truyền tiểu cầu không được khuyến cáo ở bệnh nhân CMN có liên quan đến dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu. Một thử nghiệm ngẫu nhiên nhỏ có đối chứng (INCH/ intracranial haemorrhage related to vitamin K antagonists) cho thấy rằng ở những bệnh nhân CMN liên quan đến VKA, nồng độ phức hợp prothrombin (PCC) có ưu thế hơn so với huyết tương tươi đông lạnh (Fresh frozen plasma/ FFP) trong việc bình thường hóa tỷ lệ chuẩn hóa quốc tế (INR), và chuẩn hóa INR nhanh hơn dường như giảm sự lan rộng khối máu tụ [2]; Liều lượng tối ưu của PCC để đảo ngược là 25–50 U / kg IV. Idarucizumab là một loại kháng thể được phát triển để đảo ngược tác dụng chống đông máu của dabigatran. Nghiên cứu REVERSE-AD, một nghiên cứu nhãn mở một nhánh ở những bệnh nhân dùng dabigatran bị chảy máu nhiều hoặc cần phẫu thuật khẩn cấp, phát hiện ra rằng tác dụng có thể đo được của dabigatran trong máu có thể hoàn toàn đảo ngược trong vòng vài phút sau khi dùng idarucizumab [5]. Ở cả hai nhóm này, tỷ lệ biến chứng huyết khối tắc mạch ở 90 ngày là khoảng 7% và tỷ lệ tử vong là khoảng 19%. Andexanet alfa là một protein mồi nhử yếu tố Xa được biến đổi tái tổ hợp được thiết kế để đảo ngược tác dụng của các chất ức chế yếu tố Xa (tức là các DOAC apixaban, edoxaban và rivarox-aban).

Nghiên cứu ANNEXA-4 , có thiết kế tương đương với REVERSE-AD, là một nghiên cứu nhãn mở một nhánh ở những bệnh nhân dùng apixaban hoặc rivaroxaban bị chảy máu nhiều. Họ nhận thấy rằng tác dụng chống đông máu nhanh chóng bị đảo ngược sau khi dùng andexanet alfa. Tuy nhiên, một điều đáng lo ngại là biến chứng huyết khối tắc mạch xảy ra ở 18% bệnh nhân [4]. Cả hai tác nhân đảo ngược cụ thể - idarucizumab và andexa- net alfa - đều cho kết quả dược lý thuận lợi. Tóm lại, đối với CMN liên quan đến chống kết tập tiểu cầu, truyền máu chống kết tập tiểu cầu không được khuyến khích. Ngược lại, việc đảo ngược nhanh tác dụng chống đông máu trong CMN liên quan đến chống đông máu là bắt buộc.

4.1.3. Điều trị huyết áp tích cực

Huyết áp tăng lên đáng kể so với trước khi bệnh nhân bị CMN cho thấy sự thay đổi huyết áp ngắn hạn trong ngày bệnh nhân bị CMN có thể là chìa khóa trong điều trị CMN. Huyết áp tâm thu tăng khi nhập viện có liên quan đến tăng thể tích khối máu tụ, tiến triển xấu và tử vong ở bệnh nhân CMN [12-14]. Xử trí tăng huyết áp trong CMN vẫn còn là vấn đề tranh luận với các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) cho kết quả khác nhau thậm chí là đối lập . Thử nghiệm INTERACT 2 (Intensive Blood Pressure Reduction in Acute Cerebral Trial 2) so sánh điều trị tích cực huyết áp (được định nghĩa là <140 mmHg trong vòng 1 giờ) với điều trị theo hướng dẫn (mức mục tiêu là <180 mmHg) [5]. Phân tích so sánh thống kê cho thấy điểm số rankin giảm ở nhóm điều trị tích cực so với nhóm điều trị cơ bản (OR 0,87; 95% [CI], 0,77 đến 1,00; p = 0,04). Tỷ lệ tử vong là 11,9% ở nhóm được điều trị chuyên sâu và 12,0% trong nhóm được điều trị theo hướng dẫn. Các tác dụng phụ nghiêm trọng không xảy ra ở 23,3% và 23,6% bệnh nhân trong hai nhóm, tương ứng [5]. Thử nghiệm ATACH-2 [8] so sánh việc hạ huyết áp chuyên sâu (mục tiêu 110-139 mmHg) với điều trị tiêu chuẩn (được định nghĩa là 140-170 mmHg) bằng cách sử dụng nicardipine tiêm tĩnh mạch trong vòng 4,5 giờ kể từ khi khởi phát. Kết cục chính là chết hoặc khuyết tật (được định nghĩa ở đây là điểm mRS từ 4–6) sau 3 tháng. Nghiên cứu đã bị dừng sớm sau một phân tích tạm thời cho thấy không có sự khác biệt về tử vong hoặc tàn tật giữa nhom điều trị tích cực và nhóm diều trị tiêu chuẩn. Tóm lại, bằng chứng hiện tại cho thấy rằng hạ huyết áp cấp tính là an toàn, và giảm xuống 140 mHg theo tiêu chí thử nghiệm INTERACT-2 có tác dụng hữu ích. Để tránh bất kỳ tác dụng có hại nào, trong thực tế lâm sàng, việc khuyến nghị mục tiêu huyết áp tâm thu ở bệnh nhân CMN giai đoạn cấp tính là 130-140 mmHg trong vòng một giờ và duy trì sau đó là duy trì huyết áp hợp lý. [2]

4.2. Điều trị nhắm mục tiêu tổn thương thứ phát

4.2.1. Minocycline

Minocylcine là một loại kháng sinh nhóm tetracycline đã thu hút được sự chú ý đáng kể của các nhà nghiên cứu do khả năng ngấm qua hàng rào máu não vào hệ thần kinh trung ương của nó. Một số bằng chứng cho thấy rằng minocylcine có tác dụng như một chất bảo vệ màng tế bào thần kinh trong các mô hình CMN, làm giảm viêm và stress oxy hóa (có thể bằng cách hoạt động như một chất thu hồi gốc tự do), ức chế quá trình chết theo chương trình và ngăn chặn hoạt động của met-alloproteinase. Minocycline là một tác nhân điều trị hấp dẫn đối với thử nghiệm Minocycline ở bệnh nhân chảy máu uyết nội não (MACH- NCT01805895) kết quả cho

thấy trong xuất huyết não, liều 400 mg minocycline là an toàn và đạt được nồng độ huyết thanh bảo vệ thần kinh. Tuy nhiên, đường uống dẫn đến sự hấp thu chậm ở những bệnh nhân bị bệnh nặng và không nên được sử dụng khi mong muốn đạt nồng độ cao, nhanh chóng. Do tính an toàn và dược động học của minocycline trong xuất huyết não và dữ liệu đầy hứa hẹn trong điều trị đột quỵ do thiếu máu cục bộ, minocycline tiêm tĩnh mạch là một ứng cử viên cho một nghiên cứu lớn hơn trong điều trị đột quỵ trước khi nhập viện [7]

4.2.2. Deferoxamine Mesylate

Các sản phẩm giáng hóa huyết sắc tố, đặc biệt là sắt, là nguyên nhân chính gây ra tổn thương thứ phát sau CMN [2]. Thuốc thải sắt, deferoxamine mesylate, đã được chứng minh là làm giảm tổn thương thứ phát sau CMN trên mô hình chuột và lợn [4]. Deferoxamine có tác dụng chống lại sự chết theo chương trình của tế bào, chống stress oxy hóa, chống thực bào, và các tác dụng chống viêm, và ngăn chặn quá trình gây hoạt hóa glutamate qua trung gian hemoglobin. "Nghiên cứu phát hiện liều lượng và tính an toàn của Deferoxamine ở bệnh nhân CMN (DFO trong CMN), một nghiên cứu nhãn mở giai đoạn I đánh giá tính an toàn và khả năng dung nạp của các liều DFO khác nhau để xác định mức tối đa liều lượng dung nạp. Truyền DFO hàng ngày lặp lại với liều lượng lên đến 62 mg / kg / ngày (lên đến liều tối đa là 6000 mg mỗi ngày) ở bệnh nhân CMN tự phát cấp tính là an toàn và không liên quan đến gia tăng các tác dụng phụ hoặc tử vong [9]. Một thử nghiệm lớn hơn, giai đoạn II, ngẫu nhiên, có đối chứng với giả dược, mù, đa trung tâm, (thử nghiệm Deferoxamine liều cao trong CMN [HI-DEF], NCT01662895) hiện đã được tiến hành để xác định xem điều trị bằng deferoxamine mesylate có đủ hứa hẹn để cải thiện hay không [2].

4.3. Điều trị phẫu thuật

4.3.1. Phẫu thuật mở sọ lấy khối máu tụ

Phẫu thuật mở sọ lấy khối máu tụ đã là chủ đề của cuộc nhiều nghiên cứu lớn. Mục đích của việc loại bỏ khối máu tụ sẽ làm giảm áp lực cơ học lên các mô lành lân cận và hạn chế các hiện tượng viêm, kích thích thứ phát. Thật vậy, phẫu thuật lấy máu tụ ở bệnh nhân xuất huyết tiểu não có bằng chứng tràn dịch não do tắc nghẽn não thất 4 hoặc bằng chứng chèn ép thân não do tác động cục bộ của khối máu tụ có thể cứu sống được bệnh nhân [1]. Tuy nhiên, kết quả của hai thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên đa quốc gia lớn (The International Surgical Trial in Intracerebral Hemorrhage (ISTICH) và STICH II) so sánh hiệu quả của phẫu thuật mở sọ so với điều trị bảo tồn trong CMN cấp tính trên lều thì không thấy các lợi ích từ phẫu thuật mở sọ so với điều trị bảo tồn. Kết quả của nhiều nghiên cứu nhỏ hơn cũng cho thấy không có lợi ích từ phẫu thuật mở sọ lấy khối máu tụ trên lều so với điều trị nội khoa cơ bản [2]. Theo khuyến cáo về điều trị chảy máu não trong sọ của hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA) năm 2022 việc Phẫu thuật mở sọ giảm áp có hoặc không có hút khối máu tụ có thể được coi là làm giảm tỷ lệ tử vong cho những trường hợp khối mãu tụ lớn trên lều chứ không đem lại hiệu quả cải thiện chức năng thần kinh mức độ khuyến cáo 2b [10].

4.3.2. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu (Minimal Invasive Surgery/MIS)

Với những tác động trung tính của phẫu thuật mở sọ lấy máu tụ cũng như những rủi ro cố hữu của phương pháp phẫu thuật, đặc biệt đối với những vết xuất huyết có vị trí nhu mô sâu, các phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hiện đang là chủ đề được

quan tâm nghiên cứu mạnh m mẽ [2]. Các kỹ thuật phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hút máu tụ trong CMN có nhiều điểm tương đồng. Bác sĩ phẫu thuật sẽ sử dụng hình ảnh sọ não được dựng lại để xác định đường dẫn tốt nhất và điểm đặt mũi khoan tương ứng trên xương sọ để tiếp cận khối máu tụ một cách cẩn thận để tránh các vùng não và mạch máu quan trọng. Một lỗ nhỏ được khoan vào hộp sọ, sau đó các thiết bị hút được đưa vào qua lỗ nhỏ đó được đưa vào. Hầu hết các phương pháp MIS đều sử dụng chụp cắt lớp vi tính sọ não để xác định vị trí khối máu tụ và hiệu quả của hút máu tụ. Sự khác biệt giữa các kỹ thuật chủ yếu nằm ở kích thước của lỗ khoan và các dụng cụ được sử dụng để loại bỏ cục máu đông. Một điểm khác biệt chính khác là kỹ thuật có liên quan đến việc bơm thuốc làm tan huyết khối hay không [4]. Wang và cộng sự (2009) đã so sánh kết quả giữa chọc dò sọ não và điều trị tồn ở 377 bệnh nhân bị xuất huyết hạch nền (thể tích 25–40 mL) ở Trung Quốc thấy chức năng thần kinh được cải thiện đáng kể ở nhóm chọc hút sọ sau hai tuần mà không có sự khác biệt về tỷ lệ chảy máu lại (9,7% so với 5,0%). Sau ba tháng, tỷ lệ bệnh nhân có điểm Rankin sửa đổi (mRS)> 2 là nhỏ hơn đáng kể đối với nhóm bệnh nhân được MIS [4]. Năm 2011, Zhou và cộng sự. đã nghiên cứu sự khác biệt giữa việc hút máu tụ bằng kim chọc dò sọ so với mở sọ truyền thống và không tìm thấy sự khác biệt nào về tỷ lệ chảy máu lại (10% so với 15,4%), hoặc tỷ lệ tử vong trong một năm, nhưng đã cho thấy sự cải thiện qua kết quả Glasgow [3]. Ở Châu Âu và Mỹ một số thử nghiệm đã được đưa ra, trong đó có một thử nghiệm mang lại kết quả khách quan: MISTIE (Minimally Invassive Surgery With Thrombolysis in Intracerebral Haemorrhage Evacuation) sử dụng ống thông 4,8 mm (14F) đưa vào 2/3 khối máu tụ, hút máu tụ kết hợp với bơm thuốc tiêu sợi huyết để ly giải cục máu đông. Năm 2019 MISTIE III, là một thử nghiệm đối chứng, ngẫu nhiên,nhãn mở, mù đôi, giai đoạn 3 được thực hiện tại 78 bệnh viện ở Hoa Kỳ, Canada, Châu Âu, Australia và Châu Á. Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của MIS kết hợp với tiêm 1,0 mg alteplase cứ sau 8 giờ cho đến đạt 9 liều tiêm so với các đối tượng được điều trị nội khoa. Những bệnh nhân được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp này có tỷ lệ tử vong ở ngày thứ 7 là 1%, ngày thứ 30 là 9% thấp hơn nhóm không can thiệp 5% và 37%. Trong khi tỷ lệ chảy máu tái phát và tỷ lệ nhiễm trùng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Ở ngày thứ 30 tỷ lệ các biến chứng nặng ở nhóm dùng thuốc tiêu sợi huyết là 30% thấp hơn so với nhóm không can thiệp (30%) [10]. Dụng cụ mới nhất đang được sử dụng trong phẫu thuật xâm lấn tối thiểu là Kính phẫu thuật Aurora, hệ thống được thiết kế bởi Rebound Therapeutics. Thiết bị này được FDA cấp phép vào tháng 1 năm 2019, đây là thiết bị nội soi dùng một lần đầu tiên và có đường kính ngoài 11,5 mm. Chưa có nghiên cứu được xuất bản, tuy nhiên, sự quan tâm có thể sẽ tăng lên trong tương lai gần khi các thử nghiệm lâm sàng đầu tiên của thiết bị này: Lấy máu tụ trong não xâm lấn tối thiểu (MIRROR/ Minimally Invasive Intracerebral Hemorrhage Evacuation) [1].

V. KẾT LUẬN

- Trong CMN cấp tính "thời gian là não": điều trị kịp thời để tiêu khối máu tụ và các yếu tố có thể thay đổi cấp tính khác (ví dụ phù quanh máu tụ,viêm) có thể cải thiện kết quả điều trị.

-Tất cả các yếu tố có thể điều trị được (tăng huyết áp, đảo ngược chống đông máu)

cần được giải quyết ngay lập tức và đồng thời.

- Các phương pháp tiềm năng đầy hứa hẹn để giảm tác dụng độc hại của hemoglobin, chẳng hạn như tác nhân tạo chelat (ví dụ: desferoxamine mesylate), đang được tiếp tục nghiên cứu.

- Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đóng một vai trò ngày càng quan trọng trong điều trị CMN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McGurgan, Iain J, Luly M, et al.** "Acute intracerebral haemorrhage: diagnosis and management." Practical Neurology, vol. 21,2 128–136. 7 Dec. 2020, doi:10.1136/ practneurol-2020-002763
2. **Rocha E, Rouanet C, Reges D, et al.** Intracerebral hemorrhage: update and future directions. Arq Neuropsiquiatr. 2020 Oct; 78(10):651-659
3. **Pollack CV Jr., Reilly PA, Eikelboom J, et al.** Idarucizumab for dabi- gatran reversal. N Engl J Med. 2015;373(6):511–520
4. **Connolly SJ, Milling TJ Jr., Eikelboom JW, et al.** Andexanet Alfa for acute major bleeding associated with factor Xa inhibitors. N Engl J Med. 2016.
5. **Anderson CS, Heeley E, Huang Y, et al.** Rapid blood-pressure low- ering in patients with acute intracerebral hemorrhage. N Engl J Med. 2013;368(25):2355–2365.
6. **Qureshi AI, Palesch YY, Barsan WG, et al.** Intensive blood-pressure lowering in patients with acute cerebral hemorrhage. N Engl J Med. 2016;375(11):1033–1043.
7. **Fouda AY, Newsome AS, Spellicy S, et al.** Minocycline in Acute Cerebral Hemorrhage: An Early Phase Randomized Trial. Stroke. 2017 Oct;48(10):2885-2887.
8. **Hanley, Daniel FAbdul-Rahim, Azmil et al.** Efficacy and safety of minimally invasive surgery with thrombolysis in intracerebral haemorrhage evacuation (MISTIE III): a randomised, controlled, open-label, blinded endpoint phase 3 trial. The Lancet.2019; Volume 393, Issue 10175, 1021 – 1032 .
9. **Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, et al.** American Heart Association/American Stroke Association. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2022 Jul;53(7): e282-e361.

CA LÂM SÀNG: LOÉT TRỰC TRÀNG DO GIUN LƯƠN

Vũ Xuân Diệu[1], Hoàng Thị Út Trang[1]

TÓM TẮT

Giun lươn (Strongyloides stercoralis) thuộc ngành giun tròn ký sinh và gây bệnh trong cơ thể người. Giun lươn sống trong niêm mạc và hạ niêm mạc của ruột non, đẻ trứng và trứng nở thành ấu trùng non ngay trong lòng ruột. Hình ảnh tổn thương tại tá tràng trên nội soi được biết đến từ lâu. Tuy nhiên, có ít báo cáo về tổn thương đại tràng do giun lươn. Chúng tôi báo cáo một ca lâm sàng bệnh nhân nhiễm giun lươn có tổn thương loét trực tràng.

Từ khóa: Giun lươn, loét trực tràng

SUMMARY

A CASE REPORT: RECTAL ULCERS CAUSED BY STRONGYLOIDES

Strongyloides stercoralis belongs to the phylum of parasitic roundworms and causes disease in the human body. Strongyloides live in the mucosa and submucosa of the small intestine, lay eggs, and the eggs hatch into young larvae right in the intestinal lumen. Endoscopic images of duodenal lesions have been known for a long time. However, there are few reports of colon damage caused by strongyloides. We report a clinical case of a patient with strongyloidiasis and rectal ulceration.

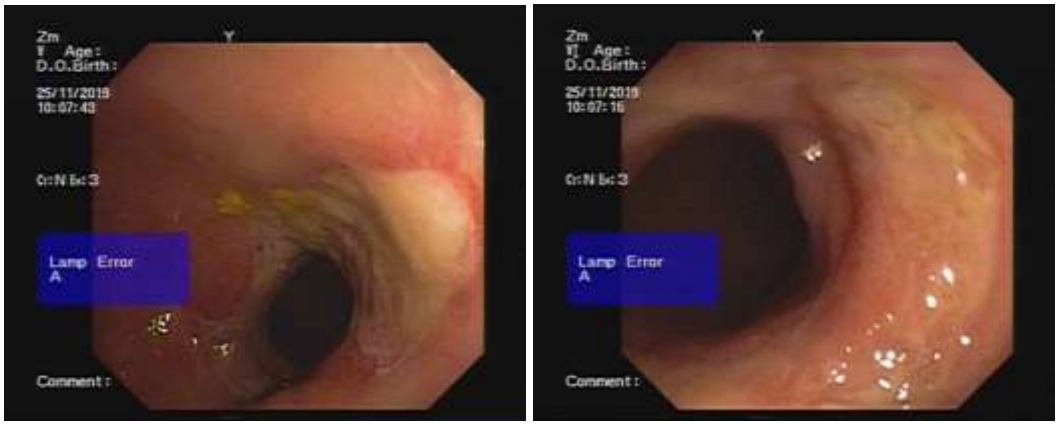
Keywords: Strongyloides, Rectal ulcers

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Xuân Diệu
Email: drvuxudi@gmail.com
Ngày nhận bài: 29/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 27/9/2024
Ngày duyệt bài: 14/10/2024

I. CA LÂM SÀNG

BN nữ 59 tuổi, tiền sử động kinh dùng thuốc thường xuyên. Cách vào viện 02 tháng bệnh nhân xuất hiện đau bụng quanh rốn âm ỉ, đi ngoài phân lỏng, có lúc táo bón, cảm giác đi không hết bãi, gầy sút cân (không rõ số lượng). Bệnh nhân đi khám, nội soi đại tràng được chẩn đoán: Loét trực tràng, được sinh thiết và điều trị bằng thuốc Pentasa. Đợt này bệnh nhân mệt mỏi, chóng mặt, còn đau bụng, đi ngoài phân lỏng lẫn ít nhầy máu nhập viện điều trị nội trú.

Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, thể trạng trung bình (BMI 19.56), không có tổn thương da, niêm mạc nhợt nhẹ, bụng mềm, đại tiện phân nhầy lẫn ít máu. Các xét nghiệm của bệnh nhân có tình trạng thiếu máu nhẹ: Hb 113 g/L, bạch cầu acid tăng: 1.1 G/L (EO%:11.5%), CRP: 2.5 mg/L; Máu lắng: 1 giờ 14mm, 2 giờ 39 mm, kết quả nội soi đại tràng toàn bộ: Cách rìa hậu môn khoảng 10cm có 01 ổ loét kích thước 2cm, bờ phù nề, đáy phủ giả mạc trắng; Kết quả nội soi thực quản dạ dày tá tràng: Viêm dạ dày trào ngược dịch mật, test HP âm tính. Bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm phân, kết quả: Strongyloides stercoralis (Giun lươn) ấu trùng soi tươi: Dương tính.



Hình 1: Hình ảnh loét trực tràng, bờ ổ loét phù nề, đáy phủ giả mạc trắng

Bệnh nhân được điều trị Ivermectin liều duy nhất. Kết quả điều trị: Bệnh nhân đại tiện phân thành khuôn 1 lần/ngày, hình ảnh nội soi đại tràng sau 01 tháng bình thường, bạch cầu acid trở về bình thường.

II. THẢO LUẬN

Giun lươn gây bệnh cho người tên khoa học Strongyloides stercoralis là một loài giun tròn, sống ký sinh ở ruột non người, nhưng cũng có thể sống trong môi trường bên ngoài, nhất là trong điều kiện nóng ẩm. Chỉ giun cái mới ký sinh ở người. Giun cái trưởng thành có kích thước khoảng 1,5 – 2,5 mm.

Ký sinh trùng nhiễm vào cơ thể thông qua việc xâm nhập ấu trùng Strongyloid từ trong đất qua da hoặc niêm mạc. Sau khi xâm nhập, các ấu trùng lây nhiễm di chuyển qua hệ tuần hoàn máu vào phổi, tim, từ phế nang vào khí quản, tiếp đó sẽ nuốt vào đường tiêu hóa cư trú tại thực quản, dạ dày và ruột non, và chủ yếu là ở tá tràng.

Bệnh giun lươn phân bố rộng rãi toàn cầu với ước tính số lượng nhiễm giun lươn lên đến 613,9 triệu người, tương đương 8,1% dân số toàn cầu[1], trong đó Đông Nam Á là khu vực có mức độ lây nhiễm cao nhất và Myanma là quốc gia có tỷ lệ mắc nhiều nhất khu vực.

Tại Việt Nam, Theo điều tra của Galliard năm 1940, ở miền Bắc có tỷ lệ nhiễm giun lươn từ 0,2 – 2,5% dân số. Trong những năm gần đây theo điều tra cơ bản cho thấy tỷ lệ nhiễm dưới 1% [2]. Tuy nhiên, các nghiên cứu sử dụng kỹ thuật miễn dịch chẩn đoán ELISA cho thấy tỷ lệ nhiễm ở mức cao hơn 7,6 – 10,9% [3], [4].

Strongyloides stercoralis có thể gây viêm da tại vị trí xâm nhập, tổn thương phổi và viêm phế quản do giai đoạn ấu trùng di chuyển. Những tổn thương chính của bệnh thường thấy ở đường tiêu hóa, đặc biệt là tá tràng và phần trên của hỗng tràng nhưng cũng có thể xảy ra trong đường mật và ống tụy. Bệnh có thể gây ra các triệu chứng không liên tục, chủ yếu ảnh hưởng đến tiêu hóa (đau bụng và tiêu chảy không liên tục hoặc kéo dài), phổi (ho, thở gấp, viêm phế quản mạn tính), da (ngứa, ban đỏ), có thể gây tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa dẫn đến loét hoặc thủng ruột. Người bệnh sẽ có cảm giác đau bụng ở vùng trên bên phải, tiêu chảy, sốt không đều và ho, tình trạng nặng hơn là tiêu chảy có nhầy, có máu, thiếu máu, phù và cổ chướng.

Hình ảnh tổn thương tá tràng trên nội soi được mô tả từ lâu, phổ biến là niêm mạc phù nề, nhung mao trắng, ban đỏ, trợt loét rỉ mủ [5]. Hình ảnh tổn thương trên nội soi đại tràng của bệnh giun lươn thường bị nhầm lẫn với viêm loét đại trực tràng chảy máu hoặc bệnh Crohn. Các tổn thương thường gặp là viêm hạt màu vàng trắng, phù nề, ban đỏ, trợt

loét, xuất huyết dưới niêm mạc rải rác xen kẽ vùng niêm mạc bình thường, vị trí tổn thương ở manh tràng ra tới đại tràng sigma [6], [7]. Tuy nhiên trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi tổn thương loét nằm ở trực tràng, đây cũng là một vị trí tổn thương hiếm gặp trong nhiễm giun lươn. Chẩn đoán nhầm bệnh giun lươn với các bệnh lý ruột viêm khác (viêm loét đại trực tràng chảy máu hoặc bệnh Crohn) là phổ biến do sự giống nhau về triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học. Vì vậy chúng tôi khuyến nghị cần sàng lọc và loại trừ bệnh do kí sinh trùng trước khi quyết định điều trị thuốc ức chế miễn dịch.

Hiện nay các thuốc thường được sử dụng điều trị bệnh giun lươn gồm: Ivermectin (IVM), albendazol (ALB) và thiabendazol (TBZ). Tác giả A.A Adenusi và CS sử dụng phác đồ Ivermectin với liều lượng là 200µg/kg, liều duy nhất cho hiệu quả cao sau 30 ngày điều trị là 84,07%, trong khi sử dụng Thiabendazol (TBZ) liều 25mg/kg cân nặng, hai lần mỗi ngày, trong 3 - 5 ngày liên tiếp chỉ cho hiệu quả 78,64 %. Tuy không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 phác đồ nhưng nhóm tác giả khuyến cáo nên sử dụng ivermectin vì ít tác dụng phụ và sự tiện dụng của liều duy nhất [8]. Khi so sánh hiệu lực của ivermectin liều duy nhất 200 µg /kg và albendazol 15mg/kg trong 14 ngày, kết quả cho thấy ivermectin có hiệu quả 84,6% so với 53,3% của nhóm sử dụng albendazol [9]. Do vậy hiện nay ivermectin là thuốc lựa chọn đầu tiên cho điều trị giun lươn vì ít tác dụng phụ và tỷ lệ sạch ấu trùng cao [10].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dora Buonfrate** (2020) "The Global Prevalence of Strongyloides stercoralis Infection., Pathogens", 2020, 9(6):468.
2. **Trần Thanh Dương và CS** (2015), Dịch tễ học -Ký sinh trùng y học. Giun lươn, Giáo trình sau đại học, nhà xuất bản y học, tr. 478-481.
3. **Vũ Thị Lâm Bình và các cộng sự.** (2014), "Thực trạng nhiễm giun lươn đường ruột tại xã Dương Thành, huyện Phú Bình,tỉnh Thái Nguyên và hiệu quả điều trị giun lươn bằng Albendazole", Tạp chí PC bệnh sốt rét và các bệnh KST. 3, tr.5-9.
4. **Vũ Thị Lâm Bình và các cộng sự.** (2014), "Thực trạng nhiễm giun lươn đường ruột tại xã Dương Thành, huyện Phú Bình,tỉnh Thái Nguyên và xã Cáo Điền, huyên Hạ Hòa, tỉnh Phú Thọ", Tạp chí PC bệnh sốt rét và các bệnh KST. 3, tr. 10-14.
5. **Kishimoto K, Hokama A, Hirata T, Ihama Y, Nakamoto M, Kinjo N, Kinjo F, Fujita J.** Endoscopic and histopathological study on the duoenum of Strongyloides stercoralis hyperinfection. World J Gastroenterol. 2008 Mar 21;14(11): 1768-73
6. **Qu Z, Kundu U, R, Abadeer R, A and Wanger A,** "Strongyloides colitis is a lethal mimic of ulcerative colitis: the key morphologic differential diagnosis" Human Pathology, vol.40, no.4,pp. 572-577, 2009
7. **Minematsu H, Hokama A, Makishi T, Arakaki K, Kinjo F, Fujita J:** Colonscopic Findings and Pathologic Characteristics of Strongyloides Colitis: A case Series, Digestion 2011;83:210-214.
8. **Adenusi, AA, Oke, AO, and Adenusi, AO** (2003), Comparison of ivermectin and thiabendazole in the treatment of uncomplicated human Strongyloides stercoralis infection, African Journal of Biotechnology. 11(2), pp. 465-469.
9. **Huỳnh Hồng Quang và Nguyễn Văn Chương** (2014), "So sánh hiệu lực ivermectin với albendazole trong điều trị bệnh nhân nhiễm ấu trùng giun lươn Strongyloides stercoralis", Tạp chí y học thực hành Tp.HCM. tập 18(6), tr. 116-122.
10. **Trần Thanh Dương và CS** (2018), Quy trình xét nghiệm chuẩn, Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh giun lươn, nhà xuất bản y học, tr.254-258.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Nguyễn Thị Hoài Thu[1], Trịnh Thị Thanh Thủy[1], Nguyễn Ngọc Phương[1], Bùi Thị Kim Chi[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não cấp có đái tháo đường.

Đối tượng và phương pháp: Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp có đái tháo đường- phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

Kết luận: Ngoài yếu tố nguy cơ đái tháo đường, hầu hết bệnh nhân mắc thêm một yếu tố nguy cơ khác. Tỉ lệ tăng huyết áp là 80,3%, rối loạn chuyển hóa lipid là 60,7%. Tại thời điểm nhập viện, 52,5% bệnh nhân lúc nhập viện có mức đường huyết ≥ 10 mmol/l, 73,8% bệnh nhân có mức HbA1c >7%. Nhồi máu hệ động mạch não trước là 82%, hệ động mạch sau là 18%. Tổn thương nhồi máu một ổ chiếm 82%, tỉ lệ nhồi máu chuyển dạng chảy máu là 1,6%.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE CEREBRAL INFLAMMATION WITH DIABETES AT HA DONG GENERAL HOSPITAL

Research objective: To study the general characteristics of the study group. Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with acute cerebral infarction with diabetes.

Research subjects - Research method: Including patients diagnosed with acute cerebral infarction with diabetes - Cross-sectional descriptive study:

Conclusion: In addition to the risk factor of diabetes, most patients had another risk factor. The rate of hypertension was 80.3%, lipid metabolism disorder was 60.7%. At the time of admission, 52.5% of patients had blood sugar level ≥ 10 mmol/l, 73.8% of patients had HbA1c level >7%.Infarction of the anterior cerebral artery system was 82%, posterior arterial system was 18%. Single focal infarction accounted for 82%, the rate of hemorrhagic infarction was 1.6%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một vấn đề thời sự trong y học và y tế. Bệnh có tần suất 0,2% trong cộng đồng, phần lớn bệnh nhân tai biến mạch não trên 65 tuổi.

Đột quỵ não được phân loại chung thành đột quỵ thiếu máu não cục bộ (nhồi máu não) và đột quỵ chảy máu não (xuất huyết não). Đột quỵ thiếu máu não cục bộ chiếm khoảng 80-85% các trường hợp đột quỵ não.

Đái tháo đường làm tăng nguy cơ nhồi máu não gấp 1,5-2 lần so với các trường hợp không bị đái tháo đường. Tiên lượng bệnh nhân nhồi máu não có đái tháo đường thường

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu
Email: thuongvu1602@gmail.com
Ngày nhận bài: 05/09/2024
Ngày phản biện khoa học: 03/10/2024
Ngày duyệt bài:17/10/2024

tiến triển nặng, phục hồi chậm, di chứng nặng nề hơn so với trường hợp nhồi máu não không có đái tháo đường. Ở bệnh nhân đái tháo đường xu hướng xơ vữa động mạch xảy ra sớm và nghiêm trọng. Việc kiểm soát tốt đường máu có ý nghĩa rất quan trọng trong việc góp phần làm giảm nguy cơ xơ vữa mạch máu từ đó không chỉ giảm thiểu nguy cơ mắc tai biến mạch máu não mà còn giúp tiến triển lâm sàng của bệnh tốt hơn khi bị đột quỵ.

Tại bệnh viện Hà Đông chưa có nghiên cứu đánh giá về ảnh hưởng của tình trạng kiểm soát đường huyết đến nhồi máu não ở nhóm bệnh nhân mắc đái tháo đường. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **"Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não cấp có đái tháo đường tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông"** với mục tiêu: ***Đánh giá đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu và mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não cấp có đái tháo đường.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp có đái tháo đường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Quy trình nghiên cứu: Sử dụng mẫu bệnh án thống nhất. Đánh giá bệnh nhân tại thời điểm khi nhập viện. Làm hồ sơ theo bệnh án nghiên cứu đã được phê duyệt các biến số nghiên cứu

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Các bệnh nhân được khám, và làm bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu, bao gồm: khám nội khoa toàn diện, thăm khám thần kinh, đánh giá các thang điểm Glasgow, NIHSS, xét nghiệm đường máu, HbA1c, chụp CT-scaner và/hoặc chụp MRI sọ não. Phân tích số liệu: phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới.

Giới / Tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Dưới 50	1	7,9	0	0	1	4,9
50 -65	9	47,4	5	43,5	14	45,9
Trên 65	8	44,7	7	56,5	15	49,2

Bảng 2. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu

Giới	Số BN	Trung bình ±SD	Trung vị	Thấp nhất	Cao nhất
Nam	19	65,37± 10,01	64	42	83
Nữ	11	65,74± 6,59	66	54	79
Tổng	30	65,51± 9,11	65	42	83

Bảng 3. Tỉ lệ mắc các yếu tố nguy cơ của nhồi máu não ở nhóm nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	26	80,3
Rối loạn chuyển hóa lipid	18	60,7
Hút thuốc lá	11	37,7
Uống rượu	9	31,1

Bảng 4. Biểu hiện lâm sàng thần kinh khi nhập viện

Biểu hiện lâm sàng thần kinh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khởi phát đột ngột	29	96,7
Đau đầu	17	55,7
Chóng mặt	4	13,1
Liệt nửa người	29	96,7
Liệt mặt trung ương	27	90,2
Rối loạn cảm giác nửa người	22	70,5
Thất ngôn	7	24,6
Rối loạn ý thức (Glasgow <13 điểm)	5	14,8

Bảng 5. Phân bố HbA1c

Nhóm KSĐH	Số lượng	Tỉ lệ	HbA1c trung bình
KSĐH (HbA1c ≤7)	8	26,2	6,43±0,5
KSĐH (HbA1c >7)	22	73,8	9,08±1,69
Tổng	30	100	8,38 ± 1,88

Bảng 6. Phân bố đường máu thời điểm nhập viện

Đường máu (mmol/l)	<7,2	7,2-10,0	≥10,0	Tổng
Số bệnh nhân	6	8	16	30
Tỷ lệ (%)	19,7	27,9	52,4	100
ĐM trung bình	11,44 ± 4,94			

Bảng 7. Vị trí ổ nhồi máu não trên CT và MRI sọ não

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ
Vị trí	Tuần hoàn trước	25	82,0
	Tuần hoàn sau	5	18,0
Số lượng	Một ổ	25	82,0
	Nhiều ổ	5	18,0
Chuyển dạng chảy máu	Có	1	1,6
	Không	29	98,4

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi-giới

Tuổi trung bình :65,51± 9,11, trong đó, nam giới có tuổi trung bình là 65,37± 10,01 tuổi và nữ giới là 65,74± 6,59 tuổi. So với các nghiên cứu trong nước, tuổi trung bình trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn có thể có những lý do sau: Tuổi thọ của người Việt Nam ngày càng tăng, tỷ lệ người bị các bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường, xơ vữa động mạch ở người cao tuổi chiếm tỷ lệ ngày càng cao. Nhóm tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ rất cao là 94,1%. Tuổi là một yếu tố nguy cơ của đột quỵ nói chung.

Tỷ lệ nam:nữ là 1,65:1.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thời điểm nhập viện

4.2.1. Triệu chứng lâm sàng thần kinh khi vào viện

Xét về tính chất khởi phát của nhồi máu não, tỉ lệ khởi phát đột ngột là 96,7%.Tính chất khởi phát đột ngột là đặc trưng của đột

quỵ não theo định nghĩa đột quỵ não của tổ chức Y tế Thế giới (WHO).

Trong các triệu chứng cơ năng, đau đầu có tỉ lệ là 55,7%, Đau đầu xuất hiện ở 25,8% bệnh nhân đột quỵ tuần hoàn trước và ở 73,3% bệnh nhân đột quỵ tuần hoàn sau (p= 0,001). Nhồi máu não do tắc động mạch lớn có tỉ lệ đau đầu cao hơn. Tỉ lệ triệu chứng chóng mặt là 13,1%, tất cả các bệnh nhân đều nhồi máu hệ tuần hoàn sau.

Tình trạng ý thức khi nhập viện, bệnh nhân được đánh giá suy giảm ý thức khi có điểm Glasgow dưới 13 điểm. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân suy giảm ý thức là 14,9%.

Về thiếu sót thần kinh khu trú, liệt nửa người và liệt thần kinh số VII trung ương hay gặp nhất, chiếm 96,7% và 90,2%. Tiếp đến, rối loạn cảm giác nửa người, thất ngôn lần lượt là 70,5% và 24,6%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tăng huyết áp thời điểm nhập viện là 67,2%, hầu hết là tăng huyết áp độ 1 và độ 2, chỉ có 11,5% tăng huyết áp độ 3. Trong nhóm nghiên cứu không có bệnh nhân nào có huyết áp thời điển nhập viên trên 220/120mmHg.

4.2.2. Các xét nghiệm cận lâm sàng khi vào viện

a. Tình trạng kiểm soát đường huyết khi vào viện

Về chỉ số glucose máu trung bình lúc nhập viện, trong nghiên cứu của chúng tôi, glucose máu trung bình lúc nhập viện là 11,44 ± 4,94 mmol/l, thấp nhất là 3,3 mmol/l, cao nhất là 24,5 mmol/l. Tỷ lệ glucose máu lúc nhập viện ≥ 10 mmol/l của nhóm nghiên cứu là 52,3%, như vậy hơn một nửa bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có mức kiểm soát đường huyết tại thời điểm nhập viện không đạt được mục tiêu điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ HbA1c trung bình là 8,38 ± 1,88. Dựa theo nồng độ HbA1c, các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: nhóm kiểm soát đường huyết tốt (HbA1c≤7%) và nhóm kiểm soát đường huyết kém (HbA1c> 7%). Nhóm kiểm soát đường huyết kém có nồng độ HbA1c là 9,08±1,69% cao hơn nhóm kiểm soát đường huyết tốt là 6,43±0,5%. Nhóm kiểm soát đường huyết kém có tỉ lệ là 73,8%, như vậy phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu chưa kiểm soat được đường huyết đạt mục tiêu điều trị.

b. Lipid máu

Trong nghiên cứu này, Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, Triglyceride trung bình lần lượt là 4,61/2,71/ 1,11/ 2,56mmol/l. Nghiên cứu có LDL-C và Triglycerid trung bình tăng, cholesterol toàn phần và HDL-C trung bình trong giới hạn bình thường. Mà ta thấy rằng LDL-C chính là tác nhân chính gây xơ vữa động mạch dẫn đến tăng nguy cơ nhồi máu não.Về tỉ lệ rối loạn chuyển hóa lipid trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi thấy rối loạn chuyển hóa triglycerid chiếm tỉ lệ cao nhất với 65,6%, tiếp sau là LDL-C với 57,4%.

c. Đặc điểm hình ảnh học

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ sọ não, 18 bệnh nhân được chụp CT scaner sọ não. Về vị trí tổn thương trên phim, nghiên cứu vủa chúng tôi có 82% tổn thương nhồi máu ở tuần hoàn trước, 28% ở tuần hoàn sau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả khác, ở bệnh nhân đái tháo đường nhồi máu não gặp chủ yếu là tuần hoàn trước. Điều này có thể lí giải là động mạch não giữa thuộc tuần hoàn trước là động mạch não lớn nhất, các nhánh của động mạch não giữa cấp máu cho

phần lớn bề mặt của bán cầu đại não, phía ngoài của nền sọ và bề mặt trên trong của bán cầu đại não. Các nhánh xuyên quan trọng xuất phát từ hạch nền cũng xuất phát từ động mạch não giữa, do đó là mạch máu bị ảnh hưởng nhiều nhất bởi đột quỵ não.

Về số lượng ổ nhồi máu não, tổn thương một ổ có tỉ lệ là 82%, tổn thương nhiều ổ là 18%. Chảy máu chuyển dạng trong ổ nhồi máu có tỉ lệ là 1,6%.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình là 65,51 ± 9,11 tuổi; tỷ lệ nam/nữ là 1,65/1.

- Ngoài yếu tố nguy cơ đái tháo đường, hầu hết bệnh nhân mắc thêm một yếu tố nguy cơ khác. Tỉ lệ tăng huyết áp là 80,3%, rối loạn chuyển hóa lipid là 60,7%.

- Tại thời điểm nhập viện, 52,5% bệnh nhân lúc nhập viện có mức đường huyết ≥ 10 mmol/l, 73,8% bệnh nhân có mức HbA1c >7%.

Nhồi máu hệ động mạch não trước là 82%, hệ động mạch sau là 18%. Tổn thương nhồi máu một ổ chiếm 82%, tỉ lệ nhồi máu chuyển dạng chảy máu là 1,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kannel WB, McGee DL.** Diabetes and cardiovascular disease. The Framingham study. JAMA. 1979;241(19):2035-2038.
2. **Genova HM.** Ischemic Penumbra. In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B, eds. Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. Springer; 2011:1360-1360.
3. **Kang Dong-Wha, Chalela Julio A., Dunn William, Warach Steven, null null.** MRI Screening Before Standard Tissue Plasminogen Activator Therapy Is Feasible and Safe. Stroke. 2005;36(9):1939-1943.
4. **Adrian J. Goldszmidt.** Cẩm Nang Xử Trí Tai Biến Mạch Não. Nhà xuất bản Y học; 2012. 108-119.
5. **Broderick J, Brott T, Kothari R, et al.** The Greater Cincinnati/ Northern Kentucky Stroke Study: preliminary first-ever and total incidence rates of stroke among blacks. Stroke. 2008;29(2):415-421.
6. **Jing J, Pan Y, Zhao X, et al.** Prognosis of Ischemic Stroke With Newly Diagnosed Diabetes Mellitus According to Hemoglobin A1c Criteria in Chinese Population. Stroke. 2016;47(8):2038-2044.
7. **Nomani AZ, Nabi S, Ahmed S, Iqbal M, Rajput HM, Rao S.** High HbA1c is associated with higher risk of ischaemic stroke in Pakistani population without diabetes. Stroke and Vascular Neurology. 2016;1(3):133-139.
8. **Park S, Barrett-Connor E, Wingard DL, Shan J, Edelstein S.** GHb is a better predictor of cardiovascular disease than fasting or postchallenge plasma glucose in women without diabetes. The Rancho Bernardo Study. Diabetes Care. 1996;19(5):450-456.
9. **Hjalmarsson C, Manhem K, Bokemark L, Andersson B.** The role of prestroke glycemic control on severity and outcome of acute ischemic stroke. Stroke Res Treat. 2014;2014:694569.
10. **Zhao W, Katzmarzyk PT, Horswell R, Wang Y, Johnson J, Hu G.** Sex differences in the risk of stroke and HbA(1c) among diabetic patients. Diabetologia. 2014;57(5): 918-926.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: PHỔI BIỆT LẬP

Trần Minh Nhật[1], Nguyễn Văn Dương[1], Nguyễn Văn Giang[1]

TÓM TẮT

Phổi biệt lập (PBL) là một bất thường bẩm sinh chiếm từ 0,15% đến 6,40% các dị tật phổi bẩm sinh, trong đó một phần hoặc một thùy phổi loạn sản tồn tại mà không có sự kết nối với cây khí quản phế quản và nhận được nguồn cung cấp mạch máu toàn thân bất thường, tách biệt với phần còn lại của phổi. Do đó, đây là một vùng mô phổi không có chức năng hô hấp. Ngoài việc phát hiện tình cờ trên chụp cắt lớp vi tính ngực (CLVT), biểu hiện lâm sàng của PBL đa dạng và không đặc hiệu. Các biểu hiện khác nhau như ho dai dẳng, đau lưng, ho ra máu hoặc khó thở khi gắng sức dai dẳng. Do thuộc nhóm bệnh hiếm gặp và biểu hiện lâm sàng không có triệu chứng gợi ý làm cho việc chẩn đoán và điều trị còn gặp nhiều khó khăn.

Từ khoá: Phổi biệt lập, phổi biệt lập trong thuỳ, phổi biệt lập ngoài thuỳ.

SUMMARY

CASE STUDY: PULMONARY SEQUESTRATION

Pulmonary sequestration is thought to accounting for 0.15% to 6.40% of congenital lung malformations, which condition is a segment or lobe of dysplastic lung tissue exists with no communication with the rest of the tracheobronchial tree and receives an anomalous systemic vascular supply, separate from the rest of the lung. It is, therefore, a nonfunctional tissue. Apart from incidental diagnosis on computed tomographic chest scans, the clinical manifestations of pulmonary sequestration are diverse and nonspecific. Different manifestations include persistent cough, back pain, hemoptysis or persistent exertional dyspnea. Because it is a rare disease without clinical manifestations suggestive, diagnosis and treatment are still difficult.

Keywords: Pulmonary sequestration, intralobar pulmonary sequestration, extralobar pulmonary sequestration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chúng tôi báo cáo ca bệnh PBL ở người trưởng thành, đây là ca PBL ngoại thuỳ được chẩn đoán xác định bằng CLVT mạch, điều trị tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông, thời gian từ 16/8/2024 – 23/8/2024. Với mong muốn có cái nhìn về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như các đặc điểm hình ảnh chụp CLVT của căn bệnh này. Để từ đó có cách tiếp cận chẩn đoán tốt hơn khi gặp ca bệnh tương tự.

PBL là bất thường bẩm sinh, hiếm gặp, có nguồn gốc từ bất thường nụ ống tiêu hóa nguyên thủy và sự phát triển bất thường các cấu trúc có liên quan xảy ra trong suốt quá trình phát triển của phổi, phế quản và mạch phổi. Phổi biệt lập thuộc nhóm bất thường phổi có liên kết với bất thường mạch phổi. Có hai dạng thường gặp đó là phổi biệt lập trong thuỳ và phổi biệt lập ngoài. Mặc dù chúng có chung một số đặc điểm song cũng có sự khác nhau đáng kể trong một vài đặc

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Nhật
Email: ngvangiang@gmail.com
Ngày nhận bài: 05/09/2024
Ngày phản biện khoa học: 04/10/2024
Ngày duyệt bài: 18/10/2024

điểm quan trọng về lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh [1], [2].

PBL trong thùy là tổ chức PBL nằm trong lá tạng của một thùy phổi, thường gặp ở bên trái và khoảng 2/3 được tìm thấy ở vùng cạnh vòm hoành thuộc phân thùy đáy trong thuộc thùy dưới phổi trái. Trong 75% các trường hợp, động mạch cung cấp cho vùng phổi biệt lập trong thùy thường xuất phát từ động mạch chủ (ĐMC) ngực, từ động mạch chủ bụng hoặc các nhánh của ĐMC bụng hoặc từ các động mạch liên sườn; số ít (rất hiếm) có thể được cấp máu từ hệ thống tĩnh mạch chủ. Những động mạch bất thường xuất phát từ động mạch hệ thống thường đi vào phổi qua các dây chằng đáy phổi [1], [3].

PBL ngoài thùy là tổ chức PBL được bao bọc bởi một màng riêng, ít gặp hơn PBL trong thùy, 90% biểu hiện ở đáy phổi trái, sát vòm hoành trái, đôi khi xuất hiện trong ổ bụng thường được tìm thấy ở phụ nữ như là một khối u phúc mạc trái. Động mạch cấp máu thường từ động mạch chủ bụng và tĩnh mạch hồi lưu hầu hết là hệ thống tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch đơn, tĩnh mạch bán đơn và tĩnh mạch cửa. Phổi biệt lập ngoài thùy thường được chẩn đoán ở trẻ nhỏ, được phát hiện tình cờ và biểu hiện như là một tổn thương dạng khối; nếu kích thước đáng kể, thường biểu hiện lâm sàng ở giai đoạn đầu của trẻ sơ sinh với tình trạng suy hô hấp, suy tim sung huyết (do shunt phải-trái) và thỉnh thoảng xuất huyết phổi hoặc màng phổi tự phát. Không giống như PBL trong thùy, nhiễm trùng tổ chức này thường rất hiếm thấy vì nó được bao bọc hoàn toàn bởi màng phổi riêng biệt. Phổi biệt lập ngoài thuỳ thường liên quan với bất thường bẩm sinh khác, đặc biệt với bất thường vòm hoành và giảm sản phổi cùng bên. Trên Xquang và CLVT, phổi biệt lập ngoài thùy xuất hiện như là một khối đường bờ rõ, không chứa khí. Nó thường xuất hiện là một tổn thương đồng nhất nhưng cũng có thể có các kén khí phía ngoại vi. Động mạch cấp máu có thể thấy trên CLVT mạch. Nếu không thấy, chụp mạch có thể cần thiết cho chẩn đoán [1], [3].

II. BÁO CÁO CA BỆNH

2.1. Thông tin nhập viện

Bệnh nhân nam 57 tuổi vào viện với lý do ho khan, đau tức ngực (P). Với chẩn đoán ban đầu vào viện là viêm phổi theo dõi u phổi.

2.2. Tiền sử, bệnh sử

Bệnh nhân nhiều lần ho sốt, đau ngực tái diễn, tự mua thuốc uống ko đi khám, chấn thương ngã giáo xây dựng, đập ngực phải xuống nền đất cách 2 năm, nhưng không khám và điều trị gì, mới mổ thoát vị bẹn phải 1 tháng trước vào viện. Đợt này bệnh diễn biến 1 tuần trước và viện, xuất hiện ho khan, đau tức ½ dưới ngực phải, đau tăng khi ho, khi hít sâu, khi vận động, đau không lan, không sốt, không khó thở, không phù -> vào viện.

2.3. Khám lúc vào viện

Bệnh nhân tỉnh, nhiệt độ 36,5^{o}c, nhịp thở 19l/p, nặng 53kg, cao 160cm, BMI: 20.7, không phù, hạch ngoại vi không sờ thấy, tim đều, HA 130/80mmHg, lồng ngực cân đối, phổi (P) giảm thông khí đáy phổi, ít ran ẩm, nổ rải rác đáy phổi, gõ đục đáy phổi, không điểm đau chói. Bụng mềm, không sờ thấy khối và điểm đau khu trú.

2.4. Xét nghiệm cơ bản

WBC: 8.32 G/L, Neu: 71.1%, CRP: 3.1 mg/l. Hồng cầu: 5.02 G/L; HST: 155 g/dL. Điện tim: nhịp xoang, tần số 78 ck/p.

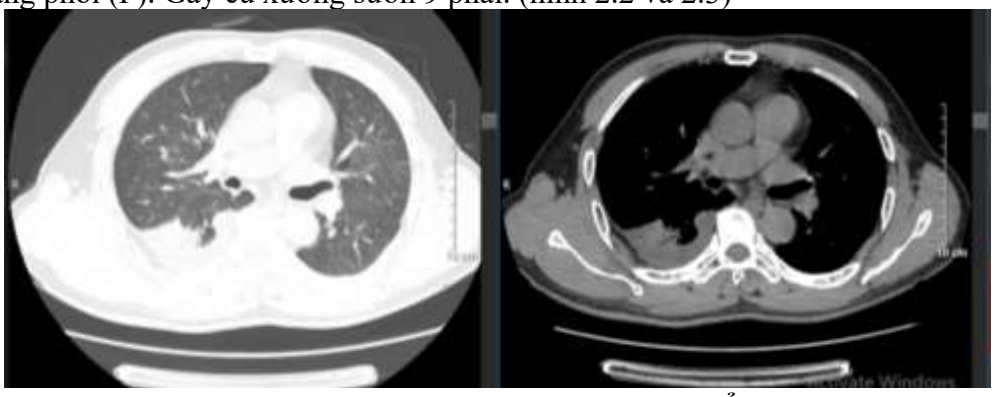
AFB đờm: âm tính. Đo chức năng hô hấp: không thấy rối loạn thông khí

2.5. Chẩn đoán hình ảnh

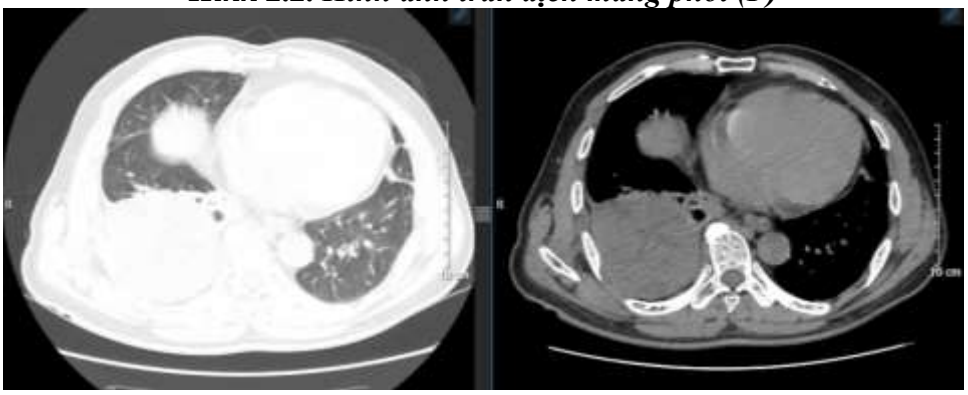
Xquang ngực thường qui: khối mờ tương đối thuần nhất, bờ đều rõ thùy dưới phổi (P) - theo dõi u phổi. (hình 2.1)

Hình 2.1. Khối mờ bờ tương đối đều đáy phổi phải

CLVT ngực 128 dãy: Thùy dưới phổi (P) có tổn thương đông đặc với khối tỷ trọng tổ chức hỗn hợp, thành phần trung tâm có tỷ trọng dịch, kích thước 68x83mm, ranh giới đều, rõ. Dịch màng phổi (P). Gãy cũ xương sườn 9 phải. (hình 2.2 và 2.3)



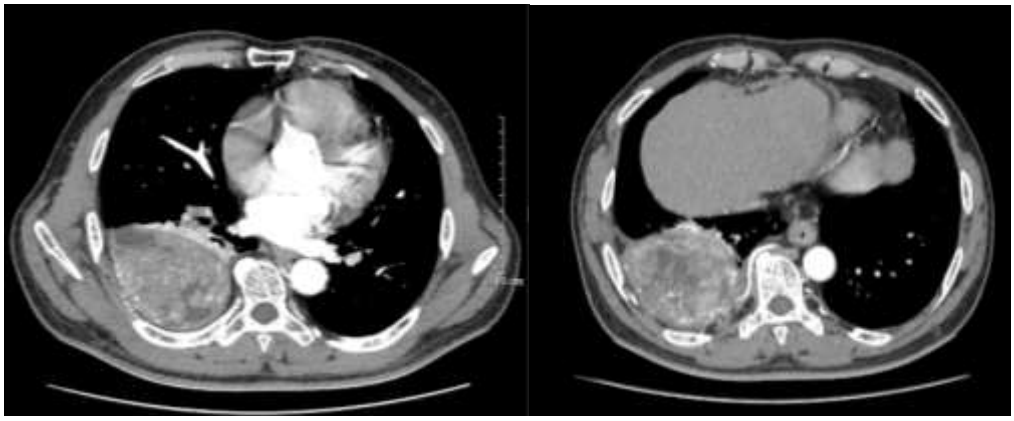
Hình 2.2. Hình ảnh tràn dịch màng phổi (P)



Hình 2.3. Khối tỷ trọng hỗn hợp, bờ đều đáy phổi (P)

Nội soi phế quản ống mềm: hẹp lỗ phế quản 9-10 bên phải do đè đẩy từ ngoài. Rửa phế quản phế nang chọn lọc: kết quả xét nghiệm dịch rửa phế quản AFB, cấy vi khuẩn, Genexpert TB: âm tính

Chụp CLVT động mạch phổi: Nhu mô vùng sau dưới sát vòm hoành phải có cấu trúc tỷ trọng tổ chức tương đối đồng nhất, ranh giới rõ, đè đẩy phế quản và mạch máu quanh khối, sau tiêm khối ngấm thuốc không đồng nhất, có nguồn động mạch nuôi từ động mạch chủ ngực. Xơ xẹp và dày tổ chức kẽ thuỳ dưới phổi phải. Tràn dịch màng phổi phải (hình 2.4)



Hình 2.4. Động mạch nuôi xuất phát từ động mạch chủ ngực

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi/ phổi biệt lập đáy phổi phải. Điều trị kháng sinh cefoperazone 2g/12 giờ x 8 ngày, Ciprofloxacin 400mg/12 giờ x 8 ngày. Sau 8 ngày điều trị tình trạng viêm phổi ổn định, có chỉ định can thiệp điều trị ngoại khoa. Tuy nhiên do bệnh nhân mới mổ thoát vị bẹn nên gia đình xin trì hoãn phẫu thuật. Chúng tôi hẹn bệnh nhân khám lại sau 02 tháng.

III. BÀN LUẬN

Ca lâm sàng của chúng tôi là bệnh nhân nam giới, 57 tuổi. Theo Đinh Văn Lượng (2015), trong số 36 bệnh nhân nghiên cứu thấy tỷ lệ giới gặp Nam/Nữ: 1/1,77. Tuổi thấp nhất là 11 tuổi, cao nhất là 62 tuổi, độ tuổi trung bình là 33,19 ± 13 [4]. Alessandro M và cs (2024), PBL có thể phát hiện ở mọi lứa tuổi, thường phát hiện được tình cờ trên Xquang ngực. Bệnh nhân có thể không có triệu chứng hoặc cũng có thể gặp với tình trạng viêm phổi tái phát, có thể gặp suy tim, hoặc ho ra máu. Không có sự khác biệt về tỷ lệ gặp giữa 2 giới [3].

Lâm sàng PBL giống như bệnh lý viêm mạn tính đường hô hấp khác. Bệnh nhân ho, có đờm với thỉnh thoảng xuất hiện các đợt cấp có sốt và đờm đặc nhiều hơn. Do đã trải qua thời gian dài trong đời thích nghi với tình trạng viêm mạn tính nên hầu hết các bệnh nhân khi nhập viện đều có Billan viêm ở mức độ nhẹ (Bạch cầu tăng nhẹ, đa nhân trung tính tỷ lệ không cao, CRP cũng tăng vừa) [1]. Bệnh nhân của chúng tôi diễn biến lâm sàng khá giống với báo cáo của các tác giả, khi có chẩn đoán chúng tôi hồi cứu lại thì bệnh nhân nói rất hay bị ho, tức ngực (P), tuy nhiên bệnh nhân làm nghề nông nên không có điều kiện khám và chụp chiếu, chỉ tự mua thuốc kháng sinh, giảm đau uống và theo bệnh nhân chỉ vài ngày lại đỡ. Khi nhập viện các dấu ấn viêm của bệnh nhân đều trong giới hạn bình thường. Theo Đinh Văn Lượng (2015), các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau ngực (33.72%), ho (34.88%), sốt (18.6%) và khó thở (12.79%) [4].

Trên chẩn đoán hình ảnh PBL có nhiều biểu hiện khác nhau. Có thể xuất hiện một

khối tổn thương đồng tỷ trọng và rõ nét, một hoặc nhiều kén chứa khí hoặc dịch, một vùng phổi tăng sáng và giảm mạch máu hoặc là sự kết hợp các dạng trên. Tăng sáng thường gặp ở PBL chưa biến chứng do bẫy khí; sự khác biệt này khó nhận ra trên Xquang ngực thẳng nhưng thường thấy trên CLVT. Sự xuất hiện của kén nhầy hoặc dịch với mức dịch-khí có thể thấy khi có hoặc không có nhiễm trùng. Trong nhiều trường hợp, PBL có thể rất giống một áp xe phổi [1], [2], [5]. Với ca bệnh của chúng tôi, trên Xquang ngực thẳng chỉ thấy khối mờ bờ tương đối đều đáy phổi phải (Hình 2.1). Khiều Mạnh Cường và cs (2018), Chụp XQ ngực thường quy: 100% tổn thương nằm ở thùy dưới, phổi trái chiếm ưu thế (23/39 trương hợp), Xquang có 3 dạng tổn thương, dạng u chiếm 27,78%, dạng kén khí: 41.67%, dạng viêm: 30.55% [5]. Nguyễn Chi Lăng (2007), trong 4 trường hợp thì 3 trường hợp dạng áp xe, 1 trường hợp dạng u [6]. Yong Wei (2011), trong 1106 trường hợp: dạng khối chiếm 49,01%, dạng nang chiếm 28,57%, khoang chống là 11,57% [7]. Như vậy trên Xquang ngực biểu hiện rất đa dạng, dấu hiệu gợi ý cũng mơ hồ.

Tiếp cận ca bệnh ban đầu chúng tôi hướng đến 3 chẩn đoán có thể gặp là: ổ cặn màng phổi, u phổi và phổi biệt lập. Vì bệnh nhân có tiền sử chấn thương ngực phải, lâm sàng bệnh nhân các dấu ấn viêm không cao, trên CLVT có gãy cũ xương sườn số 9 phải, nên lúc đầu chúng tôi nghĩ tới khả năng ổ cặn màng phổi phải. Tuy nhiên khi vào viện khoa khám bệnh chưa cho BN chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang, chưa đánh giá được rõ bản chất khối đông đặc đáy phổi. Vì vậy với mong muốn đánh giá được bản chất khối đặc này và cũng phân biệt được xem có phải là phổi biệt lập không chúng tôi đã cho bệnh nhân chụp CLVT mạch phế quản và kết quả đã cho thấy khối đông đặc này ngấm thuốc không đều, có mạch nuôi xuất phát từ động mạch chủ ngực đi ngang sang (Hình 2.4). Vì khối này nằm đáy phổi phải, có cấu trúc tỷ trọng tổ chức tương đối đồng nhất, ranh giới rõ nên chúng tôi hướng tới chẩn đoán đây là phổi biệt lập ngoại thùy. Đây cũng là điều hiếm gặp vì PBL ngoại thùy thường nằm đáy phổi nhưng thường gặp ở bên trái hơn.

Đinh Văn Lượng (2015), PBL bên phổi phải chiếm 13/36 (36.11%), phổi trái 23/36 (63,89%). PBL ngoài thùy tác giả gặp chỉ có 11.11%, chủ yếu gặp PBL trong thùy 88.89%. [4] Abhishek P và cs (2024), đa số gặp PBL nội thùy chiếm 75%, ngoại thùy 25% và đa số ở bên trái [8].

Alessandro M và cs (2024), chẩn đoán xác định PBL là chẩn đoán mô bệnh học, nhưng có thể chẩn đoán trước phẫu thuật bằng cách xác định nguyên ủy của mạch nuôi vào tổn thương [3]. Sujith V. Cherian và cs (2019), nội soi phế quản không có giá trị trong chẩn đoán PBL, việc chẩn đoán cần tìm thấy sự hiện diện của mạch máu nuôi cho tổn thương và CLVT mạch máu là phương pháp không xâm lấn tốt để xác định mạch nuôi dưỡng [2]. PBL thường nhận máu cung cấp từ nhánh của động mạch chủ ngực hoặc động mạch chủ bụng và chụp mạch máu luôn là cần thiết nhằm xác định rõ các nhánh mạch này trước khi phẫu thuật cắt bỏ. Chúng thường được cung cấp máu bởi một nhánh động mạch xuất phát từ động mạch hệ thống. động mạch hệ thống cấp máu cho phần PBL thường được nhìn thấy. Nếu không thấy, các kỹ thuật chụp mạch có thể được sử dụng để xác định chẩn đoán. Chụp mạch bằng kỹ

thuật số hóa xóa nền (DSA) đòi hỏi trang thiết bị hiện đại kèm chuyên gia giỏi và chi phí cao, trong khi độ chính xác của hai phương pháp chênh nhau không nhiều [1]. Đinh Văn Lượng (2015), nguyên ủy của động mạch nuôi chủ yếu xuất phát từ động mạch chủ ngực: 63.89%, động mạch chủ bụng: 33.33%, động mạch ngực – bụng: 2.78%. Đa số chỉ có 1 động mạch nuôi chiếm 75%, 2 động mạch: 11,11%, trên 2 động mạch găp 13,89% [4]. Báo cáo khác của Khiếu Mạnh Cường và cs (2018), Trong 39 trường hợp phát hiện mạch bất thường, 7 trường hợp không phát hiện mạch. Số lượng mạch bất thường chủ yếu 1 mạch 76,09%, trên 2 mạch 8,7% [5]. Yong Wei (2011), nguyên ủy động mạch bất thường chủ yếu từ động mạch chủ ngực (76,55%), động mạch chủ bụng (18,475), số còn lại từ các động mạch khác. Số lượng mạch bất thường 813 trường hợp chủ yếu 1 mạch (79,09%), 2 mạch (15,99%), trên 2 mạch (4,92%) [7].

Điều trị PBL triệt để phải cắt bỏ khối PBL là bắt buộc. Tuy nhiên chảy máu nặng có thể xảy ra nếu tình cờ cắt phải các nhánh động mạch này trong quá trình phẫu thuật. Để giảm thiểu nguy cơ này, khi mổ có thể can thiệp nút nhánh mạch cấp máu cho PBL đã giảm thiểu tối đa các biến chứng chảy máu và nhiễm trùng sau mổ [1], [3]. Đinh Văn Lượng (2015), mổ mở 36 trường hợp, 34 (94,44%) cắt thùy phổi chứa phổi biệt lập, 1(2,78%) trường hợp cắt phân thùy phổi, 1(2,78%) trường hợp cắt nguyên phần phổi biệt lập. Trong đó 29 trường hợp không có biến chứng sau mổ. 2/36 trường hợp chảy máu sau mổ, 2/36 trường hợp xẹp phổi sau mổ, 1/36 trường hợp rò khí và 1/36 trường hợp viêm mủ màng phổi, 1/36 trường hợp rò thực quản sau mổ, các biến chứng thường nhẹ không có trường hợp nào nặng hoặc tử vong khi ra viện [4].

IV. KẾT LUẬN

PBL trong thùy phổi hoặc ngoài thùy phổi là một hiện tượng lâm sàng hiếm gặp với tỷ lệ mắc dưới 6% trong số các dị tật phổi bẩm sinh. Các thử nghiệm lâm sàng quy mô lớn và các hướng dẫn đồng thuận về các chiến lược chẩn đoán và quản lý điều trị vẫn còn thiếu. Hầu hết các tiêu chuẩn thực hành đều dựa trên các đánh giá loạt ca bệnh hồi cứu và kinh nghiệm của cơ sở y tế.

Lâm sàng dấu hiệu viêm phổi (thậm chí áp xe phổi) tái lặp nhiều lần và thường xuất hiện cố định vùng đáy, hay gặp phổi trái là dấu hiệu cần hết sức gợi ý khi chẩn đoán căn bệnh này.

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc chỉ ra những mạch bất thường cấp máu cho vùng PBL, vừa để chẩn đoán xác định, vừa để hỗ trợ cho lựa chọn phương pháp điều trị. Hiện nay chụp CLVT mạch bằng máy CLVT đa dãy đã rất phổ biến, được ứng dụng nhiều hơn phương pháp chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) trong chẩn đoán PBL.

Việc chẩn đoán bệnh, đặc biệt là khi được chẩn đoán ở thời kỳ bào thai, trẻ sơ sinh, đòi hỏi nỗ lực phối hợp giữa các bác sĩ chuyên khoa: hô hấp, sản khoa, chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật lồng ngực. Phẫu thuật trước đây là phương pháp điều trị tiêu chuẩn, nhưng trong các năm gần đây, gây tắc mạch và đặt coils mạch đã nổi lên như một phương pháp điều trị thay thế. Gây tắc mạch làm

giảm lưu lượng máu đến mô bị cô lập, dẫn đến hoại tử, xơ hóa và thoái triển khối PBL. Đặt coils được ưa chuộng ở trẻ sơ sinh như một tác nhân thuyên tắc vì chúng có thể được đưa qua ống thông có đường kính nhỏ hơn. Gây tắc mạch trước phẫu thuật của vùng PBL để giảm thiểu nguy cơ chảy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cung Văn Công,** Phổi biệt lập: Tổng quan tài liệu và báo cáo 10 ca bệnh điều trị tại bệnh viện phổi trung ương, Tạp chí nghiên cứu y học, 2022, 155(7): p 236-246.
2. **Sujith V. Cherian, Anupam Kumar, Daniel Ocazionez, et al,** Developmental lung anomalies in adults: A pictorial review, Respiratory Medicine, 2019, 155: p 86-96.
3. **Alessandro Monfregola, Leda De Angelisa, Rosita Comune, et al,** Interlobar pulmonary sequestration with celiac aberrant artery in an elderly patient treated with combined endovascular and video-assisted thoracoscopic approach, Radiology case reports, 2024, 19: p 3418-3424.
4. **Đinh Văn Lượng,** Nghiên Cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật phổi biệt lập, Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam, 2015, 11: p 41-41.
5. **Khiều Mạnh Cường, Nguyễn Lê Vinh, Nguyễn Sỹ Khánh, Đinh Văn Lượng, Đinh Văn Tuấn, Đoàn Quốc Hưng,** Phổi biệt lập: Kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện phổi trung ương, Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam, 2018, 22: p 36-42.
6. **Nguyễn Chi Lăng,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm của 12 trường hợp phổi biệt lập trong thùy. Y học thực hành, 2007, 5: p. 76-78.
7. **Wei, Y. and F.li,** Pulmonary sequestration: a retrospective analysis of 2626 case in China, European Journal of CardioThoracic Surgery, 2011. 40(1): p. 39-42.
8. **Abhishek Pandey, Archana Pandey, Suraj Keshar, Aliza Dulal, et al,** Intralobar bronchopulmonary sequestration in an adult: a case report, Annals of medicine and surgery, 2024. 86: p. 4143-4145.

HIỆU QUẢ CỦA THAY HUYẾT TƯƠNG TRONG PHỐI HỢP ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP TĂNG TRIGLYCERIDE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Cao Đại Dương[1], Đoàn Bình Tĩnh[1], Nguyễn Sơn Nam[1], Phạm Thị Thu Phương[1], Trịnh Thị Lệ[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng Triglyceride máu là nguyên nhân phổ biến thứ ba gây viêm tụy. Thay huyết tương là một phương pháp điều trị hiệu quả để giảm nhanh nồng độ triglyceride trong máu.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả của việc thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu.

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp có tăng triglyceride máu ≥11,3mmol/l điều trị tại khoa tại bệnh viện đa khoa Hà Đông.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả. Nồng độ triglyceride trong máu trước và sau khi thay huyết tương được so sánh. Thang điểm SOFA, APACHEII và BISAP đã được thực hiện khi nhập viện và sau khi thay huyết tương.

Kết quả: Từ T1/2023 đến T7/2024 có 16 bệnh nhân, nam giới 75%, nữ 25%; tuổi trung bình 43,19 ± 9,39 tuổi. Triglyceride đã giảm từ 35,64 ± 26,1 mmol/L xuống 9,08 ± 5,09 mmol/L trong lần thay huyết tương thứ nhất và xuống còn 4,71 ± 1,38 mmol/L sau lần thay huyết tương thứ hai (p <0,05). Điểm SOFA giảm từ 3,38 ± 3,1 điểm khi nhập viện xuống 2,25 ± 0,97 điểm sau PEX (p <0,05). Điểm BISAP khi nhập viện là 1,31 ± 0,87 điểm và 0,69 ±0,24 điểm sau PEX (p <0,05). Điểm APACHEII khi nhập viện là 10,81 ±5,22 điểm và 6,44 ± 5,33 điểm sau PEX (p <0,05).

Kết luận: Thay huyết tương điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride là phương pháp hiệu quả, nhanh chóng và an toàn. Đồng thời, phương pháp này còn cải thiện đáng kể kết quả điều trị của bệnh nhân

Từ khóa: Viêm tụy cấp, tăng triglyceride, thay huyết tương.

SUMMARY

RESULTS OF PLASMA EXCHANGE IN COMBINATION WITH TREATMENT FOR HYPERTRIGLYCERIDEMIA-INDUCED ACUTE PANCREATITIS IN HA DONG GENERAL HOSPITAL

Background: Hypertriglyceridemia is the third most common cause of acute pancreatitis. Plasma exchange is an effective treatment method to rapidly reduce triglyceride levels in the blood.

Research Objective: To evaluate the effectiveness of plasma exchange in the treatment of acute pancreatitis caused by hypertriglyceridemia.

Study Subjects: Patients diagnosed with acute pancreatitis with blood triglyceride levels ≥11.3 mmol/L, treated at Ha Dong General Hospital.

Research Methodology: Descriptive study. Blood triglyceride levels before and after plasma exchange were compared. SOFA, APACHE II, and BISAP scores were assessed upon admission and after plasma exchange.

Results: From January 2023 to July 2024, 16 patients were included in the study; 75% were

[1]*Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*

Chịu trách nhiệm chính: Cao Đại Dương

Email: daiduongcao96@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/08/2024

Ngày phản biện khoa học: 10/09/2024

Ngày duyệt bài: 01/10/2024

male, and 25% were female, with an average age of 43.19 ± 9.39 years. Triglyceride levels decreased from 35.64 ± 26.1 mmol/L to 9.08 ± 5.09 mmol/L after the first plasma exchange and to 4.71 ± 1.38 mmol/L after the second exchange ($p < 0.05$). SOFA scores decreased from 3.38 ± 3.1 points at admission to 2.25 ± 0.97 points after PEX ($p < 0.05$). BISAP scores at admission were 1.31 ± 0.87 points and 0.69 ± 0.24 points after PEX ($p < 0.05$). APACHE II scores at admission were 10.81 ± 5.22 points and 6.44 ± 5.33 points after PEX ($p < 0.05$).

Conclusion: Plasma exchange for the treatment of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis is an effective, rapid, and safe method. Additionally, this method significantly improves patient outcomes.

Keywords: Acute pancreatitis, hypertriglyceridemia, plasma exchange.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp thể nặng chiếm khoảng 20-30% số bệnh nhân và tỷ lệ tử vong tại viện khoảng 15%. Viêm tụy cấp (VTC) do tăng Triglycerid (TG) đứng hàng thứ 3 sau sỏi mật và rượu. Cùng với sự phát triển của xã hội, chế độ ăn uống không hợp lý, tỷ lệ VTC do tăng TG ngày càng tăng.

Nghiên cứu về thay huyết tương đối với bệnh nhân viêm tụy cấp đã được tiến hành ở nhiều bệnh viện và cho hiệu quả tích cực trong việc hạ triglyceride máu, giảm thời gian nằm viện và cải thiện tiên lượng bệnh[1,2].

Thay huyết tương và lọc máu đã tiến hành ở Bệnh viện đa khoa Hà Đông từ năm 2016 đã cứu sống được nhiều bệnh nhân.Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá khách quan về hiệu quả của phương pháp điều trị này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

Kết quả thay huyết tương trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp tăng Triglycerid tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc bệnh viện đa khoa Hà Đông với 02 mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân viêm tụy cấp tăng Triglyceride tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

2. Đánh giá kết quả điều trị viêm tụy cấp tăng Triglyceride có kết hợp thay huyết tương tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp theo Atlanta hiệu chỉnh năm 2012 với nồng độ TG máu ≥ 11,3 mmol/l tại Khoa HSTC-CĐ tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 01/01/2023 đến tháng 31/07/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

a. Chẩn đoán VTC: theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi năm 2012 Có hai trong ba đặc điểm sau:

(1) Triệu chứng lâm sàng: cơn đau bụng điển hình (xuất hiện đột ngột, đau dữ dội, tập trung ở vùng thượng vị, lan ra sau lưng hoặc lên ngực).

(2) Lipase và/ hoặc Amylase máu lớn hơn ít nhất trên 3 lần so với giá trị bình thường.

(3) Tổn thương viêm tụy cấp trên chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm cản quang và/hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) và/hoặc siêu âm ổ bụng.

b. Xét nghiệm TG ≥ 11,3 mmol/l (1000mg/dl).

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN < 18 tuổi
- VTC được chẩn đoán loại trừ do các nguyên nhân khác qua thăm khám lâm sàng

và cận lâm sàng: sỏi mật, giun chui ống mật, do chấn thương,....

- Tiền sử dị ứng với huyết tương, albumin và heparin
- Có chống chỉ định với thay huyết tương: rối loạn ý thức, suy tim cấp, nhồi máu cơ tim, nhồi máu não mới không ổn định, xuất huyết não hoặc phù não nặng.
- BN và/hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân tử vong trong vòng 24h từ khi vào viện

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

Cách chọn mẫu nghiên cứu: Thuận tiện

Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê. Thống kê mô tả các biến số nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Hồi sức tích cực và Chống độc bệnh viện đa khoa Hà Đông

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/01/2023 đến tháng 31/07/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Người bệnh (N=16)
Đặc điểm chung	
Tuổi trung bình	43,19±9,39
Nam giới (%)	12 (75%)
Đặc điểm tiền sử	
Khỏe mạnh	4 (25%)
Lạm dụng rượu	5 (31,25%)
Đái tháo đường	3 (18,75%)
Viêm tụy cấp	7 (43,75%)
Thể trạng bệnh nhân	
Min – Max	18.5-30.8
Bình thường (BMI 18,5 – 22,9)	9 (56,25%)
Béo phì độ I (BMI 23 – 24,9)	6 (37,5%)
Béo phì độ II (BMI ≥30)	1 (6,25%)
Triệu chứng toàn thân	
Nhịp tim (% >100ck/ph)	104,7±12,1 (37,5%)
Huyết áp trung bình	103,17±13,6
Nhiệt độ (% trên 37,5^{o}C)	37,14±0,74 (31,2%)
Ý thức (Glasgow)	15 điểm
Triệu chứng cơ năng, thực thể	
Đau bụng n (%)	16 (100%)
Buồn nôn n (%)	12 (75%)
Bí trung, đại tiện n (%)	6 (37.5%)
Chướng bụng n (%)	16 (100%)

Triệu chứng thực thể	
Áp lực ổ bụng trung bình	18,38±4,72
Tràn dịch ổ bụng n (%)	8 (50%)
Tràn dịch màng phổi n (%)	9 (56,2%)

Nhận xét:

- Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 43,19±9,39
- Đa số bệnh nhân hay gặp ở nam giới hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là 3/1
- Tiền sử hay gặp nhất là có viêm tụy cấp trước đó (43,75%), tiếp theo đến tiền sử lạm dụng rượu (31,25%). Tiền sử đái tháo đường gặp ở 18,75% nhóm đối tượng nghiên cứu
- Tỷ lệ gặp tình trạng thừa cân, béo phì theo WHO là 43,75%.
- BN nghiên cứu 100% không bị rối loạn ý thức, Có 37,5% bệnh nhân có nhịp tim nhanh >100 lần/phút, nhiệt độ trên 37,5 chiếm 31,2%.
- Triệu chứng đau bụng, chướng bụng gặp ở 100% đối tượng nghiên cứu; buồn nôn, nôn và bí trung, đại tiện lần lượt gặp với tỷ lệ 75%, 37,5%.
- Tràn dịch ổ bụng và tràn dịch màng phổi lần lượt gặp với tỷ lệ 50% và 56,2%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	Người bệnh (N=16)
Nồng độ Triglyceride	35,64±26,1
11,3→ 22,6 n(%)	6 (37,5%)
>22,6 n(%)	10 (62,5%)
Nồng độ Cholesterol	15,65±10,5
Nồng độ Amylase	508,44±135,52
Tăng trên 3 lần giới hạn trên	10 (62,5%)
Không tăng hoặc tăng không quá 3 lần giới hạn trên	6 (37,5%)
Sinh hóa	
Ure	4,76±2,6
Creatinin	92,13±40,62
Natri	123,75±8,98
Kali	3,62±0,8
Glucose	11,01±7,66
Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi	
HCT	43,31±6,11
Bạch cầu	13,1±4,2

Nhận xét:

- Cholesterol trung bình là 15,65±10,5. Nồng độ Triglycerid trung bình 35,64±26,1, đa số là tăng triglyceride mức độ rất nặng (>22,6mmol/l theo Hội Nội tiết lâm sàng 2012), chiếm 62,5%
- Nồng độ Amylase trung bình là 508,44±135,52, trong đó đa số tăng trên 3 lần giới hạn trên bình thường, chiếm 62,5% tổng số bệnh nhân nghiên cứu.
- Các chỉ số ure, creatinine trung bình trong giới hạn bình thường
- Giá trị trung bình của Na giảm so với bình thường, 125,94±7,82

3.3. Đặc điểm hình ảnh học

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh học

Phân độ Balthaza	
A,B n(%)	0 (0%)
C n (%)	1 (6,2%)
D n (%)	3 (18,8%)
E n (%)	12 (75%)
Điểm hoại tử	
0 n (%)	13 (81,25%)
2 n (%)	2 (12,5%)
4 n (%)	1 (6,25%)
6 n(%)	0 (0%)

Nhận xét:

- Đa số bệnh nhân có phân độ Balthaza C, chiếm 75% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Không có bệnh nhân nào độ A và B

- Tỷ lệ bệnh nhân phát hiện có điểm hoại tử trên CLVT là 18,75%.

3.4. Kết quả điều trị

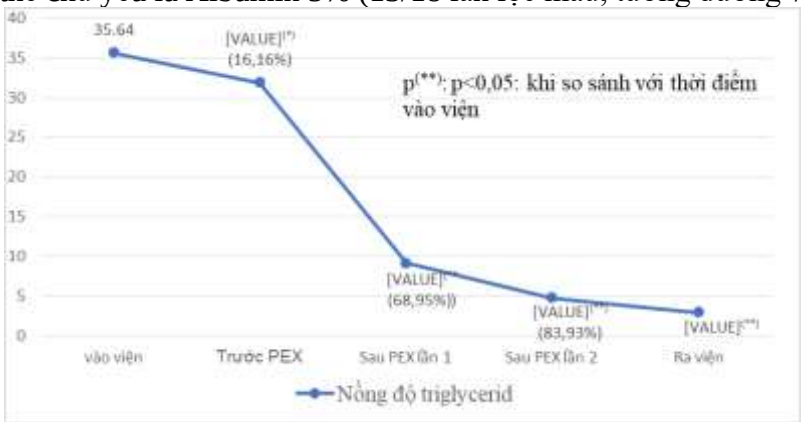
Số ngày điều trị trung bình là 11,44 ngày.

Bảng 4. Phương pháp điều trị

Dịch thay thế n (%)	**N=16**
Huyết tương tươi đông lạnh	5 (27,8%)
Albumin 5%	13 (72,2%)
Số lượng quả TPE sử dụng	
1 quả	14 (87,5%)
2 quả	2 (12,5%)

Nhận xét:

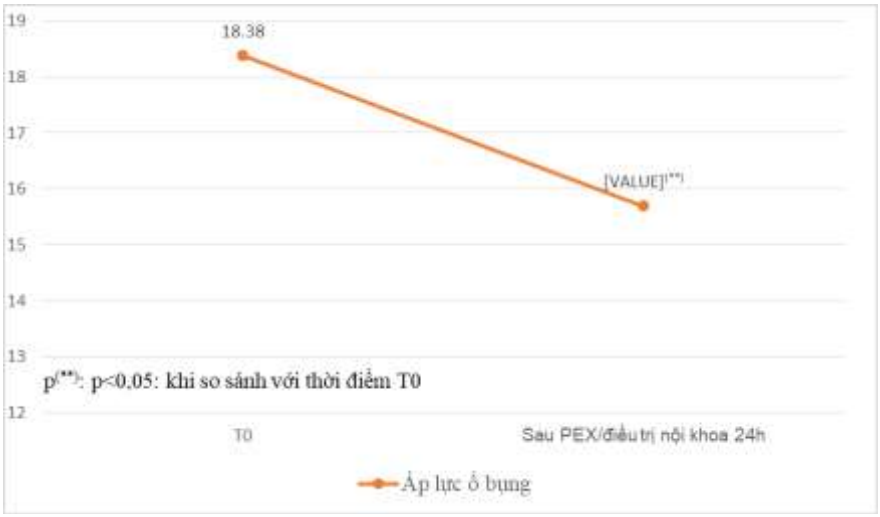
- Trong 16 bệnh nhân lọc huyết tương, có 2 bệnh nhân (12,5%) bị tắc quả lọc do nồng độ triglyceride quá cao. 2 bệnh nhân này tiếp tục được lọc tiếp quả thứ 2.
- Dịch thay thế chủ yếu là Albumin 5% (13/18 lần lọc máu, tương đương 72,2%).



Biểu đồ 1. Thay đổi nồng độ Triglycerid qua thời gian điều trị

Nhận xét:

- Nồng độ triglyceride giảm dần trong quá trình điều trị
- PEX làm thay đổi nhanh chóng nồng độ Triglycerid, giảm 69% sau PEX lần 1 và giảm tới 83,9% sau PEX lần 2 (hoặc 24h sau lọc). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.



Biểu đồ 2. Thay đổi áp lực ổ bụng qua thời gian điều trị

Nhận xét: Sau điều trị áp lực ổ bụng giảm thừ 18,38 xuống 15,69. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

Bảng 5. Thay đổi các thang điểm trước và sau PEX

	Trước	Sau	P
APACHEII	10,81±5,22	6,44±5,33	0,000
BISAP	1,31±0,87	0,69±0,24	0,035
SOFA	3,38±3,1	2,25±0,97	0,046

Nhận xét: Các điểm số APACHEII, BISAP, SOFA đều giảm sau khi PEX. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

Bảng 6. Biến chứng của lọc máu

Biến chứng	N (%)
Tắc quả	2 (12,5%)
Rối loạn điện giải	0 (0%)
Rối loạn đông máu	3 (18,75%)
Dị ứng	3 (18,75%)

Nhận xét: Tỷ lệ tắc quả lọc gặp 12,5% trường hợp. Không phát hiện rối loạn điện giải sau lọc máu. Tỷ lệ gặp rối loạn đông máu và dị ứng là 18,75%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh

Trong 16 bệnh nhân nghiên cứu có 12 bệnh nhân nam, chiếm 75%, tỷ lệ nam/nữ 3/1. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình 74,7%[3], Lê Thị Mỹ Duyên 73,1%[1]. Một số nghiên cứu có kết quả thấp hơn chúng tôi do chủ yếu đánh giá trên viêm tụy cấp nói chung và hoặc cũng có thể do khác nhau về dịch tễ: Đỗ Thanh Hòa 64,3%[4], Vũ Quốc Bảo 56,1%[5] Nhưng chung quy lại, viêm tụy cấp hay gặp ở nam hơn nữ. Sự khác nhau nhiều về giới ở nghiên cứu chúng tôi có thể do nam giới sử dụng rượu và chất béo nhiều hơn.

Tuổi trung bình của BN nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi: 43,19±9,36. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đào Xuân Cơ 45,4 ± 13,8[6], Nguyễn Gia Bình

40,4 ± 9,9[3] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Hà Mạnh Hùng 50,9 ± 13,8[2], Vũ Quốc Bảo 47,79 ± 16,46[5] và cao hơn của Lê Thị Mỹ Duyên 39,7 ± 7,92[1]. Phân bố chủ yếu gặp ở độ tuổi lao động, do đây là nhóm hoạt động nhiều, có thói quen sử dụng rượu và chất béo nhiều.

Ở nghiên cứu của chúng tôi, tiền sử mắc viêm tụy cấp trước đó chiếm tỷ lệ cao nhất (43,75%). Kết quả này thấp nghiên cứu của Đỗ Thanh Hòa 49,7%[4], cao hơn của Lê Thị Mỹ Duyên 34,4%[1], Nguyễn Gia Bình 17,3%[3]. Tỉ lệ bệnh nhân viêm tụy cấp tái phát ở nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao có thể là do bệnh nhân có tiền sử tăng lipid máu nhưng chưa được phát hiện và theo dõi điều trị trước đó, phần lớn bệnh có liên quan đến rượu (31,25%) và bệnh nhân không bỏ được rượu mặc dù đã được tư vấn trước khi ra viện.

Tiền sử đái tháo đường chiếm 18,75%, tương tự của Nguyễn Gia Bình 20%[3], cao hơn của Lê Hữu Nhượng 12,5%[7], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Mỹ Duyên 53,8%[1].

Sốt trong viêm tụy cấp thường do sự giải phóng các cytokine gây viêm hoặc hoại tử quanh tụy. Nghiên cứu của chúng tôi có 31,2% số bệnh nhân sốt (nhiệt độ > 37,5 độ C). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình 12%[3], Xiao-Li-Zhang 21,3%[8]. Nhưng chung quy lại, tỷ lệ gặp bệnh nhân sốt trong viêm tụy cấp khá ít.

Đau bụng, chướng bụng là triệu chứng thường gặp chiếm 100% trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi và là lý do khiến bệnh nhân phải nhập viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Nguyễn Gia Bình 98,7%[3], Lê Hữu Nhượng 100%[7]

Nôn và buồn nôn chiếm 75% bệnh nhân nghiên cứu. Đây là triệu chứng không đặc hiệu và có thể gặp trong các bệnh lý khác và có thể xuất hiện trước đó nhưng không được bệnh nhân chú ý nhiều. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình 92%[3], Lê Hữu Nhượng 85%[7].

Có 8 bệnh nhân tràn dịch ổ bụng chiếm 50% và 9 bệnh nhân tràn dịch màng phổi chiếm 56,2%, tương tự của Nguyễn Gia Bình 53,3%[3] về tràn dịch ổ bụng, Lê Hữu Nhượng 47,5%[7].

4.2. Đặc điểm men tụy và hình ảnh học

Chúng tôi nhận thấy có 37,5% bệnh nhân trong nghiên cứu có nồng độ amylase dưới 3 lần giới hạn trên bình thường. Chứng tỏ Amylase không tăng hay tăng cũng không thể khẳng định hay loại trừ chẩn đoán viêm tụy cấp.

CLVT chẩn đoán VTC với tổn thương tụy trên Balthazar là độ C, D, E, không có bệnh nhân tổn thương tụy mức độ A, B trong đó 75% tổn thương mức độ E, cao hơn các nghiên cứu của, Nguyễn Gia Bình 48%[3]. Nguyên nhân có thể do thời gian bệnh đến muộn hoặc bệnh nhân không được chụp CLVT ngay từ khi có triệu chứng nên tổn thương tụy trên CLVT được đánh giá chính xác hơn

4.3. Kết quả điều trị

Triglyceride đã giảm từ 35,64 ± 26,1 mmol/L xuống 9,08 ± 5,09 mmol/L (68,95%) trong lần thay huyết tương thứ nhất và xuống còn 4,71 ± 1,38 mmol/L (83,93%) sau lần thay huyết tương thứ hai (p <0,05). Kết quả này tương tự của Lê Hữu Nhương (84%)[7], Nguyễn Gia Bình (82%)[3], cao hơn của Đỗ Thanh Hòa (77%)[4].

Thang điểm APACHE II tiên lượng tỉ lệ tử vong không chỉ dựa trên đánh giá các chỉ số bệnh cấp tính mà còn đánh giá các chỉ số

bệnh mãn tính nên nó là công cụ đánh giá tương đối khái quát. Điểm APACHE II của chúng tôi có trị số trung bình khi nhập viện 10,81 ± 5,22 tương tự nghiên cứu của Hà Mạnh Hùng 10,8 ± 4,8[2], cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình 6,1 ± 5,19[3]. Sau PEX, điểm APACHEII giảm còn 6,44 ± 5,33. Sừ giảm này có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

Cũng như vậy, Điểm SOFA giảm từ 3,38 ± 3,1 điểm khi nhập viện xuống 2,25 ± 0,97 điểm sau PEX (p <0,05). Điểm BISAP khi nhập viện là 1,31 ± 0,87 điểm và 0,69 ±0,24 điểm sau PEX (p <0,05).

Chúng tôi chỉ ghi nhận biến chứng tắc quả với 2/16 bệnh nhân do nồng độ TG quá cao và 2 bệnh nhân này được thay huyết tương lần 2. Theo chúng tôi, có thể do đường kính các ống dây trong quả lọc TPE từ 200-600nm, trong khi đí chylomicron rất lớn 1000nm nên khi PEX gây ra tắc quả lọc. Như vậy tỉ lệ tắc quả chiếm 12.5% thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình là 23%[3], Đỗ Thanh Hòa 19,5%[4], Nguyễn Huy Ngọc 30,2%[43].

Tỷ lệ gặp dị ứng trong nghiên cứu của chúng tôi là khá thấp 18,8%, tuy nhiên cao hơn so với Nguyễn Huy Ngọc là 7,7%[9].

V. KẾT LUẬN

Thay huyết tương điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride là phương pháp hiệu quả, nhanh chóng và tương đối an toàn. Đồng thời, phương pháp này còn cải thiện đáng kể kết quả điều trị của bệnh nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Mỹ Duyên.** Nhận Xét Hiệu Quả Của Phương Pháp Thay Huyết Tương ở Bệnh Nhân Viêm Tụy Cấp Do Tăng Triglyceride Máu. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, Bệnh viện Nhân dân 115.; 2017.
2. **Hà Mạnh Hùng, Nguyễn Công Tấn.** Hiệu quả điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglycerideméu bằng biện pháp thay thế huyết tương với dung dịch albumin 5% tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023; 521(1). doi:10.51298/vmj. v521i1.3976
3. **Hoàng Đức Chuyên, Nguyễn Gia Bình.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng và Điều Trị Viêm Tụy Cấp Tăng Triglycerid. Luận văn Thạc sĩ Y học; 2012.
4. **Đỗ Thanh Hòa.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của liệu pháp thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108; 2020.
5. **Vũ Quốc Bảo.** Giá Trị Thang Điểm Bisap Trong Tiên Lượng Viêm Tụy Cấp. Luận văn thạc sỹ y khoa Hà Nội; 2014.
6. **Đào Xuân Cơ.** Nghiên Cứu Giá Trị Của Áp Lực ổ Bụng Trong Phân Loại Mức Độ Nặng ở Bệnh Nhân Viêm Tụy Cấp. Luận án tiến sỹ y học; 2012.
7. **Lê Hữu Nhượng.** Nhận Xét Kết Quả Thay Huyết Tương Trong Điều Trị Viêm Tụy Cấp Tăng Triglycerid.; 2018.
8. **Yu S, Yao D, Liang X, et al.** Effects of different triglyceride-lowering therapies in patients with hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis. Exp Ther Med. 2020; 19(4): 2427-2432. doi: 10.3892/etm. 2020.8501
9. **Huy Ngọc Nguyễn.** Đánh Giá Hiệu Quả Thay Huyết Tương Trong Điều Trị Viêm Tụy Cấp Tăng Triglyceride Máu Tại Bệnh Viện Đa Khoa Phú Thọ. Vol Tập 462(số 2). Tạp chí Y học Việt Nam; 2018.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÂN ĐÌNH NĂM 2021

Cao Thị Hương[1], Dương Tuấn Thành[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhồi máu não, Đánh giá một số yếu tố nguy cơ chính liên quan tới nhồi máu não **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu **Kết quả nghiên cứu:** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**:** Tuổi hay gặp nhồi máu não là từ 60 – 80 tuổi, chiếm 66,67%, nữ gặp nhiều hơn nam; Hoàn cảnh khởi phát bệnh khi nghỉ ngơi chiếm 40,8%, khi lao động chiếm 16,67%, sau ngủ dậy và đang ngủ chiếm 20,8% và không rõ hoàn cảnh chiếm 11,33%; Bệnh khởi phát đột ngột chiếm 89,3%, khởi phát từ từ chiếm 10,7%; Các triệu chứng khởi phát thường gặp triệu chứng cơ năng là đau đầu chiếm 66,67%, chóng mặt 53,33%, buồn nôn và nôn 38,33%; Trong giai đoạn toàn phát liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao 73,33%.**;** Huyết áp tâm thu trung bình lúc vào viện là 143,9 mmHg, huyết áp tâm trương trung bình là 81,5 mmHg**;** Nhồi máu não 1 ổ 63,6%, >2 ổ 36,4%. Kích thước ổ nhồi máu < 1 cm chiếm 75%, 1-3 cm chiếm 13,33%, > 3 cm là 11,67 %. Di lệch đường giữa chiếm 3,33%. Các yếu tố nguy cơ thường gặp: Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 78,6%**,** đái tháo đường là 13,6 %**,** rối loạn chuyển hóa lipid 80% trong đó tăng cholesterol toàn phần 80%, tăng triglicerid 66,67%, tăng cholesterol LDL 66,67%, giảm HDL 61,67%**,** tai biến mạch máu não cũ 19,3%. Kết quả nghiên cứu cung cấp thông tin cần thiết về một số đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ của bệnh nhồi máu não giúp tuyên truyền sâu rộng trong cộng đồng, tư vấn giáo dục sức khỏe để người dân hiểu biết ngày càng nhiều về các yếu tố nguy cơ, tăng cường bồi dưỡng và nâng cao kiến thức cho y bác sĩ tuyến cơ sở, để phục vụ cho công tác khám và chữa bệnh ban đầu.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Vân Đình*

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Hương

Email: drcaohuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 09/09/2024

Ngày phản biện khoa học: 07/10/2024

Ngày duyệt bài: 23/10/2024

SUMMARY

COMMENTS ON SOME CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR ACCIDENT DIAGNOSED AND TREATED AT VAN DINH GENERAL HOSPITAL IN 2021

Objectives: To comment on some clinical and paraclinical characteristics of cerebral infarction and to evaluate some main risk factors related to cerebral infarction. **Methods:** Descriptive cross-sectional, prospective method. **Results:** Some clinical and paraclinical characteristics: The age most commonly affected by cerebral infarction is 60 to 80 years, accounting for 66.67%, with females affected more than males; the circumstances of disease onset when at rest account for 40.8%, during labor 16.67%, after waking up and during sleep 20.8%, and unclear circumstances account for 11.33%; the disease onset is sudden in 89.3% and

gradual in 10.7%; common symptoms at onset include headache at 66.67%, dizziness at 53.33%, nausea and vomiting at 38.33%; during the full-blown phase, hemiplegia accounts for a high rate of 73.33%, central facial paralysis at 66.67%, language disorders 50.0%, sensory disorders on the paralyzed side 66.67%, disturbances of consciousness 20%, bowel and bladder dysfunction 13.33%, and seizures 6.67%. The average systolic blood pressure upon hospital admission is 143.9 mmHg, the average diastolic blood pressure is 81.5 mmHg; single infarction accounts for 63.6%, and >2 infarctions account for 36.4%. The size of the infarction: <1 cm accounts for 75%, 1-3 cm accounts for 13.33%, and >3 cm accounts for 11.67%. Midline shift accounts for 3.33%. Common risk factors: Hypertension accounts for 78.6%, diabetes 13.6%, lipid metabolism disorders 80%, including increased total cholesterol 80%, increased triglycerides 66.67%, increased LDL cholesterol 66.67%, decreased HDL cholesterol 61.67%, previous cerebrovascular accidents 19.3%. The research results provide essential information about some clinical characteristics and risk factors of cerebral infarction, helping to widely disseminate information in the community, and to provide health education and consultation so that people increasingly understand risk factors, thereby enhancing and improving knowledge for grassroots healthcare workers to serve the initial diagnosis and treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não hay tai biến mạch máu não (TBMMN) là nguyên nhân đứng hàng đầu gây tàn phế và là nguyên nhân hàng thứ năm gây tử vong ở Hoa Kỳ. Đột quỵ não đã và đang là vấn đề thời sự cấp thiết trong y học do gây ra gánh nặng cho bản thân bệnh nhân, gia đình người bệnh và toàn xã hội.

Hàng năm ở Hoa Kỳ có khoảng 795.000 người bị đột quỵ trong đó số người mới bị là 610.000 người và đột quỵ tái phát 185.000 người. Theo tổ chức y tế thế giới WHO, mỗi năm có 15 triệu người bị đột quỵ trên toàn thế giới, trong đó 5 triệu người chết và 5 triệu người bị tàn tật vĩnh viễn. Mặc dù đột quỵ thường được coi là bệnh lý của người có tuổi nhưng 1/3 số đột quỵ xảy ra ở người dưới 65 tuổi. Nguy cơ đột quỵ tăng theo tuổi, nhất là người trên 64 tuổi .Đột quỵ não bao gồm chảy máu não (CMN) và nhồi máu não (NMN), các thống kê trên thế giới đã cho thấy nhồi máu não chiếm 82% đến 92%.Do Bệnh Viện Đa Khoa Vân Đình chưa có nghiên cứu riêng nào về đột quỵ nhồi máu não cùng với mong muốn tìm hiểu những yếu tố liên quan, đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân nhồi máu não từ đó có biện pháp xử trí cấp cứu phù hợp, điều trị tích cực nhằm giảm tỷ lệ tử vong, giảm mức độ tàn phế và dự phòng tái phát cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***"Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu não được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Đa Khoa Vân Đình từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2021."***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

❖ Tiêu chuẩn lâm sàng: dựa theo định nghĩa đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp tính hay còn gọi là nhồi máu não là tình trạng dòng máu đột ngột không lưu thông đến một

khu vực của não làm mất chức năng thần kinh tương ứng [20].

❖ Tiêu chuẩn cận lâm sàng: CLVT sọ não có hình ảnh tổn thương nhồi máu não

Tiêu chuẩn loại trừ

❖ Đột quỵ NMN ở bệnh nhân có bệnh lý khác như viêm não, u não...

❖ Đột quỵ NMN không có chẩn đoán hình ảnh.

❖ Có bệnh lý toàn thân nặng như: suy tim, suy thận, xơ gan…

❖ Bệnh nhân có chấn thương sọ não

❖ Bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Tim mạch lão học và Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa Khoa Vân Đình từ tháng 01/2021 đến tháng 10/2021.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- Mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ để ước tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

n : cỡ mẫu tối thiểu, $Z_{1-\alpha/2}$ là phân vị của phân phối chuẩn bình thường (standard normal distribution) tại 1-α/2. Nếu chúng ta muốn tính cỡ mẫu ở mức tin cậy 95% thì α=0.05 và Z1-α/2 = Z0.975 = 1,96 ,d : độ tin cậy tuyệt đối, trong đó chọn P = 0,15 d= 0,2 1-α/2= 95% ước tính cỡ mẫu n= 60 bệnh nhân

Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Xử lý số liệu trên máy vi tính theo chương trình SPSS16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm của tuổi và giới:

Bảng 1: Phân loại tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 50	2	3,33
50 - 59	4	6,67
60 - 69	19	31,67
70- 80	21	35
> 80	14	23,33
Tuổi trung bình	68,67±8,68	

Nhận xét: Nhóm tuổi 70-80 hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 35%, Nhóm tuổi <50 ít gặp nhất chiếm tỷ lệ 3,33%, Tuổi nhỏ nhất là 43 tuổi, cao nhất là 98 tuổi, Tuổi trung bình là 68,67 ± 8,68 tuổi.

Bảng 2: Phân bố theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Cả nhóm		p
	n	%	n	%	n	%	
<50	1	3,57	1	3,12	2	3,33	0,580
50-59	1	3,57	3	9,37	4	6,67	0,429
60-69	12	42,85	7	21,87	19	31,67	0,636

70-80	11	39,28	10	31,25	21	35	0,516
>80	3	10,73	11	34,39	14	23,33	0,613
Tổng	28	100	32	100	60	100	
Tuổi trung bình	68,47		68,87		68,67±8,68		
P nam-nữ	0,05< 0,522						

Nhận xét:

- Độ tuổi thường mắc bệnh ở cả nam và nữ đều từ 60 trở lên.

- Tổng số 60 bệnh nhân, trong đó nam giới có 28 chiếm 46,67%, nữ giới có 32 chiếm 53,33%. Tuổi trung bình của nam 68,47±8,45, tuổi trung bình của nữ 68,87±8,91. Không có sự khác biệt giữa hai giới ở các nhóm tuổi về tỷ lệ bị nhồi máu não (với p > 0,05).

- Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất thuộc phân nhóm 70 – 80 chiếm 35%; phân nhóm từ 60-80 chiếm 66,67%.

Đặc điểm của giới

Tỷ lệ nam/nữ: 1/1,14

Trong mẫu nghiên cứu có 32 nữ chiếm 53,33 % nam 28 chiếm 46,67%, tỷ lệ nữ nhiều hơn nam.

3.2. Thời gian khởi phát đột quỵ theo giờ

Qua kết quả nghiên cứu bệnh nhân mắc bệnh ở khung giờ 0-6 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất 56.67%, khung giờ 18- 24 giờ thấp nhất 5,2%.

3.3. Một số đặc điểm lâm sàng

3.3.1. Hoàn cảnh khởi phát bệnh:

Bảng 3: Hoàn cảnh khởi phát bệnh

Hoàn cảnh khởi phát	n	%
Đang làm việc	10	16,67%
Đang nghỉ ngơi	25	40,8%
Đang ngủ và sau ngủ dậy	12	20,8%
Sau nhiễm lạnh	2	4,0%
Sau uống rượu	4	6,4%
Khác	7	11,33%

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân khởi phát đột quỵ khi nghỉ ngơi chiếm tỷ lệ cao nhất 40,8%, sau ngủ dậy 20,8%; tỷ lệ này cao hơn của Lữ Minh Tâm lần lượt là 38,9%; 8,3%[12].

3.3.2. Cách thức khởi phát bệnh:

Nhận xét: Khởi phát đột ngột chiếm tỷ lệ 89,3%, từ từ chiếm 10,7%.

3.3.3. Thời gian nhập viện sau đột quỵ:

Bảng 4: Thời gian nhập viện sau đột quỵ

Thời gian nhập viện sau tai biến	n	%
<4,5 giờ	6	10%
4,5 - < 1 ngày	30	50,6%
> 1 ngày	24	39,4%

Nhận xét:

Thời gian vào viện < 4,5 giờ: 10%

Thời gian vào viện <4,5 giờ đến 1 ngày: 50,6%

Thời gian vào viện trung bình: 18,49 giờ

3.3.4. Triệu chứng lúc khởi phát:

Bảng 5: Triệu chứng lúc khởi phát

STT	Dấu hiệu tiền triệu	n	Tỷ lệ %
1	Đau đầu	40	66,67%
2	Nôn, Buồn nôn	23	38,33%
3	Chóng mặt	32	53,33%
4	Rối loạn ngôn ngữ	28	46,67%
5	Liệt nửa người	38	63,33%
6	Liệt mặt trung ương	34	56,67%
7	Rối loạn cảm giác nửa người	36	60,0%
8	Rối loạn ý thức	9	15%

Nhận xét:

- Các triệu chứng cơ năng: Đau đầu chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%, chóng mặt chiếm tỷ lệ 53,33%, buồn nôn, nôn chiếm tỉ lệ 38,33%.

- Tỷ lệ liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất 63,33%, thấp nhất là rối loạn ý thức 15%.

Các yếu tố nguy cơ thường gặp

Bảng 6: Các yếu tố nguy cơ thường gặp

STT	Yếu tố nguy cơ	n	Tỷ lệ %
1	Tăng huyết áp	47	78,6
2	Đái tháo đường	8	13,6
3	Tăng Lipid máu	48	80
4	Nghiện thuốc lá, nghiện rượu	5	8,8
5	TIA	4	0,7
6	Đột quỵ não cũ	12	19,3
7	BTTMCB	2	3,6

Nhận xét: Bệnh nhân có tiền sử bệnh rối loạn chuyển hóa lipid chiếm tỷ lệ cao nhất 80%, tiếp đó là tăng huyết áp 78,6%, đái tháo đường là 13,6%.

3.4. Kết quả nghiên cứu cận lâm sàng

3.4.1. Nồng độ các thành phần lipid máu:

Bảng 7: Nồng độ các thành phần lipid máu

Chỉ số lipid máu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cholesterol > 5,2	48	80
Triglycerid > 1,88	40	66,67
Giảm HDL-c	37	61,67
Tăng LDL-c	40	66,67
Tăng > 1 chỉ số	48	80

Nhận xét: Qua nhóm nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tăng lipid máu khá cao, tăng cholesterol chiếm 80%.

3.4.2. Một số đặc điểm hình ảnh học

a. Số lượng khối máu tụ:

Bảng 8: Số lượng khối máu tụ

Số lượng khối máu tụ	1	≥2
n	38	22
%	63,6	36,4

Nhận xét: Tỷ lệ >1 khối máu tụ chiếm tỷ lệ chủ yếu là 63,6%.

b. Kích thước khối máu tụ:

Bảng 9: Kích thước khối máu tụ

Kích thước ổ nhồi máu	n	%
< 1cm	45	75
1-3 cm	8	13,33
>3 cm	7	11,67

Nhận xét: Trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não kích thước ổ tổn thương mức độ nhỏ < 1 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 75%, sau đó là 13,33% của ổ tổn thương có kích thước vừa 1-3 cm và 11,67% của ổ tổn thương có kích thước lớn > 3 cm.

c. Vị trí ổ nhồi máu:

Bảng 10: Vị trí ổ nhồi máu

Vị trí ổ nhồi máu	n	%
Thùy não	19	31,67
Đồi thị	12	20
Thân não	3	5
Tiểu não	2	3,33
Nhân xám trung ương	24	40

Nhận xét: Vị trí khối máu tụ hay gặp nhất ở nhân xám trung ương chiếm 40,0%.

IV. BÀN LUẬN

4..1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Tuổi càng lớn thì bệnh mạch máu càng nhiều mà trước hết là xơ vữa động mạch, theo Hoàng Khánh tuổi càng lớn càng tích tụ nhiều yếu tố nguy cơ [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 68.6; kết quả này tương đương với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước như nghiên cứu của Tei tuổi trung bình 67 tuổi[29], của Vũ Xuân Tân là 65,2[13], của Nguyễn Văn Tuấn là 67,2[16]. Chúng tôi nhận thấy nhóm tuổi 70 – 79 chiếm tỷ lệ cao 35%; tương tự của Nguyễn Văn Tuấn nhóm tuổi 70 – 79 chiếm 39% mắc nhiều ở nữ[16].

4.1.2. Giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ chiếm 53.33%; nam chiếm 46.67%; tỷ lệ nữ cao hơn nam, tương tự nghiên cứu của Vũ Xuân Tân là nữ chiếm 50,88%[13].

4.2. Các yếu tố nguy cơ chính của nhồi máu não

4.2.1. Tăng huyết áp

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 78,6%; kết quả này cũng tương tự của Đào Duy Khoa là 75%[19], nhưng lại cao hơn của Vũ Xuân Tân là 64,16%[13], của Bravata D .M tỷ lệ

này là 67%[28].

4.2.2. Đái tháo đường

Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường là 13.6%; của Đào Duy Khoa là 16,8%[9], của Vũ Dương Bích Phượng là 22,1%[11].

4.2.3. Tai biến mạch máu não

Trong nghiên cứu của chúng tôi có TBMMN cũ là 19.3%; tương đồng với nghiên cứu Lữ Minh Tâm 16,5%[12].

4.2.4. Rối loạn lipid máu

Nghiên cứu của chúng tôi có 80% bệnh nhân có rối loạn lipid máu,cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Khánh[6], của Vũ Xuân Tân là 71,15%[13].

4.3. Đặc điểm lâm sàng

4.3.1. Hoàn cảnh khởi phát

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hoàn cảnh khởi phát khi nghỉ ngơi chiếm tỷ lệ 40,8% cao nhất, sau khi ngủ dậy 20,8%; tỷ lệ này cao hơn của Lữ Minh Tâm lần lượt là 38,9%; 8,3%[12].

4.3.2. Cách thức khởi phát

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khởi phát đột ngột chiếm tỷ lệ 89.3%; từ từ chiếm 10.7%;

Tương tự với nghiên cứu của Vũ Dương Bích Phượng là khởi phát đột ngột 90,1%[11], và của Lữ Minh Tâm là 86,11%[12] và phù hợp đặc điểm của NMN.

4.3.3. Triệu chứng giai đoạn khởi phát

Các triệu chứng chính trong thời kỳ này là liệt nửa người 63,33%, rối loạn cảm giác nửa người là 60,0%, liệt mặt trung ương 56,67%, rối loạn ý thức 15%.

Các triệu chứng cơ năng: đau đầu chiếm tỷ lệ khá cao 66,67%, chóng mặt 53,33%, nôn và buồn nôn 38,33%, rối loạn ngôn ngữ 46,67%, thường là nói khó hoặc thất vận ngôn.

4.3.4. Triệu chứng giai đoạn toàn phát

Liệt nửa người là hội chứng chiếm tỉ lệ cao nhất 73,33%. Liệt nửa người do nhồi máu não thường thấy tay liệt nhiều hơn chân, do nhồi máu não của động mạch não giữa là chính. Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Lê văn Thính là 75,1%, của Đào Duy Khoa là 78,9 [9], Vũ Dương Bích Phượng là 76,5%[11]

4.3.5. Huyết áp lúc vào viện

Trong nghiên cứu của chúng tôi, HA tâm thu trung bình là 143.93mmHg, tương tự của Đào Duy Khoa là 142,94 mmHg [9], HA tâm trương trung bình của chúng tôi là 81,57 mmHg.

4.4. Đặc điểm cận lâm sàng

4.4.1. Số ổ nhồi máu

Kết quả nghiên cứu cảu chúng tôi ghi nhận đa số tổn thương từ 1 ổ chiếm 63,6%, giống với của Lữ Minh Tâm và của Nguyễn Văn Tuấn tổn thương 1 ổ chiếm 68,51% và 74,2%[12][16].

4.4.2. Kích thước ổ nhồi máu

Chúng tôi ghi nhận kích thước ổ nhồi máu 1 – 3 cm chiếm đa số 75%

4.4.3. Di lệch đường giữa

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh di lệch đường giữa gợi ý đến nhồi máu não mức độ nặng, có sự tương quan với khả năng tử vong theo sau đột quỵ. Trong nghiên cứu của chúng tôi di lệch đường giữa chiếm tỷ lệ 3,33%, nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn di lệch đường giữa chiếm 8,8%, tuy nhiên ở đây tác giả đã loại trừ những bệnh nhân hôn mê trong nhóm nghiên cứu[16].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Tuổi hay gặp nhồi máu não là từ 60 – 80 tuổi, chiếm 66,67%, nữ gặp nhiều hơn nam; Hoàn cảnh khởi phát bệnh khi nghỉ ngơi

chiếm 40,8%, khi lao động chiếm 16,67%, sau ngủ dậy và đang ngủ chiếm 20,8% và không rõ hoàn cảnh chiếm 11,33%; Bệnh khởi phát đột ngột chiếm 89,3%, khởi phát từ từ chiếm 10,7%; Các triệu chứng khởi phát thường gặp triệu chứng cơ năng là đau đầu chiếm 66,67% , chóng mặt 53,33%, buồn nôn và nôn 38,33%;Trong giai đoạn toàn phát liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao 73,33%, Huyết áp tâm thu trung bình lúc vào viện là 143,9 mmHg, huyết áp tâm trương trung bình là 81,5 mmHg, Nhồi máu não 1 ổ 63,6%, >2 ổ 36,4%. Kích thước ổ nhồi máu < 1 cm chiếm 75%, 1-3 cm chiếm 13,33%, > 3 cm là 11,67 %. Di lệch đường giữa chiếm 3,33%.

Các yếu tố nguy cơ thường gặp:

Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 78,6%; Đái tháo đường là 13,6 %; Rối loạn chuyển hóa lipid 80%; Trong đó tăng cholesterol toàn phần 80%, tăng triglicerid 66,67%, tăng cholesterol LDL 66,67%, giảm HDL 61,67%; Tai biến mạch máu não cũ 19,3

Qua nghiên cứu chúng tôi xin đề xuất một số ý kiến sau:

1. Nhồi máu não là mối đe dọa nguy hiểm ở người trưởng thành. Nguyên nhân rất đa dạng phong phú, đặc biệt trên những người có yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid… Chính vì vậy cần phải tuyên truyền sâu rộng trong cộng đồng, tư vấn giáo dục sức khỏe để người dân hiểu biết ngày càng nhiều về các yếu tố nguy cơ.

2. Cần bồi dưỡng và nâng cao kiến thức cho y bác sĩ tuyến cơ sở, để phục vụ cho công tác khám và chữa bệnh ban đầu được nâng cao.

3. Điều trị dự phòng là vấn đề rất quan trọng nhằm phòng mắc bệnh , phòng tái phát để giảm tỷ lệ tử vong, tỷ lệ di chứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chương,** (2013). Đột quỵ tái diễn: tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ. Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Học viện Quân y – Bệnh viện 103, 60–67.
2. **Nguyễn Văn Chương,** (2015), "Thực hành lâm sàng thần kinh học"., Nhà xuất bản Y học, tr 25-28.
3. **Dương Đình Chỉnh,** (2017). Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học và đánh giá thực trạng quản lý bệnh đột quỵ não tại Nghệ an năm 2007-2008, Luận án Tiến sỹ Y học. Học viện Quân y, tr 36-40.
4. **Lê Đức Hinh và nhóm chuyên gia** (2018), Tai Biến mạch máu não, hướng dẫn chẩn đoán và xử trí, NXB Y học, Hà Nội.
5. **Hoàng Khánh,** (2014), "Các yếu tố nguy cơ của Tai biến mạch máu não", Thần kinh học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, tr 60- 78
6. **Võ Thành Nhân,** (2014), "Các biểu hiện thần kinh trong bệnh tim mạch", Thần kinh học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, tr 38-45.
7. **Coull A.J., Lovett J.K., và Rothwell P.M.** (2014). Population based study of early risk of stroke after transient ischaemic attack or minor stroke: implications for public education and organisation of services. BMJ, 328(7435), 326.
8. **Charles Warlow, Alan J. Carson, Brian R. Chambers. Et al, Sema Demirci, Jorgensen H.S, Jane D và cộng sự.** (2015), Tiếp cận trong xử lý Thần kinh học, Nhà xuất bản Thế giới, Hà Nội.

NHẬN XÉT HÌNH ẢNH NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ CẮT POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG BẰNG NGUỒN CẮT ENDOPLASMA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP NĂM 2022

Trương Thị Khuyến[1], Nguyễn Thanh Bình[1], Hoàng Linh Chi[1], Mai Văn Hải[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả một số đặc điểm hình thái và mô bệnh học của polyp đại trực tràng (PLĐTT) qua nội soi. 2. Nhận xét kết quả bước đầu của phương pháp cắt PLĐTT qua nội soi bằng nguồn cắt ENDOPLASMA.

Đối tượng & phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có hồi cứu và tiến cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên tất cả các bệnh nhân có PLĐTT được phát hiện và can thiệp qua nội soi đại trực tràng (ĐTT) tại Trung tâm Nội soi tiêu hóa – Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 11 năm 2022.

Kết quả: 170 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu. 72,9% bệnh nhân có nhiều hơn 1 polyp, chỉ có 29,1% bệnh nhân có đơn độc 1 polyp, không có bệnh nhân nào thuộc nhóm bệnh polypose trong nghiên cứu. Đa số polyp nằm ở trực tràng và đại tràng trái (trực tràng 57,8%,sigma 53,5%). Loại polyp thường gặp là polyp không cuống chiếm 58,8%. Có 51,8% số polyp có kích thước <1cm; từ 1-2cm là 40,6%; polyp >2cm chỉ chiếm 7,6%. Type mô bệnh học (MBH) thường gặp là polyp u tuyến, trong đó u tuyến ống 87,1%, u tuyến nhung mao 5,3%, u tuyến ống-nhung mao 0,6%. Về mức độ loạn sản: loạn sản độ thấp 49,4%; loạn sản độ cao 28,2%; lành tính 22,4%. Về kết quả cắt đốt bằng nguồn EDOPLASMA: 94% bệnh nhân (BN) được cắt thành công, 10 BN (5,9%) có chảy máu tại chỗ được cầm máu thành công bằng lase và kẹp clip, không có biến chứng thủng. Triệu chứng không mong muốn thường gặp là đau bụng âm ỉ và tự hết sau 30phút-2h

Kết luận: Kỹ thuật cắt PLĐTT qua nội soi bằng nguồn cắt ENDOPLASMA kết hợp giữa dòng điện cao tần và thiết bị cầm máu bằng laser là một kỹ thuật điều trị hiện đại có độ an toàn cao, dễ sử dụng và đem lại kết quả tốt cần được triển khai và ứng dụng rộng rãi.

Từ khoá: polyp đại trực tràng, mô bệnh học, Endoplasma.

SUMMARY

ENDOSCOPIC IMAGE, HISTOPATHOLOGY AND RESULTS OF COLORECTAL POLYP REMOVAL USING ENDOPLASMA CUTTING SOURCE AT NONG NGHIEP GENERAL HOSPITAL IN 2022

Objectives: 1. Describe some morphological and histopathological characteristics of colorectal polyps by endoscopy. 2. Comment on the initial results of endoscopic resection of colorectal polyps using ENDOPLASMA resection source.

Subjects & methods: A retrospective and prospective cross-sectional descriptive study.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp*
Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Khuyến
Email: truongthikhuyen291@gmail.com
Ngày nhận bài: 28/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 26/09/2024
Ngày duyệt bài: 18/10/2024

The study was conducted on all patients with colorectal polyps detected and treated by colonoscopy at the Digestive Endoscopy Center - Department of Internal Medicine, Nong Nghiep General Hospital from January 2022 to November 2022.

Results: 170 patients who met the inclusion and exclusion criteria were included in the study. 72.9% of patients had more than 1 polyp, only 29.1% of patients had a single polyp, no patients were in the polyposis group in the study. Most polyps are located in the rectum and left colon (rectum 57.8%, sigmoid 53.5%). The common type of polyp is sessile polyps, accounting for 58.8%. 51.8% of polyps are <1cm in size; 1-2cm is 40.6%; polyps >2cm account for only 7.6%. The common histopathological type is adenomatous polyps, of which tubular adenomas are 87.1%, villous adenomas are 5.3%, tubulo-villi adenomas are 0.6%. Regarding the degree of dysplasia: low-grade dysplasia 49.4%; high-grade dysplasia 28.2%; benign 22.4%. Regarding the results of ablation with EDOPLASMA source: 94% of patients were successfully ablated, 10 patients (5.9%) had local bleeding that was successfully stopped by laser and clip, with no complications of perforation. Common unwanted symptoms are dull abdominal pain and spontaneously disappear after 30 minutes - 2 hours

Conclusion: Endoscopic colorectal polyp removal technique using ENDOPLASMA cutting source combining high frequency electric current and laser hemostasis device is a modern treatment technique with high safety, easy to use and brings good results, which needs to be deployed and widely applied.

Keywords: colorectal polyps, histopathology, Endoplasma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

PLĐTT là do sự phát triển quá mức của niêm mạc và mô dưới niêm mạc đại trực tràng tạo thành. Diễn biến của PLĐTT phức tạp, nhiều nghiên cứu cho thấy nếu không điều trị triệt để thì nguy cơ hình thành ung thư là rất cao [1]. Những năm gần đây nhờ sự phát triển mạnh mẽ của nội soi ống mềm nên việc chẩn đoán, phát hiện và theo dõi bệnh nhân có PLĐTT và ung thư đại trực tràng (UTĐTT) ngày càng tốt và có hiệu quả hơn. Ở Việt Nam kỹ thuật nội soi đại trực tràng ống mềm đã được áp dụng rộng rãi, do vậy số BN được phát hiện PLĐTT ngày càng nhiều, những nghiên cứu về hình ảnh đại thể và vi thể của polyp đã có những bước tiến mới, nội soi kết hợp với sinh thiết để làm rõ bản chất polyp, từ đó đề ra phương pháp điều trị cũng như tiên lượng, theo dõi sau điều trị [2]. Cùng với sự phát triển của nội soi, các phương pháp điều trị PLĐTT cũng được nghiên cứu và ngày càng hoàn thiện, trong đó kỹ thuật cắt polyp qua nội soi ống mềm sử dụng nguồn điện xoay chiều có tần số cao để điều trị PLĐTT đã được áp dụng ở một số cơ sở như Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện 108, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội...Tuy nhiên những nghiên cứu về hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật này tại Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp hiện chưa có báo cáo nào được công bố. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm hình thái và mô bệnh học của PLĐTT qua nội soi.

2. Nhận xét kết quả bước đầu của phương pháp cắt PLĐTT qua nội soi bằng nguồn cắt ENDOPLASMA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có PLĐTT được phát hiện và can thiệp qua nội soi bằng máy ENDOPLASMA và mẫu bệnh phẩm được xét nghiệm MBH khẳng định là polyp được đưa vào nghiên cứu. Loại trừ những bệnh nhân: có chống chỉ định cắt polyp; BN không đồng ý làm thủ thuật; K đại tràng; không có mẫu bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thời gian: Tháng 1/2022 đến tháng 11/2022

* Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm nội soi tiêu hoá – Bệnh viên đa khoa Nông Nghiệp

* Cỡ mẫu nghiên cứu: Mẫu thuận tiện, thu được 170 mẫu

* Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có hồi cứu và tiến cứu

* Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm nội soi polyp (vị trí, hình thái, kích thước, số lượng).

- Phân loại MBH dựa theo phân loại Morson có bổ sung phân loại khối u của WHO năm 2010.

+ Nhóm polyp u tuyến: U tuyến ống; U tuyến nhung mao; U tuyến ống-nhung mao hỗn hợp.

+ Nhóm non-neoplastic polyp: (Polyp viêm; Polyp thiếu niên; Hamartomatous polyps; Polyp không xếp loại gồm polyp dạng lympho, polyp tăng sản)

- Đánh giá mức độ loạn sản được chia làm 3 mức:

+ Lành tính: các TB tuyến của polyp bình thường

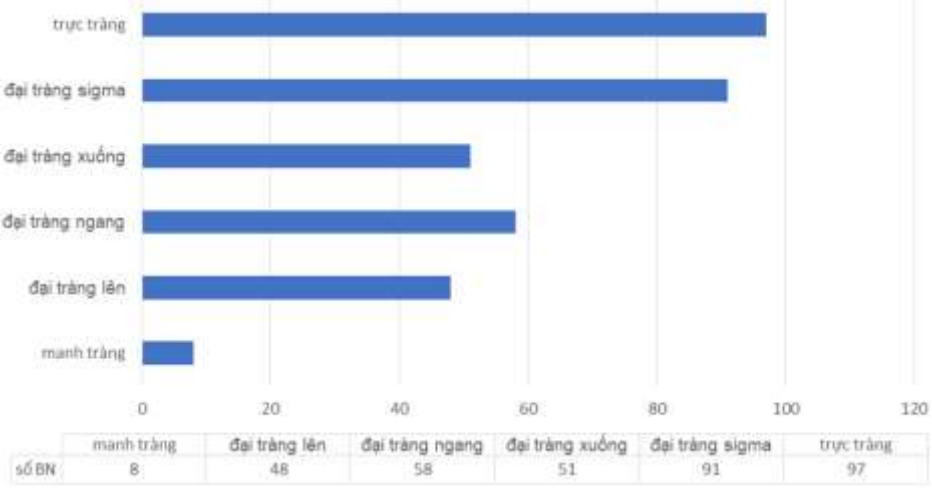
+ Loạn sản độ thấp: khi các tế bào tuyến biệt hóa rõ và thay đổi rất ít hoặc không biệt hóa chiếm 2/3 polyp nhưng chưa lan đến cuống hoặc chân polyp.

+ Loạn sản độ cao: khi các tế bào tuyến không biệt hóa hoàn toàn và chiếm toàn bộ polyp hoặc là loại u tuyến nhung mao.

- Kết quả cắt polyp: hiệu quả cắt (thành công, tai biến); triệu chứng không mong muốn sau cắt

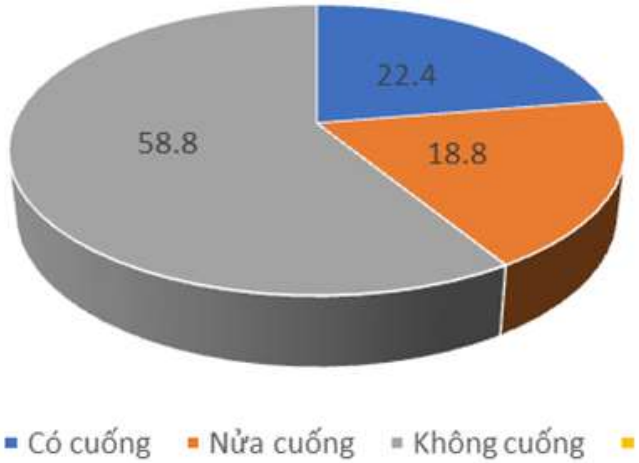
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu được 170 bệnh nhân với kết quả như sau:



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về vị trí polyp

Nhận xét: 68 BN (40%) có polyp ở 1 vị trí, 102 BN (60%) có polyp ở nhiều vị trí, tỉ lệ gặp polyp ở 1 vị trí hay nhiều vị trí là như nhau P>0,05. Tỷ lệ polyp gặp ở trực tràng cao nhất chiếm 57,8%, sau đó đến đại tràng sigma chiếm 53,5%, vị trí ít gặp nhất là manh tràng gặp ở 8 BN chiếm tỷ lệ 4,7%.



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm về hình ảnh đại thể của polyp

Nhận xét: Trong 170 BN, có 100 BN (58.8%) có polyp là dạng không cuống chiếm tỉ lệ nhiều nhất, tỉ lệ này ở nhóm polyp có cuống là 22,4%, ở nhóm nửa cuống là 18,8%. Có sự khác biệt với ý nghĩa thống kê P<0,05.

Bảng 3.1. Đặc điểm về kích thước polyp

Kích thước polyp	<10mm	10- 20mm	>20mm	Tổng
Số BN	88	69	13	170
Tỷ lệ %	51.8	40.6	7.6	100

Nhận xét: Nhóm polyp có KT <1cm chiếm tỉ lệ lớn nhất 51,8%, nhóm 1-2 cm chiếm 40,6%. Ít nhất là nhóm polyp có KT >2cm chiếm 7,6%; P>0,05.

Bảng 3.2. Đặc điểm về số lượng polyp

Số lượng polyp	Polyp đơn độc	1-10 Polyp	>10 polyp	Tổng
Số BN	46	122	2	170
Tỷ lệ%	27,0	71,8	1,2	100

Nhận xét: Số lượng polyp trung bình trên 1 BN là 3,21. Số BN có polyp đơn độc chiếm tỉ lệ 27,1%, có từ 2 polyp trở lên chiếm 72,9%. P<0,05.

Bảng 3.3. Đặc điểm mô bệnh học của polyp

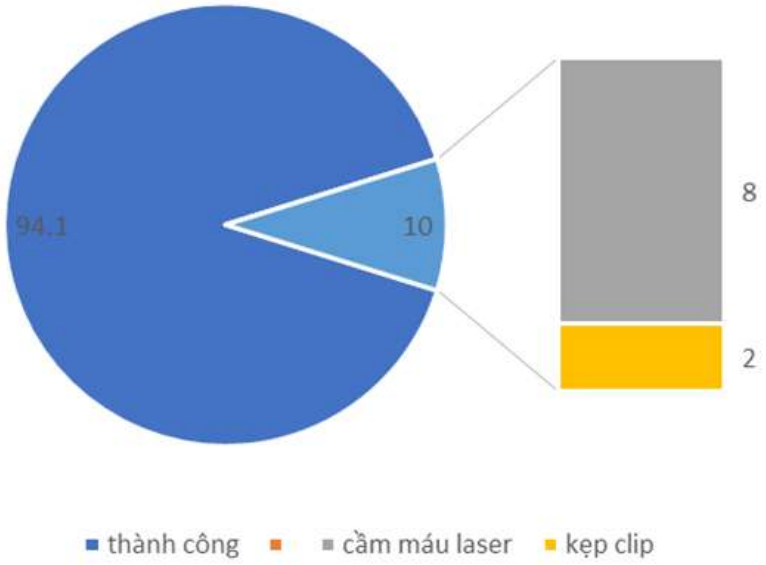
Typ vi thể	Số BN	Tỷ lệ %
Polyp tuyến ống	148	87.1
Polyp tuyến nhung mao	9	5.3
Polyp tuyến ống-nhungmao	1	0.6
Polyp thiếu niên	3	1.8
Polyp viêm	2	1.2
Polyp tăng sản	7	4.1
Tổng	**170**	**100.0**

Nhận xét: Nhóm u tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất: 87,1%, u tuyến ống-nhung mao có tỷ lệ thấp nhất 0,6%, không có BN nào có kết quả GPB là hamartome polyp. Tỷ lệ của nhóm polyp u tuyến và nhóm polyp không u là 93% và 7%. Nhóm u tuyến chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm polyp không u, P<0,05.

Bảng 3.4. Phân độ loạn sản của polyp

	Lành tính	Loạn sản độ thấp	Loạn sản độ cao	Tổng
Số BN	32	84	48	170
Tỷ lệ	22.4	49,4	28,2	100

Nhận xét: Có 84 BN có polyp loạn sản độ thấp chiếm 49,4%. Tỷ lệ polyp loạn sản độ cao là 28,2% và polyp lành tính là 22,4%. P>0,05.



Biểu đồ 3.3. Kết quả thực hiện kĩ thuật cắt polyp

Nhận xét: Số bệnh nhân được cắt polyp thành công, không có tai biến chảy máu hay thủng tại chỗ và sau cắt là 160 BN (chiếm 94,1%) 10 bệnh nhân chảy máu tại chỗ (chiếm 5,9%). 8 bệnh nhân (80%) chảy máu tại chỗ được cầm máu thành công bằng laser, 2 bệnh nhân (20%) chảy máu nhưng cầm máu bằng laser thất bại, phải kẹp clip cầm máu, 2 bệnh nhân này có kích thước polyp lớn >2cm và có sử dụng thuốc chống đông máu trước khi cắt polyp. Không ghi nhận bệnh nhân nào có biến chứng thủng

Bảng 3.5. Các triệu chứng không mong muốn sau cắt

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sốt	0	0
Chảy máu	1	0.6
Đau bụng	21	12.4

Nhận xét: Triệu chứng không mong muốn thường gặp là đau bụng với tính chất âm ỉ và hết sau 30 phút – 2h sau cắt polyp. Có 1 bệnh nhân có đi ngoài ra máu sau cắt với nguyên nhân là có trĩ chảy máu từ trước đó, không ghi nhận trường hợp nào có triệu chứng sốt sau khi cắt polyp

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm polyp trên nội soi

Vị trí polyp: Trong 170 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ polyp gặp ở trực tràng cao nhất chiếm 57,8%, sau đó đến đại tràng sigma chiếm 53,5%, vị trí ít gặp nhất là manh tràng gặp ở 8 BN chiếm tỷ lệ 4,7%. Trong đó có 68 bệnh nhân (40%) có polyp ở 1 vị trí, 102 bệnh nhân (60%) có polyp ở nhiều vị trí, tỉ lệ gặp polyp ở 1 vị trí hay nhiều vị trí là như nhau P>0,05. Tỷ lệ polyp trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tỷ lệ polyp trực tràng của Mendez L (Tây Ban Nha): 52,4%[3]. Tỷ lệ phân bố vị trí polyp xu thế giảm dần từ trực tràng đến manh tràng cũng có nghĩa là tỷ lệ polyp ở ĐT trái cao hơn polyp ở ĐT phải, kết quả này phù hợp với kết quả của nhiều tác giả trong và ngoài nước

Hình dạng polyp: Trong 170 bệnh nhân, polyp là dạng không cuống chiếm tỉ lệ nhiều nhất 58,8%, tỉ lệ này ở nhóm polyp có cuống là 22,4%, ở nhóm nửa cuống là 18,8%, sự khác biệt về hình dạng polyp không có ý nghĩa thống kê, kết quả này cũng phù hợp với một số tác giả trong và ngoài nước

Kích thước polyp: Chúng tôi thống nhất lấy đường kính polyp ở vị trí lớn nhất để đánh giá kích thước. Có 51,8% polyp có đường kính dưới 1cm, 40,6% polyp có đường kính từ 1cm đến 2cm, 7,6% polyp đường kính trên 2cm. Hầu hết là polyp có kích thước nhỏ và vừa, đây là điều kiện thuận lợi để cắt bỏ polyp qua nội soi ống mềm, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Tống Văn Lược [2]

Số lượng polyp trên một bệnh nhân: Số bệnh nhân có polyp đơn độc chiếm tỉ lệ 27,1%, có từ 2 polyp trở lên chiếm 72,9%. Trong đó có 2 bệnh nhân có trên 10 polyp và không có bệnh nhân nào thuộc nhóm bệnh polypose trong nghiên cứu này. Số lượng polyp trung bình trên 1 bệnh nhân là 3,21. Như vậy số BN có từ 2 polyp trở lên gặp nhiều nhất, khác biệt so với nghiên cứu của Đinh Đức Anh 24,2%, Tống Văn Lược 14,7% [2][4];ngược lại tỉ lệ polyp đơn độc trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 27,1%. Điều này có thể do bệnh nhân của chúng tôi được chuẩn bị trước soi tốt, đại tràng được làm sạch tốt, thời gian rút máy chậm đảm bảo thời gian tối thiểu 6 phút. Mặt khác các phương tiện kĩ thuật , dụng cụ hỗ trợ trong quá trình nội soi hiện đại hơn đã góp phần làm tăng tỉ lệ phát hiện các PLĐTT kích thước nhỏ hoặc nằm ở sau các nếp gấp niêm mạc (dàn máy nội soi đã được nâng cấp về chất lượng hình ảnh so với các dòng máy đời cũ; 1 số tài liệu cũng cho rằng việc sử dụng overtube gắn đầu ống soi để làm phẳng các nếp niêm mạc, giảm tỉ lệ bỏ sót tổn thương bị che lấp sau các nếp niêm mạc)

4.2. Đặc điểm mô bệnh học

Phân loại vi thể: Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi hình ảnh MBH đã xác định có tỷ lệ polyp nhóm polyp u tuyến là 93% cao hơn tỷ lệ nhóm polyp không u là 7% (p<0,001), tỷ lệ này khác biệt so với nghiên cứu của Tống Văn Lược [2] tương ứng là 24,4% và 75,6%, do điều kiện về thời gian nghiên cứu hạn chế, cỡ mẫu nhỏ nên sự đại diện của mẫu có thể không cao, nghiên cứu

chúng tôi không gặp đủ các type mô bệnh học của polyp theo phân loại của WHO, do vậy chúng tôi chỉ thống kê các nhóm polyp đã gặp. Các nghiên cứu đều cho thấy khả năng ung thư hóa của polyp u tuyến cao hơn loại non- neoplastic và là loại polyp nguy hiểm do vậy đòi hỏi người thầy thuốc phải có chỉ định đúng và kịp thời khi gặp các BN nghi ngờ polyp u tuyến để đề phòng các biến chứng, bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ và có thể cần phải làm các xét nghiệm thăm dò khác nếu cần thiết. Trong nhóm non-neoplastic chúng tôi gặp tỷ lệ các loại polyp như sau: polyp tăng sản chiếm tỷ lệ cao nhất 58,3%, polyp thiếu niên 25%, polyp viêm thấp nhất là 16,7%. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp chủ yếu là nhóm polyp tăng sản, nhiều công trình nghiên cứu khẳng định rằng polyp tăng sản vẫn có khả năng ung thư hóa nghiên cứu của Tống Văn Lược[2] cho thấy có tới 18,8% polyp tăng sản có u tuyến và đây là những polyp có khả năng tiến triển thành ung thư, do vậy việc phân loại MBH chi tiết để có những kết luận chính xác để theo dõi và đánh giá kết quả sau điều trị là rất cần thiết.

Mức độ loạn sản: Trong 170 bệnh nhân được nghiên cứu có 84 bệnh nhân có polyp loạn sản độ thấp chiếm 49,4%. tỉ lệ polyp loạn sản độ cao là 28,2% và polyp lành tính là 22,4%. Hiện nay mức độ loạn sản cao được xếp vào nhóm ung thư tại chỗ, trong nghiên cứu cho thấy tỉ lệ polyp có loạn sản cao là khá thường gặp, một số polyp kích thước tuy nhỏ, bề mặt không có nhiều biến đổi nhưng trên tiêu bản mô bệnh học đã là loạn sản độ cao. Điều này cho thấy việc đánh giá mức độ ung thư hóa của polyp theo kích thước là không chính xác, cần dựa vào mô bệnh học, và việc bỏ qua những polyp nhỏ có thể là nguy cơ bỏ sót tổn thương ung thư sớm. Tuy nhiên mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn ít tính đại diện nên không thể phản ánh đúng thực tế tình trạng ung thư hóa của PLĐTT trong cộng đồng

4.3. Đánh giá kết quả cắt polyp qua nội soi

Kỹ thuật cắt polyp bằng máy ENDOPLASMA: Có nhiều phương pháp cắt polyp qua nội soi đã từng được áp dụng như cắt polyp bằng kìm sinh thiết, cắt polyp bằng kìm nhiệt (hot biopsy), cắt bằng thòng lọng điện (snare), tuy nhiên mỗi phương pháp đều có những hạn chế nhất định như tai biến chảy máu sau cắt, thủng đại tràng do tác dụng nhiệt xuống dưới niêm mạc đại tràng, không lấy được hết chân polyp nên còn khả năng tái phát .v.v. Vì vậy việc lựa chọn phương pháp cắt, dụng cụ, thiết bị cắt polyp sẽ góp phần quyết định đến sự thành công hay thất bại, an toàn hay tai biến của kỹ thuật. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng nguồn cắt điện cao tần kết hợp với thiết bị cầm máu bằng laser để nhằm mục đích vừa cắt rời polyp vừa tiến hành cầm máu tại chỗ cắt để đề phòng tai biến chảy máu và khống chế độ sâu tác dụng nhiệt lên thành đại tràng thông qua việc xác định diện cắt trên polyp, công suất nguồn cắt, thời gian cắt, số lần cắt, thời gian cầm máu, sử dụng laser để cầm máu cho các trường hợp có chảy máu tại chỗ và theo dõi sát BN sau khi làm thủ thuật để đánh giá hiệu

quả và độ an toàn khi áp dụng kỹ thuật.

Tỷ lệ chảy máu tại chỗ: Tỷ lệ chảy máu khi cắt bằng dòng điện cao tần là 5,9%, tỷ lệ này gần tương đương với nghiên cứu của Tống Văn Lược (3,15%), cao hơn của Nguyễn Thúy Oanh (2,77%)[5], George B.Rankin: 0,77% đến 2,24% [6], nhưng thấp hơn tỷ lệ của Bardan E (Isaren): 12% [7]. Chỉ xác định là tai biến chảy máu do cắt khi tại diện cắt polyp, máu chảy kéo dài trên 3 phút không tự cầm, chúng tôi chỉ gặp tai biến chảy máu tại diện cắt với mức độ nhẹ, không có trường hợp nào chảy máu kéo dài và có triệu chứng mất máu toàn thân, các trường hợp này đều được cầm máu qua nội soi bằng laser, có 2 trường hợp phải kẹp clip, không có trường hợp nào phải chuyển phẫu thuật. Nhìn chung các tác giả đều nhận thấy các trường hợp chảy máu thường nhẹ và khắc phục được bằng nội soi.

Kỹ thuật cầm máu tại diện cắt bằng laser: Đối với các trường hợp chảy máu tại diện cắt chúng tôi sử dụng laser cầm máu qua nội soi với công suất 40W, thời gian một lần phát tia từ 1- 2s, tiến hành làm đông vón tổ chức và thành mao mạch chỗ chảy máu hầu hết đều thành công, khi kiểm tra lại sau cắt và kiểm tra ở lần cắt polyp tiếp theo đều không thấy chảy máu tái phát. Có 2 bệnh nhân chảy máu nhưng cầm máu bằng laser thất bại, phải kẹp clip cầm máu, 2 bệnh nhân này có kích thước polyp lớn >2cm và có sử dụng thuốc chống đông máu trước khi cắt polyp

Theo dõi bệnh nhân sau cắt polyp: Tất cả các BN sau cắt polyp đều được theo dõi tại khoa điều trị nội trú bao gồm theo dõi toàn trạng, tình trạng ổ bụng, số lượng, tính chất phân... Triệu chứng không mong muốn thường gặp là đau bụng (12,4%) với tính chất âm ỉ và hết sau 30phút – 2h. Hầu hết triệu chứng này thường nhẹ và tự hết không cần điều trị gì. Có 1 bệnh nhân có đi ngoài ra máu sau cắt với nguyên nhân là có trĩ chảy máu từ trước đó, không ghi nhận trường hợp nào có triệu chứng sốt sau khi cắt polyp.

Từ những kết quả trên đây chúng tôi nhận thấy cắt PLĐTT qua nội soi bằng nguồn cắt cao tần kết hợp với thiết bị cầm máu ENDOPLASMA đạt kết quả cao, an toàn, tỷ lệ tai biến thấp và khắc phục được bằng nội soi. Tuy nhiên khi tiến hành cắt PLĐTT qua nội soi đối với polyp không cuống, phải chú ý xác định đường cắt chính xác để tránh tác dụng nhiệt lan sâu xuống thành đại tràng, đối với polyp có cuống khi cắt phải chú ý nguy cơ chảy máu nhất là khi đường kính diện cắt >1cm, nên cắt làm nhiều mảnh với công suất nguồn cắt thấp, tăng thời gian cắt và thời gian cầm máu tại chỗ để giảm nguy cơ chảy máu.

V. KẾT LUẬN

72,9% bệnh nhân có nhiều hơn 1 polyp, đa số polyp nằm ở trực tràng và đại tràng trái. Loại polyp thường gặp là polyp không cuống chiếm 58,8%; kích thước thường gặp là <1cm chiếm 51,8%. Về mô bệnh học: phần lớn polyp là u tuyến với 87,1% là u tuyến ống; 5,3% là u tuyến nhung mao; 0,6% là u tuyến ống nhung mao; mức loạn sản độ thấp chiếm 49,4%; loạn sản độ cao 28,2%;

lành tính 22,4%. Về kết quả cắt đốt bằng nguồn EDOPLASMA: 94% bệnh nhân được cắt thành công, 10 bệnh nhân (5,9%) có chảy máu tại chỗ được cầm máu thành công bằng lase và kẹp clip, không có biến chứng thủng. Triệu chứng không mong muốn thường gặp là đau bụng âm ỉ và tự hết sau 30-120 phút. Kỹ thuật cắt polyp đại trực tràng qua nội soi bằng nguồn cắt ENDOPLASMA kết hợp giữa dòng điện cao tần và thiết bị cầm máu bằng laser là một kỹ thuật điều trị hiện đại có độ an toàn cao, dễ sử dụng và đem lại kết quả tốt cần được triển khai và ứng dụng rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shussman N. and Wexner S.D.** (2014). Colorectal polyps and polyposis syndromes. Gastroenterol Rep (Oxf), 2(1), 1–15.
2. **Tống Văn Lược** (2002), Nghiên cứu kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng thòng lọng điện theo hình ảnh nội soi mềm và xét nghiệm mô bệnh học, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Mendez L, Munoz- Calero Peregrin A** (1994), Colorectal polyps. Treatment and clinical course, Rev Esp Enferm Dig; 85(3):180- 184.
4. **Đinh Đức Anh** (2000), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hình ảnh nội soi mô bệnh học của polyp trực tràng - đại tràng sigma và kết quả cắt bỏ bằng điện nhiệt cao tần, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
5. **Nguyễn Thúy Oanh, Lê Quang Nghĩa** (2001), Nghiên cứu cắt polyp đại tràng qua nội soi mềm tại BV Bình dân, Ngoại khoa 4-2001, tr. 28-34.
6. **George B. Rankin** (1987), Indications, contraindications and complications of colonscopy In Gastroenterologic Endoscopy Edit by Michael V. Sivak, Benjamin H. Sulvival, 868- 880.
7. **Bardan E, Bat L, Melzer B, Shemes E** (1997), Colonoscopic Resection of large colonic polyp a prospective study, Isr J Med Sci 1997 Dec; 33(12): 777-780.

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÂN ĐÌNH NĂM 2023

Nguyễn Thị Thu Hiền[1], Phạm Thị Hảo[1], Lê Tôn Hải[1], Nguyễn Thị Phương Thảo[1], Vương Quốc Dũng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, Mô tả cắt ngang **Kết quả nghiên cứu:** Trong chín tháng đầu năm 2023, giá trị sử dụng thuốc kháng sinh chiếm 15,02% tổng giá trị thuốc, kháng sinh được sử dụng chủ yếu là nhóm beta-lactam bao gồm cephalosporin và penicillin (74,71% giá trị của tất cả các kháng sinh, chủ yếu là các cephalosporin). Các kháng sinh sản xuất trong nước với kháng sinh nhập khẩu gần như tương đồng (45,71% và 54,29% giá trị). Các kháng sinh sử dụng hầu hết là thuốc generic, chỉ một tỷ lệ nhỏ 6,33% là thuốc biệt dược gốc. Kháng sinh đơn thành phần chiếm đa số (86,37%) và chủ yếu là dùng đường tiêm (83,34%). Nhóm kháng sinh cephalosporin chiếm tỷ lệ giá trị cao nhất 49,28% và cũng có giá trị DDD/100 ngày giường cao nhất 40,361. Ceftazidim là kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 có DDD/100 ngày giường cao thứ tư 6,515. Tỷ lệ sử dụng Ceftazidim không hợp lý rất cao 99,54%. Trong đó, tỷ lệ chỉ định không phù hợp là 56,48%, tỷ lệ không phù hợp về khoảng cách đưa liều là 96,30%, tỷ lệ liều dùng là 15,35%, tỷ lệ không phù hợp về thời gian điều trị là 13,49%, và 13,43% phối hợp kháng sinh có tương tác. Kết quả nghiên cứu cung cấp thông tin cần thiết cho hoạt động theo dõi, quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, đánh giá hiệu quả của chương trình quản lý sử dụng kháng sinh theo Quyết định số 5631/QĐ-BYT từ đó đưa ra các giải pháp can thiệp nhằm đảm bảo việc sử dụng kháng sinh hợp lý, an toàn, hiệu quả, giảm kháng thuốc.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Vân Đình*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền
Email: phamhaobvvd@gmail.com
Ngày nhận bài: 14/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 05/09/2024
Ngày duyệt bài: 26/09/2024

SUMMARY

ANALYSIS OF THE CURRENT SITUATION OF ANTIBIOTIC USE AT VAN DINH GENERAL HOSPITAL IN 2023

Objective: To analyze the current situation of antibiotic use at Van Dinh General Hospital in 2023. **Method:** A cross-sectional retrospective study. **Results:** During the initial nine months of 2023, antibiotics accounted for 15.02% of the total drug expenditure, with beta-lactams representing the largest share at 74.71% of the antibiotic use-value. Domestic and imported antibiotics had similar use-value at 45.71% and 54.29%, respectively. The majority of antibiotics used were generics, with single-component drugs making up 86.37% of the total, primarily administered via injections (83.34%). Cephalosporins held the highest use-value proportion at 49.28% and also had the highest DDD/100 bed-days value at 40.361. Ceftazidime is a third-generation cephalosporin antibiotic with the fourth highest DDD/100 bed-days value at 6.515. The rate of inappropriate ceftazidime usage was notably high at 99.54%, with

inappropriate inappropriate prescribing (56.48%), inappropriate dosing intervals (96.30%), inappropriate dosages (15.35%), inappropriate treatment durations (13.49%), and instances of drug interactions (13.43%). The research provide necessary information for antibiotic monitoring and management in hospitals, evaluating the effectiveness of the antibiotic management program according to Decision No. 5631/QD-BYT, thereby proposing intervention solutions to ensure the rational, safe, effective use of antibiotics and reduce drug resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vấn đề đề kháng kháng sinh, đã và đang là vấn đề y tế nổi bật toàn cầu do ảnh hưởng nặng nề của các vi khuẩn đa kháng thuốc đến sức khỏe và tính mạng của hàng triệu bệnh nhân trên khắp thế giới. Thực tế này đặt ra vấn đề về sự cần thiết của một chương trình quản lý sử dụng kháng sinh, chương trình được thiết kế để tối ưu hóa việc dùng kháng sinh nhằm cải tiến chất lượng chăm sóc bệnh nhân, hạn chế kháng thuốc và giảm chi phí chăm sóc y tế chung. Việt Nam cũng là một trong những nước có tỷ lệ sử dụng kháng sinh trong điều trị cao và tình trạng kháng kháng sinh đang liên tục gia tăng [3]. Kháng sinh cũng là nhóm thuốc chiếm tỷ trọng hàng đầu trong chi phí y tế của bệnh nhân điều trị tại cơ sở. Vì vậy, một nghiên cứu phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh nhằm phát hiện những bất cập cũng như đề xuất hướng cải tiến để tăng cường hiệu quả của việc chỉ định kháng sinh là hết sức cần thiết để góp phần tích cực vì lợi ích trong điều trị bệnh nhân. Nghiên cứu được thực hiện nhằm tổng kết thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh tại Bệnh viện năm 2023, hy vọng sẽ mang lại hiệu quả trong việc quản lý, sử dụng kháng sinh hợp lý an toàn hơn giảm hậu quả đáng tiếc xảy ra trên bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Danh mục thuốc và bệnh án có chỉ định kháng sinh sử dụng tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình năm 2023

**** Tiêu chuẩn lựa chọn:*** bệnh nhân điều trị nội trú, có sử dụng kháng sinh ceftazidim có thời gian vào viện và ra viện trong khoảng 01/3/2023 đến 31/3/2023.

**** Tiêu chuẩn loại trừ:*** bệnh nhân chuyển viện, tử vong hoặc bệnh nhân có hóa trị liệu, bệnh nhân HIV, vào viện và ra viện ngoài thời gian từ 01/3/2023 đến 31/3/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, Mô tả cắt ngang các số liệu liên quan đến hoạt động khám chữa bệnh, số liệu sử dụng thuốc 9 tháng đầu năm 2023, bệnh án có sử dụng kháng sinh ceftazidim có thời gian vào viện và ra viện trong khoảng 01/3/2023 đến 31/3/2023.

2.2.2. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

** Phân tích cơ cấu thuốc kháng sinh được sử dụng tại Bệnh viện đa khoa Vân Đình*

- Phương pháp thu thập: Kết xuất danh mục thuốc xuất kho 9 tháng đầu năm 2023 tại kho cấp phát lẻ của khoa Dược Bệnh viện Đa khoa Vân Đình (01/01/2023 đến 30/9/2023) được xuất từ phần mềm quản lý thuốc của bệnh viện. Cỡ mẫu thu thập: Toàn bộ số kháng sinh được sử dụng tại bệnh viện 9 tháng đầu năm 2023

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Thu thập số liệu về toàn bộ KS sử dụng về đơn vị, hàm lượng, số lượng của từng KS và

tính số liều DDD của các KS theo công thức chung và giá trị DDD chuẩn của mỗi thuốc

** Phân tích thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh ceftazidim trong điều trị nội trú bệnh viện đa khoa Vân Đình năm 2023.*

- Phương pháp thu thập số liệu: Hồi cứu các bệnh án điều trị nội trú tại Bệnh viện có sử dụng kháng sinh ceftazidim từ 01/3/2023 đến 31/3/2023 trên hệ thống bệnh án điện tử. Thu thập số liệu: Thiết kế phiếu thu thập thông tin từ HSBA, từ đó kiểm tra nhập số liệu vào excel và tiến hành xử lý, tính toán kết quả. Cỡ mẫu thu thập: Tất cả các bệnh án điều trị nội trú tại Bệnh viện có sử dụng kháng sinh Ceftazidim từ 01/3/2023 đến 31/3/2023. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh án: Có thời gian điều trị nội trú tại Bệnh viện trong khoảng thời gian từ 01/3/2023 đến 31/3/2023, Có sử dụng kháng sinh ceftazidim. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân chuyển viện, tử vong, bệnh nhân hóa trị liệu, bệnh nhân HIV

- Phương pháp phân tích số liệu: Toàn bộ dữ liệu được nhập, tính toán theo công thức, xử lý trên phần mềm Microsoft Office Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả cơ cấu thuốc kháng sinh sử dụng tại bvđk vân đình năm 2023

3.1.1. Cơ cấu kháng sinh theo một số tiêu chí

Bảng 1: Cơ cấu kháng sinh theo một số tiêu chí

TT	Tiêu chí		Số KM	% KM	Giá trị (VNĐ)	% Giá trị
Cơ cấu kháng sinh trong tổng giá trị tiêu thụ thuốc						
1	Thuốc kháng sinh		37	14,74	3.025.419.525	15,02
2	Thuốc khác		214	85,26	17.120.251.828,30	84,98
Cơ cấu kháng sinh theo nguồn gốc xuất xứ						
1	Thuốc trong nước		20	54,05	1.382.918.619	45,71
2	Thuốc nhập khẩu		17	45,95	1.642.500.906	54,29
Cơ cấu kháng sinh theo đối tượng sử dụng						
1	Nội trú		33	66	2.590.301.002	85,62
2	Ngoại trú		17	34	435.118.523	14,38
Cơ cấu kháng sinh biệt dược gốc và generic						
1	Generic	Tên gốc	9	24,32	1.154.307.497	38,15
2		Tên thương mại	25	67,57	1.679.755.531	55,52
3	Biệt dược gốc		3	8,11	191.356.497	6,33
Cơ cấu kháng sinh theo đường dùng						
1	Đường uống		18	48,65	499.053.098	16,50
2	Đường tiêm		17	45,95	2.521.456.891	83,34
3	Khác		2	5,41	4.909.536	0,16
Cơ cấu kháng sinh theo đơn thành phần và đa thành phần						
1	Đơn thành phần		29	78,38	2.613.058.404	86,37
2	Đa thành phần		8	21,62	412.361.121	13,63

Cơ cấu kháng sinh sử dụng theo phân nhóm						
1	Các cephalosporin	J01D	9	24,32	1.490.927.750	49,28
2	Các penicillin	J01C	6	16,22	346.590.600	11,46
3	Carbapenem	J01D	4	10,81	422.752.452	13,97
4	Quinolon	J01M	5	13,51	549.093.135	18,15
5	Macrolid	J01F	6	16,22	97.472.140	3,22
6	5-nitro-imidazol	J01X	2	5,41	74.734.617	2,47
7	Aminosid	J01G	2	5,41	25.165.821	0,83
8	Nhóm khác		3	8,11	18.683.010	0,62
Cơ cấu thuốc kháng sinh beta-lactam đã sử dụng						
1. Penicillin						
1.1	Penicillin phổ rộng		1	5,26	19.465.380	0,86
1.2	Penicillin kháng betalactamase		1	5,26	154.500.000	6,84
1.3	Penicillin + chất ức chế betalactamase		4	21,05	172.625.220	7,64
2. Cephalosporin						
2.1	Thế hệ 1		1	5,26	72.000.000	3,19
2.2	Thế hệ 2		3	15,79	274.075.980	12,13
2.3	Thế hệ 3		4	21,05	1.123.700.970	49,72
2.4	Thế hệ 4		1	5,26	21.150.800	0,94
3. Nhóm betalactam khác						
3.1	Carbapenem		4	21,05	422.752.452	18,70

Kết quả cho thấy chi phí cho các thuốc kháng sinh chiếm 15,02%. Kháng sinh sử dụng có 54,05% kháng sinh sản xuất trong nước, chiếm 45,71% giá trị sử dụng so với toàn bộ lượng kháng sinh được sử dụng. Số khoản mục kháng sinh được sử dụng cho đối tượng nội trú chiếm 66% số lượng khoản mục sử dụng, giá trị thuốc kháng sinh do bệnh nhân nội trú chi trả là 85,62% cao hơn bệnh nhân ngoại trú chỉ 14,38%. Các kháng sinh chủ yếu được sử dụng là các kháng sinh Generic, các biệt dược gốc cũng chỉ chiếm một tỷ lệ giá trị rất nhỏ (6,33%). Giá trị của các kháng sinh sử dụng đa số là các kháng sinh đường tiêm 83,34%, kháng sinh đường uống chiếm 16,50% và các kháng sinh khác như kháng sinh nhỏ mắt chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ 0,16%. Kháng sinh đơn thành phần là 86,37% trong khi kháng sinh đa thành phần chỉ 13,63% giá trị. Cơ cấu thuốc kháng sinh chủ yếu là nhóm các kháng sinh beta-lactam gồm cephalosporin 49,23%, penicillin 11,46% và carbapenem 13,97% tổng chiếm 74,71% về giá trị. Kháng sinh cephalosporin là nhóm có tỷ lệ % về giá trị cao nhất (49,72%). Carbapenem cũng chiếm tới 18,70% về giá trị, các kháng sinh cephalosporin thế hệ 2 tỷ lệ giá trị 12,13%.

3.1.2. Cơ cấu DDD/100 ngày/giường của các nhóm kháng sinh

Bảng 2: Số DDD/100 ngày/giường của mỗi nhóm kháng sinh

TT	Mã ATC	Nhóm kháng sinh	Tổng số DDD	DDD/100 ngày giường
1	J01D	Các cephalosporin	35.631,50	40,361
2	J01C	Các penicillin	7.345,08	8,320
3	J01D	Carbapenem	1.067,50	1,209
4	J01M	Quinolon	13.745,90	15,570
5	J01F	Macrolid	1.381,33	1,565
6	J01X	5-nitro-imidazol	3.724,92	4,219
7	J01G	Aminosid	1.902,50	2,155
8		Nhóm khác	216,05	0,245
Tổng			65.014,78	73,644

Tổng liều DDD kháng sinh sử dụng chín tháng đầu năm tại bệnh viện đa khoa Vân Đình là 65.014,78 tương ứng với số DDD/100 ngày giường là 73,644. Cephalosporin có giá trị DDD/100 ngày giường lớn nhất là 40,361.

3.1.3. Cơ cấu DDD/100 ngày/giường của các kháng sinh sử dụng nhiều

Bảng 3: Cơ cấu của 10 kháng sinh có số DDD/ 100 ngày/giường cao nhất

TT	Tên thuốc	Tên hoạt chất	Tổng số DDD	DDD/100 ngày giường
1	Taxibiotic 1000	cefotaxim	14.333,75	16,236
2	Ceftriaxone 1000	ceftriaxon	8.498,00	9,626
3	Levofloxacin 500mg/100ml	levofloxacin	8.168,00	9,252
4	Tenamyd-ceftazidime 1000	ceftazidim	5.751,25	6,515
5	Cefuroxim 250	cefuroxim (dưới dạng Cefuroxim axetil)	4.316,50	4,889
6	Aumoxtine 500	amoxicilin (dưới dạng amoxicilin trihydrat)	3.585,00	4,061
7	Metronidazol Kabi	metronidazol 500mg	2.949,67	3,341
8	LevoDHG 500	levofloxacin	2.736,00	3,099
9	Cifga	ciprofloxacin (dưới dạng Ciprofloxacin hydroclorid)	2.705,50	3,065
10	Vinphacine	amikacin (dưới dạng amikacin sulfat)	1.902,50	2,155

Giá trị DDD/100 ngày-giường cho thấy 10 kháng sinh có mức độ sử dụng nhiều nhất tại bệnh viện chủ yếu là các kháng sinh cephalosporin. Ceftazidim đứng thứ 4 trong danh sách với DDD/100 ngày-giường là 6,515.

3.2. Phân tích thực trạng kê đơn thuốc kháng sinh ceftazidim trong điều trị nội trú tại bvđk vân đình năm 2023

3.2.1. Đặc điểm chẩn đoán và điều trị

Bảng 4: Đặc điểm chẩn đoán và điều trị

TT	Đặc điểm	Phân loại	Số BA	Tỷ lệ (%)	Tổng số BA
1	Ghi mã ICD	Có ghi mã	216	100	216
		Không ghi mã	0	0	
2	Mục đích kê đơn	Điều trị	156	72,22	216
		Dự phòng	60	27,78	
3	Tình trạng nhiễm khuẩn	Nặng	25	11,57	216
		TB và nhẹ	127	58,80	
		Không PL	64	29,63	
4	Loại phác đồ	Khởi đầu	194	89,81	216
		Thay thế	22	10,19	

60 trong 216 bệnh án nghiên cứu cho thấy ceftazidim được kê với mục đích dự phòng, không nằm trong các chỉ định của Ceftazim.

3.2.2. Chi phí thuốc, thuốc kháng sinh

Bảng 5: Tỷ lệ chi phí thuốc, thuốc kháng sinh

TT	Nội dung	Giá trị
1	Tổng chi phí điều trị (VNĐ)	935.126.434
2	Tổng tiền thuốc (VNĐ)	127.336.998
3	Tổng tiền thuốc kháng sinh ceftazidim (VNĐ)	83.452.425
4	Tổng số bệnh án	216
5	% tiền thuốc so chi phí điều trị (= (2)/(1) * 100%)	13,62%
6	% tiền ceftazidim so với tiền thuốc (= (3)/(2)*100%)	65,54%
7	Tiền thuốc ceftazidim trung bình/1 bệnh nhân/1 đợt điều trị (=(3)/(4)*100%)	386.353 vnđ

Kết quả cho thấy với những bệnh nhân có điều trị bằng kháng sinh Ceftazidim, chi phí tiền thuốc trung bình chiếm 13,62% chi phí điều trị, tiền thuốc kháng sinh chiếm tỷ trọng rất lớn lên đến 65,54%.

3.2.3. Tính hợp lý trong sử dụng ceftazidim

Bảng 6: Tính hợp lý trong sử dụng ceftazidim

TT	Tính hợp lý	Số BA	Tỷ lệ (%)
1	Phù hợp	1	0,46
2	Không phù hợp	215	99,54
Tổng		**216**	**100**

Tỷ lệ kháng sinh được chỉ định không hợp lý gần như hoàn toàn 99,54%.

Bảng 7: Các nguyên nhân sử dụng ceftazidim không hợp lý

TT	Các nguyên nhân	Số BA	Tỷ lệ
1	Chỉ định	1	0,46%
2	Liều dùng	2	0,93%
3	Khoảng cách đưa liều	38	17,59%
4	Thời gian sử dụng	2	0,93%
5	Tương tác thuốc	2	0,93%
7	Có từ 2 nguyên nhân trở lên	171	79,17%
Tổng		**216**	**100%**

Các trường hợp sử dụng ceftazidim vi phạm từ 2 tiêu chí trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 79,17%. Nếu xét trên số các bệnh án chỉ vi phạm 1 tiêu chí, thì khoảng cách đưa liều không hợp lý là lý do nổi bật 17,59% và chỉ định thuốc là tiêu chí có số bệnh án thấp nhất được chỉ định không hợp lý.

3.2.4. Các chỉ định sử dụng ceftazidim

Bảng 8: Các chỉ định sử dụng kháng sinh ceftazidim

TT	Các chỉ định	Số BA	Tỷ lệ %
1	Viêm phổi, viêm phế quản	51	23,61
2	Tiêu hóa	2	0,93
3	Viêm da, mô mềm	7	3,24
4	Viêm tai, mũi, họng	38	17,59
5	Dự phòng	60	27,78
6	Nhiễm khuẩn khác	13	6,02
7	Hai nguyên nhân trở lên	45	20,83
Tổng		216	100

Bảng 9: Tính hợp lý trong chỉ định sử dụng ceftazidim

TT	Tính hợp lý	Số BA	Tỷ lệ (%)
1	Phù hợp	94	43,52
2	Không phù hợp	122	56,48
Tổng		216	100

Ceftazidim được chỉ định chủ yếu các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới như viêm phổi, viêm phế quản và/hoặc có bội nhiễm 23,61%, tiếp đến là viêm tai, mũi, họng 17,59%. Số bệnh án có chỉ định dùng Ceftazidim hợp lý là 94 (43,52%) và không hợp lý là 122 (56,48%).

3.2.5. Liều dùng và khoảng cách đưa liều

Bảng 10: Tính hợp lý trong liều dùng và khoảng cách đưa liều ceftazidim

TT	Nội dung	Tính hợp lý	Số BA	Tỷ lệ %	Tổng
1	Chỉ định liều	Phù hợp	182	84,65	215
		Không phù hợp	33	15,35	
2	Khoảng cách đưa liều	Phù hợp	8	3,70	216
		Không phù hợp	208	96,30	

Kết quả cho thấy khoảng cách đưa liều phù hợp là 8 bệnh án, so với 208 bệnh án có khoảng đưa liều không phù hợp. Về chỉ định liều, tỷ lệ bệnh án khảo sát có mức liều không vượt quá mức tối đa cho phép ở mỗi lứa tuổi chiếm tỷ lệ 84,65%.

Bảng 11: Các mức liều ceftazidim được chỉ định

TT	Mức liều	Số BA	Tỷ lệ (%)
Các mức liều ceftazidim được chỉ định cho người trên 70 tuổi			
1	< 3g/ngày	24	41,38%
2	> 3g/ngày	34	58,62%

Các mức liều ceftazidim được chỉ định cho trẻ em dưới 12 tuổi			
1	30-100 mg/kg/ngày	44	83%
2	100-150 mg/kg/ngày	09	17%
3	>150 mg/kg/ngày	0	0%

Có 58,62% bệnh án có liều vượt quá liều tối đa >3g/ngày. Đa phần liều dùng cho trẻ em dưới 12 tuổi được dùng ở mức dưới 100 mg/kg/ngày.

3.2.6. Số ngày kê đơn ceftazidim và số ngày nằm viện

Bảng 12: Số ngày điều trị có kháng sinh

TT	Nội dung	Giá trị
1	Tổng số ngày điều trị	1861
2	Tổng số ngày điều trị có kháng sinh	1574
3	Số bệnh nhân	216
4	Số ngày nằm viện trung bình	8,62
5	Số ngày điều trị kháng sinh trung bình	7,32
6	Số ngày kê đơn kháng sinh ít nhất	01
7	Số ngày kê đơn kháng sinh nhiều nhất	22

Bảng 13: Tính hợp lý về thời gian sử dụng ceftazidim

TT	Nội dung	Số BA	Tỷ lệ (%)
1	Phù hợp	186	86,51
2	Không phù hợp	29	13,49
Tổng		215	100

Thời gian sử dụng Ceftazidim hầu hết đều phù hợp với khuyến cáo chung 86,51%, nhưng vẫn tồn tại một tỷ lệ tương ứng là 13,49% bệnh án có số ngày sử dụng kháng sinh khá ngắn chỉ từ 1-4 ngày và 1 bệnh án sử dụng 22 ngày.

3.2.7. Phối hợp kháng sinh

Bảng 14: Tỷ lệ bệnh án có phối hợp kháng sinh

TT	Nội dung	Số bệnh án	Tỷ lệ (%)
1	**Tổng bệnh án khảo sát**	216	100
2	**Bệnh án có phối hợp kháng sinh**	52	24,07
3	**Các kiểu phối hợp**		
	Ceftazidim + Metronidazol 250mg (uống)	06	2,78
	Ceftazidim + ciprofloxacin 500mg (uống)	08	3,70
	Ceftazidim + ciprofloxacin 500mg (uống sau đó chuyển sang phối hợp Ceftazidim + clindamycin 300mg)	01	0,46
	Ceftazidim + amikacin 500mg/2ml	20	9,26
	Ceftazidim + Metronidazol 500mg/100ml	07	3,24
	Ceftazidim + Levofloxacin 500mg/100ml	07	3,24
	Ceftazidim + levofloxacin 500mg uống	01	0,46
	Ceftazidim + ciprofloxacin 500mg uống, Metronidazol 500mg/100ml truyền tmc	01	0,46
	Ceftazidim + Ofmantine (amoxcillin + acid clavulanic)	01	0,46
4	Phối hợp có tương tác	30	13,89

Kết quả cho thấy 13,89% bệnh án có sự phối hợp Ceftazidim với các kháng sinh là phối hợp có tương tác.

IV. BÀN LUẬN

Về cơ cấu thuốc kháng sinh sử dụng tại bệnh viện

Nhóm thuốc kháng sinh sử dụng chiếm 15,02%. Tỷ lệ này thấp hơn so với tỷ lệ giá trị thuốc kháng sinh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên năm 2016 là 34,25% [2]. Giá trị kháng sinh đường tiêm gấp hơn 5 lần giá trị kháng sinh đường uống (83,34% so với 16,50%). Cơ cấu kháng sinh theo đường dùng tại bệnh viện Đa khoa Vân Đình năm 2023 nhìn chung chưa phù hợp với khuyến cáo ưu tiên lựa chọn kháng sinh đường uống khi có thể của Bộ Y tế nhằm giảm thiểu chi phí cũng như nguy cơ lây nhiễm các bệnh qua đường máu cho bệnh nhân. Cơ cấu kháng sinh sử dụng theo các nhóm cấu trúc kháng sinh nhóm beta-lactam được sử dụng nhiều nhất 51,35% khoản mục, chiếm tới 74,71% giá trị. Cơ cấu kháng sinh bệnh viện sử dụng chủ yếu các kháng sinh beta-lactam là cơ cấu thường gặp ở các bệnh viện tại Việt Nam như bệnh viện Quân dân y Miền đông Quân khu 7 năm 2018 (90,3% giá trị), bệnh viện Hữu Nghị (60,06% giá trị), cephalosporin cũng là nhóm thường được sử dụng nhiều nhất ở một số bệnh viện trên thế giới như ở Nga theo khảo sát 74,3% kháng sinh sử dụng ở bệnh viện năm 2018 là cephalosporin thế hệ 3 [7]. Một trong những nguyên nhân trong việc sử dụng cephalosporin thế hệ 3 nói riêng chiếm ưu thế hơn so với các kháng sinh khác là tính an toàn và phổ kháng khuẩn rộng. Nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều thứ 2 tại bệnh viện đa khoa Vân Đình là các quinolon với 5 khoản mục và 18,15% giá trị. Kết quả này cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu thực trạng sử dụng kháng sinh tại bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2017 (quinolon chiếm 15,3% giá trị) [1], và tại trung tâm y tế thị xã Quảng Yên, tỉnh Quảng Ninh năm 2019 (quinolon chiếm 9,4% giá trị) [5].

Phân tích sự sử dụng kháng sinh nội trú theo tiêu chí DDD/100 ngày giường cũng chỉ ra cephalosporin là nhóm được chỉ định nhiều nhất. DDD/100 ngày giường của cephalosporin là 40,361 và Ceftazidim là thuốc có DDD/100 ngày giường cao thứ tư tương ứng với 6,515. Kết quả này khá tương đồng với một số nghiên cứu tiến hành tại các cơ sở y tế khác ở Việt Nam cũng có giá trị DDD/100 ngày giường của cephalosporin cao nhất như bệnh viện đa khoa Hưng Yên (DDD/100 ngày giường là 29,7) [2]. Nhưng xu hướng này có phần khác biệt với các bệnh viện ở các nước Tây Âu, khi penicillin là nhóm kháng sinh có mức độ sử dụng nhiều nhất thể hiện qua giá trị DDD/1000 người ngày cao nhất, dao động từ 15,3 đến 42,3 [8]. Nhìn chung, bệnh viện đa khoa Vân Đình không phải là một đơn vị tiêu thụ nhiều kháng sinh so với các bệnh viện lớn trong nước với lượng tiêu thụ kháng sinh trung bình toàn viện chín tháng đầu năm 2023 là 73,644 DDD/100 ngày nằm viện; thấp hơn đáng kể so với Khảo sát tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên (năm 2016) cho mức tiêu thụ kháng sinh là 190,8 DDD/100 ngày nằm viện [2]. Như vậy việc sử dụng phổ biến nhóm cephalosporin tại bệnh viện đa khoa Vân Đình nói riêng và Việt Nam nói chung là điểm khác biệt so với nhiều nước trên thế giới. Nguyên nhân có thể do khác biệt về mô hình bệnh tật, thói quen kê đơn của bác sĩ cũng như tình trạng kháng kháng sinh. Trong các cephalosporin, các thuốc được dùng nhiều nhất có thể kể đến gồm: cefotaxim,

ceftriaxone, ceftazidim, cefuroxim. Nhóm các kháng sinh này cũng thường là các kháng sinh được sử dụng nhiều nhất ở các cơ sở y tế khác trong nước như Trung tâm y tế huyện Trảng Bàng, Tây Ninh [6], bệnh viện đa khoa Hưng Yên [2] , bệnh viện Quân y 4 Quân khu 2 [4].

Về thực trạng sử dụng kháng sinh và ceftazidim tại bệnh viện

Có một số tỷ lệ 27,78% ceftazidim được chỉ định cho bệnh nhân chưa có nhiễm khuẩn với mục đích dự phòng, không nằm trong chỉ định của ceftazidim. Tỷ lệ bệnh nhân có nhiễm khuẩn nhẹ và vừa được chỉ định ceftazim còn khá cao chiếm 58,80%, các vấn đề có nguy cơ dẫn đến việc lạm dụng ceftazidim cho những trường hợp không cần dùng kháng sinh hay có thể sử dụng kháng sinh khác, hoặc nguy cơ kháng thuốc khi dùng cho những bệnh nhân nhiễm khuẩn nhẹ. Kết quả chỉ ra 1 đợt điều trị bằng ceftazidim cho 1 bệnh nhân chiếm 65,54% so với tổng tiền thuốc. Do đó, nếu ceftazidim được sử dụng không hợp lý sẽ dẫn đến một sự lãng phí lớn cả về kinh tế lẫn nguồn dự trữ thuốc kháng sinh. Chỉ 0,46% bệnh án có sử dụng ceftazidim được chỉ định phù hợp với tất cả các tiêu chí sử dụng hợp lý, một tỷ lệ gần như hoàn toàn 99,54% bệnh án có sự không phù hợp với ít nhất 1 tiêu chí. Kết quả này có sự chênh lệch khá lớn so với kết quả khảo sát tính hợp lý trong sử dụng cephalosporin thế hệ 3 khác tại một số bệnh viện như ceftriaxon tại bệnh viện đa khoa Hưng Yên (44,57% phù hợp, 55,43% không phù hợp) [2]. Nhằm xác định các nguyên nhân chủ yếu dẫn đến chỉ định chưa hợp lý của ceftazidim, đề tài phân tích trên từng tiêu chí. Kết quả cho thấy tiêu chí bị vi phạm nhiều nhất là khoảng cách đưa liều 96,30%. Tỷ lệ bệnh án có chỉ định Ceftazidim chưa phù hợp là 56,48% (122 bệnh án). Kết quả này là một con số đáng báo động về những chỉ định chưa hợp lý của ceftazidim. Nguyên nhân có thể xuất phát từ việc bệnh viện đa khoa Vân Đình chưa triển khai xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn từ bệnh phẩm, dẫn đến đa số bác sĩ điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm, cũng như chưa quan tâm thích đáng đến phổ kháng khuẩn của kháng sinh và các chủng vi khuẩn gây bệnh. Điều này đặt ra yêu cầu lớn đối với bệnh viện cần có những hướng dẫn, cơ chế, chính sách kiểm soát việc kê đơn kháng sinh ceftazidim ngăn chặn những sai sót.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Cơ cấu thuốc kháng sinh được sử dụng tại bệnh viện đa khoa Vân Đình năm 2023

Trong chín tháng đầu năm 2023, giá trị sử dụng thuốc kháng sinh chiếm 15,02% tổng giá trị thuốc, kháng sinh được sử dụng chủ yếu là nhóm beta-lactam bao gồm cephalosporin và penicillin (74,71% giá trị của tất cả các kháng sinh, chủ yếu là các cephalosporin. Các kháng sinh sản xuất trong nước với kháng sinh nhập khẩu gần như tương đồng (45,71% và 54,29% giá trị). Các kháng sinh sử dụng hầu hết là thuốc generic, chỉ một tỷ lệ nhỏ 6,33% là thuốc biệt dược gốc. Kháng sinh đơn thành phần chiếm đa số (86,37%) và chủ yếu là dùng đường tiêm (83,34%) Nhóm kháng sinh cephalosporin chiếm tỷ lệ giá trị cao nhất 49,28% và cũng có giá trị DDD/100 ngày giường cao nhất 40,361. Ceftazidim là kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 có DDD/100 ngày giường cao thứ tư 6,515.

Thực trạng sử dụng kháng sinh Ceftazidim trong điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa Vân Đình

Tỷ lệ sử dụng Ceftazidim không hợp lý

rất cao 99,54%. Trong đó, tỷ lệ chỉ định không phù hợp là 56,48%, tỷ lệ không phù hợp về khoảng cách đưa liều là 96,30%, tỷ lệ liều dùng là 15,35%, tỷ lệ không phù hợp về thời gian điều trị là 13,49%, và 13,43% phối hợp kháng sinh có tương tác. Chỉ định không phù hợp và khoảng cách đưa liều dài hơn 12h là hai nguyên nhân chính dẫn đến tỷ lệ sử dụng Ceftazidim không hợp lý.

Kiến nghị

Để việc sử dụng thuốc được hoàn thiện hơn Bệnh viện cần: Tăng cường giám sát sử dụng các kháng sinh nhóm beta-lactam, đặc biệt là các cephalosporin. Triển khai thực hiện các xét nghiệm vi sinh nhằm hỗ trợ cho chẩn đoán và lựa chọn kháng sinh. Xây dựng quy trình quản lý, sử dụng kháng sinh. Xây dựng danh mục thuốc kháng sinh chuyển đổi từ đường tiêm sang đường uống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Sơn Hà** (2019), Phân tích thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh tại bệnh viên đa khoa Hà Đông năm 2017, Tổ chức kinh tế dược, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
2. **Đặng Văn Hoằng** (2018), Phân tích thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên năm 2016, Kinh tế dược, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
3. **Nguyễn Văn Kính và cộng sự.** (2010), "Phân tích thực trạng: Sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam", Tạp chí Y học Thực hành, 9(2010), p.15.
4. **Trần Xuân Linh** (2017), Đánh giá thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nội trí tại bệnh viên quân y 4 quân khu 4 năm 2016, Tổ chức kinh tế Dược, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
5. **Đặng Thị Hoài Thu** (2020), Phân tích thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh trong điều trị nội trú tại trung tâm y tế thị xã Quảng Yên, tính Quảng Ninh năm 2019, Tổ chức kinh tế dược, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
6. **Trần Thị Hồng Trinh** (2020), Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nội trú tại Trung tâm y tế huyện Trảng Bàng tỉnh Tây Ninh năm 2018, Luận văn chuyên khoa 2, Tổ chức kinh tế dược, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
7. **Rachina S, et al.** (2020), "Longitudinal Point Prevalence Survey of Antimicrobial Consumption in Russian Hospitals: Results of the Global-PPS Project", Antibiotics, 9(8), p.446.
8. **Versporten A, et al.** (2014), "Antibiotic use in eastern Europe: a crossnational database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe", The Lancet infectious diseases, 14(5), pp.381-387.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO VỠ BẰNG PHẪU THUẬT HOẶC CAN THIỆP NỘI MẠCH Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN

Vũ Đăng Thành[1], Lương Quốc Chính[2,3]

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu này nhằm nhận xét kết quả điều trị phình động mạch não vỡ bằng can thiệp nội mạch nút phình động mạch não hoặc phẫu thuật kẹp phình động mạch não ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện tại Bệnh viện Bạch Mai từ 7/2021 đến 7/2022. Tổng số 183 bệnh nhân, 42,1% (77/183) là nam và tuổi trung bình là 57,27 (độ lệch chuẩn: 11,48) năm. Ngoài ra, 45,9% bệnh nhân (84/184) được can thiệp nội mạch và 54,1% (99/183) được phẫu thuật. Thời điểm vào viện, có sự khác biệt giữa bệnh nhân được can thiệp nội mạch và phẫu thuật theo phân loại mức độ nặng chảy máu dưới nhện của Liên hiệp Phẫu thuật Thần kinh Thế giới (1 [Q1-Q3: 1-1] và 1 [Q1-Q3: 1-2], p=0,046). Khối máu tụ nhu mô não (1,2% [1/82] so với 20,4% [20/98], p<0,001) và phình động mạch não giữa (15,5% [13/84] so với 28,3% [28/99], p=0,038) ít được phát hiện hơn trên các phim chụp cắt lớp vi tính không cản quang và phim chụp mạch cắt lớp vi tính đa dãy hoặc số hóa xóa nền ban đầu ở bệnh nhân được can thiệp nội mạch so với được phẫu thuật. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa về kết quả chức năng thần kinh xấu, được định nghĩa là điểm Rankin sửa đổi từ 4 (di chứng nặng vừa) tới 6 (tử vong), ở thời điểm 90 ngày (8,3% [7/84] và 10,1% [10/99], p=0,681) và tỷ lệ tử vong ở thời điểm 90 ngày (2,4% [2/84] và 0,0% [0/99], p=0,209) giữa bệnh nhân được can thiệp nội mạch và bệnh nhân được phẫu thuật.

Từ khóa: Can thiệp nội mạch nút phình động mạch não; Chảy máu dưới nhện; Cháy máu tái phát; Phẫu thuật kẹp phình động mạch não; Phình động mạch não vỡ.

SUMMARY

OUTCOMES OF RUPTURED ANEURYSM REPAIR WITH SURGICAL CLIPPING OR ENDOVASCULAR COILING FOR PATIENTS WITH SUBARACHNOID HEMORRHAGE

This retrospective study aimed to investigate outcomes of ruptured aneurysm repair withendovascular coiling or surgical clipping for patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage (SAH) admitted to Bach Mai Hospital between July 2021 and July 2022. Of 183 patients, 42.1% (77/183) were men, and the mean age was 57.27 ± 11.48 years. 45.9% of patients (84/184) were treated with endovascular coiling, and 54.1% (99/183) were treated with surgical clipping. Upon admission, there was a significant difference between patients who received endovascular coiling and patients who received surgical clipping according to the World Federation of Neurological Surgeons Subarachnoid Hemorrhage Grading (1 [Q1 - Q3: 1 - 1] and 1 [Q1 - Q3: 1 - 2], p = 0.046). The

[1]*Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp*
[2]*Trung tâm Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai*
[3]*Bộ môn Hồi sức cấp cứu, Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đăng Thành
Email: thanhzen2009@gmail.com
Ngày nhận bài: 22/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 26/09/2024
Ngày duyệt bài: 10/10/2024

rates of intracerebral hemorrhage (1.2% [1/82] vs. 20.4% [20/98], p < 0.001) and ruptured middle cerebral artery aneurysm (15.5% [13/84] vs. 28.3% [28/99], p = 0.038) were significantly lower in patients who received the endovascular coiling than patients who received the surgical clipping. However, there were no significant differences in the 90-day poor functional outcome (8.3% [7/84] and 10.1% [10/99], p = 0.681) and the 90-day mortality (2.4% [2/84] and 0.0% [0/99], p = 0.209) between patients who received the endovascular coiling and patients who received the surgical clipping.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não là một bệnh lý mạch máu não, trong đó thành động mạch não suy yếu làm giãn cục bộ mạch máu. Phình động mạch não có thể phát triển lớn dần và cuối cùng là vỡ. Chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não chiếm khoảng 85% các trường hợp chảy máu dưới nhện tự phát. Chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não có tiên lượng rất xấu. Giãn não thất cấp xảy ra vào khoảng 15-45% các trường hợp chảy máu dưới nhện và có thể gây đau đầu dữ dội, hôn mê và tử vong do tăng áp lực nội sọ.[1] Co thắt mạch cũng có thể xuất hiện trong vòng 3 đến 12 ngày sau chảy máu dưới nhện, điều này có thể dẫn tới nhồi máu não do thiếu máu cục bộ và thậm chí tử vong. Chảy máu tái phát là nguyên nhân chính gây tử vong ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não. Nếu không điều trị phình động mạch não vỡ, tỷ lệ chảy máu tái phát tích lũy sẽ đạt khoảng 19% trong hai tuần tiếp theo. Hơn nữa, 10-20% bệnh nhân sẽ bị tàn phế nặng nề và một phần ba số bệnh nhân này sẽ tử vong vì chảy máu dưới nhện.

Để ngăn ngừa chảy máu tái phát và cải thiện kết cục chức năng thần kinh tốt cho người bệnh, các biện pháp can thiệp phình động mạch não vỡ hiệu quả là rất cần thiết. Hai biện pháp điều trị hiện có bao gồm: phẫu thuật kẹp phình động mạch não (phẫu thuật) và can thiệp nội mạch nút phình động mạch não bằng vòng xoắn kim loại (can thiệp nội mạch). Tuy nhiên, còn nhiều tranh cãi về phương pháp nào trong hai phương pháp này là tối ưu. So với can thiệp nội mạch, phẫu thuật cho độ bền tốt hơn, ít biến chứng chảy máu tái phát hơn và có thể làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ tái điều trị, nhưng phẫu thuật có thể gây ra sự thay đổi dòng máu não mạnh hơn ở các vùng não lân cận và do đó có thể có tiên lượng xấu hơn.[2] Ngược lại, những bệnh nhân được can thiệp nội mạch có thể hưởng lợi từ can thiệp xâm lấn tối thiểu và phục hồi nhanh hơn. Tuy nhiên can thiệp nội mạch lại có kinh phí điều trị lớn hơn.[3,4]

Việt Nam là một quốc gia có thu nhập thấp và trung bình cho nên không phải người bệnh nào cũng có đủ khả năng chi trả kinh phí điều trị chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch bằng can thiệp nội mạch. Ngoài ra, không có nhiều nghiên cứu tiến hành so sánh kết quả của hai biện pháp điều trị phình mạch não này ở trong nước. Do vậy, việc hiểu rõ kết quả của các biện pháp điều trị phình động mạch não vỡ tại Việt Nam là rất quan trọng để giúp các bác sĩ có thể đưa ra được quyết định lựa chọn biện pháp điều trị phù hợp hơn. Từ lý do này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm nhận xét kết quả điều trị phình động mạch não vỡ bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân có đầy đủ các đặc điểm sau đây:

- Tuổi ≥ 18 (năm).

- Triệu chứng khởi phát (ví dụ: đau đầu đột ngột và dữ dội) xuất hiện trong vòng 4 ngày trước khi được tuyển chọn vào nghiên cứu.

- Bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Tim mạch/Hiệp hội Đột quỵ Hoa Kỳ:10 Có máu ở khoang dưới nhện trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não không tiêm thuốc cản quang (hoặc trong trường hợp không thấy máu ở khoang dưới nhện thì có thể dựa vào sự hiện diện của hồng cầu và/hoặc sắc tố vàng xanthochromia (sự hiện diện của bilirubin) trong dịch não tủy) kết hợp với phình động mạch não được xác định trên phim chụp cắt lớp vi tính 64 dãy não và mạch não hoặc trên phim chụp mạch não số hóa xóa nền.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có một trong số các đặc điểm sau:

- Bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não không được điều trị bằng phẫu thuật kẹp phình động mạch não hoặc can thiệp nội mạch nút phình động mạch não bằng vòng xoắn kim loại.

- Bộ dữ liệu nghiên cứu hoặc bệnh án bệnh bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não không đủ dữ liệu phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu thực hiện trên bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não đã được điều trị phình động mạch não vỡ bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 tới tháng 7 năm 2022.

2.2.2. Nội dung/chỉ số nghiên cứu

Dữ liệu cho mỗi bệnh nhân nghiên cứu được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất giống nhau và bao gồm:

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khi vào viện

- Đặc điểm hình ảnh học trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não không cản quang và phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy hoặc số hóa xóa nền mạch não khi vào viện

- Mức độ nặng theo các thang phân loại chảy máu dưới nhện khi vào viện

- Biện pháp điều trị, biến chứng, kết quả điều trị

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học IBM SPSS version 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, 116 USA). Số liệu được trình bày dưới dạng số và tỷ lệ phần trăm đối với các biến phân loại và dưới dạng trung vị (median) và khoảng giữa hai điểm tứ phân vị Q1 và Q3 (Q1-Q3) hoặc dưới dạng trung bình (mean) và độ lệch chuẩn (standard deviation/SD) đối với các biến liên tục. Các biến được so sánh giữa hai nhóm bệnh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học

Trong tổng số 183 bệnh nhân được tuyển chọn vào nghiên cứu, 42,1% (77/183) là nam giới và tuổi trung bình là 57,27 (SD: 11,48) năm (Bảng 1). Tại thời điểm nhập viện, điểm phân loại mức độ nặng WFNS và Fisher trung bình lần lượt là 1 (Q1-Q3: 1-2) và 4 (Q1-Q3: 3-4) (Bảng 1). Hình ảnh học lúc

nhập viện cho thấy khối máu tụ nhu mô chiếm 11,7% (21/179), chảy máu não thất chiếm 65,6% (118/180), phình động mạch não giữa chiếm 22,4% (41/183) và phình nhỏ (<11 mm) chiếm 96,7% (176/182) (Bảng 1). Thời gian trung bình từ khi khởi phát tới lúc điều trị phình động mạch não vỡ bằng can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật là 56,98 (SD: 89,83) giờ (Bảng 1). Bảng 1 cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bệnh nhân điều trị phình động mạch não vỡ bằng can thiệp nội mạch và phẫu thuật về điểm phân loại mức độ nặng WFNS trung bình (1 [Q1-Q3: 1-1] và 1 [Q1-Q3: 1-2], p=0,046), tỷ lệ khối máu tụ nhu mô não (1,2% [1/82] và 20,4% [20/98], p<0,001), tỷ lệ phình động mạch não giữa (15,5% [13/84] và 28,3% [28/99], p=0,038) và động mạch đốt sống (6,0% [5/84] và 0,0% [0/99], p=0,019) và thời gian trung bình từ khi khởi phát tới lúc điều trị phình động mạch não vỡ (50,93 [SD: 98,79] và 62,06 [SD: 81,77] giờ, p=0,010). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học thời điểm vào viện được so sánh giữa hai nhóm can thiệp nội mạch và phẫu thuật được trình bày chi tiết trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học thời điểm vào viện

	Tổng số n=183	**Nội mạch n=84**	**Phẫu thuật n=99**	**p**
Đặc điểm chung				
Giới, nam, n (%)	77 (42,1)	35 (42,4)	42 (42,4)	0,918
Tuổi, năm, mean (SD)	57,27 (11,48)	57,19 (11,52)	57,34 (11,50)	0,929
Bệnh lý nền hoặc phối hợp				
Tăng huyết áp, n (%) (n=182)	90 (49,1)	45 (54,2)	45 (45,5)	0,210
Bệnh mạch máu não, n (%)	7 (3,8)	2 (2,4)	5 (5,1)	0,455
Suy tim mạn tính, n (%)	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (1,0)	>0,999
Bệnh mạch vành, n (%)	2 (1,1)	2 (2,4)	0 (0,0)	0,209
COPD, n (%)	2 (1,1)	1 (1,2)	1 (1,0)	>0,999
Ung thư/bệnh ác tính, n (%)	1 (0,5)	1 (1,2)	0 (0,0)	0,459
Suy thận mạn, n (%)	1 (0,5)	1 (1,2)	0 (0,0)	0,459
Các bệnh lý ổ loét, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Đái tháo đường, n (%)	8 (4,4)	5 (6,0)	3 (3,0)	0,473
Suy giảm miễn dịch, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Lâm sàng và cận lâm sàng				
Điểm GCS, median (Q1-Q3)	15 (14-15)	15 (15-15)	15 (13-15)	0,047
Mạch, lần/phút, median (Q1-Q3)	80 (80-90)	80 (80-90)	80 (80-90)	0,238
HA tâm thu, mmHg, mean (SD)	147,38 (25.18)	148,77 (24,96)	146,20 (25,43)	0,310
HA tâm trương, mean (SD)	85,31 (12,70)	85,31 (12,29)	85,31 (13,10)	0,904
Tiểu cầu, G/L, mean (SD)	268,31 (82,27)	277,22 (92,56)	260,75 (72,03)	0,166
INR, mean (SD)	1,00 (0,16)	0,98 (0,08)	1,01 (0,21)	0,892

Hình ảnh học				
Vị trí máu trong khoang dưới nhện, n (%)				
Bể đáy	126 (68,9)	61 (72,6)	65 (65,7)	0,311
Rãnh Sylvian	169 (92,3)	76 (90,5)	93 (93,9)	0,380
Rãnh gian bán cầu	156 (85,2)	70 (83,3)	86 (86,9)	0,502
Hố gian cuống não	130 (71,0)	60 (71,4)	70 (70,7)	0,915
Hố trên yên	133 (72,7)	60 (71,4)	73 (73,7)	0,727
Bể quanh thân não	85 (46,4)	48 (57,1)	37 (37,4)	0,008
Bể củ não sinh tư	53 (29,0)	39 (46,4)	14 (14,1)	<0,001
Số lượng phình động mạch não, median (IQR)	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	0,269
Vị trí phình động mạch não, n(%)(n=181)				
Động mạch cảnh trong	43 (23,5)	19 (22,6)	24 (24,2)	0,796
Gốc động mạch mắt của động mạch cảnh trong	3 (1,6)	2 (2,4)	1 (1,0)	0,594
Đoạn xoang hang của động mạch cảnh trong	1 (0,5)	1 (1,2)	0 (0,0)	0,459
Gốc động mạch mạc trước của động mạch cảnh trong	1 (0,5)	1 (1,2)	0 (0,0)	0,459
Động mạch thông sau	16 (8,7)	10 (11,9)	6 (6,1)	0,194
Động mạch não trước	13 (7,1)	6 (7,1)	7 (7,1)	0,985
Đông mạch thông trước	63 (34,4)	29 (34,5)	34 (34,3)	0,980
Động mạch não giữa	41 (22,4)	13 (15,5)	28 (28,3)	0,038
Động mạch não sau	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Động mạch đốt sống	5 (2,7)	5 (6,0)	0 (0,0)	0,019
Động mạch tiểu não trên	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Động mạch tiểu não sau dưới	1 (0,5)	1 (1,2)	0 (0,0)	0,459
Động mạch tiểu não trước dưới	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Động mạch nền	4 (2,2)	3 (3,6)	1 (1,0)	0,335
Kích thước phình động mạch não vỡ, n(%) (n=182)				0.219
Phình nhỏ (< 11 mm)	176 (96,7)	83 (98,8)	93 (94,9)	
Phình lớn (11-25 mm)	6 (3,3)	1 (1,2)	5 (5,1)	
Khối máu tụ nhu mô não, n(%) (n=180)	21 (11,7)	1 (1,2)	20 (20,4)	<0,001
Chảy máu não thất, n(%) (n=180)	118 (65,6)	54 (65,9)	64 (65,3)	0,939
Máu tụ dưới màng cứng, n(%) (n=180)	2 (1,1)	1 (1,2)	1 (1,0)	>0,999
Mức độ nặng				
Điểm WFNS, median (Q1-Q3)	1 (1-2)	1 (1-1)	1 (1-2)	0,046
Điểm H&H, median (Q1-Q3)	2 (2-3)	2 (2-2)	2 (2-3)	0,363
Điểm Fisher, median (Q1-Q3)	4 (3-4)	4 (3-4)	4 (3-4)	0,460

Khác				
Khởi phát tới vào viện, giờ, mean (SD), n=159	35,07 (54,89)	32,83 (56,52)	36,92 (53,77)	0,422
Khởi phát tới vào viện, n(%), n=159				0,077
≤ 24 giờ	106 (66,7)	54 (75,0)	52 (59,8)	
> 24 – 72 giờ	26 (16,4)	7 (9,7)	19 (21,8)	
> 72 giờ	27 (7,0)	11 (5,3)	16 (18,4)	
Khởi phát tới khi điều trị phình động mạch não vỡ, giờ, mean (SD), n=162	56,98 (89,83)	50,93 (98,79)	62,06 (81,77)	0,010
Khởi phát tới khi điều trị phình động mạch não vỡ, n(%)				0,003
n=162				
≤ 24 giờ	77 (47,5)	46 (62,2)	31 (35,2)	
> 24 – 72 giờ	49 (30,2)	15 (20,3)	34 (38,6)	
> 72 giờ	36 (22,2)	13 (17,6)	23 (26,1)	

Các từ viết tắt: COPD, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; Fisher, phân loại mức độ nặng của chảy máu dưới nhện theo Fisher; GCS, thang điểm hôn mê Glasgow; H&H, phân loại mức độ nặng của chảy máu dưới nhện theo Hunt and Hess; HA, huyết áp; INR, tỷ số bình thường hóa quốc tế; mean, trung bình; median, trung vị; Q, điểm tứ phân vị; SD, độ lệch chuẩn; WFNS, phân loại mức độ nặng của chảy máu dưới nhện theo Liên đoàn Phẫu thuật Thần kinh Thế giới.

3.2. Các biện pháp điều trị

Ngược lại với nhóm phẫu thuật (14,1%; 14/99), không có bệnh nhân nào trong nhóm can thiệp nội mạch phải phẫu thuật lấy khối máu tụ và mở sọ giảm áp. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân đặt ống NKQ (100% [99/99] vs. 95,2% [80/84], p=0,043), TKNT (100% [99/99] vs. 95,2% [80/84], p=0,043) và MKQ (16,2% [16/99] vs. 0,0% [0/84], p<0,001) cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm phẫu thuật so với nhóm can thiệp nội mạch. Kết quả là thời gian TKNT (3,09 [SD: 4,39] vs. 1,21 [SD: 1,01] ngày; p<0,001) và nằm viện (16,19 [SD: 7,65] vs. 4,92 [SD: 2,99] ngày; p<0,001) ở nhóm phẫu thuật dài hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm can thiệp nội mạch. Biện pháp điều trị được so sánh giữa hai nhóm can thiệp nội mạch và phẫu thuật được trình bày chi tiết trong Bảng 2.

Bảng 2. Biện pháp điều trị bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não

	Tổng số n=183	**Nội mạch n=84**	**Phẫu thuật n=99**	**p**
Điều trị biến chứng của chảy máu dưới nhện				
Phẫu thuật lấy khối máu tụ và mở sọ giảm áp, n(%)	14 (7,7)	0 (0,0)	14 (14,1)	<0,001
Dẫn lưu não thất ra ngoài, n(%)	2 (1,1)	0 (0,0)	2 (2,0)	0,501

Tiêu sợi huyết não thất, n(%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Dẫn lưu não thất-ổ bụng, n(%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Kiểm soát đường thở và thông khí nhân tạo				
Đặt ống NKQ, n(%)	179 (97,8)	80 (95,2)	99 (100)	0,043
TKNT, n(%)	179 (97,8)	80 (95,2)	99 (100)	0,043
MKQ, n(%)	16(8.7)	0	16 (16,2)	<0,001
Điều trị nội khoa)				
Thuốc kiểm soát HA, n (%)	82 (44,8)	39 (46,4)	43 (43,4)	0,685
Nimodipine dự phòng co thắt mạch não, n(%)	183 (99,5)	84 (100)	98 (99,0)	>0,999
Dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu, n(%)	9 (4,9)	5 (6,0)	4 (4,0)	0,734
Khác				
Thời gian TKNT, ngày, mean (SD)	2.23 (3,43)	1,21 (1,01)	3,09 (4,39)	<0,001
Thời gian nằm viện, ngày, mean (SD)	11,02 (8,21)	4,92 (2,99)	16,19 (7,65)	<0,001

Các từ viết tắt: HA, huyết áp; mean, trung bình; MKQ, mở khí quản; NKQ, nội khí quản; SD, độ lệch chuẩn; TKNT, thông khí nhân tạo.

3.3. Biến chứng và kết quả điều trị

Các biến chứng thường gặp nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu bao gồm giãn não thất cấp (26,2%; 48/183), co thắt mạch và thiếu máu não muộn (13,1%; 24/183) và viêm phổi (10,9%; 20/183). Mặc dù biến chứng chảy máu tái phát (1,1%; 2/183) không phổ biến, nhưng nó chủ yếu xảy ra ở nhóm phẫu thuật (2,0%; 2/99). Tuy nhiên, tỷ lệ các biến chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm can thiệp nội mạch và phẫu thuật (Bảng 3).

Bảng 3. Biến chứng và kết quả điều trị bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não

	Tổng số n=183	**Nội mạch n=84**	**Phẫu thuật n=99**	**p**
Biến chứng				
Chảy máu tái phát, n (%)	2 (1,1)	0 (0,0)	2 (2,0)	0,501
Co thắt mạch và thiếu máu não muộn, n (%)	24 (13,1)	10 (11,9)	14 (14,1)	0,655
Tăng áp lực nội sọ, n (%), (n=50)	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (2,4)	>0,999
Giãn não thất cấp, n (%)	48 (26,2)	18 (21,4)	30 (30,3)	0,174
Hạ Na^+ máu, n (%)	12 (6,6)	4 (4,8)	8 (8,1)	0,366
Co giật, n (%)	3 (1,6)	3 (3,6)	0 (0,0)	0,095
Giãn não thất mạn tính, n (%)	15 (8,2)	10 (11,9)	5 (5,1)	0,092
Viêm não thất, n (%)	3 (1,6)	0 (0,0)	3 (3,0)	0,252
Viêm phổi, n (%)	20 (10,9)	6 (7,1)	14 (14,1)	0,131
Nhiễm trùng tiết niệu, n (%)	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (1,0)	>0,999
Kết quả điều trị				
Tử vong thời điểm 30 ngày, n (%)	2 (1,1)	2 (2,4)	0 (0,0)	0,209
Tử vong thời điểm 90 ngày, n (%)	2 (1,1)	2 (2,4)	0 (0,0)	0,209

Chức năng thần kinh thời điểm 30 ngày, median (IQR)	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	0,726
Chức năng thần kinh thời điểm 30 ngày, n (%)				0.726
Tốt (mRS=0-3)	164 (89,6)	76 (90,5)	88 (88,9)	
Xấu (mRS=4-6)	19 (10,4)	8 (9,5)	11 (11,1)	
Chức năng thần kinh thời điểm	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	0,616
90 ngày, median (IQR)				
Chức năng thần kinh thời điểm 90 ngày, n (%)				0,681
Tốt (mRS=0-3)	166 (90,7)	77 (91,7)	89 (89,9)	
Xấu (mRS=4-6)	17 (9,3)	7 (8,3)	10 (10,1)	

Các từ viết tắt: mean, trung bình; median, trung vị; mRS, thang điểm Rankin sửa đổi; Q, điểm tứ phân vị; SD, độ lệch chuẩn.

Tỷ lệ tử vong thời điểm 30 ngày (1,1%; 2/183) và 90 ngày (1,1%; 2/183) của nhóm bệnh nhân nghiên cứu khá thấp. Ngược lại, kết quả chức năng thần kinh xấu thời điểm 30 ngày (10,4%; 19/183) và 90 ngày (9,3%; 17/183) chiếm một tỷ lệ đáng kể. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong và kết quả chức năng thần kinh xấu thời điểm 30 và 90 ngày giữa hai nhóm bệnh nhân can thiệp nội mạch và phẫu thuật (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp nội mạch và phẫu thuật là tương đương nhau (Biểu đồ 1). Hiệp hội Tim mạch và Đột quỵ Hoa Kỳ cũng đã khuyến cáo điều trị phình động mạch não vỡ bằng bất cứ phương pháp nào cần được thực hiện càng sớm càng tốt, tốt nhất là trong vòng 24 giờ sau khởi phát, ở phần lớn bệnh nhân nhằm làm giảm tỷ lệ chảy máu tái phát sau chảy máu dưới nhện.[5] Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù phần lớn bệnh nhân vào viện trong vòng 24 giờ và không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm can thiệp nội mạch và phẫu thuật về thời gian từ khi khởi phát tới khi vào viện (Bảng 1), nhưng có tới hơn một nửa số bệnh nhân được điều trị phình động mạch não vỡ sau 24 giờ kể từ khi khởi phát, trong đó chủ yếu là nhóm bệnh nhân được phẫu thuật (Bảng 1). Một nghiên cứu hồi cứu tại Anh cho thấy chính sách phẫu thuật sớm hơn (trái ngược với phẫu thuật trì hoãn) đã làm giảm nguy cơ chảy máu tái phát.[6] Hơn nữa, can thiệp nội mạch ngay tại thời điểm chụp mạch não ban đầu cũng làm giảm nguy cơ chảy máu tái phát vì phẫu thuật sau khi chụp mạch não thường bị trì hoãn từ 6 đến 12 giờ.[6] Một nghiên cứu bệnh-chứng tại Mỹ cho thấy chảy máu tái phát có liên quan tới tỷ lệ các biến chứng khác cao hơn và kết quả xấu hơn.[7] Tỷ lệ tử vong liên quan tới chảy máu tái phát được báo cáo lên tới 70%.[8] Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ chảy máu tái phát thấp, chỉ xảy ra ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật và không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm phẫu thuật và can thiệp nội mạch (Bảng 3). Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ báo cáo tỷ lệ chảy máu tái phát xảy ra trong bệnh viện vì thực tế chảy máu tái phát sớm, xảy ra trước bệnh viện có thể cao hơn10 và được phản ánh gián tiếp qua tỷ lệ chảy máu nhu mô não, chảy máu não thất và máu tụ dưới màng cứng tại thời điểm nhập viện (Bảng 1).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm mức độ nặng trung bình thời điểm vào viện theo phân loại WFNS thấp (Bảng 1). Tuy

nhiên, mức độ nặng theo phân loại WFNS ở nhóm bệnh nhân được can thiệp nội mạch nhẹ hơn so với nhóm bệnh nhân được phẫu thuật (Bảng 1). Một số nghiên cứu cho thấy bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não mức độ nhẹ dường như đạt kết quả thuận lợi hơn một chút bằng can thiệp nội mạch so với phẫu thuật, và can thiệp nội mạch có lẽ là biện biện pháp điều trị ưu tiên nếu các đặc điểm về giải phẫu và hình thái của phình động mạch não được cho là phù hợp với can thiệp nội mạch.[5] Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ khối máu tụ nhu mô não và tỷ lệ phình động mạch não giữa vỡ lúc vào viện cũng thấp hơn ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp nội mạch so với nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật (Bảng 1). Với sự cân bằng tinh tế giữa an toàn và độ bền, đã có nhiều nỗ lực nhằm xác định các dưới nhóm bệnh nhân có thể được điều trị tốt nhất bằng can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy rằng với công nghệ nội mạch hiện nay, phình động mạch não giữa có thể khó điều trị bằng can thiệp nội mạch, và ở vị trí này, phẫu thuật có xu hướng mang lại kết quả thuận lợi hơn.[5,9,] Mặc dù bệnh nhân có khối máu tụ nhu mô >50mL có tỷ lệ kết quả xấu cao hơn, nhưng một số nghiên cứu lại cho thấy phẫu thuật loại bỏ khối máu tụ trong vòng <3,5 giờ đã làm cải thiệt kết quả ở nhóm bệnh nhân này.[5,10]

Do mức độ nặng theo phân loại WFNS nhẹ hơn và tỷ lệ khối máu tụ nhu mô não thấp hơn (Bảng 1) cho nên thời gian TKNT và nằm viện ở bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp nội mạch cũng ngắn hơn so với bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật (Bảng 2). Kết quả nghiên cứu này gián tiếp phản ánh tổng kinh phí điều trị phình động mạch não vỡ bằng can thiệp nội mạch có thể không lớn hơn nhiều so với phẫu thuật. Ngoài ra, những bệnh nhân được can thiệp nội mạch có thể hưởng lợi từ can thiệp xâm lấn tối thiểu và phục hồi nhanh hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi lại cho thấy tỷ lệ các biến chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm can thiệp nội mạch và phẫu thuật (Bảng 3). Ngoài ra, tỷ lệ kết quả chức năng thần kinh xấu và tỷ lệ tử vong ở thời điểm 30 và 90 ngày cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp nội mạch và phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3). Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây cho thấy, rằng so với can thiệp nội mạch, phẫu thuật cho độ bền tốt hơn, ít biến chứng chảy máu tái phát hơn và có thể làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ tái điều trị, nhưng phẫu thuật có thể gây ra sự thay đổi dòng máu não mạnh hơn ở các vùng não lân cận và do đó có thể có tiên lượng xấu hơn.[2] Kếtquả nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ và quần thể nghiên cứu giữa hai nhóm không đồng nhất.

Những hạn chế của nghiên cứu này có liên quan tới thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu. Các biến chứng của mỗi phương pháp điều trị phình động mạch não vỡ (can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật) chưa được đánh giá vì không dủ dữ liệu nghiên cứu. Ngoài ra, nghiên cứu chỉ được thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu tương đối nhỏ và đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu giữa hai nhóm can thiệp nội mạch và phẫu thuật không đồng nhất đã có ảnh hưởng tới kết quả nghiên cứu thu được. Do vậy, để củng cố kết luận, cần những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đặc biệt là quần thể bệnh nhân nghiên cứu của hai nhóm can thiệp nội mạch và phẫu thuật phải là đồng nhất.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp nội mạch và phẫu thuật là tương đương nhau. Thời gian TKNT và nằm viện ở bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp nội mạch ngắn hơn so với bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật. Ngược lại, tỷ lệ các biến chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm can thiệp nội mạch và phẫu thuật. Hơn nữa, tỷ lệ kết quả chức năng thần kinh xấu và tỷ lệ tử vong ở thời điểm 30 và 90 ngày cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp nội mạch và phẫu thuật. Tuy nhiên, quần thể bệnh nhân nghiên cứu giữa hai nhóm can thiệp nội mạch và phẫu thuật là không đồng nhất. Do vậy, cần có thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn với thiết kế nghiên cứu phù hợp để đảm bảo sự đồng nhất quần thể bệnh nhân nghiên cứu giữa hai nhóm bệnh nhân được can thiệp nội mạch và phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Luong CQ, Ngo HM, Hoang HB, et al.** Clinical characteristics and factors relating to poor outcome in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage in Vietnam: A multicenter prospective cohort study. PloS one. 2021;16(8):e0256150.
2. **Campi A, Ramzi N, Molyneux AJ, et al.** Retreatment of Ruptured Cerebral Aneurysms in Patients Randomized by Coiling or Clipping in the International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT). Stroke; a journal of cerebral circulation. 2007;38(5):1538-1544.
3. **Hoh BL, Chi YY, Dermott MA, Lipori PJ, Lewis SB.** The effect of coiling versus clipping of ruptured and unruptured cerebral aneurysms on length of stay, hospital cost, hospital reimbursement, and surgeon reimbursement at the university of Florida. Neurosurgery. 2009; 64(4): 614-619; discussion 619-621.
4. **Zhang X, Li L, Hong B, et al.** A Systematic Review and Meta-Analysis on Economic Comparison Between Endovascular Coiling Versus Neurosurgical Clipping for Ruptured Intracranial Aneurysms. World neurosurgery. 2018;113:269-275.
5. **Connolly ES, Jr., Rabinstein AA, Carhuapoma JR, et al.** Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/american Stroke Association. Stroke; a journal of cerebral circulation. 2012;43(6):1711-1737.
6. **Naidech AM, Janjua N, Kreiter KT, et al.** Predictors and impact of aneurysm rebleeding after subarachnoid hemorrhage. Archives of neurology. 2005;62(3):410-416.
7. **Lord AS, Fernandez L, Schmidt JM, et al.** Effect of rebleeding on the course and incidence of vasospasm after subarachnoid hemorrhage. Neurology. 2012;78(1):31-37.
8. **Taqi MA, Torbey MT.** Subarachnoid Hemorrhage. In: Edward M. Manno, ed. Emergency Management in Neurocritical Care. Noida, India: John Wiley & Sons, Ltd.; 2012:37-44.
9. **Regli L, Dehdashti AR, Uske A, de Tribolet N.** Endovascular coiling compared with surgical clipping for the treatment of unruptured middle cerebral artery aneurysms: an update. Acta neurochirurgica Supplement. 2002;82:41-46.
10. **Rinne J, Hernesniemi J, Niskanen M, Vapalahti M.** Analysis of 561 patients with 690 middle cerebral artery aneurysms: anatomic and clinical features as correlated to management outcome. Neurosurgery. 1996;38(1):2-11.

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ TIM NHANH NHĨ DỰA TRÊN BẢN ĐỒ ĐIỆN HỌC BA CHIỀU

Phạm Như Hùng[1], Nguyễn Thế Nam Huy[1], Nguyễn Xuân Tuấn[1]

TÓM TẮT

Tổng quan: Cơn tim nhanh nhĩ là rối loạn nhịp ít gặp, điều trị bằng triệt đốt với năng lượng sóng có tần số radio đã được ứng dụng rộng rãi. Chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam so sánh giữa 2 phương pháp triệt đốt bằng 2D và lập bản đồ điện học ba chiều.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập hồi cứu. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được chẩn đoán cơn tim nhanh nhĩ qua điện tâm đồ bề mặt, đã được thăm dò điện sinh lý và triệt đốt thành công bằng năng lượng sóng có tần số radio tại bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022. Các bệnh nhân được tiến hành triệt đốt bằng một trong 2 phương pháp 2D hoặc 3D. Các thông số được thu thập qua biên bản kết quả.

Kết quả: Có tổng số 54 bệnh nhân (27 bệnh nhân triệt đốt 2D, 23 bệnh nhân triệt đốt 3D) được lựa chọn vào nghiên cứu, thời gian theo dõi trung bình là 2.5 ± 0.86 năm. Nhóm triệt đốt bằng phương pháp 2D có 4/27 bệnh nhân tái phát, nhóm triệt đốt 3D có 0/23 bệnh nhân tái phát. Tỉ lệ thành công của 2 nhóm tương ứng là 85.2% và 100%, p = 0.07. Thời gian làm thủ thuật, thời gian chiếu tia, thời gian đốt, số lần đốt giữa 2 nhóm không có sự khác biệt.

Kết luận: Triệt đốt bằng phương pháp lập bản đồ 3D bước đầu cho thấy tỉ lệ thành công lâu dài trong điều trị tim nhanh nhĩ. Cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để tiếp tục đánh giá về hiệu quả điều trị cũng như quá trình làm thủ thuật.

Từ khóa: nhanh nhĩ, triệt đốt, bản đồ 3D

SUMMARY

OUTCOMES OF ATRIAL TACHYCARDIA TREATMENT BASED ON THREE-DIMENSIONAL ELECTROPHYSIOLOGICAL MAPPING: A SINGLE-CENTER STUDY

Background: Atrial tachycardia is a uncommon arrhythmia and catheter ablation using radiofrequency energy has been widely applied in its treatment. To date, no studies in Vietnam have compared the efficacy of two-dimensional (2D) ablation techniques with three-dimensional electroanatomic mapping.

Method: Retrospective cohort study. All patients included in the study were diagnosed with atrial tachycardia through surface electrocardiography and successfully underwent electrophysiological evaluation and catheter ablation using radiofrequency energy at Hanoi Heart Hospital from January 2020 to December 2022. Patients were treated with one of two methods: two-dimensional (2D) or three-dimensional (3D) mapping. Data were collected through the procedural outcome reports.

Result: A total of 54 patients (27 patients undergoing 2D ablation and 23 patients

[1]*Bệnh viện Tim Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Như Hùng
Email: phamnhuhung@timhanoi.vn
Ngày nhận bài: 12/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 09/09/2024
Ngày duyệt bài: 07/10/2024

undergoing 3D ablation) were selected for the study, with a mean follow-up duration of 2.5 ± 0.86 years. In the 2D ablation group, 4 out of 27 patients experienced recurrence, while in the 3D ablation group, none of the 23 patients had a recurrence. The success rates for the two groups were 85.2% and 100%, respectively (p = 0.07). There were no significant differences between the two groups regarding procedure duration, fluoroscopy time, ablation time, or number of ablations performed.

Conclusion: Three-dimensional mapping ablation initially demonstrates a promising long-term success rate in the treatment of atrial tachycardia. Further studies with larger sample sizes are needed to continue evaluating treatment efficacy as well as procedural outcomes.

Keywords: atrial tachycardia, ablation, three-dimensional mapping, 3D

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơn tim nhanh nhĩ là một bệnh lý không phổ biến trong rối loạn nhịp trên thất tuy nhiên nó lại gây nhiều phiền toái trên lâm sàng như bệnh nhân mắc tim nhanh nhĩ thường có tỷ lệ suy tim cao hơn, điều trị bằng thuốc hoặc bằng các phương pháp phế vị thông thường ít khi cắt được cơn tim nhanh. Điều trị tim nhanh nhĩ bằng phương pháp triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio (RF) là phương pháp phổ biến và đã được tiến hành ở nhiều trung tâm, đem lại hiệu quả tốt. Gần đây, việc sử dụng lập bản đồ 3 chiều (mapping 3D) giúp giảm thời gian chiếu tia cũng như cho phép xác định chính xác hơn vị trí của ổ ngoại vị này. Điều này giúp tăng hiệu quả điều trị cũng như giảm biến chứng cho bệnh nhân. Tuy nhiên tại Việt Nam còn ít báo cáo tổng kết về phương pháp này cũng như kết quả dài hạn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu điều trị tim nhanh nhĩ dựa trên bản đồ điện học ba chiều" nhằm mục tiêu đánh giá mức độ thành công của triệt đốt RF dựa trên lập bản đồ 3D và so sánh vưới phương pháp kinh điển (2D).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Thuần tập hồi cứu

Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán cơn tim nhanh nhĩ qua điện tâm đồ bề mặt, được thăm dò điện sinh lý (TDĐSL) và triệt đốt thành công bằng năng lượng sóng có tần số radio tại bệnh viện Tim Hà Nội, từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022. Các bệnh nhân được tiến hành triệt đốt bằng một trong 2 phương pháp 2D hoặc 3D.

Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả các bệnh nhân đã được triệt đốt cơn tim nhanh nhĩ trong khoảng thời gian trên và có kết quả thành công.

Tiêu chuẩn loại trừ: loại trừ các bệnh nhân có 2 rối loạn nhịp trở lên được triệt đốt trong cùng 1 lần làm thủ thuật.

Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân được thống kê lại qua hệ thống lưu trữ tại phòng can thiệp. Các thông tin về bệnh nhân được trích xuất lại trên hệ thống phần mềm quản lý, các dữ liệu và thông số can thiệp được thu thập qua biên bản kết quả của từng bệnh nhân. Sau khi thu thập đầy đủ dữ liệu, các bệnh nhân được gọi điện phỏng vấn lại các triệu chứng lâm sàng, sự tái phát lại cơn được xác nhận bằng điện tâm đồ cụ thể hoặc hồ sơ khám bệnh.

Phương pháp triệt đốt nhanh nhĩ bằng lập bản đồ 3D

Trước tiên cũng cần đặt các điện cực thăm dò (nhĩ phải, thất phải, xoang vành) như khi triệt đốt các cơn tim nhanh khác. Sau đó kích thích điện cực nhĩ theo chương trình để tạo ra cơn tim nhanh nhĩ. Tiếp theo cần

xác định vị trí khởi phát của cơn tim nhanh nhĩ từ nhĩ phải hay nhĩ trái. Nếu vị trí khởi phát từ nhĩ phải thì tiến hành lập bản đồ nhĩ phải và nếu khởi phát từ nhĩ trái thì tiến hành chọc vách liên nhĩ để đưa catheter sang nhĩ trái để lập bản đồ. Sau khi xác định được cơn, tiến hành đưa catheter mapping vào tâm nhĩ tương ứng để thu thập các tín hiệu điện học. Có nhiều loại catheter mapping nhưng hiện nay các loại được ưu tiên dùng là Pentaray (J&J), AFocus (Abbott), HD grid (Abbott) vì khả năng lấy được các tín hiệu điện chi tiết. Việc này rất quan trọng vì tín hiệu điện càng chi tiết thì khả năng định vị đúng ổ ngoại vị càng cao. Sau khi lập bản đồ điện học, hệ thống sẽ xử lý để xác định vùng khởi phát của cơn tim nhanh nhĩ. Catheter triệt đốt sau đó được đưa vào vị trí đích và tiến hành triệt đốt. Thông thường triệt đốt được tiến hành trong khi có cơn và thủ thuật thành công khi cắt được cơn và sau đó kích thích lại không còn gây ra được cơn

Các trang thiết bị

- Hệ thống chiếu tia X số hóa xóa nền 2 bình diện của hãng Philips
- Hệ thống ghi điện đồ buồng tim và kích thích tim theo chương trình EP Work Mate của hãng Abbott
- Hệ thống lập bản đồ 3D CARTO 3 của J&J và Ensite của Abbott
- Các điện cực thăm dò Suprene loại 4 cực và 10 cực của Abbott
- Catheter lập bản đồ: Pentaray (J&J), Afocus (Abbott)
- Catheter triệt đốt loại 4mm tip: Al cath red (Biotronik), Safire (Abbott), Navista (Biosense Webster), catheter tưới nước
- Mornitor theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO2
- Máy sốc điện

Xử lý số liệu:

Mô tả các biến định lượng dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. So sánh 2 trung bình bằng kiểm định T-test và Mann whitney U. So sánh ghép cặp bằng kiểm định T-test và Wilcoxon. Khảo sát mối tương quan giữa 2 biến định tính bằng kiểm định Chi-square. Các kết quả phân tích có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Có tổng số 63 bệnh nhân được triệt đốt thành công cơn tim nhanh nhĩ trong khoảng thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022. Trong đó có 54 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lấy vào nghiên cứu, thời gian theo dõi trung bình 2.5 ± 0.86 năm. Đặc điểm của các bệnh nhân được thống kê ở Bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm cơ bản của nhóm được triệt đốt

Đặc điểm	n = 54
Tuổi trung bình (tuổi)	54.24 ± 16.16
Giới nam (%)	23 (42.6%)
Triệt đốt 2D	31 (57.4%)
Nhanh nhĩ bên phải	46 (85.2%)
EF <40%	3 (5.54%)
Thời gian theo dõi (năm)	2.5 ± 0.86 (năm)

Trong nhóm nghiên cứu, tuổi nhỏ nhất là 12, lớn nhất là 77 tuổi. Số lượng bệnh nhân triệt đốt 2D nhiều hơn 3D, đa phần là nhanh nhĩ khởi phát từ bên phải.

Vị trí khởi phát cơn nhanh nhĩ

Bảng 2. Vị trí khởi phát cơn tim nhanh nhĩ

Vị trí	Số lượng (N/%)
Van ba lá	13 (24.1%)
Lỗ xoang vành	11 (20.4%)
Vùng cao nhĩ phải	4 (7.4%)
Crista terminalis	14 (25.9%)
Van hai lá	2 (3.7%)
Tĩnh mạch phổi	3 (5.6%)
Tiểu nhĩ phải	1 (1.9%)
Khác	6 (11.1%)

So sánh các thông số triệt đốt nhóm 2D và 3D

Bảng 3. So sánh các thông số triệt đốt giữa 2 nhóm

Phương pháp			p
Thời gian làm thủ thuật (phút)	2D	57.75 ±12.58	0.307
	3D	62.87 ± 39.24	
Thời gian chiếu tia (phút)	2D	13.6 ± 6.84	0.224
	3D	10.1 ± 9.77	
Thời gian đốt (phút)	2D	3.07 ± 1.85	0.078
	3D	6.43 ± 8.6	
Số lần đốt (lần)	2D	7.9 ± 6.07	0.516
	3D	9.57 ± 11	

Thời gian làm thủ thuật, thời gian chiếu tia, thời gian đốt, số lần đốt không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

So sánh tỉ lệ tái phát giữa 2 nhóm

Bảng 4. So sánh tỉ lệ tái phát giữa 2 nhóm

		Kết quả		p
		Không tái phát	Tái phát	
Phương pháp	2D	27 (50%)	4 (7.4%)	0.07
	3D	23 (42.6%)	0 (0%)	
Tổng số		50 (92.6%)	4 (7.4%)	54

Nhóm triệt đốt 3D có tỉ lệ tái phát 0%, nhóm triệt đốt 2D có tỉ lệ tái phát 14.8% (4/27), tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ triệt đốt nhanh nhĩ thành công nói chung là 92,6% và 3D nói riêng là 100%. Các nghiên cứu trên thế giới cho tỉ lệ thành công khác nhau tùy theo những điều kiện cụ thể. Một nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thành công bằng sử dụng hệ thống 3D trong triệt đốt nhanh nhĩ là 88% khi nhanh nhĩ khởi phát từ tĩnh mạch phổi và 83% khi khởi phát bên ngoài tĩnh mạch phổi [1]. Một nghiên cứu khác cho thấy nhanh nhĩ có thể triệt đốt thành công trong lần làm thủ thuật đầu tiên là 91%, tỉ lệ bệnh nhân không

có cơn nhanh nhĩ trong vòng 12 tháng là 82% [2]. Từ những kết quả này, chúng tôi thấy rằng kết quả triệt đốt tại bệnh viện Tim Hà Nội cũng không khác biệt nhiều so với thế giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ thành công của phương pháp 2D và 3D chưa có sự khác biệt (85.1% và 100%) mặc dù tỉ lệ thành công của 3D có cao hơn về mặt số học. Điều này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn chưa đủ lớn. Trên thế giới cũng có một vài nghiên cứu so sánh về vấn đề này. H Jiang và cộng sự nghiên cứu trên 125 trẻ em được triệt đốt cơn tim nhanh nhĩ cho thấy hiệu quả của triệt đốt 3D cao hơn 2D với tỉ lệ tái phát tương ứng là 19% và 40,6%, p = 0,049 [3].

Về các thông số thủ thuật: thời gian thủ thuật, thời gian chiếu tia, thời gian đốt, số lần đốt cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Lý do có thể là chúng tôi thường sử dụng phương pháp 3D cho những ca bệnh phức tạp, những ca nhanh nhĩ khởi phát từ bên trái, những ca này thường cần phải chọc vách liên nhĩ làm tăng thời gian chiếu tia và kéo dài thời gian thủ thuật. Lý do thứ 2 là do cỡ mẫu còn nhỏ nên nhìn chung chưa tạo ra sự khác biệt. Trong nghiên cứu của H Jiang và cộng sự nhóm triệt đốt 3D và 2D có thời gian chiếu tia tương ứng là 4.9±2.3 và 12.5±5.7 phút, p<0,01 [3].

Nghiên cứu của chúng tôi có giới hạn là chỉ thống kê những ca đã triệt đốt thành công. Những ca triệt đốt thất bại bằng phương pháp 2D hoặc 3D không được đưa vào nên đánh giá về hiệu quả triệt đốt của từng phương pháp có thể còn sai số.

V. KẾT LUẬN

Triệt đốt bằng phương pháp lập bản đồ 3D bước đầu cho thấy tỉ lệ thành công lâu dài trong điều trị tim nhanh nhĩ. Cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để tiếp tục đánh giá về hiệu quả điều trị cũng như quá trình làm thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Riesinger, L., Siebermair, J. & Wakili, R.** Mapping strategies and ablation of premature atrial complexes. Herzschr Elektrophys 32, 9–13 (2021)
2. **Luik A, Schmidt K, Haas A, Unger L, Tzamalis P, Brüggenjürgen B.** Ablation of Left Atrial Tachycardia following Catheter Ablation of Atrial Fibrillation: 12-Month Success Rates. Journal of Clinical Medicine. 2022; 11(4):1047
3. **Jiang H, Li XM, Li MT, Ge HY, Zhang Y, Liu HJ.** [Clinical characteristics and radiofrequency ablation of focal atrial tachycardia in 125 children]. Zhonghua Er Ke Za Zhi. 2020 Nov 2;58(11):900-904. Chinese
4. **Kim YH, Chen SA, Ernst S, Guzman CE et al.** 2019 APHRS expert consensus statement on three dimensional mapping systems for tachycardia developed in collaboration with HRS, EHRA, and LAHRS. Journal of Arrhythmia 2020;00:1-56
5. **Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E et al.** 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. Eur Heart J. 2019; 00, 1- 66

NGHIÊN CỨU CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN Ở NGƯỜI BỆNH ĐANG SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG HUYẾT KHỐI TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Trần Thanh Hoa[1], Nguyễn Văn Thực[1], Hoàng Đình Thành[1], Nguyễn Xuân Tú[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các nghiên cứu ngẫu nhiên cho thấy nguy cơ xuất huyết nặng chiếm 1 – 18% sau 30 ngày ở người bệnh mạch vành, và 2 – 5% mỗi năm ở những người bệnh rung nhĩ được điều trị bằng thuốc chống đông. **Mục tiêu:** "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi đường tiêu hóa trên; thời điểm dùng lại thuốc chống huyết khối và kết quả điều trị trong vòng 30 ngày ở người bệnh sử dụng thuốc chống huyết khối có xuất huyết tiêu hóa trên". **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả, tiến cứu, thu thập tất cả người bệnh vào viện hoặc được điều trị trong khoa phòng có xuất huyết tiêu hóa trên với bằng chứng nội soi đường tiêu hóa đang được điều trị thuốc chống huyết khối từ tháng 5/2022 đến tháng 7/2023 tại Bệnh viện Tim Hà Nội. **Kết quả:** 30 người bệnh được thu nhận; tuổi trung bình là 64.43 ± 12.43, tỉ lệ nam : nữ là 3:1; triệu chứng phổ biến là đại tiện phân đen (96.7%) và đau thượng vị (96.7%); tỷ lệ sốc mất máu và nôn máu lần lượt là 20% và 13.3%, rối loạn tri giác với Glasgow ≤ 12 điểm chiếm 6.7%; điểm CRUSADE ở mức độ nguy cơ rất cao có tỉ lệ cao nhất chiếm 63.4%; tỉ lệ xuất huyết do loét dạ dày cao nhất ở hang vị với nhóm sử dụng kháng tiểu cầu và sử dụng kháng đông lần lượt là 33.3% và 44.4%; tỉ lệ xuất huyết ở mặt trước hành tá tràng chiếm cao nhất với nhóm sử dụng kháng tiểu cầu và sử dụng kháng đông lần lượt là 33.4% và 50%; trung bình từ lúc nội soi đến lúc dùng lại thuốc chống huyết khối là 2.75 ± 1.82 ngày; không có tái phát trong viện, chỉ có 2 người bệnh tái phát trong 30 ngày; tử vong trong viện và sau 30 ngày đều là 3.3%. **Kết luận**: Triệu chứng phổ biến là đại tiện phân đen và đau thượng vị; vị trí xuất huyết hay gặp là hang vị và mặt trước hành tá tràng; điểm CRUSADE có ý nghĩa tiên lượng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa; kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa trên là khả quan khi tỉ lệ tử vong thấp trong viện và trong 30 ngày.

Từ khóa: xuất huyết tiêu hóa trên, thuốc chống huyết khối, kháng tiểu cầu, kháng đông đường uống.

[1]*Bệnh viện Tim Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hoa
Email: tranthanhhoa@timhanoi.vn
Ngày nhận bài: 14/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 12/09/2024
Ngày duyệt bài: 03/10/2024

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS, PARACLINICAL FEATURES, AND TREATMENT OUTCOMES OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS USING ANTICOAGULANTS AT HANOI HEART HOSPITAL

Randomized studies have shown a significant risk of severe bleeding, ranging from 1% to 18% within 30 days, in coronary artery disease patients and 2% to 5% per year in atrial

fibrillation patients treated with anticoagulants. **Objectives:** To describe the clinical, paraclinical, and upper gastrointestinal endoscopic characteristics; the timing of anticoagulant resumption; and the treatment outcomes within 30 days in patients using anticoagulants who experienced upper gastrointestinal bleeding. **Methods:** A prospective observational study was conducted, enrolling all patients admitted or treated in departments with upper gastrointestinal bleeding and endoscopic evidence, who were using anticoagulants from May 2022 to July 2023 at Hanoi Heart Hospital. **Results:** Thirty patients were included; the mean age was 64.43 ± 12.43 years, with a male-to-female ratio of 3:1. The most common symptoms were black stools (96.7%) and epigastric pain (96.7%). The rates of hemorrhagic shock and hematemesis were 20% and 13.3%, respectively, with impaired consciousness (Glasgow score ≤ 12) in 6.7% of patients. The CRUSADE score indicated a very high-risk category in 63.4% of cases. Gastric ulcers, particularly in the antrum, were most common in both the antiplatelet and anticoagulant groups (33.3% and 44.4%, respectively). Bleeding in the anterior duodenal bulb was most frequent in the antiplatelet and anticoagulant groups (33.4% and 50%, respectively). The average time from endoscopy to anticoagulant resumption was 2.75 ± 1.82 days. There were no in-hospital recurrences, with only 2 patients experiencing recurrence within 30 days. In-hospital mortality and 30-day mortality were both 3.3%. **Conclusion:** The most common symptoms were black stools and epigastric pain. The most frequent bleeding sites were the gastric antrum and anterior duodenal bulb. The CRUSADE score was a significant predictor of the risk of gastrointestinal bleeding. The treatment outcomes for upper gastrointestinal bleeding were favorable, with low in-hospital and 30-day mortality rates."

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, anticoagulant, antiplatelet, oral anticoagulant

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết liên quan thuốc chống huyết khối (CHK) là một biến chứng thường gặp. Các nghiên cứu (NC) ngẫu nhiên cho thấy nguy cơ xuất huyết nặng chiếm 1 – 18% sau 30 ngày ở người bệnh mạch vành[1], và 2 – 5% mỗi năm ở những người bệnh rung nhĩ được điều trị thuốc chống đông đường uống (OAC)[2]. Dựa trên các hướng dẫn đã sửa đổi, lợi ích của việc sử dụng lại thuốc chống huyết khối này lớn hơn nguy cơ ngừng thuốc chống huyết khối trong thời gian dài [3-4]. Tại bệnh viện Tim Hà Nội ghi nhận một số lượng người bệnh xuất huyết tiêu hóa ở các mức độ khác nhau khi được sử dụng thuốc chống huyết khối, và vấn đề điều trị và dùng lại thuốc chống huyết khối còn nhiều tranh cãi. Trong khi chờ dữ liệu từ các nghiên cứu quan sát và ngẫu nhiên, chúng tôi tiến hành NC nhằm mục tiêu: ***Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi đường tiêu hóa trên; thời điểm dùng lại thuốc chống huyết khối và kết quả điều trị trong vòng 30 ngày ở người bệnh sử dụng thuốc chống huyết khối có xuất huyết tiêu hóa trên tại Bệnh viện tim Hà Nội.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh: người bệnh vào viện Khoa cấp cứu hoặc đang điều trị trong khoa phòng với tình trạng XHTH trên có bằng chứng trên nội soi đường tiêu hóa đang được điều trị thuốc chống huyết khối tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

Xuất huyết tiêu hóa trên là tình trạng xuất huyết từ thực quản đến phía trên của dây chằng Treitz, có thể được

biểu hiện trên lâm sàng với các hình thái như nôn ra máu, đại tiện phân đen, nâu sẫm hoặc vừa nôn ra máu và đại tiện phân đen, hoặc ống thông dạ dày có máu [5].

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Được nội soi có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.
- XHTH hóa do loét dạ dày tá tràng có rối loạn đông cầm máu nặng (tiểu cầu < 50.000)
- XHTH hóa do loét dạ dày tá tràng kèm theo biến chứng thủng
- Xuất huyết ở dạ dày tá tràng như ung thư dạ dày xuất huyết

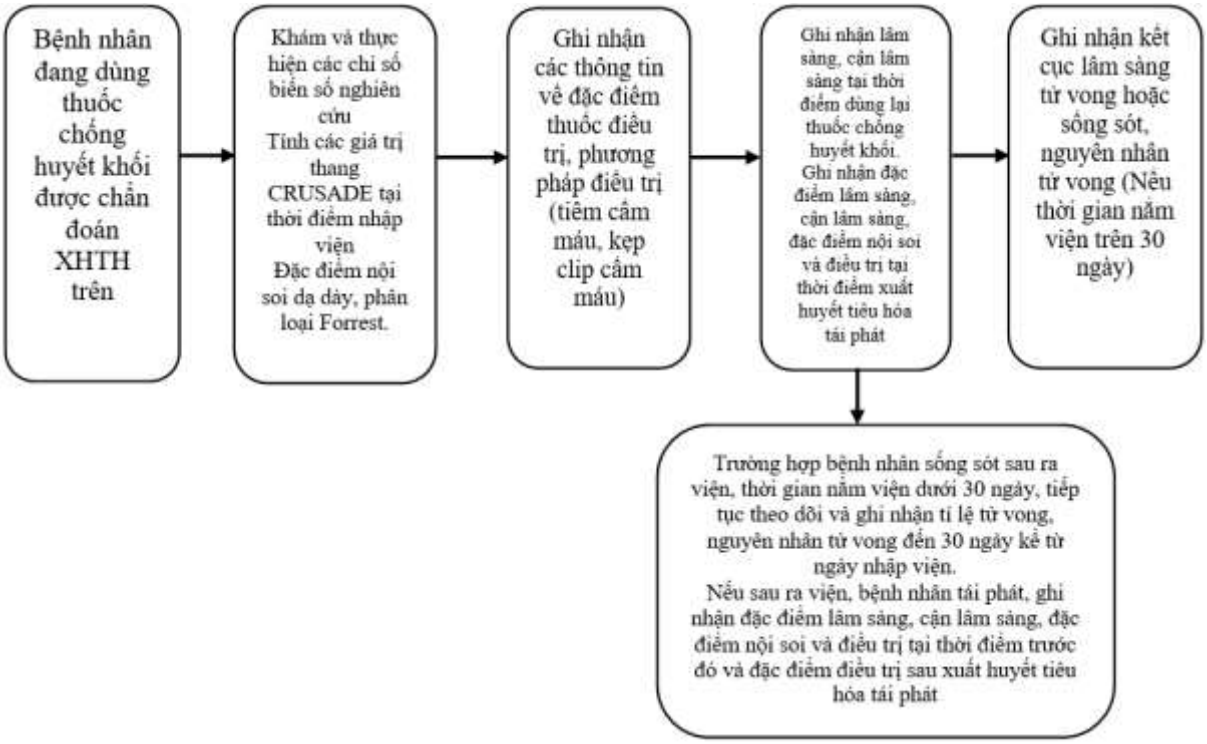
Thời gian tiến hành nghiên cứu: Từ 5/2022 đến tháng 7/2023 tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiến cứu.

Cỡ mẫu: thuận tiện, thu nhận toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

Tiến hành nghiên cứu:

- Nghiên cứu được tiến hành theo sơ đồ sau:



- Tại thời điểm nhập viện và điều trị: khai thác tiền sử, bệnh sử, lấy các dấu hiệu sinh tồn, tri giác đánh giá điểm glassgow, tình trạng hô hấp, tuần hoàn…
- Theo dõi lâm sàng và xét nghiệm từ lúc vào viện và trong quá trình điều trị:

+ Công thức máu, đông máu, xét nghiệm lại nếu cần theo dõi lại tuỳ thuộc từng lâm sàng.

+ Sinh hoá máu: ure, creatinin, điện giải, GOT, GPT.

+ Khám và đánh giá điểm các điểm CRUSADE vào viện để đánh giá nguy cơ chảy máu[7].

+ Đánh giá biến cố: tử vong, tái phát

- Nội soi dạ dày – tá tràng: chẩn đoán và điều trị cầm máu bằng kẹp clip cầm máu hoặc tiêm xơ. Hình thái tổn thương qua nội soi tiêu hóa trên theo phân loại Forrest [6].

- Diễn biến điều trị và dùng lại chống huyết khối.

- Tại thời điểm ra viện: ghi nhận tình trạng lâm sàng và đơn thuốc; biến cố tử vong.

- Tại thời điểm trong vòng 30 ngày: ghi nhận biến cố nếu có: tử vong, tái phát.

Xử lý số liệu: phân tích bằng SPSS 24.0; mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm với biến định tính, dạng trung bình ± SD với biến định lượng; các kiểm định Mann–Whitney U và phân tích phương sai Kruskal-Wallis (ANOVA) được sử dụng như kiểm định tham số không chuẩn thích hợp và một giá trị p <0,05 được coi là có ý nghĩa.

Đạo đức nghiên cứu: được sự đồng ý của người bệnh, thông tin của người được bí mật và kết quả NC nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 30 người bệnh XHTH trên có bằng chứng trên nội soi đường tiêu hóa trên đang được điều trị thuốc chống huyết khối vào viện từ tháng 5/2022 đến tháng 7/2023, chúng tôi thu được một số kết quả sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

	Tổng	**BN sử dụng kháng tiểu cầu(n= 12)**	**BN sử dụng kháng đông (n = 18)**	**p**
Tuổi trung bình (M±SD)	64.43 ± 12.43	71.67 ± 7.76	60.12 ± 12.98	0.011
Nam(n,%)	22(73.3)	10 (83)	12(66.7)	0.444
Nữ(n,%)	8(26.7)	2 (17)	6 (33.3)	
BN được dùng PPI trước xuất huyết	13(43.3)	7(58.3)	6(33.3)	0.164

Nhận xét: Tuổi của nhóm sử dụng kháng tiểu cầu lớn hơn có ý nghĩa, tỉ lệ nam : nữ ~ 3:1.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng

Triệu chứng/Xét nghiệm	**BN sử dụng kháng tiểu cầu(n=12)**	**BN sử dụng kháng đông (n=18)**	**p**
Nôn máu n,%	3(25)	1 (5.6)	0.034
Đại tiện phân đen n,%	11(91.7)	18(100)	0.460
Đau thượng vị n,%	12 (100)	17 (94.4)	0.673
Sốc mất máu n,%	2 (16.7)	4(22.2)	0.792
Glasgow > 12đ	10(83.3)	18(100)	0.200
Glasgow ≤ 12đ	2 (16.7)	0	
Ure (M±SD)	16.09 ± 9.57	26.47 ± 24.07	0.262
Cre (M±SD)	139.58 ± 70.98	133.94 ± 94.37	0.403
GOT (M±SD)	36.78 ± 24.48	27.91 ± 13.15	0.185
GPT (M±SD)	29.95 ± 17.63	23.66 ± 16.51	0.141
Hemoglobin(M±SD)	86.17 ± 29.49	71.65 ± 19.68	0.443
INR (M±SD)	1.00 ± 0.13	4.90 ± 1.98	0.000
Tiểu cầu (M±SD)	280.00 ± 91.25	226.82 ± 86.43	0.108

Điểm CRUSADE	Rất thấp	0	0	0.782
	Thấp	0	1(5.6%)	
	Vừa	2(16.7%)	4(22.2%)	
	Cao	1(8.3%)	3(16.7%)	
	Rất cao	9(75.0%)	10(55.6%)	
	Tổng	12(100%)	18(100%)	

Nhận xét: Triệu chứng phổ biến là đại tiện phân đen và đau thượng vị. Điểm CRUSADE ở nhóm nguy cơ rất cao chiếm tỉ lệ cao nhất.

Bảng 3.3. Đặc điểm trên nội soi dạ dày tá tràng

	BN sử dụng kháng tiểu cầu (n=12)	**BN sử dụng kháng đông (n=18)**	**p**
Phân loại Forrest			
F Ia(Chảy máu thành tia)	0(0%)	1(5.6%)	0.185
F Ib (rỉ máu)	1(8.3%)	7(38.9%)	
F IIa (Mạch máu lộ)	4(33.3%)	2(11.1%)	
F IIb (cục máu đông)	3(25%)	0	
F IIc (vệt máu đen)	2(16.7%)	1(5.6%)	
F III (đáy sạch)	2(16.7%)	7(38.9%)	
Vị trí loét dạ dày			
Hang vị	4 (33.3)	8 (44.4)	0.864
Tiền môn vị	1 (8.3)	0	
Thân vị	0	1 (5.6)	
Góc bờ cong nhỏ	0	1 (5.6)	
Vị trí loét hành tá tràng – tá tràng			
Mặt trước	4 (33.4)	9(50)	0.620
Mặt sau	1 (8.3	0	
Mặt trên	1 (8.3)	0	
D1-2	1 (8.3)	0	

Nhận xét: Vị trí xuất huyết hay gặp là hang vị và mặt trước hành tá tràng.

Bảng 3.4. Các mốc thời gian điều trị

	Tổng	**BN sử dụng kháng tiểu cầu (n=12)**	**BN sử dụng kháng đông (n=18)**	**p**
Thời gian từ lúc vào viện đến khi soi dạ dày (ngày)	2.70 ± 1.70	2.83 ± 2.25	2.65 ± 1.32	0.894
Thời gian (ngày) từ lúc vào viện đến lúc dùng lại thuốc	3.00 ± 1.85	2.36 ± 1.96	3.41 ± 1.69	0.044
Thời gian (ngày) từ lúc nội soi đến lúc dùng lại thuốc	2.75 ± 1.82	2.27 ± 2.0	3.06 ± 1.68	0.103

Nhận xét: Thời gian từ lúc cầm máu nội soi đến lúc dùng lại thuốc kháng huyết khối ở nhóm sử dụng kháng đông cao hơn có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Đặc điểm tái phát – kết cục lâm sàng

	BN sử dụng kháng tiểu cầu (n=12)	**BN sử dụng kháng đông (n=18)**	**Tổng**
Tái phát trong thời gian nằm viện	0	0	0
Tái phát trong 30 ngày	0	2(11.1)	2(6.7)
Tử vong hoặc nặng về trong viện	1(8.3)	0	1(3.3)
Tử vong trong 30 ngày	1(8.3)	0	1(3.3)
Chuyển viện	0	1(5.6)	1(3.3)
Ổn định ra viện	11(91.7)	17(94.4)	28(93.4)

Nhận xét: Không có tái phát trong viện, có 2 người bệnh tái phát trong vòng 30 ngày ở nhóm sử dụng kháng đông. Tỉ lệ tử vong hoặc nặng về trong viện và trong 30 ngày đều là 3.3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nội soi đường tiêu hóa trên

Nôn máu là một triệu chứng nặng của XHTH trên, nó thể hiện sự chảy máu ồ ạt. Trong NC của chúng tôi, tỉ lệ nôn máu chiếm 13.3%, trong đó tỉ lệ ở nhóm sử dụng kháng tiểu cầu là 25% cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm kháng đông chiếm 5.6% ($p < 0.05$). Tỉ lệ nôn máu này thấp hơn của Nguyễn Đức Ninh và cộng sự, tỉ lệ trong NC của họ là 44.8%[8]. Điều này có thể lý giải rằng tỉ lệ sử dụng thuốc kháng tiểu cầu trong NC của tác giả Nguyễn Đức Ninh cao hơn chúng tôi.

Triệu chứng rất phổ biến ở BN XHTH trên là đi ngoài phân đen. Triệu chứng này gặp ở 96.7%, trong đó triệu chứng này gặp ở 91.7% khi sử dụng kháng tiểu cầu, 100% khi sử dụng kháng đông, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ đại tiện phân đen trong NC của Nguyễn Đức Ninh là 73.5% thấp hơn trong NC của chúng tôi[8]. Một NC trên người bệnh loét dạ dày tá tràng của tác giả Huỳnh Hiếu Tâm, tỉ lệ này chiếm 41.9%, thấp hơn nhiều so với NC của chúng tôi [9].

Tỉ lệ sốc mất máu trong NC của chúng tôi là 20%, tỉ lệ ở nhóm sử dụng tiểu cầu chiếm 16.7% thấp hơn ở nhóm sử dụng kháng đông là 22.2%, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ sốc trong NC của Huỳnh Hiếu Tâm là 18.9% thấp hơn trong NC của chúng tôi [9].

Tỉ lệ rối loạn tri giác với mức độ Glasgow từ 12 điểm trở xuống chiếm 6.7%, tỉ lệ này chỉ gặp ở nhóm sử dụng thuốc kháng tiểu cầu. Tỉ lệ rối loạn tri giác tới mức hôn mê, lơ mơ trong NC của tác giả Huỳnh Hiếu Tâm là 1.4% cũng thấp hơn trong NC của chúng tôi [9].

Thang điểm CRUSADE (Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients Suppress ADverse outcomes with Early implementation of the ACC/AHA guidelines) để đánh giá nguy cơ chảy máu. Thang điểm này dựa trên các yếu tố: dung tích hồng cầu, độ thanh thải creatinin, tần số tim, giới tính, có dấu hiệu suy tim hay không, có tiền sử bệnh mạch máu hay không, có đái tháo đường hay không và huyết áp tâm thu [7]. Đối với điểm CRUSADE chia ra các mức độ nguy cơ rất thấp, thấp, vừa, cao và rất cao; chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nguy cơ rất

cao có tỉ lệ cao nhất là 19 người bệnh chiếm 63.4% trên tổng số; cụ thể với nhóm sử dụng kháng tiểu cầu chiếm 75%, nhóm sử dụng kháng đông chếm 55.6%. Qua đánh giá thang điểm CRUSADE cho thấy nguy cơ chảy máu trong quần thể cao, tuy nhiên, như đã phân tích ở trên tỷ lệ sử dụng PPI chỉ đạt 43.33%, cụ thể trong nhóm kháng tiểu cầu chiếm 58.33% và nhóm kháng đông chiếm 33.3% người bệnh được sử dụng PPI. Như vậy, đối với người bệnh sử dụng thuốc chống huyết khối nên đáng giá thang điểm CRUSADE để cân nhắc sử dụng PPI dự phòng xuất huyết.

Khi xem xét trên vị trí xuất huyết, chúng tôi thấy tỉ lệ loét dạ dày ở vị trí hang vị cao nhất với nhóm sử dụng kháng tiểu cầu và nhóm sử dụng kháng đông lần lượt là 33.3% và 44.4%, còn tỉ lệ ở vị trí tiền môn vị chỉ gặp trong nhóm sử dụng thuốc kháng tiểu cầu chiếm 8.3%, tỉ lệ vị trí thân vị và góc bờ cong nhỏ chỉ gặp ở nhóm sử dụng kháng đông đều là 5.6%. Điều này khác trong NC của tác giả Huỳnh Hiếu Tâm tỉ lệ gặp vị trí xuất huyết ở hang vị là 10.8%, tiền môn vị là 14.8%, thân vị là 12.2% và góc bờ cong nhỏ là 2.7% [9]. Còn đối với loét hành tá tràng – tá tràng, chúng tôi thấy tỉ lệ xuất huyết ở mặt trước chiếm tỉ lệ cao nhất với nhóm sử dụng kháng tiểu cầu và nhóm sử dụng kháng đông lần lượt là 33.4% và 50%. Tỉ lệ xuất huyết ở mặt sau, mặt trên và D1-2 chỉ gặp ở nhóm sử dụng thuốc kháng tiểu cầu, tỉ lệ đều là 8.3%. Điều này tương tự trong NC của tác giả Huỳnh Hiếu Tâm, tỉ lệ gặp ở mặt trước chiếm tỉ lệ cao nhất là 48.6%, tỉ lệ gặp ở mặt sau, mặt trên và D1-2 lần lượt là 5.4%, 5.4% và 1.4%[9].

4.2. Thời điểm dùng lại thuốc chống huyết khối và kết quả điều trị trong vòng 30 ngày

Thời gian trung bình từ lúc nội soi đến lúc dùng lại thuốc chống huyết khối của chúng tôi là 2.75 ± 1.82 ngày, trong đó trong đó thời này ở nhóm sử dụng kháng tiểu cầu và nhóm sử dụng kháng đông lần lượt là 2.27 ± 2.0 và 3.06 ± 1.68, thời gian này ở nhóm sử dụng kháng đông cao hơn nhóm kháng tiểu cầu, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Chúng tôi có 1 người bệnh tử vong trong viện chiếm 3.3%. Tuy nhiên, người bệnh này là vào viện vì XHTH trên, đã được cầm máu, diễn biến ổn định, sau đó nặng lên do tình trạng suy tim mất bù. Sau 30 ngày không ghi nhận thêm ca nào tử vong, vậy tỉ lệ tử vong sau 30 ngày vẫn là 3.3%. So sánh với NC của tác giả Huỳnh Hiếu Tâm, tỉ lệ tử vong là 1.4%, thấp hơn trong NC của chúng tôi [9].

Trong NC của chúng tôi không có tái phát nội viện, chỉ có 2 người bệnh tái phát trong vòng 30 ngày, 2 người bệnh này đều thuộc nhóm kháng đông chiếm 6.7%. Khi so sánh với tác giả Huỳnh Hiếu Tâm, tỉ lệ tái phát là 12.2%, cao hơn NC của chúng tôi [9].

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng phổ biến là đại tiện phân đen và đau thượng vị; vị trí xuất huyết hay gặp là hang vị và mặt trước hành tá tràng; điểm CRUSADE có ý nghĩa tiên lượng nguy cơ XHTH; kết quả điều trị XHTH trên là khả quan khi tỉ lệ tử vong thấp trong viện và trong 30 ngày.

VI. KIẾN NGHỊ

Với người bệnh sử dụng thuốc chống

huyết khối nên đáng giá điểm CRUSADE để cân nhắc sử dụng PPI dự phòng xuất huyết; cân nhắc cho lại thuốc chống huyết khối sau 2-4 ngày kể từ khi cầm máu nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mehta SR, Bassand JP, Chrolavicius S, Diaz R, Eikelboom JW, Fox KA, Granger CB, Jolly S, Joyner CD, Rupprecht HJ, Widimsky P, Afzal R, Pogue J, Yusuf S** (2010), "Dose comparisons of clopidogrel and aspirin in acute coronary syndromes", N Engl J Med2010;363:930–942.
2. **Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz MD, Camm AJ, Weitz JI, Lewis BS, Parkhomenko A, Yamashita T, Antman EM** (2014), "Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta analysis of randomised trials", Lancet 2014;383:955–962.
3. **Scott MJ, Veitch A, Thachil J** (2017), "Reintroduction of antithrombotic therapy after a gastrointestinal haemorrhage: if and when?", Br J Haematol 2017;177:185-97.
4. **Gimbel ME, Minderhoud SCS, Ten Berg JM** (2018), "A practical guide on how to handle patients with bleeding events while on oral antithrombotic treatment", Neth Heart J 2018;26:341- 51.
5. **Laine L** (2015), "Gastrointestinal Bleeding", Harrison's principles of internal medicine, Mc Graw Hill Education, pp. 276- 279.
6. **Anjiki H, Kamisawa T, Sanaka M et al.** (2010), "Endoscopic hemostasis techniques for upper gastrointestinal hemorrhage: A review", World J Gastrointest Endosc, 2(2), pp. 54-60
7. **Abu-Assi E, Gracía-Acuña JM, Ferreira-González I, et al** (2010), "Evaluating the Performance of the Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines (CRUSADE) bleeding score in a contemporary Spanish cohort of patients with non-ST-segment elevation acute myocardial infarction".Circulation 2010 June 8, 121 (22): 2419-26
8. **Nguyễn Đức Ninh, Thái Doãn kỳ, Nguyễn Hải Ghi, Nguyễn Ngọc Quang** (2011), "Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi chảy máu tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng ở bệnh nhân có dùng thuốc chống huyết khối". Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.
9. **Huỳnh Hiếu Tâm** (2019), "Nghiên cứu hiệu quả của tiêm hoặc kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng". Luận án tiến sĩ y học. Đại học Huế - Đại học Y Dược.

KẾT QUẢ THAY VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ QUA ĐƯỜNG ỐNG THÔNG ĐIỀU TRỊ HẸP KHÍT VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI TỪ NĂM 2019-2023

Hoàng Văn[1], Trần Trà Giang[1], Trần Ngọc Dũng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và tính an toàn của thủ thuật thay van động mạch chủ qua đường ống thông ở bệnh nhân hẹp khít van động mạch chủ tại bệnh viện Tim Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu theo dõi 5 bệnh nhân trên 65 tuổi được chẩn đoán hẹp van động mạch chủ khít và được tiến hành thay van động mạch chủ qua đường ống thông (TAVI) tại bệnh viện Tim Hà Nội trong thời gian từ tháng 08 năm 2019 đến tháng 08 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công của thủ thuật là 100%. Không có bệnh nhân nào tử vong, bệnh nhân đều ổn định, tỷ lệ biến chứng sau thủ thuật rất thấp. Các bệnh nhân được theo dõi ngoại trú liên tục với thời gian theo dõi dài nhất là 3 năm, không có bệnh nhân nào tử vong sau 3 năm theo dõi. Diện tích van động mạch chủ, chênh áp trung bình qua van động mạch chủ được cải thiện đáng kể sau TAVI khi được theo dõi sau 30 ngày, 6 tháng và 1 năm. **Kết luận:** Can thiệp TAVI giúp bệnh nhân cải thiện đồng thời chức năng tim, huyết động và triệu chứng cơ năng cũng như khả năng sống, có thể được tiến hành an toàn và hiệu quả ở bệnh viện Tim Hà Nội.

Từ khóa: hẹp van động mạch chủ, thay van động mạch chủ, TAVI

[1]*Bệnh viện Tim Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn
Email: hoangvan@timhanoi.vn
Ngày nhận bài: 02/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 05/09/2024
Ngày duyệt bài: 26/09/2024

SUMMARY

OUTCOMES OF TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION AMONG PATIENTS WITH SEVERE AORTIC VALVE STENOSIS AT HANOI HEART HOSPITAL FROM 2019 TO 2023

Objectives: To evaluate the results and safety of transcatheter aortic valve implantation procedure in patients with severe aortic valve stenosis at Hanoi Heart Hospital. **Method**: A prospective and descriptive study was conducted on 5 patients over 65 years old who were diagnosed with severe aortic valve stenosis and underwent transcatheter aortic valve implantation (TAVI) at Hanoi Heart Hospital from August 2019 to August 2023. **Results:** The success rate of the procedure was 100%. In 5 cases, there was no death, all the patients were stable, and the complication rate after the procedure was very low. Patients were continuously monitored on an outpatient basis with the longest follow-up period being 3 years, no patient died after 3 years of follow-up. Aortic valve area and mean pressure gradient across the aortic valve were significantly improved after TAVI when monitored after 30 days, 6 months and 1 year. **Conclusion:** TAVI improved both heart ejection function, hemodynamics parameters, functional symptoms and survival rate in patients, and could be performed safely and effectively at Hanoi Heart Hospital.

Keywords: aortic valve stenosis, transcatheter aortic valve implantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Mam, bệnh van tim nói chung và bệnh hẹp van động mạch chủ nói riêng vẫn còn hết sức phổ biến. Việc điều trị nội khoa bệnh hẹp van động mạch chủ có rất nhiều hạn chế. Với những bệnh nhân không thể tiến hành phẫu thuật hoặc có nguy cơ cao khi phẫu thuật, thay van ĐMC qua đường ống thông (Transcatheter Aortic Valve Implantation) là hướng tiếp cận ít xâm lấn, giúp mở rộng đáng kể diện tích lỗ van ĐMC, giảm chênh áp qua van ĐMC, cải thiện triệu chứng lâm sàng và giảm biến cố tim mạch cho bệnh nhân [1]. Các thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh TAVI có hiệu quả không kém phẫu thuật thay van ĐMC, trong khi tỉ lệ biến chứng lại thấp hơn [2]. Dựa trên kết quả nhiều nghiên cứu lớn, chỉ định TAVI ngày càng được mở rộng, ban đầu chỉ dành cho bệnh nhân không thể tiến hành phẫu thuật, sau đó là bệnh nhân nguy cơ phẫu thuật cao, nguy cơ trung bình và hiện giờ cả bệnh nhân nguy cơ thấp [3]. Tại Việt Nam, TAVI vẫn là một kỹ thuật mới, chưa được triển khai rộng rãi và chưa có nhiều nghiên cứu tổng kết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu đánh giá kết quả và tính an toàn của thủ thuật thay van động mạch chủ qua đường ống thông ở bệnh nhân hẹp khít van động mạch chủ tại bệnh viện Tim Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

**** Đối tượng nghiên cứu:*** các bệnh nhân trên 65 tuổi có bệnh lý van động mạch chủ hẹp khít đến khám và điều trị nội trú tại Bệnh Viện Tim Hà Nội trong thời gian từ tháng 08 năm 2019 đến tháng 08 năm 2023.

**** Tiêu chuẩn lựa chọn:***

- Bệnh nhân trên 65 tuổi được chẩn đoán và điều trị hẹp van ĐMC khít có chỉ định lâm sàng tiến hành TAVI theo khuyến cáo AHA/ACC 2020 [4]: Hẹp van ĐMC khít (chênh áp trung bình > 40 mmHg, vận tốc dòng tối đa qua van > 4,0 m/giây, diện tích lỗ van < 1 cm2), có triệu chứng lâm sàng NYHA II trở lên; hẹp van ĐMC khít không triệu chứng, chức năng tâm thu thất (T) dưới 50%; hẹp van ĐMC chênh áp thấp, cung lượng thấp, đồng thời có triệu chứng lâm sàng; thay van ĐMC ở bệnh nhân có thoái hoá van ĐMC sinh học

- Bệnh nhân không thể tiến hành phẫu thuật thay van ĐMC, do nguy cơ tử vong cao khi phẫu thuật, do có bệnh lý nội khoa kèm theo không thể phẫu thuật, hoặc do bệnh nhân từ chối tiến hành phẫu thuật.

- Bệnh nhận tự nguyện đồng ý chấp nhận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có chống chỉ định với TAVI: NMCT mới trong vòng 30 ngày trước đó; TBMN mới trong vòng 6 tháng trước đó; suy tim nặng có chức năng tâm thu thất trái EF < 20%; siêu âm tim có hình ảnh khối u tim hoặc huyết khối ở tim; viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn đang tiến triển; bệnh lý ĐMC kèm theo; tăng áp lực ĐMP nặng kèm theo suy chức năng thất phải

- Bệnh nhân có đặc điểm giải phẫu không phù hợp với thủ thuật TAVI: Đường kính vòng van ĐMC đo trên MSCT < 17mm hoặc > 32mm; chiều cao từ mặt phẳng vòng van tới lỗ ĐMV thấp hơn 10 mm; đường kính ĐMC lên lớn hơn 50mm; đường kính hệ động mạch chậu–đùi chỗ hẹp nhất < 5,5mm.

- Bệnh nhân có bệnh lý ngoài bệnh tim mạch dẫn đến kỳ vọng sống dưới 12 tháng;

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn được 5 bệnh nhân trên 65 tuổi được chẩn đoán hẹp van động mạch chủ khít và được tiến hành thay van động mạch chủ qua đường ống thông (TAVI) tại bệnh viện Tim Hà Nội trong thời gian từ 8/2019 đến 8/2023

- Quy trình nghiên cứu:

+ Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng trước thủ thuật, đánh giá nguy cơ phẫu thuật theo thang điểm STS. Sau đó, bệnh nhân được thay van ĐMC qua đường ống thông, sử dụng van Evolut R (hãng Medtronic Inc)

+ Bệnh nhân được theo dõi, đánh giá lâm sàng và siêu âm tim trong thời gian nằm viện, 30 ngày sau thủ thuật, sau 6 tháng và 1 năm

- Biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm nhân khẩu: tuổi, giới, nghề nghiệp, địa bàn.

+ Đặc điểm lâm sàng: tiền sử cá nhân, huyết áp, tình trạng đau ngực theo phân độ CCS, tình trạng khó thở theo phân độ NYHA

+ Đặc điểm cận lâm sàng: các thông số điện tâm đồ: kết quả siêu âm tim; kết quả các xét nghiệm hỗ trợ khác.

+ Nguy cơ tiến hành phẫu thuật theo thang điểm STS: trị số trung bình và phân loại nguy cơ.

+ Thông tin về điều trị: kỹ thuật can thiệp (đường vào mạch máu, loại van, kích thước van, thời gian thủ thuật ...), thời gian nằm viện ...

+ Tính an toàn của thủ thuật: tỉ lệ thành công/thất bại, các biến cố của thủ thuật, theo bảng phân loại VARC-2, các biến chứng gặp phải sau khi thực hiện thủ thuật và trong qua trình nằm viện.

+ Kết quả lâm sàng, cận lâm sàng ngay sau khi thực hiện thủ thuật cho đến khi xuất viện: tình trạng đau ngực, tình trạng khó thở, số đo huyết áp; siêu âm tim

- Hiệu quả trung hạn được theo dõi, đánh giá cho đến 3 năm sau khi thực hiện thủ thuật, bao gồm: tử vong (tỉ lệ, thời điểm, nguyên nhân), các biến cố tim mạch lớn (tai biến mạch não, suy tim, rối loạn nhịp cần cấy máy tạo nhịp, nhập viện vì suy tim); tình trạng lâm sàng (khó thở, đau ngực, huyết áp...), đặc điểm siêu âm tim (diện tích van ĐMC, chênh áp qua van, chức năng tâm thu thất trái, áp lực động mạch phổi,...)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

STT	Tuổi	Giới	Cân nặng (kg)	Suy tim (NYHA)	Đau ngực (CCS)	THA	ĐTĐ	RLMM	TS can thiệp ĐMV	Bệnh ĐMV ngoại biên
1	72 tuổi	Nữ	55	I	II	Không	Không	Có	Không	Không
2	98 tuổi	Nam	48	II	III	Có	Không	Không	Không	Không
3	82 tuổi	Nữ	60	II	II	Có	Không	Không	Không	Không
4	89 tuổi	Nam	55	III	III	Có	Có	Có	Không	Không
5	71 tuổi	Nam	62	I	I	Không	Không	Không	Không	Không

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp

STT	NT-proBNP	GFR < 60 ml/phút	Hb < 90 g/L
1	75	Không	Không
2	200	Có	Không
3	150	Không	Không
4	400	Có	Không
5	300	Không	Không

Trong 5 bệnh nhân TAVI, 3 bệnh nhân có tuổi cao trên 80 tuổi, và có 3 bệnh nhân là nam giới. Đa số bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng suy tim khó thở mức độ NYHA II-III và đau ngực mức độ CCS II-III. Bệnh lý nội khoa kèm theo thường gặp ở các bệnh nhân là tăng huyết áp. Chỉ số NT-proBNP trung bình ở các bệnh nhân là 225. 3 bệnh nhân có suy thận, và không có bệnh nhân nào có thiếu máu nặng.

3.2. Hiệu quả lâm sàng và cận lâm sàng của thủ thuật

Thủ thuật tiến hành thành công (đặt van đúng vị trí, chênh áp sau thủ thuật dưới 20 mmHg) trong 5/5 trường hợp, tỉ lệ thành công là 100%. 5 bệnh nhân đều được tiến hành TAVI tại phòng tim mạch can thiệp. Phương pháp vô cảm chủ yếu là gây mê toàn thân (100%). Tất cả các bệnh nhân làm TAVI đều được tiến hành qua đường động mạch đùi, không có trường hợp nào đặt van qua đường động mạch cảnh-dưới đòn hay mở động mạch chủ ngực. Đa số bệnh nhân được mở đường vào mạch máu bằng kỹ thuật Seldinger. Không có trường hợp nào can thiệp thất bại phải chuyển phẫu thuật tim hở. Trong 5 bệnh nhân nói trên, có 2 bệnh nhân đặt van Evolut R kích cỡ 26 mm, 2 bệnh nhân đặt van Evolut R kích cỡ 29 mm và 1 bệnh nhân đặt van Evolut R kích cỡ 35 mm.

Tất cả các bệnh nhân trong quá trình can thiệp đều ổn định, không có trường hợp nào bị biến chứng nguy hiểm tính mạng (như nhồi máu cơ tim, thủng buồng tim, blốc nhĩ thất…), tỷ lệ biến cố sau can thiệp rất thấp. Các bệnh nhân đều được rút ống nội khí quản sau can thiệp 2-5 giờ. Có 1 bệnh nhân bị tai biến mạch máu não thoáng qua, bệnh nhân tê nửa người trái và nói khó nhưng hồi phục hoàn toàn trong 24 giờ. Có 1 bệnh nhân bị chảy máu nhẹ vị trí băng ép vùng đùi sau đóng perclose Proglide. Có 1 bệnh nhân bị rung nhĩ mới xuất hiện sau can thiệp, bệnh nhân sau đó được chuyển nhịp bằng thuốc cordarone và hồi phục về nhịp xoang. Có 1 bệnh nhân bị viêm phổi do bệnh nhân có tiền sử bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính trước đó.

Bảng 3. Biến đổi huyết động và diện tích van sau TAVI của đối tượng nghiên cứu

Thông số		BN số 1	BN số 2	BN số 3	BN số 4	BN số 5
Diện tích van ĐMC (cm2)	Trước TAVI	0.6	0.55	0.5	0.8	0.8
	Sau TAVI	1.6	1.45	1.5	1.7	1.8
Chênh áp trung bình qua van ĐMC (mmHg)	Trước TAVI	55	65	60	50	40
	Sau TAVI	15	12	11	14	12
Hở cạnh chân van mức độ vừa đến nhiều	Trước TAVI	Không	Không	Không	Không	Không
	Sau TAVI	Không	Không	Không	Không	Không

TAVI cải thiện đáng kể diện tích van động mạch chủ và chênh áp qua van. Sau can thiệp, siêu âm tim đánh giá, không có bệnh nhân nào bị hở cạnh chân van mức độ từ vừa đến nhiều, chỉ có 1 bị hở nhẹ chiếm tỷ lệ 20%.

Cả 5 bệnh nhân được theo dõi ngoại trú liên tục với thời gian theo dõi dài nhất nhất là 3 năm và ngắn nhất là 9 tháng, bệnh nhân được khám lại hàng tháng, siêu âm tim đánh giá tình trạng van động mạch chủ, chức năng tim mỗi 3 tháng một lần. Không có bệnh nhân nào tử vong sau 3 năm theo dõi. Có 1 bệnh nhân nhập viện vì suy tim, chiếm tỷ lệ 20%, bệnh nhân tuổi cao 89 tuổi, có suy tim EF 40% trước khi can thiệp, sau can thiệp được điều trị suy tim tối ưu và chức năng tim của bệnh nhân dần hồi phục, bệnh nhân vẫn khám điều trị theo dõi hàng tháng, chỉ phải nhập viện duy nhất 1 lần vì triệu chứng suy tim. Có 1 bệnh nhân bị tai biến mạch máu mới, bệnh nhân di chứng yếu nửa người trái. Không có trường hợp nào bloc nhĩ thất có triệu chứng, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, hay huyết khối gây kẹt van động mạch chủ nhân tạo.

Bảng 4. Theo dõi về thông số siêu âm tim sau TAVI của đối tượng nghiên cứu

Thông số		BN số 1	BN số 2	BN số 3	BN số 4	BN số 5
Diện tích van ĐMC (cm2)	30 ngày	17	10	13	12	14
	6 tháng	16	12	12	10	13
	1 năm	15	10	14	15	12
Chênh áp trung bình qua van ĐMC (mmHg)	30 ngày	1.7	1.8	1.6	1.5	1.9
	6 tháng	1.7	1.9	1.5	1.7	1.6
	1 năm	1.5	1.7	1.4	1.4	1.8
Chức năng tâm thu thất trái (EF %)	30 ngày	60%	50%	65%	37%	60%
	6 tháng	62%	52%	63%	55%	56%
	1 năm	58%	55%	60%	56%	58%

Chênh áp trung bình qua van ĐMC được cải thiện đáng kể sau thủ thuật. Không có sự khác biệt về chênh áp trung bình qua van ĐMC tại thời điểm 1 năm – 3 năm so với thời điểm 30 ngày. Diện tích van ĐMC gia tăng đáng kể sau thay van, diện tích van ĐMC ở thời điểm 1-3 năm không có sự khác biệt so với thời điểm 30 ngày sau TAVI. Có 1 bệnh nhân có suy tim EF thấp < 40%, sau TAVI chức năng tim cải thiện đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành TAVI thành công trong 5/5 trường hợp, đạt tỉ lệ 100%. Khảo sát huyết động xâm nhập sau thủ thuật cho thấy sự cải thiện rõ rệt về chênh áp qua van ĐMC. Trong thử nghiệm ADVANCE [5], có 96% bệnh nhân đạt được chênh áp qua van ĐMC dưới 20mmHg. Trong nghiên cứu Asian-TAVR [6], tỉ lệ thành công TAVI ở bệnh nhân Châu Á là 97,5%. Như vậy, có thể kết luận TAVI là một thủ thuật có tỉ lệ thành công cao.

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi được tiến hành ở phòng tim mạch can thiệp. Trong nghiên cứu sổ bộ FRANCE TAVI Registry [7], thống kê 12000 bệnh nhân TAVI ở 48 trung tâm tim mạch tại Pháp, tỉ lệ làm TAVI tại phòng mổ hybrid là 38%. Tiến hành TAVI ở phòng mổ hybrid giúp bác sỹ kịp thời xử trí các biến chứng nặng như tràn máu màng ngoài tim, vỡ vòng van ĐMC. Tuy

nhiên, các nghiên cứu gần đây chứng minh tỉ lệ biến cố khi làm TAVI ở phòng tim mạch can thiệp không khác biệt phòng mổ hybrid. Điều này rất có ý nghĩa vì thực tế tại Việt Nam không phải trung tâm tim mạch nào hiện nay ở Việt Nam cũng có sẵn phòng mổ hybrid.

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được chụp MSCT động mạch chi dưới cho thấy đặc điểm giải phẫu phù hợp với đường vào động mạch đùi. Vì vậy, cả 5 bệnh nhân TAVI đều được tiến hành qua đường động mạch đùi. Tất cả bệnh nhân được mở đường vào qua da bằng phương pháp Seldinger, sau đó đóng mạch máu bằng dụng cụ Perclose ProGlide. So với phẫu thuật bộc lộ động mạch đùi, mở đường vào qua da là biện pháp ít xâm lấn, ít nguy cơ chảy máu hay nhiễm khuẩn, cũng như rút ngắn thời gian hồi phục của người bệnh. Nghiên cứu của Drafts và cộng sự cho thấy, mở đường vào qua da giảm thời gian nằm viện cho người bệnh, tỉ lệ biến cố mạch máu không thay đổi so với phẫu thuật bộc lộ động mạch. Hiện tại khi làm TAVI, chỉ bộc lộ động mạch nếu mạch máu vôi hoá hay xoắn vặn quá nhiều [8].

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi được thả van ĐMC trực tiếp không nong van ĐMC trước can thiệp và chỉ có 1 bệnh nhân được nong van ĐMC bằng bóng sau can thiệp. Trước kia, nong van ĐMC bằng bóng vẫn được coi là bước bắt buộc để tạo thuận cho quá trình thả van, đảm bảo vòng van sinh học giãn nở tối đa. Ưu điểm khác của nong van ĐMC là kiểm tra xem thủ thuật có nguy cơ gây bít tắc động mạch vành hay không, trong các trường hợp lỗ động mạch vành xuất phát thấp. Tuy nhiên, nong van có thể dẫn làm bong mảng xơ vữa ở van ĐMC gây tai biến mạch máu não hoặc bloc nhĩ thất, làm nặng thêm tình trạng suy tim do phải tạo nhịp thất nhanh, có thể dẫn tới hở chủ cấp, và nặng nhất là vỡ vòng van ĐMC. Do đó, không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu của chúng tôi được nong van trước và sau can thiệp để hạn chế các biến chứng nói trên.

Phần lớn bệnh nhân của chúng tôi sử dụng van cỡ 26mm và 29mm. Trong nghiên cứu Asian-TAVR tổng kết các ca TAVI ở châu Á trong giai đoạn 2010-2014, đa số bệnh nhân dùng van cỡ 23mm và 26mm. Mặc dù các đặc điểm thể trạng (chiều cao, cân nặng) cũng như thông số giải phẫu van ĐMC của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu ASIAN-TAVR, các bệnh nhân của chúng tôi nói chung được sử dụng van kích cỡ lớn hơn. Điều này phản ánh xu thế chung của nhiều trung tâm TAVI trên thế giới, đó là sử dụng van nhân tạo kích cỡ lớn để tối ưu diện tích mở hiệu dụng và tránh biến cố hở cạnh chân van.

5 bệnh nhân làm TAVI trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào tử vong. Thử nghiệm PARTNER 1A, 1B, 2, 3 cho thấy tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày làm TAVI là 3.4%, 5%, 3,9% và 0,4% [9] [10]. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu nước ngoài về TAVI do số lượng bệnh nhân làm còn ít, bệnh nhân được chọn lọc kĩ càng trước khi can thiệp, có sự hỗ trợ chuyên môn của các chuyên gia hàng đầu trong nước và ngoài nước trong quá trình can thiệp thay van ĐMC qua da.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều dùng van tự nở. Đồng thời, dựa trên phân tích kết quả chụp MSCT để lựa chọn kích cỡ van phù hợp, tránh dùng van quá to (nhất là với các bệnh nhân vôi hoá nhiều vòng van và đường ra thất trái). Đó có thể là lý do khiến chúng tôi không gặp ca nào

vỡ vòng van ĐMC. Ngoài ra do số ca can thiệp TAVI của chúng tôi chưa nhiều nên chưa gặp biến chứng phải chuyển phẫu thuật tim hở.

Trong 5 bệnh nhân TAVI không có bệnh nhân nào bị rối loạn nhịp tim phải cấy máy tạo nhịp, chỉ có 1 bệnh nhân bị rung nhĩ mới xuất hiện sau can thiệp và được chuyển nhịp bằng thuốc hồi phục về nhịp xoang. So với van sinh học nở bằng bóng, nhược điểm lớn nhất của các van sinh học tự nở là phần chân van dễ chèn vào đường dẫn truyền. Tỉ lệ bloc nhĩ thất dẫn đến cấy máy tạo nhịp sau thủ thuật cao hơn đáng kể với van nở bằng bóng.

Chúng tôi nhận thấy có sự cải thiện đáng kể triệu chứng cơ năng của người bệnh sau TAVI. Nếu như trước thủ thuật đa số bệnh nhân có triệu chứng đau ngực khó thở, thì tại thời điểm sau can thiệp 1 tháng chỉ còn 1 bệnh nhân (tỷ lệ 20%) khó thở NYHA III, sau 1 năm không còn bệnh nhân nào khó thở NYHA III- IV. Hiệu quả lâm sàng này cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu khác. Trong thử nghiệm PARTNER 1B, chỉ còn 25% bệnh nhân khó thở NYHA III-IV tại thời điểm 1 năm sau thủ thuật, so với 93,9% trước thủ thuật [9].

Kết quả theo dõi bằng siêu âm tim qua thành ngực cho thấy chênh áp trung bình qua van giảm đi, diện tích lỗ van ĐMC tăng lên. Các thông số tại thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm sau thủ thuật không khác biệt so với thời điểm 30 ngày. Kết quả của chúng tôi tương tự nhiều tác giả khác trên thế giới. Trong nghiên cứu ADVANCE, chênh áp qua van giảm đáng kể ngay sau thủ thuật: từ 45,6mmHg xuống còn 9,3mmHg ở thời điểm 30 ngày; chênh áp trung bình qua van ĐMC sau 1 năm là 9,5mmHg; sau 2 năm là 9,4mmHg; sau 5 năm là 8,8mmHg; chỉ có 2 bệnh nhân cần tái can thiệp trong vòng 5 năm do chênh áp tăng cao, chiếm tỉ lệ 0,2% [11]. Các kết quả này cho thấy hiệu quả huyết động của TAVI được duy trì ổn định, không gặp tình trạng thoái hoá van ĐMC sớm dẫn đến tăng chênh áp qua van sau TAVI. Ở các bệnh nhân vòng van ĐMC quá nhỏ, có thể có bất tương hợp van sinh học – người bệnh, tuy nhiên, chúng tôi không ghi nhận tình trạng này. Theo dõi siêu âm sau 1 năm cho thấy chênh áp trung bình qua van không phụ thuộc kích cỡ vòng van tự nhiên của người bệnh. Đây là ưu điểm của TAVI so với phẫu thuật thay van ĐMC.

Trong số 5 bệnh nhân TAVI, 4 bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái bình thường, chỉ có 1 bệnh nhân EF < 40%, sau TAVI chức năng tâm thu thất trái cải thiện, sau 1 năm theo dõi điều trị suy tim tối ưu EF bệnh nhân về bình thường. Điều này cũng đồng nhất với nhiều kết quả nghiên cứu khác, cho thấy bệnh nhân có EF thấp là đối tượng có mức độ gia tăng EF rõ rệt nhất, cho thấy TAVI có thể đảo ngược quá trình suy giảm chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân hẹp van ĐMC [12].

Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm còn hạn chế. Đầu tiên cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ do nhiều bệnh nhân đủ tiêu chuẩn thực hiện TAVI, nhưng không có nhiều bệnh nhân đủ điều kiện để can thiệp. Do đó kết luận chỉ giới hạn ở mức mô tả, chưa tìm được mối quan hệ nhân-quả. Ngoài ra, chúng tôi chỉ theo dõi các biến cố tim mạch lớn như tử vong, nhập viện vì suy tim,... của người bệnh. Các vấn đề khác như chất lượng cuộc sống, phân tích chi phí – hiệu quả vẫn chưa được tìm hiểu đầy đủ. Đây là những yếu tố cần được đánh giá trong các nghiên cứu về sau, nhất là trong hoàn cảnh TAVI là một thủ thuật có giá thành rất cao so với thu nhập bình quân của người Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Kết quả thay van động mạch chủ qua đường ống thông (TAVI) điều trị hẹp khít van động mạch chủ tại Bệnh viện Tim Hà Nội bước đầu cho thấy TAVI là một thủ thuật an toàn, gần như không có biến chứng liên quan đến thủ thuật, giúp cải thiện tình trạng huyết động và cải thiện tình trạng lâm sàng của bệnh nhân ngay sau thủ thuật và trong quá trình theo dõi lâu dài. Kỹ thuật thay van động mạch chủ qua đường ống thông phù hợp với trình độ và các trang thiết bị hiện có của Việt Nam nói chung và bệnh viện Tim Hà Nội nói riêng.

VI. LỜI CÁM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cám ơn Bệnh viện Tim Hà Nội đã hợp tác với chúng tôi để thực hiện nghiên cứu này. Chúng tôi xin cam kết không có xung đột lợi ích nào trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Braunwald's Heart Disease:** A Textbook of Cardiovascular Medicine, Single Volume - 10th Edition. 2014
2. **Svensson LG, Tuzcu M, Kapadia S, et al.** A comprehensive review of the PARTNER trial. J Thorac Cardiovasc Surg. 2013;145(3 Suppl): S11-16. doi:10.1016/j.jtcvs. 2012.11.051
3. **Mack MJ, Leon MB, Thourani VH, et al.** Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Balloon-Expandable Valve in Low-Risk Patients. N Engl J Med. 2019;380(18): 1695-1705. doi:10.1056/NEJMoa1814052
4. **2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease:** A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2020
5. **Linke A, Wenaweser P, Gerckens U, et al.** Treatment of aortic stenosis with a self-expanding transcatheter valve: the International Multi-centre ADVANCE Study. Eur Heart J. 2014;35(38):2672-2684. doi:10.1093/eurheartj/ehu162
6. **Sh Y, Jm A, K H, et al.** Clinical Outcomes Following Transcatheter Aortic Valve Replacement in Asian Population. JACC Cardiovasc Interv. 2016;9(9). doi:10.1016/ j.jcin.2016.01.047
7. **Spaziano M, Lefèvre T, Romano M, et al.** Transcatheter Aortic Valve Replacement in the Catheterization Laboratory Versus Hybrid Operating Room: Insights From the FRANCE TAVI Registry. JACC Cardiovasc Interv. 2018;11(21):2195-2203. doi:10.1016/ j.jcin.2018.06.043
8. **Drafts BC, Choi CH, Sangal K, Cammarata MW, Applegate RJ, Gandhi SK, et al.** Comparison of outcomes with surgical cut-down versus percutaneous transfemoral transcatheter aortic valve replacement: TAVR transfemoral access comparisons between surgical cut-down and percutaneous approach. Catheter Cardiovasc Interv Off J Soc Card Angiogr Interv. 2018 Jun;91(7):1354–62.
9. **Kapadia SR, Leon MB, Makkar RR, Tuzcu EM, Svensson LG, Kodali S, et al.** 5-year outcomes of transcatheter aortic valve replacement compared with standard treatment for patients with inoperable aortic stenosis (PARTNER 1): a randomised controlled trial. Lancet Lond Engl. 2015 Jun 20;385(9986):2485–91.

THỰC TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH CỦA MỘT SỐ CHỦNG VI KHUẨN GRAM ÂM PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2020-2021

Vũ Tuấn Dũng[1], Đặng Quốc Tuấn[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 168 bệnh nhân vào điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai trong vòng 48 giờ từ 01/8/2020 đến 31/8/2021 nhằm mô tả đặc điểm nhiễm vi khuẩn của bệnh nhân. Kết quả: Vi khuẩn Gram âm phân lập được có tỷ lệ kháng kháng sinh cao. Đặc biệt vi khuẩn A. baumannii có tỷ lệ kháng kháng sinh cao nhất trên 90% với hầu hết các kháng sinh, trong đó tỷ lệ kháng 100% với các kháng sinh bao gồm: ertapenem, ceftriaxon, cefepim. Vi khuẩn K. Pneumoniae còn nhạy cảm với các kháng sinh amikacin và fosfomycin, với tỷ lệ kháng lần lượt là 23,53% và 30,00%. Vi khuẩn P. aeruginosa tỷ lệ kháng kháng sinh từ 40% đến 70%. Tỷ lệ kháng kháng sinh thấp nhất ở vi khuẩn E.coli, vi khuẩn còn nhạy cảm với các kháng sinh nhóm carbapenem. Kết luận: Các chủng vi khuẩn Gram âm phân lập được có tỷ lệ kháng kháng sinh cao. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn A. baumannii có tỷ lệ kháng trên 90% với hầu hết các kháng sinh.

Từ khóa: Vi khuẩn gram âm, kháng kháng sinh, khoa hồi sức tích cực

[1]*Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Dũng
Email: dr.vutuandung@gmail.com
Ngày nhận bài: 10/09/2024
Ngày phản biện khoa học: 07/10/2024
Ngày duyệt bài: 24/10/2024

SUMMARY

SITUATION OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF SOME STRAINS OF GRAM-NEGATIVE BACTERIA ISOLATED IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF BACH MAI HOSPITAL IN 2020-2021

A cross-sectional descriptive study on 168 patients admitted to the ICU - Bach Mai Hospital within 48 hours from August 1, 2020 to August 31, 2021 to describe the patient's bacterial infection characteristics. Results: The isolated Gram-negative bacteria have a high rate of antibiotic resistance. In particular, bacteria A. baumannii has the highest antibiotic resistance rate of over 90% with most antibiotics, of which the rate is 100% resistant to antibiotics including: ertapenem, ceftriaxone, cefepime. K. Pneumoniae bacteria are also sensitive to the antibiotics amikacin and fosfomycin, with resistance rates of 23.53% and 30.00%, respectively. Bacteria P. aeruginosa antibiotic resistance rate from 40% to 70%. The rate of antibiotic resistance was lowest in E.coli bacteria, which is still sensitive to carbapenem antibiotics. Conclusion: The isolates of Gram-negative bacteria have a high rate of antibiotic resistance. The main causative agent is A. baumannii bacteria, which has a resistance rate of over 90% to most antibiotics.

Keywords: Gram-negative bacteria; antibiotic resistance; ICU

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn gram âm là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng nhất trên thế giới do khả năng kháng thuốc kháng sinh cao. Tuy nhiên, thực trạng việc chẩn đoán nhiễm trùng không đầy đủ, kê đơn điều trị không được kiểm soát đã dẫn đến tình trạng lạm dụng thuốc [1]. Đặc biệt ở các nước đang phát triển, tự mua thuốc kháng sinh mà không cần kê đơn và không có sự kiểm soát điều trị là một thực tế phổ biến [2]. Một số nghiên cứu trên thế giới ghi nhận tỷ vi khuẩn gram âm đa kháng cao trên 53,8% đối với họ Enterobacter spp và 100% đối với vi khuẩn P. Aeruginosa và Acinetobacter spp [3]. Những khuyến nghị về sử dụng kháng sinh ban đầu hợp lý, hiệu quả là rất cần thiết nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và giúp giảm nguy cơ kháng kháng sinh. Với đặc thù của nguồn bệnh nhân khi chuyển đến khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai, mỗi bệnh nhân mới vào viện có những đặc điểm nhiễm khuẩn khác nhau. Do đó, nhằm xây dựng chiến lược sử dụng kháng sinh ban đầu hợp lý chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng kháng kháng sinh của một số chủng vi khuẩn gram âm phân lập được tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2020-2021" với mục tiêu mô tả tình hình kháng kháng sinh ở bệnh nhân mới vào khoa Hồi sức tích cực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân nhiễm khuẩn vào điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai trong vòng 48 giờ.

Bệnh nhân được sàng lọc nhiễm khuẩn khi được xác định có ≥ 2 tiêu chuẩn sau: Sốt (> 38℃ hoặc < 36℃); nhịp tim >90 nhịp/phút; nhịp thở > 20 nhịp/phút hoặc PaCO2 < 32 mmHg; bạch cầu máu > 12.000/mL hoặc < 4.000/mL hoặc > 10% tế bào non ở máu ngoại vi.

Có kết quả nuôi cấy bệnh phẩm dương tính với vi khuẩn.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp mẫu: Chọn mẫu toàn bộ (n=168) điều trị tại khoa Hồi sức tích cực đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian: từ 01/8/2020 đến 31/8/2021.

2.5. Quy trình thu thập số liệu và xử lý số liệu.

Bước 1: Dựa vào danh sách người bệnh tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai.Lập danh sách tất cả bệnh nhân đang điều trị trong 48 giờ đầu, có kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính với các bệnh phẩm.

Bước 2: Nghiên cứu viên thu thập thông tin.

Bước 3: Xử lý số liệu và báo cáo kết quả mục tiêu nghiên cứu.

2.6. Xử lý số liệu: Thống kê mô tả: tần số, tỷ lệ phần trăm, độ lệch chuẩn,...

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

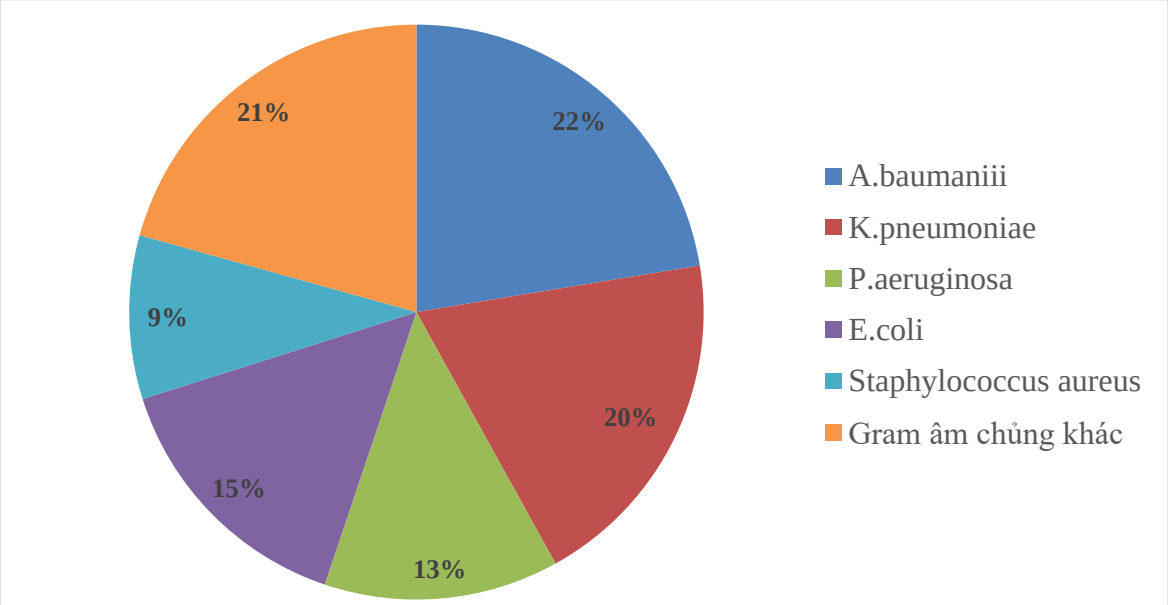
Quá trình nghiên cứu và thu thập thông tin được thông qua bởi Hội đồng đạo đức của Nhà trường và sự cho phép của Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=168)

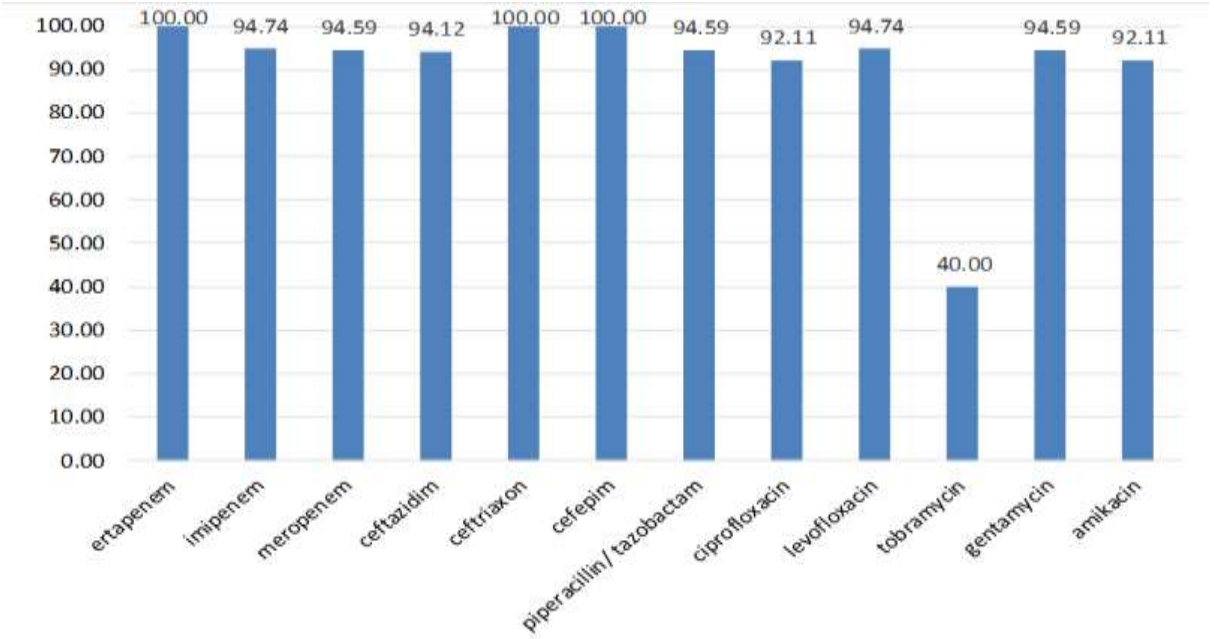
Thông tin chung		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 70 tuổi	105	62,5
	>70 tuổi	63	37,5
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	64±17 tuổi	
Giới	Nam	122	72,62
	Nữ	46	27,38
Nơi chuyển đến	Khoa/Trung tâm khác	73	43,45
	Bệnh viện khác	79	47,02
	Từ cộng đồng	16	9,52
Can thiệp thủ thuật	Thở máy	146	86,9
	Lọc máu	52	30,95
	Catheter TM trung tâm	68	40,48
	Sonde tiểu	68	40,48

Nhận xét: Nghiên cứu tiến hành trên 168 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 64±17 tuổi; trong đó 37,5% bệnh nhân lớn hơn 70 tuổi. Bệnh nhân chủ yếu là từ các bệnh viện khác hoặc từ khoa/trung tâm khác chuyển đến với tỷ lệ lần lượt là 47,02% và 43,45%. Vị trí nhiễm khuẩn chiếm cao nhất là nhiễm khuẩn hô hấp chiếm 68,45% và 86,9% bệnh nhân thở máy.



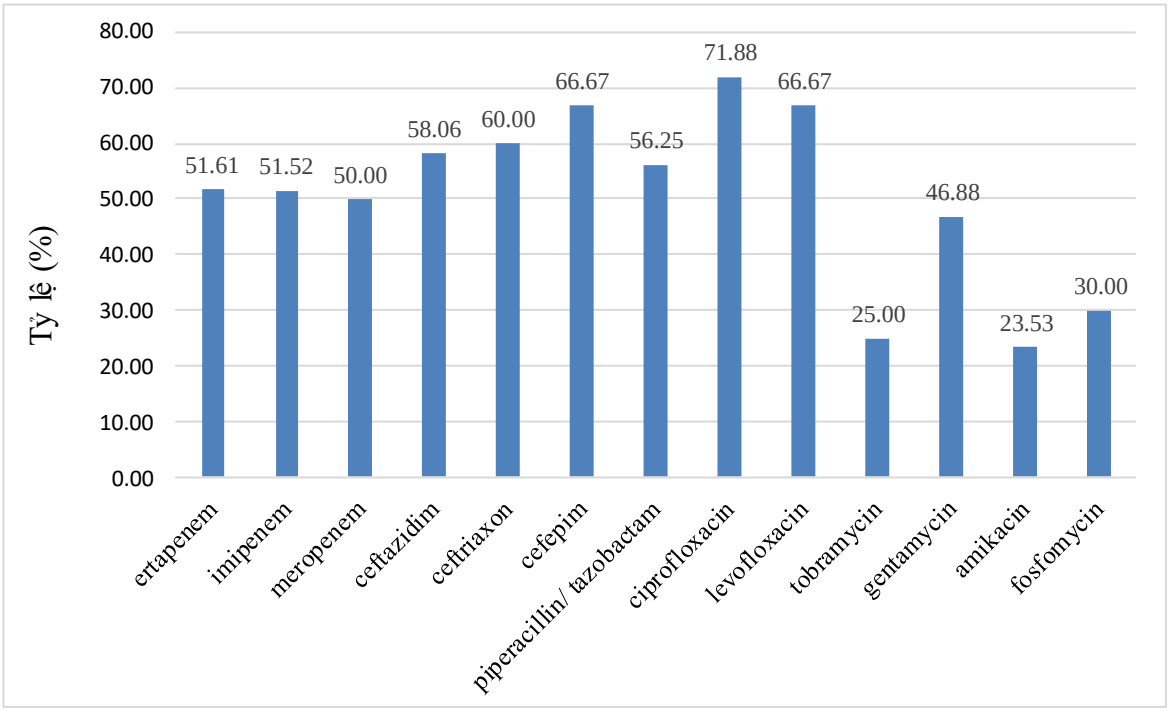
Biểu đồ 1. Tỷ lệ (%) các chủng vi khuẩn ở bệnh nhân mới vào khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai (n=168)

Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm vi khuẩn A. baumannii chiếm tỷ lệ cao nhất là 22,41%; tiếp theo là K. pneumoniae chiếm 19,54%; thấp nhất là vi khuẩn S. aureus chiếm 9,20%.



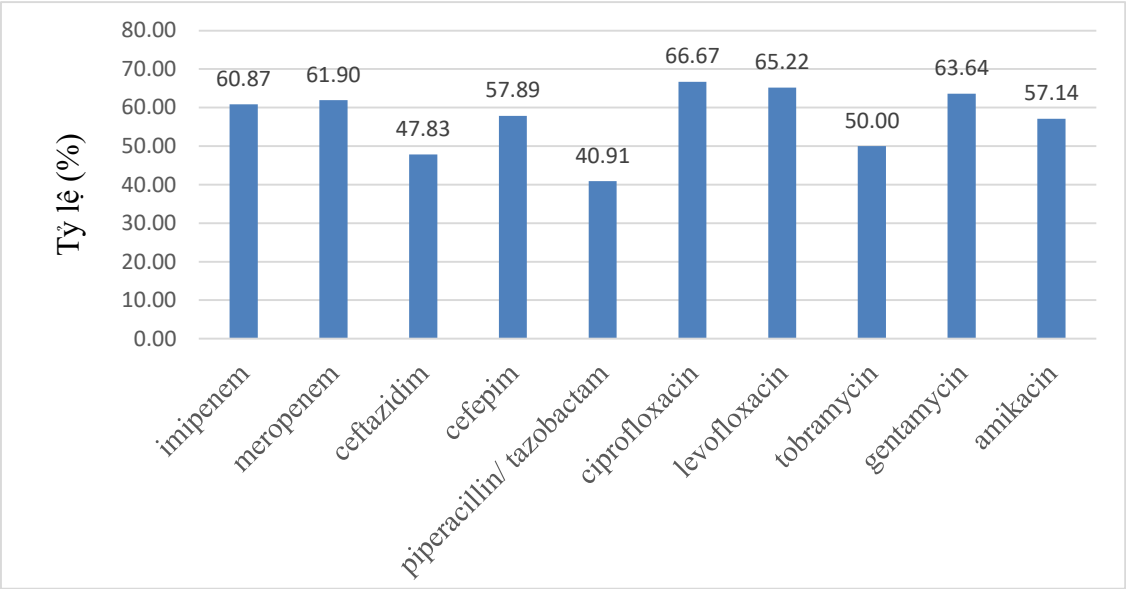
Biểu đồ 2. Mức độ kháng kháng sinh của các chủng A. baumannii phân lập được

Vi khuẩn A. baumannii cho kết quả kháng 100% với các kháng sinh bao gồm: ertapenem, ceftriaxon, cefepim. Hầu hết các kháng sinh được đánh giá có tỷ lệ kháng trên 90%; thấp nhất là kháng sinh tobramycin với tỷ lệ kháng là 40%.



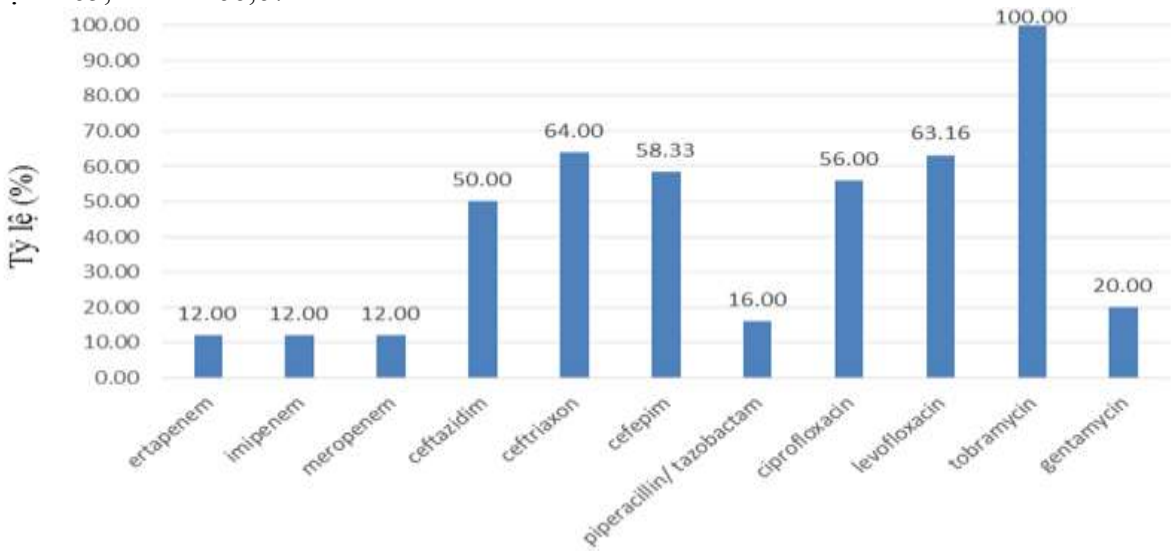
Biểu đồ 3. Mức độ kháng kháng sinh của các chủng K. pneumoniae phân lập được

Vi khuẩn K. pneumoniae còn nhạy cảm với các kháng sinh amikacin và fosfomycin, với tỷ lệ kháng lần lượt là 23,53% và 30,00%.



Biểu đồ 4. Mức độ kháng kháng sinh của các chủng P. aeruginosa phân lập được

Vi khuẩn P. aeruginosa phân lập có tỷ lệ kháng kháng sinh từ 40% trở lên tùy từng loại kháng sinh. Trong đó hai kháng sinh levofloxacin và ciprofloxacin có tỷ lệ kháng cao nhất lần lượt là 65,22% và 66,67%.



Biểu đồ 5. Mức độ kháng kháng sinh của các chủng E. coli phân lập được

Vi khuẩn E.coli phân lập được có tỷ lệ kháng từ 12,0% đến 100% tùy từng loại kháng sinh. Trong đó, 100% bệnh nhân nhiễm E.coli kháng với tobramycin.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu có đặc điểm chung tương đồng với các nghiên cứu đánh giá về tình trạng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân tại các đơn vị Hồi sức cấp cứu tại Việt Nam và trên thế giới độ tuổi trung bình cao trên 60 tuổi, chủ yếu là nam giới và có tỷ lệ thở máy cao trên 80% [4]. Kết quả phân lập vi khuẩn cho thấy các nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm

khuẩn ở bệnh nhân là vi khuẩn A. baumannii chiếm tỷ lệ cao nhất là 22,41%; tiếp theo là K. pneumoniae chiếm 19,54%; vi khuẩn S. aureus chiếm 9,20%. Nghiên cứu của Xina Li và cộng sự năm 2020 nhằm đánh giá các yếu tố nguy cơ nhiễm vi khuẩn Gram âm đa kháng cho thấy vi khuẩn A. baumannii có tỷ lệ cao nhất là 18,8%; tiếp theo K. pneumoniae là 13,0%; E.coli là 10,2%; S. aureus là 2,6% [5].

Nghiên cứu cho thấy vi khuẩn A. baumannii cho kết quả kháng 100% với các kháng sinh bao gồm: ertapenem, ceftriaxon, cefepim. Hầu hết các kháng sinh được đánh giá có tỷ lệ kháng trên 90%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của nghiên cứu của Trần Đình Vân và cộng sự tại bệnh viện Nhiệt Đới Trung ương trên 66 chủng vi khuẩn A.baumannii phân lập. Kết quả cho thấy vi khuẩn có tỷ lệ kháng cao trên 90% với hầu hết các kháng sinh. 100% vi khuẩn A.baumannii kháng với kháng sinh amoxicillin / axit clavulanic và trimethoprim / sulfamethoxazole. Tỷ lệ kháng cao trên 95% với các kháng sinh cefotaxime; ceftazidime, cefepime, ciprofloxacin [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thế Anh tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị cũng cho thấy tỷ lệ kháng cao với hầu hết các kháng sinh nhóm penicillin (ampicillin, amoxicilline: 100%) và các kháng sinh cephalosporins (cefuroxim, ceftriaxon: 100%) và đề kháng 50% với meropenem, và 75% với imipenem; nhưng còn nhạy cảm với các kháng sinh fosfomycin và colistin [6].

Vi khuẩn K.pneumoniae có tỷ kệ kháng cao trên 50% với hầu hết các kháng sinh nhóm cephalosporins (từ 56,15% đến 66,67%) và carbapenem; trên 65% với kháng sinh nhóm quinolone; nhưng còn nhạy cảm với amikacin và fosfomycin. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Hồng Giang tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2012 cho thấy vi khuẩn K. pneumoniae có tỷ lệ kháng trên 50% với hầu hết các loại kháng sinh. Cụ thể, các kháng sinh bị đề kháng cao là ampicillin 100%, ceftazidime 73,7%, co-trimoxazol 76,2%, levofloxacin 50%. Các kháng sinh còn nhạy với K. pneumoniae là: imipenem 52,2%, meropenem 65,6%, amikacin 56,6%, fosmycin 75% [7]. So với nghiên cứu của Đặng Ngọc Thủy ở bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên, tỷ lệ kháng lại thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi và còn nhạy cảm với hầu hết các kháng sinh nhóm carbapenem, fosmycin, aminoglycosid; trong khi đó còn ít nhạy với các kháng sinh nhóm cephalosporin; tỷ lệ kháng cao với kháng sinh phối hợp với chất ức chế beta – lactamase. Nghiên cứu nhấn mạnh một trong những nguyên nhân dẫn đến làm xuất hiện các chủng K. pneumoniae kháng cephalosporin là do sử dụng quá nhiều các kháng sinh phổ rộng [8].

Vi khuẩn P. aeruginosa phân lập có tỷ lệ kháng kháng sinh cao trên 40% với hầu hết các kháng sinh được đánh giá. Trong đó hai kháng sinh levofloxacin và ciprofloxacin có tỷ lệ kháng cao nhất lần lượt là 65,22% và 66,67%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Hồng Giang và Đào Ngọc Thủy cũng cho thấy tỷ lệ kháng kháng sinh cao từ 50% đến 80% với hầu hết các nhóm kháng sinh nhóm carbapenem và cephalosporin nhưng lại có một số khác biệt, khi cho thấy vi khuẩn P. aeruginosa còn nhạy cảm cao với các kháng sinh như colistin và một số kháng sinh nhóm aminoglycoside [7], [8].

Vi khuẩn E.coli trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ kháng cao với các kháng sinh nhóm aminoglycoside

(tobramycin 100%), quinolone (ciprofloxacin 56%; levofloxacin 63,16%), cephalosporins (ceftazidim 50%; ceftriaxon 64%; cefepim 58,33%); nhưng còn nhạy cảm với các kháng sinh nhóm carbapenem với tỷ lệ kháng dưới 15%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên cho thấy, chủng vi khuẩn E.coli có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh nhóm quinolon, cephalosporin, penicillin (levofloxacin 63,64%, ampicillin 90,00%; ceftriaxone 60%); trong khi đó còn nhạy cảm với các kháng sinh nhóm carbapenem từ 89% đến 91%, amikacin 81%, fosmycin 100% [8].

V. KẾT LUẬN

Vi khuẩn Gram âm phân lập được có tỷ lệ kháng kháng sinh cao. Vi khuẩn A. baumannii có tỷ lệ kháng trên 90% với hầu hết các kháng sinh. Vi khuẩn K. pneumoniae có tỷ lệ kháng kháng sinh thấp hơn, đặc biệt vi khuẩn còn nhạy cảm với các kháng sinh amikacin và fosfomycin, với tỷ lệ kháng lần lượt là 23,53% và 30,00%. Vi khuẩn P. aeruginosa tỷ lệ kháng kháng sinh từ 40% đến 70%; tỷ lệ kháng cao nhất lần lượt là 65,22% và 66,67% với hai kháng sinh levofloxacin và ciprofloxacin. Vi khuẩn E.coli kháng 100% với kháng sinh tobramycin, còn nhạy cảm với các kháng sinh nhóm carbapenem.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Manyi-Loh C., Mamphweli S., Meyer E., et al.** (2018). Antibiotic Use in Agriculture and Its Consequential Resistance in Environmental Sources: Potential Public Health Implications. Mol Basel Switz, 23(4), E795.
2. **Ayukekbong J.A., Ntemgwa M., and Atabe A.N.** (2017). The threat of antimicrobial resistance in developing countries: causes and control strategies. Antimicrob Resist Infect Control, 6, 47.
3. **Agyepong N., Govinden U., Owusu-Ofori A., et al.** (2018). Multidrug-resistant gram-negative bacterial infections in a teaching hospital in Ghana. Antimicrob Resist Infect Control, 7, 37.
4. **Van T.D., Dinh Q.-D., Vu P.D., et al.** (2014). Antibiotic susceptibility and molecular epidemiology of Acinetobacter calcoaceticus–baumannii complex strains isolated from a referral hospital in northern Vietnam. J Glob Antimicrob Resist, 2(4), 318–321.
5. **Li X., Li L., Liu L., et al.** (2020). Risk Factors of Multidrug Resistant Pathogens Induced Infection in Severe Acute Pancreatitis. Shock Augusta Ga, 53(3), 293–298.
6. **Nguyễn Thế Anh, Đỗ Quyết, Đỗ Tất Cương** (2015). Căn nguyên vi khuẩn và đặc điểm đề kháng kháng sinh ở bệnh nhân đột quỵ viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị. Tạp Chí Y Học Việt Nam, 435(2), 35–39.
7. **Bùi Hồng Giang, Lê Thị Diễm Tuyết** (2013), Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai năm 2012, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Đặng Ngọc Thủy** (2019), Nghiên cứu thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên, tỉnh Vĩnh Phúc, Luận văn Thạc sĩ, Học viện khoa học và công nghệ, Hà Nội.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI KHOA TRUYỀN NHIỄM BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÓC SƠN NĂM 2022

Lê Thị Hoa[1], Nguyễn Thị Lan[1], Nguyễn Anh Trường[1], Nguyễn Thị Phương Lan[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn năm 2022 và đầu năm 2023

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu theo dõi dọc, số liệu ở 150 bệnh nhân điều trị sốt xuất huyết Dengue tại khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn trong thời gian từ tháng 04/2022 đến 03/2023.

Kết quả:

+ SXHD ghi nhận dịch từ tháng 7 - 12 của năm và gặp nhiều nhất ở tháng 10. Vào viện, có sự chênh lệch nhiều giữa các nhóm tuổi điều trị chiếm phần đa độ tuổi từ 19 – 40 và 41-60 tuổi, ít nhóm tuổi từ 0-18 tuổi và trên 60 tuổi. Nhưng bệnh nhân SXHD có DHCB lại tăng dần khi độ tuổi càng tăng và không có sự khác biệt ở 2 giới nam và nữ. Bệnh nhân có bệnh lý nền diễn biến và lâm sàng có xu hướng nặng hơn so với nhóm bệnh nhân không có bệnh lý nền.

+ Lâm sàng của bệnh nhân SXHD nhập viện có các triệu chứng hay gặp: sốt, xuất huyết dưới da, đau bụng, nôn, còn các triệu chứng khác biểu hiện trên các bệnh nhân thấp hơn. Bệnh nhân SXHD có DHCB có các triệu chứng điển hình hơn so với bệnh nhân SXHD.

+ Cận lâm sàng của bệnh nhân SXHD có DHCB có thay đổi khác biệt hơn bệnh nhân SXHD về các chỉ số TC, HCT, siêu âm ổ bụng và siêu âm màng phổi. Tiểu cầu giảm, bạch cầu giảm chủ yếu vào giai đoạn từ ngày thứ 3 tới ngày thứ 7 của bệnh, HCT tăng cao cũng từ ngày thứ 3 của bệnh trở đi. Bệnh nhân SXHD hồi phục bắt đầu vào ngày thứ 8 của bệnh, bệnh nhân SXHD hồi phục nhanh hơn bệnh nhân SXHD có DHCB.

+ Kết quả điều trị: Tỉ lệ bệnh nhân điều trị khỏi tại khoa Truyền Nhiễm chiếm tỉ lệ cao tới 89.3%, chuyển viện chiếm 10.7% và không có ca nào tử vong tại viện. Trong đó, bệnh nhân chuyển viện chủ yếu là bệnh nhân SXHD có DHCB chuyển biến nặng.

Kết luận: Nghiên cứu trên các ca lâm sàng và cận lâm sàng để đánh giá sự thay mức độ nặng của SXHD nhằm nâng cao chất lượng điều trị và giảm tỉ lệ SXHD có DHCB phải chuyển viện và tử vong.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hoa
Email: hoalee591@gmail.com
SĐT: 0969504419
Ngày nhận bài: 19/09/2024
Ngày phản biện khoa học: 24/10/2024
Ngày duyệt bài: 07/11/2024

SUMMARY

COMMENT ON SOME CLINACAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREARTMET RESULTS OF DENGUE FEVER PATIENTS AT THE SOC SON GENERAL HOSPITAL IN 2022 AND EARLY 2023

Objectives: Comment on some clinical, subclinical characteristics and treatment results of dengue fever patients at the Department of Infectious Diseases of Soc Son General Hospital in 2022 and early 2023

Subjects and methods: Vertical follow-up retrospective research, data on 150 patients treated for Dengue fever at the Department of Infectious Diseases of Soc Son General Hospital in the period from April 2022 to March 2023.

Results:

+ Epidemiology of DHF recorded the epidemic from July - 12 of the year and the most encountered in October. Hospitalization, there is a large difference between the treatment age groups accounting for the majority of ages from 19 - 40 and 41-60 years old, few age groups from 0-18 years old and over 60 years old. But DHF patients with warning signs gradually increase as the age increases and there is no difference between men and women. Patients with ongoing and clinical background diseases tend to be more severe than the group of patients without background pathology.

+ Clinically, DHF patients admitted to hospital have common symptoms: fever, subcutaneous hemorrhage, abdominal pain, vomiting, and other symptoms appear in lower patients. DHF patients with warning signs have more typical symptoms than DHF patients.

+ The subclinical of DHF patients with warning signs has different changes than DHF patients in TC, HCT, abdominal ultrasound and pleural ultrasound indicators. Platelets are reduced, white blood cells decrease mainly in the period from the 3rd to the 7th day of the disease, HCT is also high from the 3rd day of the disease onwards. DFH patients recover starting on the 8th day of the disease, DHF patients recover faster than DHF patients with warning signs.

+ Treatment results: The rate of patients treated at the Department of Infectious Diseases accounts for a high rate of 89.3%, hospital transfer accounts for 10.7% and there are no deaths at the hospital. In which, hospitalized patients are mainly medical patients with severe warning signs.

Conclusion: The application of the cutting-splicing machine in colorectal cancer surgery is not only safe in terms of oncology and surgery, but also contributes to improving the quality of treatment for patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm do virus Dengue gây ra, truyền từ người sang người qua muỗi đốt. Khoảng một nửa dân số thế giới hiện đang có nguy cơ mắc bệnh sốt xuất huyết với ước tính khoảng 100-400 triệu ca nhiễm mỗi năm. Tỷ lệ mắc bệnh sốt xuất huyết đã gia tăng đáng kể trên khắp thế giới trong những thập kỷ gần đây, với các trường hợp được báo cáo cho WHO đã tăng từ 505.430 trường hợp vào năm 2000 lên 5,2 triệu vào năm 2019 [1].

Theo thông tin của cục y tế dự phòng quốc gia, năm 2022 cả nước đã ghi nhận hơn 300.000 trường hợp mắc và hơn 115 trường hợp tử vong [3]. Riêng thành phố Hà Nội, ghi nhận 19.581 ca mắc sốt xuất huyết, nhiều nhất vào đầu tháng 11 và tháng 12, tăng gấp 5,8 lần so với năm 2021 trong đó có 25 ca tử vong. Bệnh nhân phân bố tại 30/30 quận, huyện, thị xã; 567/579 xã, phường, thị trấn. Týp virus Dengue lưu hành đã xác định được là: DEN-1 và DEN-2, DEN-4 [2,3].

Bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue vào điều trị tại khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn cũng thay đổi tùy theo tình

hình dịch sốt xuất huyết diễn ra tại Hà Nội cũng như các tỉnh lân cận. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài " Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sốt xuất huyết Dengue tại Khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn năm 2022" nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, giảm tình trạng diễn biến nặng và giảm tỉ lệ tử vong do bệnh SXHD gây nên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

150 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sốt xuất huyết Dengue điều trị tại khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn từ tháng 4/2022 đến 03/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu theo dõi dọc, số liệu ở các bệnh nhân điều trị sốt xuất huyết Dengue tại khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn trong thời gian từ tháng 04/2022 đến 03/2023.

Cỡ mẫu 150 bệnh nhân.

2.3. Nội dung nghiên cứu

− Thu thập thông tin, số liệu nghiên cứu theo bệnh án của bệnh nhân đạt tiêu chuẩn nghiên cứu. Thông tin bao gồm: tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, vi sinh, chẩn đoán hình ảnh.

− Số liệu được thu thập từ lúc bệnh nhân nhập viện đến khi ra viện và được phân nhóm thành 3 thời điểm: T1: 1-3 ngày; T2: 4-6 ngày; T3: sau 7 ngày xuất hiện sốt.

− Các bệnh nhân được chia làm hai nhóm có DHCB và không có DHCB theo tiêu chuẩn của BYT năm 2019.

− Các thông tin được thu thập vào bệnh án nghiên cứu.

2.3.1. Các chỉ số dịch tễ học

- Tuổi: chia làm các nhóm tuổi ≤ 18 tuổi, 19- 40 tuổi, 41-60 tuổi, >60 tuổi.
- Giới tính
- Tiền sử bản thân: Bệnh lí mạn tính, có yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến diễn biến bệnh.
- Ngày của bệnh khi vào viện

2.3.2. Các chỉ số lâm sàng

- Biểu hiện toàn thân: Sốt, đau đầu, nôn, buồn nôn, da xung huyết
- Biểu hiện xuất huyết: Xuất huyết dưới da , niêm mạc, xuất huyết tạng
- Biểu hiện thoát huyết tương: Tràn dịch màng phổi, màng bụng, màng tim.
- Tình trạng suy tuần hoàn, sốc
- Đánh giá tình trạng các cơ quan

+ Biểu hiện tiêu hóa: Buồn nôn và nôn, đau vùng gan, gan to, vàng da, vàng mắt

+ Biểu hiện hô hấp: Nhịp thở, hội chứng ba giảm

+ Biểu hiện tim mạch: Nhịp tim, tiếng tim bất thường

+ Biểu hiện thận- tiết niệu: thiểu niệu, vô niệu

2.3.3. Các chỉ số cận lâm sàng

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu, hồng cầu, Hb, Hct.
- Sinh hóa máu: AST, ALT, Creatinin
- Xét nghiệm huyết thanh học: IgM, IgG Dengue
- Xét nghiệm kháng nguyên: Dengue NS1

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue.

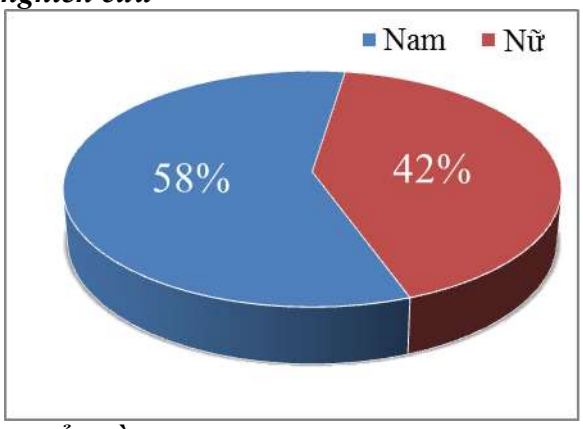
3.1.1. Đặc điểm về tuổi của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân SXHD theo nhóm tuổi

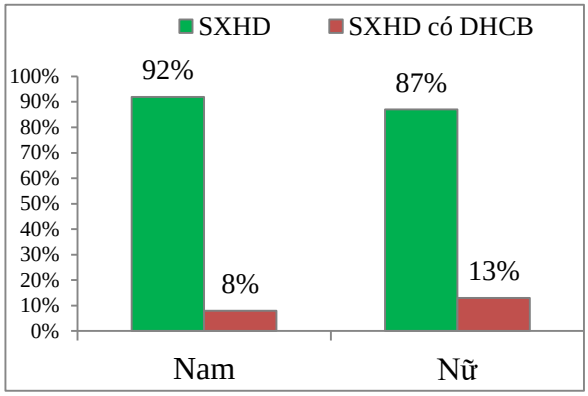
Nhóm tuổi	SXHD	SXHD có DHCB	Tổng	
			N	%
0-18	15	1	16	10.7%
19-40	85	5	90	60%
41-60	25	4	29	19.3%
>60	10	5	15	10%

SXHD điều trị tại viện, có sự chênh lệch nhiều giữa các nhóm tuổi mắc SXH, chiếm đa phần là độ tuổi từ 19 – 40 tuổi chiếm 60%, tương tự như kết quả nghiên cứu của Trịnh Xuân Huy và cộng sự cho thấy nhóm tuổi dưới 40 có tỉ lệ mắc SXH cao nhất chiếm 68% [4], không có sự chênh lệch nhiều ở nhóm tuổi từ 0-18 tuổi và trên 60 tuổi lần lượt 10.7% và 10 %. Nhưng bệnh nhân SXHD có DHCB lại tăng dần khi độ tuổi càng tăng. Trong khi số bệnh nhân SXHD có DHCB ở 2 nhóm độ tuổi 0-18 tuổi và 19- 40 tuổi chỉ chiếm 6% thì ở độ tuổi 41-60 tuổi chiếm tỉ lệ gần gấp đôi so với 2 nhóm trên là 14% và gần gấp 5 lần ở nhóm trên 60 tui chiếm 33% (Bảng 3.1).

3.1.2. Đặc điểm về giới tính của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ bệnh nhân SXHD theo giới tính



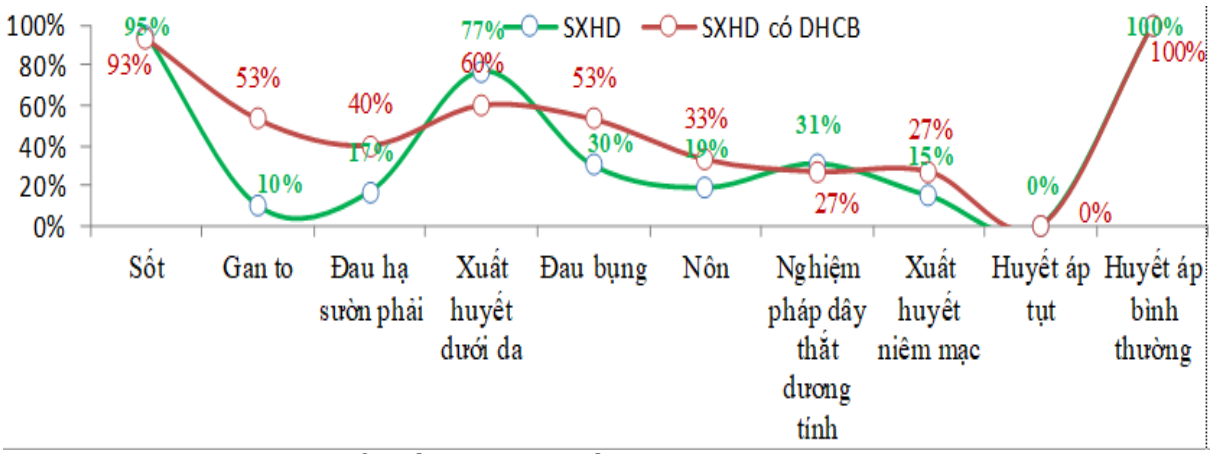
Biểu đồ 3.2. Phân bố mức độ SXH theo giới tính

Bệnh nhân bị SXHD nhập viện thì không có sự khác biệt nhiều giữa 2 giới nam và nữ, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, kết quả này cũng phù hợp với các tác giả trong nước [5]. Bệnh nhân nữ nhập viện chiếm 42%, trong đó bệnh nhân nam chiếm 58% (Biểu đồ 3.1). Bệnh nhân SXHD có DHCB ở nữ giới nhiều hơn chiếm 13%, còn nam giới chiếm 8% (Biểu đồ 3.2).

3.1.3. Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bệnh nhân vào khoa Truyền Nhiễm 2022 không có bệnh nhân tụt, kẹt huyết áp hay rơi vào tình trạng sốc Dengue, sốc xuất huyết Dengue và tử vong. Đa phần bệnh nhân có biểu hiện sốt, ở cả hai nhóm bệnh nhân SXHD và bệnh nhân SXHD có DHCB chiếm

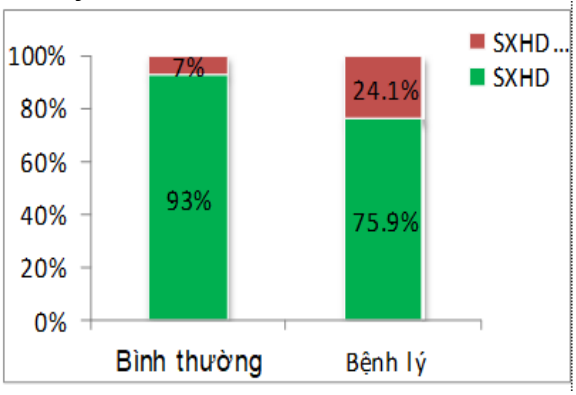
lần lượt 95% và 93%. Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tại và Hà Văn Phúc năm 2022 [6] và nghiên cứu của Hà Huy Tình năm 2015 [5]. Kết quả của 2 tác giả Nguyễn Văn Tại và Hà Văn Phúc cho thấy 100% bệnh nhân đều có triệu chứng sốt, đa phần là sốt cao đột ngột. Sở dĩ có sự khác nhau này vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng không điển hình, đến khám với biểu hiện mệt mỏi, người cao tuổi không theo dõi được nhiệt độ…



Biểu đồ 3.3. Phân bố triệu chứng lâm sàng

Bệnh nhân bị SXHD có DHCB có biểu hiện lâm sàng như (gan to, đau hạ sườn phải, đau bụng, nôn, xuất huyết niêm mạc) rầm rộ hơn chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân bị SXHD chỉ riêng xuất huyết dưới da thì biểu hiện lại chiếm tỉ thấp hơn khoảng 17% (Biểu đồ 3.3).

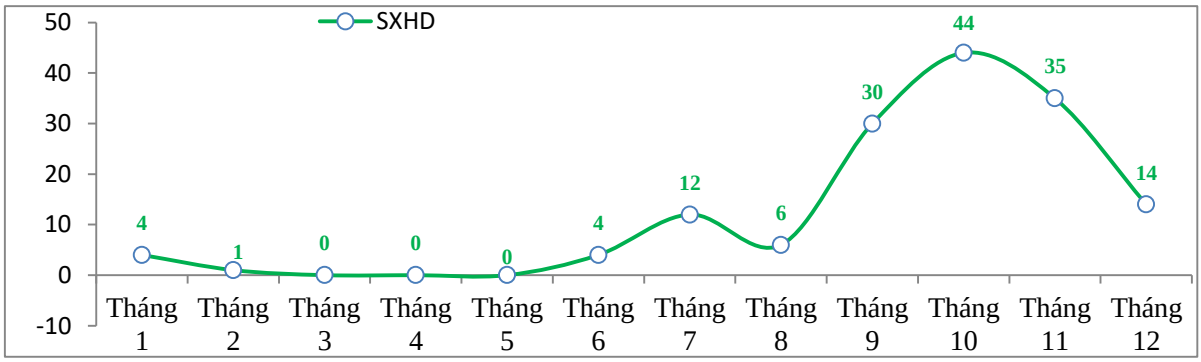
3.1.4. Đặc điểm nhóm nghiên cứu theo bệnh lý kèm theo



Biểu đồ 3.4. Phân bố mức độ SXH theo bệnh lí kèm theo

Bệnh nhân vào viện điều trị chiếm phần đa là những bệnh nhân không có bệnh lý nền chiếm 80.7% nhưng tỷ lệ bệnh nhân SXHD có DHCB lại là thấp nhất chiếm 7%. Còn bệnh nhân có bệnh lý nền bị SXHD thấp hơn 19.3 % nhưng tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm này bị SXHD có DHCB lại chiếm tỷ lệ cao hơn tới 46.7% như nhóm bệnh nhân bị suy tim và bệnh lý mạch vành chống đông có 50% bệnh nhân chỉ là SXHD và 50% bệnh nhân được chẩn đoán SXHD có DHCB. Một số nhóm bệnh nhân như loét dạ dày, tá tràng và bệnh nhân đái tháo đường vào viện thì 100% là SXHD có DHCB. Nhóm bệnh nhân bị các bệnh lý hô hấp mạn tính, bệnh lý mạn tính khác và bệnh lý về bệnh gan mạn chưa ghi nhận ca SXHD có DHCB nào (Bảng 3.2).

3.1.5. Đặc điểm phân bố theo tháng trong năm



Biểu đồ 3.5. Phân bố số lượng mắc SXH theo tháng trong năm

Theo kết quả của chúng tôi, bệnh nhân SXHD ghi nhận vào khoa cao nhất vào tháng 10 với 44 bệnh nhân chiếm 29,3% số bệnh nhân trong năm, bắt đầu tăng từ tháng 7 đến tháng 12, ít ghi nhận bệnh nhân vào viện điều trị từ tháng 1 đến tháng 6 (Biểu đồ 3.5). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như với các tác giả Thẩm Chí Dũng [7], Đặng Kim Hạnh [8]. Tác giả Thẩm Chí Dũng khi phân tích đặc điểm dịch tễ SXHD tại Hà Nội năm 2003 [7] chỉ ra rằng SXHD xảy ra quanh năm tại Hà Nội, tuy nhiên số mắc có thay đổi theo mùa. Đỉnh dịch xảy ra vào mùa mưa từ tháng 8 đến tháng 10. Khi phân tích đặc điểm dịch tễ trong vụ dịch SXHD tại Hà Nội năm 2009 tác giả Đặng Kim Hạnh [8] cũng cho thấy, dịch xảy ra từ tháng 6 và đỉnh của dịch là vào mùa mưa từ tháng 9 đến đầu tháng 10.

3.2. Nhận xét một số đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue

3.2.1. Đặc điểm thay đổi CTM

Bảng 3.2. Thay đổi giá trị trung bình CTM qua các giai đoạn SXH

	SXHD	SXHD có DHCB
BC T1	4.6	3.5
BC T2	3.4	3.0
BC T3	5.2	4.5
HCT T1	38	40
HCT T2	41	41
HCT T3	38	41
TC T1	144	143
TC T2	90	49
TC T3	158	85

Nhóm bệnh nhân SXHD thì giá trị trung bình của bạch cầu giảm nhiều nhất từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 6 (< 4 G/L), so với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Minh Trường và cộng sự gặp số lượng bạch cầu giảm <4G/L ở 38% [9]. Biến đổi về giá trị hồng cầu, HCT không thay đổi nhiều trong suốt quá trình bị bệnh khác với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2013 của tác giả Hà Huy Tình, cho thấy sự thay đổi HCT tăng trên 36% từ ngày thứ 3 trở đi, cao nhất vào ngày thứ 6, thứ 7 của

bệnh và giá trị HCT trung bình cao nhất là 40 ± 5,1%. Bên cạnh đó tiểu cầu của nhóm bệnh nhân này có xu hướng giảm từ giai đoạn đầu của bệnh nhưng không giảm giảm sâu trong cả quá trình bệnh, giảm nhiều nhất vào giai đoạn nguy hiểm của bệnh từ ngày thứ 4 tới ngày thứ 6 nhưng không dưới 60 G/L, hồi phục từ ngày thứ 7 và dần trở lại giá trị bình thường (Bảng 3.3).

+ Nhóm bệnh nhân SXHD có DHCB thì giá trị của bạch cầu và tiểu cầu bắt đầu giảm ngay từ giai đoạn đầu của bệnh, giảm sâu rơi vào giai đoạn nguy hiểm từ ngày thứ 4 đến ngày 6, giá trị trung bình của bạch cầu < 4 G/L , còn TC < 60 G/L cụ thể giá trị trung bình tiểu cầu của nhóm này 49 G/L và hồi phục từ ngày thứ 7, giá trị bạch cầu đã trở về bình thường. Tuy nhiên TC có xu hướng tăng nhưng vẫn chưa đạt được ngưỡng bình thường vào ngày thứ 7. Giá trị của hồng cầu và HCT có xu hướng tăng theo từng ngày của bệnh (Bảng 3.3) .

3.2.2. Đặc điểm men gan ở các nhóm đối tượng

Bảng 3.3. Giá trị trung bình men gan

	SXHD	SXHD có DHCB
AST	58.5	232.3
ALT	54.9	178.9

Bệnh nhân nhiễm virus Dengue thì có xu hướng men gan cao. Nhóm bệnh SXHD thì men gan (ALT, AST) có tăng nhưng chỉ tăng nhẹ giá trị trung bình dao động 58 U/L, 54 U/L. Còn nhóm bệnh nhân SXHD có DHCB thì men gan (ALT, AST) cao hơn, giá trị trung bình của các bệnh nhân đều cao trên 150 U/L (Bảng 3.6). Cụ thể là ALT và AST lần lượt là 232 U/L, 178 U/L (Bảng 3.6). Kết quả này cũng cho thấy tổn thương gan trong SXH là biểu hiện thường gặp.

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khác với các tác giả Trần Minh Tường, Tác giả Om P. Trần Minh Tường nhận thấy nồng độ ALT và AST tăng trên 2 lần gặp là 29,4% và 28,9% bệnh nhân [9]. Om P. nghiên cứu trên 699 bệnh nhân nhận thấy men ALT tăng gặp ở 86% bệnh nhân, 71% bệnh nhân có ALT tăng ở mức nhẹ (tăng < 5 lần) và trung bình (tăng từ 5-10 lần), 15% bệnh nhân có biểu hiện viêm gan nặng (ALT tăng > 10 lần) [10]. Sự khác nhau giữa các kết quả nghiên cứu có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, trong đó mẫu nghiên cứu của chúng tôi khá nhỏ (n=150) so với các nghiên cứu cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến kết quả .

3.3. Kết quả điều trị chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

3.3.1. Số ngày điều trị

Bảng 3.4. Thời gian điều trị nội trú của bệnh nhân SXH

Thời gian (ngày)	Số BN (N=150)	Tỷ lệ (%)
1-3	74	49%
4-6	66	44%
≥7	10	7%
Số ngày điều trị trung bình	3.71	

Thời gian điều trị: Theo nghiên cứu bệnh nhân vào khoa Truyền Nhiễm điều trị trong khoảng 1 – 3 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 49%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Lê Thị Lựu tại Khoa Truyền Nhiễm, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2009, thời gian điều trị từ 5-7 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất là 43,4% [11]. Sở dĩ có sự khác biệt này

là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân nhẹ, chưa biến chứng. Bên cạnh đó thời gian trung bình điều trị một bệnh nhân điều trị SXHD khoảng 4 ngày (Bảng 3.5).

3.3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.5. Kết quả điều trị sốt xuất huyết Dengue

	Ra viện	Chuyển viện	Tử vong
SXHD	131	4	0
SXHD có DHCB	3	12	0
SXHD nặng	0	0	0
Tổng	**134**	**16**	**0**
%	89.3%	10.7%	0%

Tỷ lệ bệnh nhân điều trị khỏi, ổn định ra viện tại khoa Truyền Nhiễm là 89.3%, chiếm phần lớn số bệnh nhân điều trị tại khoa, chuyển viện chiếm 10.7% và không có ca nào tử vong tại viện. Tương tự kết quả điều trị tại khu dã chiến điều trị SXH Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2017 của Nguyễn Đăng Mạnh [12]. Trong đó, bệnh nhân SXHD điều trị khỏi tại bệnh viện chiếm tới 97% chỉ 3% trong số bệnh nhân SHXD chuyển nặng phải chuyển viện. Bệnh nhân SHXD có DHCB điều trị ra viện chỉ chiếm 20% và có tới 80% bệnh nhân chuyển viện biến nặng chuyển tuyến điều trị tiếp (Bảng 3.6).

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của 150 bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue điều trị tại khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn, Hà Nội từ tháng 4/2022 tới tháng 3/2023. Chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

4.1. Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị sốt xuất huyết

- Trong những ca nhiễm SXHD điều trị tại viện, có sự chênh lệch nhiều giữa các nhóm tuổi điều trị chiếm phần đa độ tuổi từ 19 – 40 tuổi sau đó đến lứa tuổi 41-60 tuổi, không có sự chênh lệch nhiều ở nhóm tuổi từ 0-18 tuổi và trên 60 tuổi. Nhưng bệnh nhân SXHD có DHCB lại tăng dần khi độ tuổi càng tăng.

- Bệnh nhân bị SXHD nhập viện thì không có sự khác biệt nhiều giữa 2 giới nam và nữ.

- Bệnh nhân vào khoa Truyền Nhiễm điều trị chủ yếu là bệnh nhân không có bệnh lý nền chiếm 80.7% nhưng chỉ có 7% trong số đó là bệnh nhân SXHD có DHCB. Tuy số bệnh nhân có bệnh lý nền vào viện thấp hơn 19.3% nhưng số bệnh nhân SXHD có DHCB có tỉ lệ tới 46.7%. Bệnh nhân có bệnh lý nền diễn biến và lâm sàng có xu hướng nặng hơn so với nhóm bệnh nhân không có bệnh lý nền.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố dịch tễ của bệnh sốt xuất huyết

- Lâm sàng của bệnh nhân SXHD nhập viện có các triệu chứng hay gặp: sốt, xuất huyết dưới da, đau bụng, nôn, còn các triệu chứng khác biểu hiện trên các bệnh nhân thấp hơn. Bệnh nhân SXHD có DHCB có các triệu chứng điển đình hơn nhiều so với bệnh nhân SXHD.

- Cận lâm sàng của bệnh nhân SXHD có DHCB có thay đổi khác biệt hơn bệnh nhân SXHD về các chỉ số TC, HCT, siêu âm ổ bụng và siêu âm màng phổi. Tiểu cầu giảm, bạch cầu giảm chủ yếu vào giai đoạn từ ngày thứ 3 tới ngày thứ 7 của bệnh, HCT tăng cao cũng từ ngày thứ của bệnh trở đi. Các triệu chứng tràn dịch màng phổi, tràn dịch ổ bụng chủ yếu gặp ở bệnh nhân SXHD có DHCB. Bệnh nhân SXHD hồi phục bắt đầu vào ngày thứ 8 của bệnh, bệnh nhân SXHD hồi phục nhanh hơn bệnh nhân SXHD có DHCB.

- Dịch tễ SXHD ghi nhận dịch từ tháng 7 - 12 của năm và gặp nhiều nhất ở tháng 10.

4.3. Kết quả điều trị

Tỉ lệ bệnh nhân điều trị khỏi tại khoa Truyền Nhiễm chiếm tỉ lệ cao tới 89.3%, chuyển viện chiếm 10.7% và không có ca nào tử vong tại viện. Trong đó, bệnh nhân chuyển viện chủ yếu là bệnh nhân SXHD có DHCB chuyển biến nặng.

V. KẾT LUẬN

Việc theo dõi đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue không chỉ giúp điều trị kịp thời tránh để bệnh nhân diễn biến nặng mà còn nâng cao chất lượng, hiệu quả điều trị , giảm thời gian nhập viện cho bệnh nhân và giảm tỉ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2023). Dengue and severe dengue
2. **VOV2** (2023). Hà Nội: Cảnh giác với bệnh sốt xuất huyết tăng đầu năm truy cập ngày 14/02/2023 từ https://vov2.vov.vn/suc-khoe/ha-noi-canh-giac-voi-benh-sot-xuat-huyet-tang-dau-nam-40307.vov2
3. **Hà Nội mới** (2023). Số ca mắc sốt xuất huyết tại Hà Nội tiếp tục giảm mạnh truy cập ngày 02/01/2023 từ http://www.hanoimoi.com.vn/tin-tuc/Suc-khoe/1051979/so-ca-mac-sot-xuat-huyet-tai-ha-noi-tiep-tuc-giam-manh
4. **Trịnh Xuân Huy,** (2018), Một số đặc điểm của nhiễm virus sốt xuất huyết trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ ngày 7/5/2017đến ngày 30/09/2017, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, số 2, trang 75-80.
5. **Hà Huy Tình** (2015), Nhận xét các yếu tố dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Đống Đa năm 2013, Sở Y tế Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Tại, Hà Văn Phúc** (2022), Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện đa khoa Kiên giang năm 2021-2022, Tạp chí y học Việt Nam, tập 519, số 2, trang 60-64.
7. **Thẩm Chí Dũng, Nguyễn Nhật Cảm,** (2003), "Sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue tại thành phố Hà Nội năm 2003", Tạp chí Y học dự phòng, tập 15, (1).
8. **Đặng Kim Hạnh, Vũ Sinh Nam, Nguyễn Thị Kim Tiến,** (2010), "Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue tại Hà Nội, năm 2009", Tạp chí Y học thực hành, (6), tr. 3-7
9. **Trần Minh Tường, Trịnh Thị Xuân Hòa,** (2011), Đặc điểm lâm sàng, cận, lâm sàng sốt Dengue và sốt xuất huyết Dengue ở người lớn tại Bệnh viện 13 (2008-2010), Tạp chí Y Dược học Quân sự, số 2, tr. 16-22.
10. **Om Parkash, Jaweed Akhter,** (2010), Clinical factors associated with mortality in dengue infection at a tertiary care center, The Southeast Asian J Trop Med public health, Vol 41, (2), pp. 333-340.

11. **Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Trọng Thế, Bùi Trí Cường, Vương Phúc Đường** (2010), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố tiên lượng nặng bệnh nhân sốt Dengue và sốt xuất huyết Dengue người lớn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2009, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 5, số đặc biệt, trang 33-39.
12. **Nguyễn Đăng Mạnh** (2018), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Khu Dã chiến điều trị sốt xuất huyết, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2017, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 13, số 7, trang 7-14.

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

ALT: Men gan (Alanin Amino Transferase)

AST: Men gan (Aspartate Amino Transferase)

BC: Bạch cầu

BYT: Bộ Y Tế

DHF: Sốt xuất huyết Dengue (Dengue hemorrhagic fever)

HC: Hồng cầu

HCT: Hermatocrit

NS: Nonstructural

NS1: Kháng nguyên NS1 (NS1 antigen)

SXH: Sốt xuất huyết

SXHD: Sốt xuất huyết Dengue

TC: Tiểu cầu

XN: Xét nghiệm

WHO: Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization)

N: Số bệnh nhân

BÁO CÁO NGHIÊN CỨU KHOA HỌC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH NHIỄM COVID-19 CÓ SUY HÔ HẤP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÓC SƠN NĂM 2021-2022

Vũ Tuấn Dũng[1], Trịnh Thị Lan Anh[1], Nguyễn Thị Hà[1], Trần Thị Thúy Hạnh[1], Trần Thu Huyền[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh Covid 19 có suy hô hấp và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu 211 bệnh nhân COVID-19 suy hô hấp.

Kết quả: Các triệu chứng thường gặp của COVID-19 có suy hô hấp gồm: ho khan (77,3%), khó thở (70,6%), mệt mỏi đau cơ (30,8%), đau họng (14,2%). Các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng bất thường ở bệnh nhân COVID-19 suy hô hấp gồm giảm tiểu cầu (26,7%), tăng men gan (49,3%), tăng Ferritin (66,3%), tăng CRP (75,8%). Trên 70% trường hợp có tổn thương phổi trên XQ ngực. Nhóm người bệnh covid 19 có bệnh lý nền có nguy cơ suy hô hấp cao.

Kết luận: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho khan, khó thở, đau mỏi cơ, đau họng. Xét nghiệm giảm tiểu cầu, tăng men gan, tăng Ferritin, tăng CRP tổn thương phổi trên XQ ngực.

Từ khóa: COVID-19 suy hô hấp, yếu tố liên quan

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF RESPIRATORY DISTRESS COVID-19 PATIENTS AT SOC SON GENERAL HOSPITAL 2021-2022

Objective: Describe clinical features, paraclinical characteristics and risk factors of respiratory distress COVID-19 patients treated at Soc Son General Hospital 2021-2022.

Materials and methods: A cross-sectional study was carried 211 of respiratory distress COVID-19 patients. Results: Common symptoms of respiratory distress COVID-19 include: dry cough (77.3%), shortness of breath (70.6%), tired, muscle pain (30.8%), sore throat (14.2%). Abnormal laboratory test results in respiratory distress COVID-19 patients include: decreased thrombocytopenia (27%), increased Ferritin (66.3%), increased liver enzymes (49.3%), increased CRP (75.8%), more than 70% of cases have lung lesions on chest X-ray image. The underlying disease is a risk factor to respiratory distress COVID-19 patients.

Conclusion: Common symptoms include: shortness of breath, dry cough, tired, muscle pain, sore throat. Abnormal laboratory test results: decreased thrombocytopenia, increased

[1]*Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn*
Chịu trách nhiệm chính: BSCKII Vũ Tuấn Dũng
Email: dr.vutuandung@gmail.com
SĐT: 0972970268
Ngày nhận bài: 30/09/2024
Ngày phản biện khoa học: 31/10/2024
Ngày duyệt bài: 14/11/2024

Ferritin, increased liver enzymes, increased CRP, lung lesions on chest X-ray image. Groups of covid 19 patients with underlying medical conditions are higher risk of respiratory failure than groups without underlying medical conditions.

Keywords: respiratory distress COVID-19, risk factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi rút Corona (CoV) là một họ vi rút ARN lớn, có thể gây bệnh cho cả động vật và con người. Từ tháng 12 năm 2019, một chủng vi rút corona mới (SARS-CoV-2) đã được xác định là căn nguyên gây dịch Viêm đường hô hấp cấp tính (COVID-19) tại thành phố Vũ Hán (tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc), sau đó lan rộng ra toàn thế giới gây đại dịch toàn cầu. Từ đó đến nay, vi rút cũng đột biến tạo ra nhiều biến thể khác nhau (1).

Các nhà nghiên cứu tại Vũ Hán, Trung Quốc năm 2020 đã đăng trên tạp chí Lancet bài báo nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng của 41 bệnh nhân đầu tiên được chẩn đoán và điều trị nhiễm 2019-nCovid (2). Kết quả phân tích cho thấy trong tổng số 41 bệnh nhân có 32% bệnh nhân có bệnh lý nền. Biểu hiện thường gặp khi khởi phát bệnh là sốt (98%), ho (76%), đau mỏi cơ toàn thân (44%). Các triệu chứng ít gặp hơn được ghi nhận là ho khạc đờm (28%), đau đầu (8%), ho ra máu (5%) và ỉa lỏng (3%). Khó thở xuất hiện ở 55% bệnh nhân, thời gian trung bình từ lúc khởi phát bệnh đến khi xuất hiện triệu chứng khó thở là 8 ngày, 63% số NB có biểu hiện giảm bạch cầu lympho và 100% số NB có bất thường trên CT-scan lồng ngực.

Ở Việt Nam, qua nghiên cứu phân tích dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng của 359 BN mắc COVID-19 được điều trị tại Bệnh viện Dã chiến Truyền nhiễm số 2, Bắc Giang từ 5/2021 - 6/2021 đã chỉ ra có 48 BN (13,4%) có một hoặc nhiều bệnh đi kèm trước khi nhiễm virus corona (3). Phần lớn BN của BV có nhiều triệu chứng, đặc biệt ở nhóm có bệnh lý nền tỷ lệ BN có >1 triệu chứng (85,4%) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có bệnh lý nền (54,9%). Về dấu hiệu sốt, nhóm có bệnh lý nền có tỷ lệ 79,9%, trong khi nhóm không có bệnh lý nền chỉ có 9,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các triệu chứng ho và đau rát họng ở nhóm có bệnh lý nền cao hơn nhóm không có bệnh lý nền có ý nghĩa thống kê (77,1% và 89,6% so với 39,2% và 41,2%). Đặc biệt, biểu hiện suy hô hấp ở nhóm có bệnh lý nền là 52,1%, trong khi ở nhóm không có bệnh lý nền chỉ là 4,2%. Hầu hết BN trong nghiên cứu có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường, nhưng giảm thấp (< 4 G/L) ở nhóm có bệnh lý nền, trong khi số lượng lympho giảm (< 1 G/L) và tiểu cầu giảm (< 100 G/L) chỉ xuất hiện ở nhóm có bệnh lý nền với tỷ lệ 10,4% và 8,3%. Về chức năng gan, nhóm có bệnh lý nền tỷ lệ tăng men gan cao hơn nhóm không có bệnh lý nền (45,8% so với 13,8%). Tổn thương phổi trên phim X-quang ở nhóm có bệnh lý nền (52,1%) cao hơn nhóm không có bệnh lý nền (4,2%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và khi đánh giá nguy cơ tăng men gan, có tổn thương phổi trên phim X-quang của nhóm có bệnh lý nền cũng cao hơn nhóm không có bệnh lý nền 5 lần và 24 lần khi nhiễm COVID-19.

Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn được UBND TP Hà Nội giao nhiệm vụ thu dung, điều trị BN Covid-19 thuộc tầng 2 của mô hình tháp 3 tầng theo HD của BYT (1). BV đã thu dung và điều trị cho 2733 bệnh nhân F0

thuộc huyện Sóc Sơn và 1 số quận huyện trong TP. Tuy nhiên tại BV chưa có nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở BN COVID-19 có suy hô hấp. Qua thực tế điều trị, nhằm tổng kết rút kinh nghiệm và phân tích một số yếu tố tiên lượng nguy cơ diễn biến nặng ở những bệnh nhân mắc Covid 19, nhóm tác giả chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh nhiễm Covid-19 có suy hô hấp điều trị tại Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2021-2022" với mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh nhiễm Covid-19 có suy hô hấp điều trị tại Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2021-2022 và nhận xét về một số yếu tố liên quan.

II. TỔNG QUAN

2.1. Đại cương về virus Corona

2.1.1. Định nghĩa

Vi rút Corona (CoV) là một họ vi rút ARN lớn, có thể gây bệnh cho cả động vật và con người. Ở người, coronavirus có thể gây ra một loạt bệnh, từ cảm lạnh thông thường đến các tình trạng bệnh nặng như Hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS-CoV) năm 2002 và Hội chứng hô hấp Trung Đông (MERS-CoV) năm 2012. Từ tháng 12 năm 2019, một chủng vi rút corona mới (SARS-CoV-2) đã được xác định là căn nguyên gây dịch Viêm đường hô hấp cấp tính (COVID-19) tại thành phố Vũ Hán (tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc), sau đó lan rộng ra toàn thế giới gây đại dịch toàn cầu. Từ đó đến nay, vi rút cũng đột biến tạo ra nhiều biến thể khác nhau.

2.1.2. Các biến thể SARS-CoV-2

a, Biến thể Alpha, Beta, Gamma, Delta, Omicron

2.2. Suy hô hấp

2.2.1. Định nghĩa

Suy hô hấp được định nghĩa là giảm cấp tính chức năng thông khí của bộ máy hô hấp hoặc/và chức năng trao đổi khí của phổi.

Suy hô hấp cấp là nguyên nhân hàng đầu bệnh nhân phải nằm tại các khoa Hồi sức (60 – 70%), trong trường hợp nguy kịch cần được xử trí cấp cứu ngay lập tức tại chỗ.

2.2.2. Phân loại

a. Phân loại Suy hô hấp cấp Theo Khí máu động mạch

- Suy hô hấp do giảm oxy máu khi PaO2 dưới 60mmHg khi thở khí phòng.
- Suy hô hấp do tăng CO2 máu khi PaCO2 trên 50mmHg.
- Suy hô hấp thể hỗn hợp khi có kèm theo cả giảm PaO2 và tăng PaCO2.

b. Phân loại suy hô hấp ở bệnh nhân Covid 19 theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế tại QĐ 250 (1)

Mức độ nhẹ: Nhịp thở < 20 lần/phút, SpO2 > 96% khi thở khí trời.

Mức độ trung bình: Có dấu hiệu viêm phổi với khó thở, thở nhanh 20-25 lần/phút, phổi có ran nổ và không có dấu hiệu suy hô hấp nặng, SpO2 94-96% khi thở khí phòng. Người bệnh có thể khó thở khi gắng sức (đi lại trong nhà, lên cầu thang).

Mức độ nặng: Có dấu hiệu viêm phổi kèm theo bất kỳ một trong các dấu hiệu sau: nhịp thở > 25 lần/phút; khó thở nặng, co kéo cơ hô hấp phụ; SpO2 < 94% khi thở khí phòng.

Mức độ nguy kịch: Thở nhanh > 30 lần/phút hoặc < 10 lần/phút, có dấu hiệu suy hô hấp nặng với thở gắng sức nhiều, thở bất thường hoặc cần hỗ trợ hô hấp bằng thở ô xy dòng cao (HFNC), CPAP, thở máy.

2.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm Covid19 có Suy hô hấp

2.3.1. Đặc điểm lâm sàng

A. Giai đoạn khởi phát

- Thời gian ủ bệnh: từ 2-14 ngày, trung bình từ 5-7 ngày, chủng delta có thời gian ủ bệnh ngắn hơn.

- Khởi phát:

+ Chủng alpha: Sốt, ho khan, mệt mỏi, đau họng, đau đầu. Một số trường hợp bị nghẹt mũi, chảy nước mũi, mất vị giác và khứu giác, buồn nôn, tiêu chảy, đau bụng…

+ Chủng delta: đau đầu, đau họng, chảy nước mũi, ho, sốt, ỉa chảy, khó thở, đau cơ.

+ Chủng Omicron: hiện tại không có thông tin nào cho thấy các triệu chứng liên quan đến Omicron là khác so với các triệu chứng ở các biến thể khác.

B. Giai đoạn toàn phát

Sau 4-5 ngày.

* Hô hấp

Ho nhiều hơn, đau ngực, cảm giác ngạt thở, sợ hãi, tuỳ mức độ người bệnh, thở sâu, phổi thường không ral, mạch thường không nhanh. Khoảng 5-10% người bệnh có thể giảm oxy máu thầm lặng. Những trường hợp này người bệnh không có cảm giác khó thở nhưng SpO2 giảm rất dễ bị bỏ qua. Thể nặng của bệnh có biểu hiện giống ARDS.

2.3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

a. Huyết học

- Tế bào máu ngoại vi: số lượng Hồng cầu bình thường hoặc tăng (do mất nước) bạch cầu bình thường hoặc giảm, Bạch cầu Lympho giảm nhiều, số lượng tiểu cầu bình thường sau đó giảm.

- Tăng đông và tắc mạch: các xét nghiệm biểu hiện tăng đông, D-dimer thường tăng cao trên 4-5 lần, Tiểu cầu < 150.000, DIC hoặc SIC (sepsis induced coagulopathy).

b. Các xét nghiệm bilan viêm

- Bạch cầu giảm, đặc biệt Bạch cầu Lympho (< 800). Giảm CD4, CD8, Th17, Tiểu cầu.

- Cytokin tăng cao: TNF α tăng, IL-1β, IL6, IFNs, GCSF, IP-10.

- Ferritin, CRP, LDH tăng.

c. Khí máu

Ban đầu PaO2 giảm, CO2 bình thường, nặng hơn PaO2 giảm nặng, PaCO2 tăng, pH giảm, giảm HCO3. Shunt phổi D(A-a) O2 tăng.

d. Các rối loạn thường gặp khác

- Điện giải: rối loạn natri máu và kali máu.

- Thận: Tiểu đạm, tiểu máu, tổn thương thận cấp (đa niệu, thiểu niệu, tăng Ure, creatinin), gặp một số trường hợp đái tháo nhạt.

- Gan: Tăng SGPT, Bilirubin tăng.

- Tổn thương tim: Tăng troponin T và Pro-BNP tăng.

- Suy đa tạng (MOF).

- Bội nhiễm thứ phát: Tăng Procalcitonin, Bạch cầu và CRP.

e. X-quang phổi

- Ở giai đoạn sớm hoặc chỉ viêm đường hô hấp trên, hình ảnh X-quang bình thường.

- Giai đoạn sau các tổn thương thường gặp: Tổn thương dạng kính mờ, nhiều đốm mờ. Dày các tổ chức kẽ. Tổn thương đông đặc.

- Gặp chủ yếu ở hai bên phổi, ngoại vi và vùng thấp của phổi ở giai đoạn đầu của Covid.

- Tổn thương có thể tiến triển nhanh trong ARDS. Ít khi gặp dấu hiệu tạo hang hay tràn dịch, tràn khí màng phổi.

Thang điểm TSS

Bảng 1. Thang điểm TSS (Total severity Score) đánh giá dựa vào X-quang phổi

TSS (Total Severity Score) 8 điểm Chia mỗi bên phổi làm 4 phần bằng nhau, cho 1 điểm nếu có bất kì loại tổn thương: dày kẽ, kính mờ, hoặc đông đặc	
Mức độ	**Điểm**
Nhẹ	1-2
Vừa	3-6
Nặng	7-8

g. Chụp CT-Scan

- Tổn thương kính mờ đa ổ ở vùng đáy và ngoại vi hai bên phổi. Tổn thương lát đá.

- Tổn thương kính mờ và đông đặc ở vùng đáy và ngoại vi hai bên phổi.

- Phát hiện các trường hợp tắc mạch phổi.

2.4. Điều trị bệnh nhân nhiễm Covid 19 có suy hô hấp

Điều trị suy hô hấp

Người nhiễm không triệu chứng, người bệnh mức độ nhẹ

- Xử trí:

+ Theo dõi, điều trị triệu chứng: giảm ho, giảm đau (nếu đau ngực, đau đầu nhiều).

+ Hoặc SpO2 > 96%, nhịp thở < 20 lần/phút nhưng người bệnh có bệnh lý nền: suy tim, bệnh lý mạch vành có khó thở thì xem xét thở oxy kính 1-2 l/phút. Kết hợp điều trị triệu chứng.

Người bệnh mức độ trung bình

- Xử trí: oxy kính: 2-5 lít/phút, nằm sấp nếu có thể.

Người bệnh mức độ nặng/nguy kịch

a. Mức độ nặng

- Xử trí: HFNC (ưu tiên người bệnh 200 < P/F < 300) hoặc CPAP/BiPAP (ưu tiên người bệnh P/F < 200) hoặc oxy mặt nạ có túi (nếu không có HFNC hoặc CPAP/BiPAP và nằm sấp nếu có thể.

b. Người bệnh nguy kịch

- Xử trí: Thở máy xâm nhập

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là hồ sơ bệnh án của người bệnh được chẩn đoán nhiễm Covid 19 có suy hô hấp, điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được xác định COVID-19 và có suy hô hấp (dựa theo chỉ số đo SpO2 theo phân loại Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại QĐ số 250.

- Tiêu chí xác định khẳng định SARS-CoV-2 (+) theo xét nghiệm Realtime RT-PCR hoặc Xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên được Bộ Y tế công nhận tại phòng xét nghiệm.

+ Mẫu: Cỡ mẫu: Toàn bộ

+ Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Thu thập số liệu bằng cách phân tích thông tin từ hồ sơ bệnh án về dịch tễ học, nhân khẩu học, tiền sử bệnh, bệnh phối hợp, các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm, X quang; phương pháp điều trị (thuốc kháng virus, corticosteroid, hỗ trợ hô hấp, chạy thận…).

- Thời gian: Từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 11 năm 2022 (11 tháng)

- Địa điểm nghiên cứu: Tại Khu điều trị bệnh nhân Covid-19 BV đa khoa Sóc Sơn.

- Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS.

- Mô tả đặc điểm của các biến số nghiên cứu và đặc điểm của đối tượng nghiên cứu thông qua các chỉ số như giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được sử dụng là $p < 0,05$.

Hạn chế trong việc thu thập dữ liệu từ thông tin ghi chép các triệu chứng lâm sàng của NB. Sai số nhập sai, nhập thiếu thông tin.

IV. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

STT	Đặc điểm	Chỉ số	Số lượng (n = 211)	Tỷ lệ (%)
1.	Nhóm tuổi	< 60	36	17,1
		≥ 60	175	82,9
2.	Giới	Nam	97	46,0
		Nữ	114	54,0
3.	Mang thai	Có	4	1,9
		Không	207	98,1
4.	Số ngày nằm viện	<7 ngày	75	35,5
		7-14 ngày	108	51,2
		> 14 ngày	28	13,3
5.	Hút thuốc lá	Có	0	0
		Không	211	100
6.	Tiêm vắc xin	Chưa tiêm	103	48,8
		Có tiêm	108	51,2

Trong số 211 BN covid có suy hô hấp nhập viện điều trị tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn có độ tuổi trung bình là 71 ± 1,58. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Trần Văn Giang tại bệnh viện nhiệt đới Trung ương từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2021 là 45,6 ± 15,9 (4). Điều này có thể do đặc điểm nghiên cứu trên chỉ tập trung ở nhóm BN covid 19 có suy hô hấp.

Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến nhóm người bệnh nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn năm 2021-2022.

Bảng 3: Mối liên quan BN covid suy hô hấp với các đặc điểm lâm sàng

STT	Đặc điểm	Chỉ số	**Suy hô hấp lúc vào** (n, %)		OR	p
			Có (n=84)	**Không (n=127)**		
1.	Nhiệt độ (^{0}C)	≥ 37,5	19(22,6%)	21(16,5%)	**1,47**	p>0,05
		< 37,5	65(77,4%)	106(83,5%)		

2.	Huyết áp (mmHg)	≥ 130/85 (Tăng HA)	50(59,5%)	67(52,7%)	**1,32**	p>0,05
		<130/85	34(40,5**%**)	60(47,3**%**)		
3.	Nhịp thở (lần/phút)	<20 hoặc ≥ 25	25(29,7%)	5 (3,9%)	**10,3**	**p<0,05**
		20-25	59 (60,3%)	122 (96,1%)		
4.	SpO2 (%)	≤ 96	81(96,4%)	107(84,2%)	**5,04**	**p<0,05**
		> 96	3(3,6**%**)	20(5,8**%**)		
5.	Đau họng	có	13(15,5**%**)	17(13,3**%**)	**11**	p>0,05
		không	71(84,5%)	110(86,7%)		

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 211/211 BN có bệnh lý nền (100%). THA là bệnh nền thường gặp nhất (47,4%), sau đó là ĐTĐ (24,6%). Các bệnh lý nền khác đều có tỷ lệ < 5%. Các bệnh lý nền khác như bệnh gan mạn tính, bệnh Ung thư, suy giảm miễn dịch... Nghiên cứu của chúng tôi tương đương kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác (3-5). Theo Darazam, tỷ lệ bệnh lý nền đi kèm phổ biến là THA, ĐTĐ, bệnh tim mạch lần lượt là 35,22%, 28,92, và 19,94% (6). Các bệnh lý nền khác như COPD, hen suyễn, tình trạng thấp khớp, bệnh gan mạn tính, ghép tạng, bệnh ác tính, HIV, suy giáp đều < 5%. Theo Forero-Peña cho thấy tỷ lệ bệnh lý nền, THA, ĐTĐ, bệnh hen suyễn lần lượt là 23,3%, 7,3% ,và 8,2% một số bệnh lý nền khác như COPD, HIV,… có tỷ lệ ≤ 1,6% (7). Kết quả nghiên cứu của Richardson cũng cho thấy tỷ lệ bệnh lý nền đi kèm phổ biến là THA (56,6%), ĐTĐ (33,8%), béo phì BMI ≥ 30 (41,7%). Số lượng bệnh lý nền kèm theo > 1 chiếm 88%. Các bệnh lý nền khác đều ≤ 5%.

Triệu chứng toàn thân

Theo Darazam, BN sốt chiếm 42,89%, mệt mỏi 31,82% (6). Theo nhóm tác giả Đỗ Như Bình ghi nhận bệnh nhân sốt nhập viện chiếm tỷ lệ 21,1%, mệt mỏi 30,9% (8). Tỷ lệ BN sốt trong nghiên cứu của chúng tôi là 19% tương đương với kết quả nghiên cứu khác nhưng thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu nước ngoài có thể liên quan đến vấn đề sử dụng thuốc hạ sốt trước khi nhập viện (8). Tỷ lệ BN rối loạn ý thức của chúng tôi là 2,8% tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Như Bình (3,32%) (8). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước ở tình trạng mệt mỏi (30,8%).

Triệu chứng ở cơ quan hô hấp

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Đa số BN trong nghiên cứu có nhịp thở tăng 20-25lần/phút với tỷ lệ là 85,8%; và 89,1% BN SpO2 giảm <96%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p< 0,05). Kết quả này cũng giống những ghi nhận của y văn về nhịp thở, SpO2 là những yếu tố giúp phân độ nặng của bệnh nhân suy hô hấp COVID-19 (1). Những ghi nhận trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi về chỉ số SpO2 cao hơn so với nghiên cứu các tác giả khác do đặc điểm nghiên cứu trên chỉ tập trung ở nhóm BN covid 19 có suy hô hấp (4, 5, 8).

Triệu chứng hô hấp phổ biến trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là ho 77,3%, khó

thở 70,6%, đau rát họng 14,2%. Khi so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước (4-6, 8) cho thấy sự phổ biến các triệu chứng hô hấp nêu trên tương đối tương đồng.

Triệu chứng ở cơ quan tiêu hóa

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng ở cơ quan tiêu hóa là ít gặp: tiêu chảy 1,4%, buồn nôn và nôn (5,7%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác đều ghi nhận các triệu chứng ở cơ quan tiêu hóa gặp với tần xuất thấp lần lượt là đau bụng 1%, buồn nôn, nôn 3,1% (5, 8). Kết quả này cũng tương tự như các kết quả nghiên cứu tại Vũ Hán, Trung Quốc năm 2020, Iran (2021) (2). Tuy nhiên, BN bị tiêu chảy trong nghiên cứu của Trần Văn Giang chiếm 26% (4) cao hơn nhiều so với của chúng tôi (1,4%). Sự khác biệt về tỷ lệ % có thể do khác biệt về thời gian, địa điểm và đối tượng nghiên cứu.

Bảng 4: Mối liên quan BN covid suy hô hấp với các đặc điểm cận lâm sàng

STT	Đặc điểm	Chỉ số	Suy hô hấp lúc vào viện (n, %)		OR	p
			Có	*Không*		
1.	Hồng cầu (G/L)	< 4 hoặc > 6	30(35,7%)	35(27,6%)	**1,4**	p>0,05
		4-6	54(64,3%)	92(62,4%)		
2.	Bạch cầu (G/L)	< 4 hoặc > 9	40(47,6%)	56(44%)	**1,15**	p>0,05
		4 - 9	44(52,4%)	71(56%)		
3.	Ferrittin (ng/ml)	≥ 500	59(67,8%)	81(65,3%)	**1,12**	p>0,05
		<500	28(32,2%)	43(34,7%)		
4.	Na (mmol/l)	<135 hoặc >145	54(65%)	70(60%)	**1,4**	p>0,05
		135-145	29(35%)	53(40%)		
5.	K (mmol/l)	<3,5hoặc >5	28(33,7%)	31(25,2%)	**1,5**	p>0,05
		3,5-5	55(66,3%)	92(74,8%)		
6.	CL (mmol/)	<90 hoặc >110	8(9,6%)	7(5,7%)	**1,76**	p>0,05
		90-110	75(90,4%)	116(94,3%)		

Đặc điểm cận lâm sàng:

Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng hồng cầu trong giới hạn bình thường là 69,2% và và bất thường là 30,8%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả khác và không có sự khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm khỏi bệnh và tử vong (p>0,05) (5). Các kết quả xét nghiệm bất thường trong nghiên cứu của chúng tôi: Bạch cầu 45,5%; Lympho 40,3%, Tiểu cầu 26,7%. Kết quả xét nghiệm này cao hơn so với nghiên cứu tại Bắc Giang năm 2021 có thể do đặc điểm nghiên cứu trên chỉ tập trung ở nhóm BN covid 19 có suy hô hấp (3).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bất thường trong xét nghiệm sinh hóa máu thường gặp là tăng Ferritin (66,3,1%), tăng CRP (75,8%), hạ natri máu (58,8%), hạ Kali

máu (28%), tăng GOT (49,3%), tăng GPT (24,2%), tăng creatinine (31,8%). Kết quả này cũng tương đồng trong nghiên cứu của tác giả khác (4, 8). Tình trạng hạ natri và kali máu có thể do tình trạng mất nước điện giải do sốt. Men gan GOT và GPT trong nhóm bệnh nhân suy hô hấp nặng, nguy kịch do COVID-19 trong nghiên cứu tăng cao. Nghiên cứu này của chúng tôi tương tự kết quả trong nghiên cứu của tác giả Nabavi S (2021)(9). Tác giả này đưa ra giả thuyết rằng khi tình trạng thiếu oxy tăng cao ở bệnh nhân viêm phổi nặng có thể góp phần gây tổn thương tế bào gan và từ đó giải phóng enzyme gan, đặc biệt là GOT. Tuy nhiên cũng có báo cáo trong 1 số nghiên cứu cho rằng sự hủy hoại tế bào gan dẫn đến tăng men gan là do vi rút xâm nhập trực tiếp vào tế bào gan và gây tổn thương. Một phát hiện quan trọng khác trong nghiên cứu của chúng tôi là mức CRP tăng cao hơn rõ rệt ở bệnh nhân COVID-19 có suy hô hấp. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nabavi S (2021) (9).

Đặc điểm tổn thương trên Xquang phổi ở bệnh nhân suy hô hấp do COVID-19. Trong 110 NB có chụp XQ thì có gần 70% NB có tổn thương phổi trên phim XQ (theo bảng điểm TSS): Mức độ nhẹ: chiếm 30% Mức độ trung bình-vừa: 37,1%. Mức độ nặng gần 2%. Bất thường về kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả khác cho thấy tổn thương phổi do COVID-19 chủ yếu là tổn thương đa thùy (83,7%) hay gặp thùy dưới 2 bên (> 80%) trong đó hình ảnh điển hình là kính mờ (74,4%) (8). Số lượng tổn thương các thùy là 1 yếu tố dự báo mức độ viêm phổi của bệnh nhân COVID-19. Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Nabavi S (2021)(9). Guan WJ (2020) đã báo cáo 1099 trường hợp COVID-19 thì có 96% bệnh nhân có bất thường về hình ảnh CLVT ngực. Đối với NB COVID-19 Xquang thường thấy tổn thương thâm nhiễm hai bên, nhưng có thể bình thường ở giai đoạn sớm.

Điều trị người bệnh Covid-19 suy hô hấp:

Quá trình điều trị của nhóm người bệnh suy hô hấp tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn từ 12/2021 đến hết tháng 6/2022: Có 111/211 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 52,6% được chỉ định dùng thuốc kháng virus. Việc sử dụng thuốc kháng virus được chỉ định dùng khi bệnh nhân mắc bệnh covid-19 trong 10 ngày điều trị đầu tiên, có suy hô hấp phải thở oxy. Thuốc có chống thỉ định với người có tiền sử quá mẫn với bất kỳ thành phần nào của thuốc, trẻ em < 12 tuổi, người bệnh có men ALT tăng ≥5 lần giới hạn trên của khoảng giới hạn bình thường. Đối với bệnh nhân có mức lọc cầu thận <30ml/phút, thì cần cẩn trong khi chỉ định. Trong số 111 bệnh nhân dùng thuốc kháng virus, thì có 110 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 99,1% dùng đường tĩnh mạch. Điều này cũng phù hợp, bởi đây là nhóm bệnh nhân có suy hô hấp phải thở oxy, nên cần dùng thuốc đường truyền tĩnh mạch.

Có 193 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 91,5% có chỉ định dùng thuốc chống viêm Corticoid. Theo hướng dẫn điều trị của Bộ y tế thì Corticoid được dùng ở bệnh nhân covid-19 từ mức độ trung bình. Thuốc có vai trò quan trọng trong việc điều trị chống cơn bão Cytokin ở bệnh nhân covid-19. Loại thuốc được dùng chủ yếu là Dexamethazol, chiếm 90,7% tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn. Thuốc

chống đông được sử dụng ở 178 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 84,4%. Như chúng ta đã biết, nguyên nhân gây triệu chứng nặng và tử vong ở bệnh nhân covid-19 là do quá trình tăng đông, đặc biệt là tắc mạch phổi (TLT/C). Do đó, dự phòng đông máu, nhất là những bệnh nhân có suy hô hấp là một trong những nguyên tắc điều trị cơ bản. Thuốc chống đông được sử dụng trong điều trị bệnh nhân covid-19 tại bệnh viện đa khoa Sóc Sơn gồm cả đường uống và đường tiêm. Việc sử dụng thuốc chống đông theo hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế qua thực tế lâm sàng là tương đối an toàn. Thể hiện qua việc, trong suốt quá trình điều trị, không gặp bệnh nhân nào có tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc chống đông (cả đường uống và đường tiêm). Thuốc kháng sinh được chỉ định ở 168 bệnh nhân covid-19 có suy hô hấp. Chủ yếu là sử dụng đơn độc, có 145 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 86,3%. Kháng sinh được chỉ định nhiều nhất là Ceftriaxone, Ceftriaxone là một kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3. Đây là kháng sinh phổ rộng. Sở dĩ, đa số bệnh nhân được dùng kháng sinh là do hầu hết bệnh nhân là có bệnh lý nền, đồng thời lại được sử dụng thuốc Corticoid, là thuốc ức chế hệ miễn dịch nhằm điều trị chống cơn bão Cytokin, nên nguy cơ bội nhiêm vi khuẩn của những bệnh nhân này là cao. Trong số 211 trường hợp bệnh nhân thở oxy có 68% thở oxy kính mũi; 36% thở oxy mask túi, 16% được điều trị bằng thở oxy mask thường; và có 2 ca (1%) đặt nội khí quản thở máy.

Kết quả điều trị của 211 BN suy hô hấp trong nhóm nghiên cứu: Tỷ lệ NB xuất viện đạt 48% (102 NB) được xuất viện, Có 79 NB (chiếm 38%) chuyển viện; Có 30 NB tử vong (chiếm 14%). Do đặc thù cơ sở vật chất bảo đảm cũng như yêu cầu chuyên môn, Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn chỉ giữ lại điều trị những BN COVID -19 ở nhóm vừa và nhẹ nên kết quả nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp.

Qua nghiên cứu phân tích dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng của 211 BN mắc COVID-19 được chẩn đoán ra viện là suy hô hấp được điều trị tại Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn từ 12/2021 - 6/2022, chúng tôi thấy nhóm người bệnh covid 19 có bệnh lý nền (Tiểu đường, Tim mạch, Tăng huyết áp và Ung thư) có nguy cơ suy hô hấp cao gấp khoảng 1,2-3,1 lần so với nhóm người bệnh không có bệnh lý nền này. Kết quả nghiên cứu này tương tự nghiên cứu Bệnh viện Dã chiến Truyền nhiễm số 2, Bắc Giang.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm người bệnh covid 19 có các triệu chứng ho, đau họng có nguy cơ suy hô hấp cao gấp 11 lần so với nhóm người bệnh không có triệu chứng này. Đặc biệt, ở nhóm những người bệnh có nhịp thở lúc vào viện <20 hoặc ≥ 25 lần/phút có nguy cơ suy hô hấp cao gấp 10,3 lần so với những người bệnh có nhịp thở từ 20-25 lần/phút. Và những người bệnh có SpO2 ≤ 96% có nguy cơ suy hô hấp hấp cao gấp 5 lần so với những người bệnh có SpO2 > 96%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Phân tích kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy về ngưỡng cut-off của Sp02 là 91%, nhịp thở 22lần/phút.

SARS-CoV-2 tích tụ trong phổi, gây ra phản ứng viêm toàn thân dẫn đến thay đổi bệnh lý của các dấu hiệu máu thường quy,

cuối cùng là rối loạn chức năng tim, gan, thận và tạo máu. Những người bệnh có kết quả xét nghiệm Ferrittin <30 hoặc >400 (ng/ml) lúc vào viện có nguy cơ suy hô hấp cao gấp 1,5 lần so với những người bệnh 30-400(ng/ml); Về xét nghiệm điện giải đồ (Na, K, Cl) bất thường, những người bệnh có suy hô hấp (tỷ lệ 65%) cao hơn những người bệnh không có suy hô hấp (60%). Trong 110 NB có chụp XQ thì có gần 70% NB có tổn thương phổi trên phim XQ (theo bảng điểm TSS). Điều này tiên lượng nguy cơ suy hô hấp do tổn thương phổi, qua đó giúp bác sĩ lâm sàng theo dõi, điều trị cũng như tiên lượng nguy cơ diễn biến nặng của BN COVID-19 chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở BN COVID-19 có suy hô hấp, chúng tôi rút ra kết luận:

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nghiên cứu này các triệu chứng lâm sàng phổ biến khi bắt đầu bệnh bao gồm: ho khan 163 (77,3%), toàn thân mệt mỏi 56 (30,8%), khó thở 149 (70,6%), sốt >37,5 (19,0%).

Các bất thường về kết quả xét nghiệm là men gan GOT tăng >37 U/L chiếm tỷ lệ cao 49,3%, có Ferrittin tăng ≥ 500 (ng/ml) chiếm 66,3%, và 75,8% NB có kết quả XN CRP tăng cao ≥ 6 mg/l. Trong 110 NB có chụp XQ thì có gần 70% NB có tổn thương phổi trên phim XQ (theo bảng điểm TSS).

Một số yếu tố liên quan:

Nhóm người bệnh covid 19 có bệnh lý nền (Tiểu đường, Tim mạch, Tăng huyết áp và Ung thư) có nguy cơ suy hô hấp cao gấp khoảng từ 1,2-3,1 lần so với nhóm người bệnh không có bệnh lý nền này.

Những người bệnh có nhịp thở lúc vào viện <20 hoặc ≥ 25 lần/phút và những người bệnh có SpO2 ≤ 96% có nguy cơ suy hô hấp hấp cao gấp 5 lần. Nhóm người bệnh covid 19 có các triệu chứng ho, đau họng có nguy cơ suy hô hấp cao gấp 11 lần so với nhóm người bệnh không có triệu chứng này.

Những người bệnh có kết quả xét nghiệm Ferrittin ≥ 500 (ng/ml) lúc vào viện có nguy cơ suy hô hấp cao gấp 1,12 lần so với những người bệnh có kết quả XN Ferrittin <500(ng/ml); Những người bệnh có xét nghiệm điện giải đồ (Na, K, Cl) bất thường có nguy cơ suy hô hấp cao gấp 1,5 lần so với những NB có kết quả này bình thường.

Khuyến nghị

Dựa trên kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau:

1. Nên tầm soát chặt chẽ bệnh nhân covid 19 có suy hô hấp trong các trường hợp: bệnh nhân có bệnh lý nền (Tiểu đường, Tim mạch, Tăng huyết áp và Ung thư); và những người bệnh có nhịp thở lúc vào viện <20 hoặc ≥ 25 lần/phút và SpO2 ≤ 96%.

2. Nên chỉ định thường quy xét nghiệm Ferrittin, xét nghiệm điện giải đồ (Na, K, Cl) trong điều trị bệnh nhân covid 19 có suy hô hấp.

3. Cần có thêm các nghiên cứu sâu để đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân covid 19 có suy hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2). 2021.

2. **Chan JF-W, Yuan S, Kok K-H, To KK-W, Chu H, Yang J, et al.** A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. The lancet. 2020;395(10223):514-23.
3. **Phạm Văn Công.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân covid 19 có bệnh lý nền điều trị tại bệnh viện dã chiến Truyền nhiễm số 2, bệnh viện Quân Y 103. . Tạp chí Y dược học quân sự đặc biệt chuyên đề về Covid 19. 2021.
4. **Trần Văn Giang**. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố tiên lượng tử vong bệnh nhân COVID-19 mức độ nặng, nguy kịch. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022.
5. **Phan Thái Hảo.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân Covid 19 nhập viện. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;517(1).
6. **Darazam IA, Besharati S, Shabani M, Shokouhi S, Fallahzadeh M, Dehbsneh HS, et al.** Clinical and Epidemiological Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in Iran: A hospital-based observational study. Tanaffos. 2021;20(2):156.
7. **Forero-Peña DA, Carrión-Nessi FS, Mendoza-Millán DL, Omaña-Ávila ÓD, Mejía-Bernard MD, Camejo-Ávila NA, et al.** First wave of COVID-19 in Venezuela: Epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics of first cases. Journal of Medical Virology. 2022;94(3):1175-85.
8. **Đỗ Như Bình.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân covid 19 điều trị tại bệnh viện Dã Chiến Truyền nhiễm số 5G. Tạp chí Y Dược học Quân sự. 2022;47(7):68-79.
9. **Nabavi S, Javidarabshahi Z, Allahyari A, Ramezani M, Seddigh-Shamsi M, Ravanshad S, et al.** Clinical features and disease severity in an Iranian population of inpatients with COVID-19. Scientific Reports. 2021;11(1):8731.

NHẬN XÉT SỰ PHÁT TRIỂN VẬN ĐỘNG CỦA TRẺ TỰ KỶ ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA TÂM THẦN TRẺ EM BỆNH VIỆN TÂM THẦN BAN NGÀY MAI HƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Thế Mạnh[1], Nguyễn Thị Thanh Hương[1], Trần Thị Kim Ánh[1]

TÓM TẮT

Rối loạn phát triển vận động là phổ biến và làm trầm trọng hơn cho việc can thiệp và điều trị ở bệnh nhi Tự kỷ. Qua nghiên cứu mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân Tự kỷ tại khoa Tâm thần trẻ em bệnh viện tâm thần ban ngày Mai Hương cho thấy tuổi trung bình là 72,5 ± 18,1. Trong đó có 86% là nam, 14% nữ. Hầu hết trẻ có mức độ tự kỷ trung bình và nặng, điểm CARS trung bình là 37,6 ± 5,5. Chậm phát triển vận động xảy ra ở cả hai là vận động tinh và vận động thô. So với tuổi thực của trẻ, tuổi vận động tinh tương đương là trầm trọng hơn so với vận động thô với p < 0,05 có ý nghĩa thống kê; Kém các vận động phối hợp chiếm tỷ lệ cao (65,5%). Các bất thường về phát triển vận động, vận ngôn đã xảy ra từ sớm. Trong giai đoạn đi vững lúc 17 tháng tuổi có sự mất cân xứng về phát triển: chậm nói (chậm vận ngôn) hơn so với chậm đi (vận động đi vững ở trẻ tự kỷ). Các yếu tố liên quan là Trẻ nữ có chậm phát triển vận động trong 2 năm đầu đời có tỉ lệ cao hơn: Trẻ tự kỷ mức độ nặng hơn hoặc chỉ số IQ (NIQ) thấp có tỷ lệ mắc rối loạn vận động cảm giác cao hơn.

Từ khóa: Tự kỷ, chậm vận động, chậm phát triển trí tuệ

[1]*Bệnh viện Tâm thần Ban ngày Mai Hương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Mạnh
Email: drthemanhvx28082014@gmail.com
Điện thoại: 0989209026
Ngày nhận bài: 16/09/2024
Ngày phản biện khoa học: 21/10/2024
Ngày duyệt bài: 07/11/2024

SUMMARY

REVIEW OF MOTOR DEVELOPMENT OF AUTISTIC CHILDREN TREATED AT THE CHILD PSYCHIATRY DEPARTMENT OF MAI HUONG DAYTIME PSYCHIATRY HOSPITAL IN 2023

Motor development disorders are common and aggravate intervention and treatment in autistic children. Through a cross-sectional descriptive study; retrospective of 58 autistic patients at the Department of Child Psychiatry, Mai Huong Daytime Psychiatric Hospital, the average age was 72.5 ± 18.1. Of which 86% were male, 14% were female. Most children had moderate and severe autism, the average CARS score was 37.6 ± 5.5. Motor development delay occurred in both fine and gross motor. Compared to the actual age of the child, the equivalent fine motor age was more severe than gross motor with p < 0.05 statistically significant; Poor motor coordination accounts for a high proportion (65.5). Abnormalities in motor and speech development occur early. During the steady walking stage at 17 months of age, there is a disproportionate development: slower speech (slow speech) than slower walking (steady walking in autistic children). Related factors are Female children with delayed motor development in the first 2 years of life have a higher rate: Children with more severe autism or low IQ (NIQ) have a higher rate of sensory-motor disorders

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự kỷ là tên gọi tắt và phổ biến chỉ một nhóm rối loạn phức tạp về phát triển sinh học thần kinh, gồm các biểu hiện đặc trưng ở các mức độ khác nhau và kéo dài trong 3 lĩnh vực: khó khăn tương tác xã hội; khiếm khuyết về giao tiếp có lời và không lời; hành vi, sở thích bị thu hẹp và lặp lại. Tự kỷ có nét tương đồng với chậm phát triển tâm thần đơn thuần về phát triển tại một số giai đoạn và lứa tuổi. Hiện nay tại Việt Nam, những mô tả sự phát triển tâm vận động, trí tuệ ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ còn chưa thoả mãn, chưa đủ và còn chưa phong phú.

Khoảng 60-80% trẻ tự kỷ có kèm theo chậm phát triển trí tuệ. Những nghiên cứu về rối loạn tâm vận động ở trẻ Tự kỷ đã chỉ ra về sự chậm trễ từ sớm và phát triển không điển hình về các mô hình phát triển vận động ở trẻ tự kỷ. Các nghiên cứu công bố tỷ lệ khác nhau ở tiêu chí, cỡ mẫu và thang đo lường và áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 58 trẻ được chẩn đoán rối loạn tự kỷ tại khoa Tâm thần trẻ em, bệnh viện tâm thần ban ngày Mai Hương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Chẩn đoán tự kỷ được dựa vào Sổ tay hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần, ấn bản lần thứ tư (DSM - IV) do Hiệp hội tâm thần Mỹ phát hành năm 1994 (mã bệnh 299.00).

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ đã biết chẩn đoán bại não Bệnh não động kinh thoái hóa bị loại trừ,.

- Trẻ có các khuyết tật cơ thể, vận động, các khuyết tật giác quan, u xơ củ Bourneville

- Trẻ mắc bệnh cơ thể nặng, suy dinh dưỡng nặng.

- Hội chứng di truyền: Hội chứng Down, Hội chứng Williams Hội chứng Fragile X, Duchenne Loạn dưỡng cơ, Phelan-McDermid, Hội chứng Prader-Willi và Hội chứng Angelman, Hội chứng Cri du chat...

- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu theo phương pháp chọn toàn bộ trong thời gian nghiên cứu trên trẻ tự kỷ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Phương pháp xử lý số liệu: xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê mô tả các biến số nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa trẻ em, bệnh viện tâm thần ban ngày Mai Hương.

Thời gian nghiên cứu: 6 tháng từ 2/2023-10/2013

Công cụ thu thập số liệu:

Bệnh án nghiên cứu chuyên biệt phù hợp với mục tiêu nghiên cứu dựa trên các tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-IV của Hội tâm thần Mỹ, qua quan sát, khám và phỏng vấn hỏi cha mẹ và những người chăm sóc khác nhằm thu thập thông tin nghiên cứu.

Đo lường mức độ tự kỷ, các vấn đề hành vi, nhận thức của trẻ tự kỷ được thực hiện bằng các trắc nghiệm tâm lý: Thang CARS đánh giá mức độ tự kỷ ở trẻ nhỏ (Childhood Autism Rating Scale); Trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn RAVEN; Trắc nghiệm Denver II.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm tuổi và giới

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
36-48 tháng	4	6,9	2	3,4	6	10,3
48-60 tháng	8	13,8			8	13,8
60-72 tháng	14	24,1	2	3,4	15	27,5
6-10 tuổi	24	**41,3**	4	6,9	26	**48,2**
Tổng	**50**	86,2	8	13,8	**58**	100
Tuổi trung bình (tháng tuổi) (TB ± SD)	**72,5 ± 18,1**					

Nhận xét:

- Trẻ 6-10 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 24 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 48,2 %. Đây là lứa tuổi bắt đầu vào lớp 1, thường được cha mẹ đưa đến điều trị.
- Tỷ lệ nam:nữ là 6,25:1 Khác biệt với $p < 0,05$

Bảng 2: Điểm số thang đánh giá mức độ tự kỷ CARS

Điểm CARS	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
30-35	12	20,7	5	8,6	17	29,3
36-40	28	48,3	1	1,7	29	50
Trên 40	10	17,2	2	6,9	12	20,7
Điểm CARS trung bình	37,6 ± 5,5					

Nhận xét: Điểm CARS phản ánh mức độ tự kỷ ở trẻ: CARS từ 30-35: mức độ nhẹ; CARS từ 36-40: mức độ trung bình; CARS từ 40 trở lên: mức độ nặng. Như vậy, trẻ tự kỷ ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất, khác biệt $p<0,05$.

Bảng 3: Điểm số thang đánh giá mức độ trí tuệ IQ

Điểm NVIQ	Nam (43)		Nữ (3)		Tổng (46)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Dưới 70	37	65,6	3	12,1	**40**	**77,7**
71 - 85	5	10,3	0	1,7	5	12,1
Trên 85	1	5,1	0		1	5,1
Không đánh giá					11	5,1
Tổng	55,8 ±10,4					

Nhận xét: Không có trẻ có IQ cao trên trung bình.

3.2. Đặc điểm tâm vận động ở trẻ tự kỷ

3.2.1. Đặc điểm đặc trưng tự kỷ ở nhóm nghiên cứu

Bảng 4: Các triệu chứng đặc trưng tự kỷ

Nhóm các triệu chứng	Các triệu chứng đặc trưng tự kỷ	Số lượng	Tỷ lệ %
Khiếm khuyết giao tiếp	Hoàn toàn không nói khi giao tiếp	42	72,4
	Biết nói nhưng giảm rõ rệt khả năng khởi đầu hoặc duy trì hội thoại	36	62
	Cách nói rập khuôn, lặp lại, nhại lời hoặc ngôn ngữ khác thường	38	65,5
Khiếm khuyết tương tác	Giảm rõ rệt giao tiếp bằng mắt	50	86,2
	Giao tiếp với nét mặt thờ ơ, không có cử chỉ điệu bộ phù hợp trong tương tác xã hội	44	75,8
Hành vi định hình	Hành vi rập khuôn, lặp lại, (vỗ tay, múa ngón tay, lắc đầu, đung đưa toàn thân...)	36	62

Nhận xét: Giao tiếp mắt là một trong những hạn chế của trẻ tự kỷ (86,2%), ngoài ra trẻ thường gặp khó khăn trong việc di chuyển ánh mắt theo đồ vật đang chuyển động (75,8 %). Trẻ tự kỷ không nói khi giao tiếp chiếm khoảng 72,4%. Hành vi rập khuôn, lặp lại chiếm 62%.

3.2.2. Đặc điểm các mốc phát triển vận động ở nhóm nghiên cứu

Bảng 5: Tương quan về phát triển vận động, ngôn ngữ của đối tượng nghiên cứu

Mốc theo thời gian trước 17 tháng		Số BN	Tỷ lệ (%)
Phát triển vận động	Đi được trước 17 tháng	46	79,3
	Chậm đi vững	12	20,7
Phát triển ngôn ngữ	Bình thường	0	
	Chậm nói: không nói, nói được 1 từ rõ	50	86,2
	Nói vu vơ không có nghĩa	22	37,9

Nhận xét: Trẻ đi vững trước 17 tháng gặp ở 46 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 79,3 % , tỷ lệ chậm nói ở trẻ trong tuổi đi vững là 86,2%. Trẻ có cách nói vu vơ không rõ nghĩa gặp ở 22 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 37,9%.

3.2.3. Đặc điểm vận động ở nhóm nghiên cứu

Bảng 6: Các triệu chứng vận động tinh ở nhóm nghiên cứu (NNC)

Các triệu chứng kém vận động tinh	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhặt bằng ngón cái	38	65,5
Bỏ khối vào cốc	42	72,4
Vẽ nguệch ngoạch	48	82,7
Đổ hạt ra khỏi lọ	46	79,3
Vạch được đường thẳng	38	65,5
Xếp chồng khối	32	55,1
Ngọ ngạch ngón cái	22	37,9
Bắt chước vẽ hình tròn	20	34,4

Bắt chước vẽ đầu người	10	17,2
Vẽ được người ba phần	10	17,2
Chỉ đường thẳng dài hơn	12	20,6
Bắt chước vẽ hình vuông	6	10,3
Vẽ được người sáu phần	0	0
Vẽ được hình vuông	8	13,7

Nhận xét: trẻ điều khiển các cơ bàn tay nhỏ để thực hiện các động tác từ đơn giản đến khó khăn, càng phức tạp khó khăn, đòi hỏi sự kết hợp tinh tế thì số trẻ làm được càng giảm dần. Bỏ khối vào cốc 72,4%; Vẽ nguệch ngoạch 82,7%; Đổ hạt ra khỏi lọ 79,3%, trong khi Bắt chước vẽ hình vuông 10,3%;Vẽ được hình người sáu phần không trẻ nào vẽ được.

Bảng 7: Các triệu chứng vận động thô ở nhóm nghiên cứu

Các triệu chứng kém vận động thô	Số lượng	Tỷ lệ %
Đứng vịn	52	89,6
Tự ngồi lên	54	93,1
Đứng vững 2 giây	50	86,2
Đứng vững một mình	54	93,1
Đi vững	52	89,6
Cúi xuống và đứng lên	50	86,2
Đi giật lùi	30	51,7
Chạy	42	72,4
Bước lên bậc cầu thang	46	79,3
Đá bóng về phía trước	32	55,1
Nhảy tại chỗ	32	55,1
Ném bóng cao tay	16	27,5
Nhảy xa	12	20,6
Đứng một chân 1- 2 - 3- 4 - 5- 6 giây	14	24,1
Nhảy lò cò	12	20,6
Đi nối gót	12	20,6

Nhận xét: Các vận động của các nhóm cơ lớn trên trẻ trong nhóm tuổi của nhóm trẻ nghiên cứu trẻ phục vụ để di chuyển đều thực hiện được: Đứng vịn; Tự ngồi lên; Đứng vững 2 giây; Đứng vững một mình; Đi vững; Cúi xuống và đứng lên; Đi giật lùi; Chạy; Bước lên bậc cầu thang có tỉ lệ cao tương ứng từ 85 đến 93%. Tuy nhiên liên quan đến sự phối hợp các nhóm cơ, thăng bằng làm chủ các hoạt động khó hơn lại rất khó khăn và hạn chế: Nhảy lò cò tỉ lệ 20,6%; Đi nối gót 20,6%

Bảng 8: So sánh tuổi trung bình vận động tương đương với tuổi thực ở nhóm nghiên cứu

Tuổi	Trung bình (TB ± SD)	Cao nhất	P
Tuổi thực	72,5,0 ±18,1	100	p<0,01
Tuổi vận động tinh tương đương trên nhóm nghiên cứu	35,4 ±18,2	70	p<0,05
Tuổi vận động thô tương đương trên nhóm nghiên cứu	51,3 ±24,6	68	p<0,05

Nhận xét: Tuổi vận động tương đương trên nhóm đối tượng nghiên cứu có sự giảm sút đáng kể có ý nghĩa thống kê (P<0,01), so với tuổi trung bình thực của nhóm trẻ nghiên cứu. Có sự chậm trễ đáng kể về phát triển vận động của trẻ tự kỷ trên nhóm nghiên cứu.

3.3. Một số yếu tố liên quan rối loạn tâm vận động ở trẻ tự kỷ trong nhóm nghiên cứu

Bảng 9: Mối liên quan giữa chậm vận động đi vững và chỉ số trí tuệ NVIQ

	IQ dưới 69		IQ trên 70 đến dưới 85		IQ trên 85		Tỷ suất chênh (OR)
	SL	%	SL	%	SL	%	1,45
Đi được trước 17 tháng	31	77,5	5	83,3	1	100	1,74
Đi muộn sau 17 tháng	9	22,5	1	16,7	0	0	p <0,05
Tổng	40	100	6	100	1	100	

Nhận xét: Hầu hết các trì hoãn rối loạn vận động như chậm biết đi vững gặp trên nhóm trẻ tự kỷ nhận thức giảm IQ < 69, có tỷ lệ cao hơn so với nhóm trẻ có IQ cao trên 70. khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 10: Mối liên quan giữa chậm vận động và giới

	Nam (n=50)		Nữ (n=8)		Tổng (N=58)		Tỷ suất chênh (OR)
	SL	%	SL	%	SL	%	
Chậm đi vững	8	16	3	37,5	11	18,9	3,15
Không chậm đi	42	84	5	62,5	47	81,1	P <0,05
Tổng	50	100	8	100	58	100	

Nhận xét: Chậm vận động ở giai đoạn đầu đời, biết đi vững có sự khác biệt có ý nghĩa cao hơn ở nữ giới, 37,5% trẻ tự kỷ nữ có biểu hiện chậm biết đi vững.

Bảng 11: Mối liên quan giữa mức độ tự kỷ và chậm vận động

Điểm số CARS	Không chậm đi vững (47)		Chậm đi vững (11)				Tỷ suất chênh (OR)
	SL	%	SL	%	Tổng	%	3,97
Dưới 40 điểm	39	84,7	7	15,3	46	100	2,73
Từ 40 điểm trở lên	7	14,9	5	45,4	12	100	(p<0,01)
Nhóm NC (58)	46	81,1	12	20,7	58	100	

Nhận xét: Nhóm trẻ tự kỷ có điểm CARS từ 40 điểm trở lên, tức mức độ tự kỷ nặng hơn, thì tỷ lệ chậm đi vững cao hơn rõ rệt so với nhóm trẻ có điểm CARS dưới 40 điểm; cao hơn so với tỉ lệ của toàn bộ đối tượng nghiên cứu là 20,6 % (12/58 bệnh nhân).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, có 58 trẻ từ 3 đến 9 tuổi được chẩn đoán và can thiệp điều trị rối loạn phổ tự kỷ tại Khoa Tâm thần trẻ em, Bệnh viện tâm thần ban ngày Mai

Hương được đánh giá và lập hồ sơ nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ là 6,25/1. Tỉ lệ này cũng tương tự ở các nghiên cứu khác về tỉ lệ phân bố theo giới tính của trẻ tự kỷ là 4-6 trẻ trai/1 trẻ gái. Đa số trẻ có điểm số thang CARS trên 36 điểm (74,4%), tức tự kỷ mức độ trung bình và nặng. Theo các nghiên cứu, trẻ tự kỷ ở mức độ nặng hơn sẽ khó theo được các chương trình giáo dục hòa nhập, những trẻ này cần một chương trình can thiệp đặc biệt được thiết kế riêng dựa trên những đặc điểm riêng của trẻ, bao gồm những khó khăn về ngôn ngữ, giao tiếp, hành vi, nhận thức, những điểm mạnh, sở thích và nhu cầu của trẻ... Việc nghiên cứu về các đặc điểm rối loạn điều hòa vận động, cảm giác góp phần bổ sung các nội dung can thiệp nhằm tạo ra được một chương trình giáo dục cá nhân toàn diện, giúp hỗ trợ trẻ học các kỹ năng mới, giảm thiểu các hành vi thách thức, nâng cao chất lượng sống cho trẻ và gia đình.

Bảng 4 cho thấy tỉ lệ trẻ có chỉ số IQ thấp tương đương với các nghiên cứu về chậm trí tuệ. Khoảng 60-80% trẻ tự kỷ có kèm theo chậm phát triển trí tuệ do sự giảm sút các kỹ năng được thể hiện chủ yếu trong giai đoạn phát triển. Các kỹ năng khả năng nhận thức, ngôn ngữ, vận động và các năng lực xã hội kém hơn trẻ tự kỷ làm trẻ thua thiệt, khó hòa nhập trong môi trường giáo dục bình thường.

Mặt khác, tác giả Tomchek và cộng sự (2007) đã tổng kết các nghiên cứu về trẻ tự kỷ cho thấy hầu như các rối loạn vận động cảm giác đều xuất hiện rõ sau 3 tuổi, vẫn còn chưa nhiều những nghiên cứu trên trẻ trước 3 tuổi. Những công trình nghiên cứu về phát triển vận động của các tác giả trong và ngoài nước đã công bố là có sự chậm trễ và phát triển không điển hình về các mô hình các phát triển vận động dường như xuất hiện từ sớm hơn ở trẻ tự kỷ. Từ kết quả nghiên cứu có thể đưa ra những khuyến cáo sớm về chẩn đoán và giáo dục đặc biệt lồng ghép các biện pháp điều hòa, thúc đẩy vận động cảm giác để nâng cao hiệu quả của can thiệp trẻ tự kỷ.

4.2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Các triệu chứng rối loạn đặc trưng ở trẻ tự kỷ:

Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 6, 3 nhóm triệu chứng đặc trung của trẻ tự kỷ của nhóm nghiên cứu là điển hình, phù hợp với Tự kỷ nặng và tỉ lệ cao những trẻ có rối loạn hành vi.

- Nhóm triệu chứng về suy giảm tương tác xã hội.

Trẻ tự kỷ thiếu giao tiếp mắt, không biết chỉ ngón tay vào đồ vật khi yêu cầu điều gì, thiếu các cử chỉ giao tiếp phi ngôn ngữ thông thường có tỉ lệ là 86,2%. Trẻ thiếu sự đáp ứng về mặt cảm xúc xã hội, thờ ơ với mọi người kể cả người thân có tỉ lệ là 75,2%, thiếu sự chia sẻ niềm vui, hứng thú và ít đáp ứng bằng nụ cười với người khác. Trẻ hay chơi một mình hoặc không biết cách chơi phù hợp với bạn cùng lứa, không biết kết bạn, không biết chia sẻ với bạn.

- Nhóm triệu chứng về suy giảm chất lượng giao tiếp.

Trẻ tự kỷ thường chậm phát triển ngôn ngữ hoặc sử dụng ngôn ngữ khác thường so với trẻ cùng tuổi. Một số trẻ nói được nhưng cách nói của trẻ bất thường, không phù hợp: phát âm rập khuôn, âm vô nghĩa, nhại lời, ít chủ động nói, nói một mình 65,5%. tỉ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của McIntosh và cs (1999) là 51,2%, của Tomchek (2007) là 47.3%. Một số trẻ tự kỷ hoạt động vận ngôn rất kém làm cho trẻ nói rất ít ỏi hay không bao giờ nói được, chiếm khoảng 20-30%.

- Trẻ tự kỷ có thể có các hành vi, động tác bất thường, lặp đi lặp lại như đi kiễng chân, xoay tròn người, nhìn tay, vỗ tay, tự

chơi với bàn tay...Những hành vi, sở thích, thói quen rập khuôn, định hình, thu hẹp có tỉ lệ là 62% là triệu chứng đặc trưng của trẻ tự kỷ, cũng là một thách thức với điều trị vì tồn tại dai dẳng.

4.2.2. Đặc điểm rối loạn phát triển vận động ở trẻ tự kỷ:

Nghiên cứu của Rogers và cs (2003) cho thấy có khoảng 25,1% trẻ có cảm giác bản thể ở ngón tay kém làm cho trẻ khó điều khiển các hoạt động vận động tinh như viết, vẽ, cài khuy quần áo, có thể làm rơi đổ vỡ hoặc phải cố quá nhiều sức lực để nhặt đồ vật lên, điều này dẫn đến trẻ vụng về, thất bại nhiều trong các hoạt động và luôn cảm thấy bất an lo lắng. Kết quả bảng 8 cho thấy có sự suy yếu các năng lực vận động tinh trên trẻ tự kỷ gây ra sự chậm trễ, sự thua kém bạn cùng lứa tuổi về lĩnh vực năng lực này. Do vậy việc can thiệp vận động để huấn luyện các kỹ năng vận động là rất quan trọng và ưu tiên.

Hệ thống tiền đình cung cấp cho não bộ các thông tin về chuyển động và cân bằng, không gian và trọng lực. Bộ phận thu nhận "tín hiệu" được đặt bên trong tai trong. Hệ thống xử lý cảm giác này có trách nhiệm giúp đỡ một cá nhân duy trì sự phối hợp và sự thăng bằng và phát hiện ra sự thay đổi vị trí bộ phận cơ thể. Trẻ tự kỷ có rối loạn tiền đình gặp khó khăn trong việc tích hợp để hiểu về các khái niệm không gian, trọng lực, cân bằng, và các thông tin của sự di chuyển điều này có thể dẫn đến một đứa trẻ bị kém cảm nhận về chuyển động hoặc vượt quá mức cảm nhận về chuyển động, hoặc kết hợp cả hai. Theo bảng 9, với tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 6 tuổi (72,5 tháng), việc di chuyển đi đứng ngồi, đi lên, đi xuống hầu hết trẻ đều thực hiện đủ đáp ứng nhu cầu cá nhân, nhưng việc phối hợp vui chơi: nhảy, ném bóng, nhảy lò cò rất ít trẻ tham gia được tương ứng khoảng 20% trẻ thực hiện được. Các triệu chứng này gặp nhiều hơn ở trẻ tự kỷ lớn, có liên quan tới mức độ nặng của tự kỷ, của chậm phát triển trí tuệ đi kèm. Khả năng thích ứng xã hội của trẻ tự kỷ ngoài năng lực chính giao tiếp ngôn ngữ, tương tác mà còn phụ thuộc vào năng lực vận động khéo léo của đôi tay, sự chuyển động linh hoạt nhịp nhàng của đôi chân và toàn bộ cơ thể.

Theo bảng 10, khi đo lường sự chênh lệch giữa tuổi thực và tuổi vận động tương đương, nhóm nghiên cứu thấy sự khác biệt chậm có ý nghĩa thống kê ở cả 3 giá trị. Kết quả là phù hợp với nghiên cứu của Meghhann lloyd và nhóm tác giả là trẻ tự kỷ trong mỗi nhóm tuổi đều có sự chậm phát triển về nhận thức vận động [4] Theo Meghhann lloyd và nhóm tác giả, thực hiện nghiên cứu từ nhiều nguồn và theo dõi dọc đưa ra kết luận những đứa trẻ khi lớn tuổi hơn có sự chậm trễ đáng kể hơn so với khi trẻ nhỏ, sự khác biệt theo thời gian sẽ đáng kể hơn vì điều khiển của não bộ theo thời gian càng phải gánh vác nhiệm vụ chức năng phù hợp tuổi hơn. Do vậy, kết quả nghiên cứu 58 trẻ với độ tuổi thực trung bình là 72,5 tháng, đo lường vận động tinh, vận động thô trung bình tương đương (35,5 tháng và 51,3 tháng) nói lên có sự chênh lệch, sự chậm trễ rõ rệt theo tuổi về vận động tinh và thô so với tuổi thực của trẻ trong nhóm nghiên cứu là khác biệt ($p<0,05$); nhưng chưa nói lên được sự chậm chễ vận động xấu hơn theo thời gian như trong các nghiên cứu của Meghhann lloyd và Somer L. Bishop [4][5].

4.3. Một số yếu tố liên quan rối loạn phát triển vận động ở trẻ tự kỷ

Theo bảng 7 cho thấy có 18,9 % trẻ có chậm đi vững sau 17 tháng trên nhóm, đây là

kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt không rõ ràng với nhóm tự kỷ và không tự với NVIQ trên 85 trong nghiên cứu của Somer L. Bishop và các tác giả (2016) [5], nghiên cứu 1.185 trẻ (Tự kỷ, không Tự kỷ, có các rối loạn khác) là 13%. Nghiên cứu của Nguyễn Thế Mạnh trên 38 trẻ ADHD trẻ có NVIQ trên mức 85 có tỉ lệ trẻ có chậm đi vững sau 16 tháng là 10,5% [21], tỉ lệ này có sự khác biệt nhưng do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ hơn và tiêu chí chọn mẫu khác nhau. Sự phát triển vận động, đặc biệt là vận động thô thô ở mốc trẻ đi vững là liên quan ít với chỉ số NVIQ ở mức cao trên 85 cũng phù hợp với nghiên cứu của Somer L và các tác giả (2016) [5] .

Theo bảng 12 cho thấy trong nhóm trẻ nghiên cứu có chỉ số NVIQ dưới 70, tỉ lệ chậm vận động đi vững là 22,5 %, có sự khác biệt cao so với tỉ lệ trẻ chậm đi vững ở trên toàn bộ nhóm nghiên cứu; so với nhóm trẻ có NVIQ cao hơn trên 70 là 16,7 % sự chênh lệch là lớn hơn (khác biệt có ý nghĩa thống kê P <0,05). Theo Đinh Đăng Hòe [3] nghiên cứu trẻ CPTTT nhẹ có đến 48% trẻ chậm đi vững sau 17 tháng tuổi, tỉ lệ trẻ chậm đi vững trong nhóm nghiên cứu có khác biệt nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê với p<0.05. Do vậy, ở nhóm trẻ tự kỷ với IQ càng thấp, nhận thức kém có nguy cơ chậm phát triển vận động hơn so với trẻ tự kỷ với IQ cao hơn. Hiện tại các nghiên cứu về rối loạn phát triển lan tỏa trên thế giới đều rất ít đề cập đến liệu giới tính có liên quan tới các vấn đề phát triển vận động ở trẻ tự kỷ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt đáng kể giữa tỷ lệ chậm vận động thô (chậm biết đi vững) giữa trẻ nam và trẻ nữ. Theo bảng 13 phát hiện trong mẫu nghiên cứu tỷ lệ chậm biết đi vững, chậm biết ngồi vững ở trẻ nữ là 37,5% cao hơn rõ rệt với 16 % ở trẻ tự kỷ nam. Giới tính nữ làm tăng nguy cơ chậm đi ở trẻ Tự kỷ. Tuy nhiên, cỡ mẫu nhỏ ý nghĩa thống kê không chắc chắn. Do vậy, vẫn cần, những nghiên cứu với những cỡ mẫu lớn hơn để đưa ra những khuyến cáo phù hợp.

Theo lý thuyết phát triển tâm lý trẻ em, tư duy của trẻ dưới 6 tuổi có thể gọi là tư duy "giác - động". Các kết quả nghiên cứu cho thấy các rối loạn phát triển vận động, cảm giác đều có liên quan đến não bộ, hệ thống điều khiển thần kinh vận động, mức độ tự kỷ: tự kỷ càng nặng, các rối loạn điều hoà cảm giác vận động bản thể, tiền đình, các rối loạn cảm giác cảm nhận bên trong của trẻ tự kỷ càng nhiều; mức độ suy giảm nhận thức trí tuệ càng nặng trẻ càng chậm phát triển vận động. Theo bảng 14 cho thấy tỷ lệ khác biệt về chậm vận động thô ở trẻ có điểm CARS trên 40 điểm là 45,4 % khác biệt cao hơn (p<0,05) so với cả quần thể nghiên cứu là 18,9 % và nhóm trẻ tự kỷ CARS dưới 40 là 15,4%.

V. KẾT LUẬN

- Nghiên cứu thực hiện trên 58 trẻ được chẩn đoán rối loạn tự kỷ, tuổi trung bình là 72,5 ± 18,1. Trong đó có 86% là nam, 14% nữ. Hầu hết trẻ có mức độ tự kỷ trung bình và nặng, điểm CARS trung bình là 37,6 ± 5,5.

- Đặc điểm các rối loạn phát triển vận động ở đối tượng nghiên cứu:

+ Chậm phát triển vận động xảy ra ở cả hai là vận động tinh và vận động thô. Sự chậm chễ về vận động thể hiện trên tuổi vận động tương đương là trầm trọng hơn về vận động tinh so với vận động thô; Kém các vận động phối hợp chiếm tỷ lệ cao (65,5%), Nghiên cứu này chưa làm rõ được sự giảm và chậm phát triển theo thời gian của nhóm đối tượng nghiên cứu.

+ Các bất thường về phát triển vận động, vận ngôn đã xảy ra từ sớm biểu hiện trước khi đi khám nhiều năm, nhiều tháng: Trong giai đoạn đi vững lúc 17 tháng tuổi có sự mất cân xứng về phát triển: chậm nói (chậm vận ngôn) hơn so với chậm đi (vận động đi vững ở trẻ tự kỷ).

- Một số yếu tố liên quan đến rối loạn phát triển vận động:

+ Trẻ nữ có chậm phát triển vận động trong 2 năm đầu đời có tỉ lệ cao hơn

+ Trẻ tự kỷ mức độ nặng hơn hoặc chỉ số IQ (NIQ) thấp có tỷ lệ mắc rối loạn vận động cảm giác cao hơn.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Phổ biến kiến thức về triệu chứng tự kỷ cho cha mẹ, các giáo viên, cán bộ y tế tham gia vào công tác khám, chăm sóc trẻ tự kỷ nhằm phát hiện sớm và can thiệp các rối loạn này. Can thiệp tự kỷ bằng phương pháp phát triển vận động hay tích hợp các hoạt động phát triển vận động cũng như là các hoạt động điều hoà các loại rối loạn điều hòa cảm giá là ưu tiên, không thể thiếu trong các quy trình can thiệp trẻ tự kỷ, cần phải thực hiện thường xuyên liên tục hàng ngày. Những kết quả nghiên cứu, những dấu hiệu lâm sàng sớm về bệnh tự kỷ, hiệu quả can thiệp cần công bố tại cộng đồng và áp dụng vào qui trình can thiệp tại các cơ sở can thiệp điều trị tự kỷ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association (APA)** (1994), "Pervasive developmental disorders" Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-VI), Fourth edition. Washington DC, pp. 433.
2 **Kim Y.S, Leventhal B.L., Koh Y.J et al** (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. Am J Psychiatry. Vol 169 (9), p 904-912.
3. **Đinh Đăng Hoè (2004)**, Chẩn đoán chậm phát triển tâm thần nhẹ, Luận án Tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội, trang 112 - 115.
4. **Meghann Lloyd, Megan MacDonald, and Catherine Lord** (2013), "Motor Skills of Toddlers with Autism Spectrum Disorders" Natioal institute of health-Autism.
5. **Somer L. Bishop, Audrey Thurm, Cristan Farmer, and Catherine Lord** (2016), "Autism Spectrum Disorder, Intellectual Disability, and Delayed Walking" Pediatrics in PubMed Central 7-11-2016
6. **Lê Thị Kim Dung , và nhóm tác giả (2021)**, Đặc điểm phát triển tâm vận động ở trẻ tự kỷ từ 24 tháng đến 72 tháng tuổi; Tạp chí y học Việt nam 6-2021
7. **Thành Ngọc Minh và cs** (2018), Đặc điểm rối loạn điều hòa cảm giác ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ, Tạp chí nghiên cứu và thực hành nhi khoa, số 4 (08-2018).
8. **Sally J.Rogers PhD & Geraldine Dawson PhD** (2010) Mô hình can thiệp sớm Denver cho trẻ tự kỷ: Vũ Thị Mai Anh dịch: Nguyễn Thanh Liêm hiệu đính. Nhà xuất bản trẻ - 2022. p 449-537.
9. **Nguyễn Thế Mạnh (2010)**, Đặc điểm lâm sàng rối loạn tăng động giảm chú ý. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội, trang 39-40.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG BỆNH QUANH RĂNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI KHOA NỘI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM CUBA

Trần Thị Nguyệt Nga[1], Hoàng Anh Tuấn[1], Nguyễn Hồng Nhung[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỉ lệ bệnh quanh răng trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 và tìm hiểu các yếu tố liên quan mắc bệnh răng miệng của bệnh nhân. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang, thăm khám răng miệng cho 35 bệnh nhân bị mắc đái tháo đường typ 2 điều trị nội trú tại khoa Nội bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cu Ba, đánh giá tình trạng diinh dưỡng, xét nghiệm đường máu và HbA1C cho bệnh nhân. Thu thập số liệu, phân loại bệnh quanh răng bệnh nhân mắc phải, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân 61 tuổi, thời gian mắc bệnh trung bình 6,4 năm. Glucose máu lúc đói 15,8 mmol/l. HbA1C 10,8,BMI trung bình 22,4, thói quen đánh răng 1-2 lần 1 ngày 65%. Bệnh nhân không viêm lợi là 6.4%, viêm nhẹ 45.2%, viêm trung bình 45.2%, viêm nặng 3.2%. Bệnh nhân lung lay răng (độ III-IV) chiếm 19.3%, 100% bệnh nhân có cao răng. Túi lợi trung bình-nặng (≥5mm) chiếm 16.1%. Tuổi bệnh nhân và thời gian mắc bệnh đái tháo đường có liên quan đến tình trạng lung lay răng có ý nghĩa thống kê với P < 0,05. **Kết luận:** Tỷ lệ các bệnh quanh răng cao ở bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường typ 2. Tuổi bệnh nhân và thời gian mắc bệnh đái tháo đường có liên quan đến tình trạng răng lung lay của bệnh nhân.

Từ khóa: Đái tháo đường, Bệnh quanh răng

SUMMARY

SURVEY OF PERIODONTAL DISEASE STATUS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL CARE OF VIETNAM CUBA HOSPITAL

Objective: Describe the rate of periodontal disease in patients with type 2 diabetes and study the factors related to oral diseases of patients. **Method:** The study design is cross-sectional, examining the oral health of 35 patients with type 2 diabetes who were inpatients at the Internal Medicine Department of Vietnam Cuba Friendship Hospital, assessing the nutritional status, testing blood sugar and HbA1C for patients. Collecting data, classifying periodontal diseases of patients, analyzing data using SPSS software. **Results:** The average age of patients is 61 years old, the average duration of the disease is 6.4 years. Fasting blood glucose is 15.8 mmol/l. HbA1C is 10.8, average BMI is 22.4, habit of brushing teeth 1-2 times a day is 65%. Patients without gingivitis were 6.4%, mild inflammation was 45.2%, moderate inflammation was 45.2%, severe inflammation was 3.2%. Patients with loose teeth (grade III-IV) accounted for 19.3%, 100% of patients had calculus. Moderate-severe gingival pockets (≥5mm) accounted for 16.1%. Patient age and duration of diabetes were significantly related to loose teeth

[1]*Bệnh viện Việt Nam - Cu Ba*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nguyệt Nga
Email: ntranthinguyetnga@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 23/09/2024
Ngày phản biện khoa học: 28/10/2024
Ngày duyệt bài: 07/11/2024

with P < 0.05. **Conclusion:** The rate of periodontal disease was high in patients with type 2 diabetes. Patient age and duration of diabetes were related to loose teeth.

Keywords: Diabetes, Periodontal disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, tốc độ phát triển của bệnh đái tháo đường đang tăng nhanh trong những năm qua. Đái tháo đường týp 2 đang là một cuộc khủng hoảng trên toàn cầu đe dọa sức khỏe và kinh tế cho tất cả các quốc gia. Tuổi thọ cũng như chất lượng sống của bệnh nhân, đặc biệt ở những người kiểm soát đường máu kém bị giảm sút nghiêm trọng. Không chỉ ảnh hưởng lâu dài tới sức khỏe thông qua tổn thương mạch máu lớn, mạch máu nhỏ, tổn thương thần kinh gây nhiều di chứng mạn tính cho người bệnh [1], bệnh đái tháo đường, đặc biệt nếu kiểm soát kém, có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh nha chu và cuối cùng là mất răng. Mặt khác, ở những người mắc bệnh đái tháo đường, viêm nha chu đồng thời có thể ảnh hưởng xấu đến kiểm soát đường huyết và như vậy cũng làm kéo theo tăng nguy cơ biến chứng như bệnh tim mạch, bệnh võng mạc và bệnh thận [2]. Đây là mối liên quan 2 chiều giữa đái tháo đường và bệnh nha chu. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: ***Mô tả tỉ lệ bệnh quanh răng trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 và tìm hiểu các yếu tố liên quan mắc bệnh răng miệng của bệnh nhân.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường typ 2 vào nhập viện điều trị tại khoa Nội bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cu Ba

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu là tất cả bệnh nhân nhập viện khoa Nội điều trị đái tháo đường typ 2 được khám răng miệng,

2.2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Tính toán dựa vào phần mềm SPSS

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học và hội đồng đạo đức Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cu Ba thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi (TB±SD)		61.26 ± 11.63
BMI trung bình (TB±SD)		22.43 ± 2.88
Thời gian mắc ĐTĐ (TB±SD)		6.45 ± 5.44
Glucose máu đói (TB±SD)		15.81 ± 4.89
HbA1c (TB±SD)		10.82 ± 1.96
Giới	Nam (%)	32.3%
	Nữ (%)	67.7%

Số lần đánh răng	< 1 lần	19.4%
	1 -2 lần	64.5%
	2 – 3 lần	16.1%
	> 3 lần	0%

3.1.1. Phân bố theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Tuổi trung bình là 61.26 ± 11.63 tuổi, nhiều nhất là trên 50 tuổi,chiếm 84%

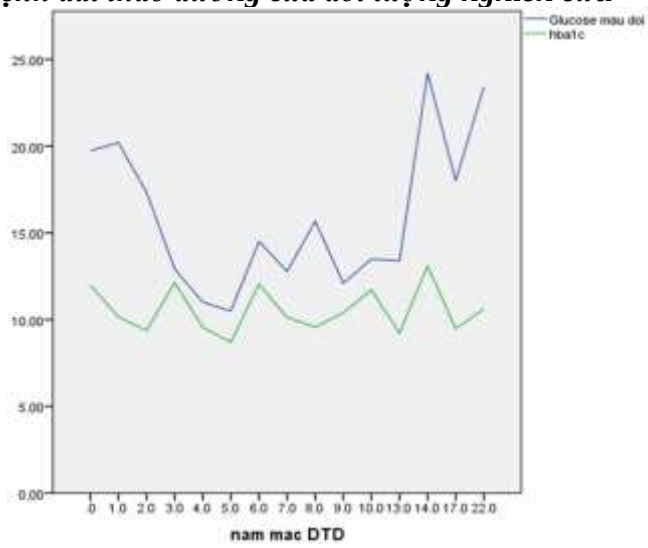
3.1.2. Phân loại BMI

Bảng 3.2. BMI đối tượng nghiên cứu

Phân loại BMI	Nhóm nghiên cứu	
	n	%
< 18.5	3	9.68
18.5 - 23	17	54.83
>23	11	35.49
Tổng	31	100

Chỉ số BMI trung bình 22.43 ± 2.88 kg/m^2 , chỉ số BMI bình thường chiếm 54.83%, thừa cân béo phì là 35.49%.

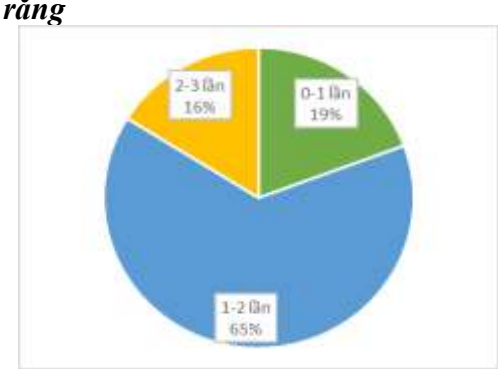
3.1.3. Đặc điểm bệnh đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm bệnh đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh trung bình là 6.45 ± 5.44 năm.

3.1.4. Thói quen đánh răng



Biểu đồ 3.4. Thói quen đánh răng của đối tượng nghiên cứu

Số bệnh nhân đánh răng 1-2 lần/ngày chiếm số lượng nhiều nhất (65%)

3.2. Tỉ lệ có bệnh lý quanh răng

3.2.1. Tình trạng viêm lợi

Bảng 3.3. Tình trạng viêm lợi

Viêm lợi	Nhóm nghiên cứu	
	n	%
Không viêm lợi	2	6.4
Viêm nhẹ	14	45.2
Viêm vừa	14	45.2
Viêm nặng	1	3.2
Tổng	31	100

Có 93.6% bệnh nhân có tình trạng viêm lợi, chủ yếu là viêm nhẹ và vừa chiếm 90.4%

3.2.2. Lung lay răng

Bảng 3.4. Tình trạng lung lay răng

Lung lay răng	Nhóm nghiên cứu	
	n	%
Độ I	8	25.8
Độ II	17	54.8
Độ III	5	16.1
Độ IV	1	3.2
Tổng	31	100

Số bệnh nhân lung lay răng độ I và độ II chiếm đa số (80.6%).

3.2.3. Cao răng

Bảng 3.5. Tình trạng cao răng

Cao răng	Nhóm nghiên cứu	
	n	%
Độ I	4	12.9
Độ II	14	45.2
Độ III	8	25.8
Độ IV	5	16.1
Tổng	31	100

Bệnh nhân bị cao răng độ II tỉ lệ cao nhất với 14 bệnh nhân chiếm 45.2%.

3.2.4. Túi lợi

Bảng 3.6. Tình trạng túi lợi

Túi lợi	Nhóm nghiên cứu	
	n	%
Khỏe mạnh	12	38.7
Viêm nhẹ	14	45.1
Viêm vừa	3	9.7
Viêm nặng	2	6.5
Tổng	31	100

Số bệnh nhân có túi lợi 1-3mm là 12 bệnh nhân, chiếm 38.7%. Viêm nhẹ với túi lợi 3-5mm tỉ lệ 45.1%.

3.2.5. Mối liên quan với tình trạng răng lung lay

Bảng 3.7. Mối liên quan với tình trạng răng lung lay

Đặc điểm	Lung lay răng				p
	Độ I n = 8	Độ II n = 17	Độ III n = 5	Độ IV n = 1	
Tuổi	56.50 ± 10.60	59.47 ± 10.93	72.40 ± 9.24	74	0.047
Thời gian mắc	4.0 ± 4.41	5.65 ± 3.72	11.60 ±8.38	14	0.029
Đường huyết	14.43 ± 4.77	15.24 ± 4.81	18.27 ± 4.05	24.2	0.164
HbA1c (%)	9.51 ± 1.08	11.01 ± 1.92	11.79 ± 2.46	13.1	0.092

Tuổi của bệnh nhân lung lay răng độ I là 56.50 ± 10.60 năm, độ II là 59.47 ± 10.93 năm, độ III là 72.40 ± 9.24 năm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0.047 theo kiểm định ANOVA.

Thời gian mắc đái tháo đường của bệnh nhân lung lay răng độ I là 4.0 ± 4.41 năm, độ II là 5.65 ± 3.72 năm, độ III là 11.60 ±8.38 năm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0.029 theo kiểm định ANOVA.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tối trên 31 bệnh nhân đái tháo cho kết quả như sau:

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 61.26 ± 11.63 tuổi, trong đó 84% các trường hợp có độ tuổi trên 50, tuổi thấp nhất là 28 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 82 tuổi. Trong đó 61-70 tuổi chiếm nhiều nhất. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân đái tháo đường trong nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu khác trong nước.

Tác giả Hoàng Ái Kiên với 130 bn ĐTĐ2 có độ tuổi trung bình là 58.2 ± 9.1 tuổi 8]. Nghiên cứu về tình trạng quanh răng của Giáp Thị Thùy Liên cùng cs cũng trên 156 bệnh nhân ĐTĐ2, lại tập trung chủ lựa chọn bệnh nhân độ tuổi từ 35-55 [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21 bệnh nhân nữ chiếm 67.7%, cao hơn bệnh nhân nam chiếm 32.3%. Kết quả này khác biệt so với các nghiên cứu khác trên bệnh nhân đái tháo đường thực hiện với số mẫu cao hơn.

Nghiên cứu 2011-2013 của Phạm Ngọc Minh tại tỉnh Thái Nguyên tầm soát trên 16282 người, phát hiện 773 nam giới (13,8%) và 1367 nữ giới (12,8%) mắc tiền đái tháo đường. Tuy tỉ lệ nam:nữ trong nhóm

tiền đái tháo đường là 0,57 : 1 nhưng tỉ lệ nam giới mắc tiền đái tháo đường cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là 22.43 ± 2.88 kg/m². Nhóm có BMI bình thường (18.5 ≤ BMI < 23) chiếm 54.8%. Nhóm thừa cân béo phì theo tiêu chuẩn của WHO cho người châu Á (BMI ≥ 23) chiếm 35.5%. Khi so sánh với các nghiên cứu trong nước về bệnh nhân tiền đái tháo đường, ta thấy kết quả khá tương đồng.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Trung Thu về hội chứng chuyển hóa trên 368 bệnh nhân tiền đái tháo đường cho kết quả trung bình BMI là 21,7 ± 2,6 kg/m² [6].

Nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên năm 2018 trên 240 người, kết quả trung bình BMI cũng như tỉ lệ bệnh nhân thừa cân béo phì đều cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [7]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bệnh nhân mắc đái tháo đường trung bình là 6.45 ± 5.44 năm, trong đó có 6 bệnh nhân ĐTĐ mới phát hiện. BN mắc ĐTĐ lâu nhất là 22 năm. Bệnh nhân trong nghiên cứu kiểm soát đường máu kém, với Glucose máu đói trung bình là 15.81 ± 4.89 mmol/L, và HbA1c là 10.82 ± 1.96%. Con số này cao hơn nhiều các nghiên cứu khác.

Nghiên cứu của Hoàng Ái Kiên cùng cs trên Nhóm ĐTĐ có thời gian bệnh trung bình là 7,3 ± 5,52, nồng độ HbA1c trung bình là 7,79 ± 2,4 % [8].

Nghiên cứu bệnh quanh răng trên 156 bệnh nhân ĐTĐ type 2 của Giáp Thị Thùy Liên cùng cs có 40.38% bệnh nhân kiểm soát đường máu tốt với HbA1c < 7% [4].

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có glucose máu đói và HbA1c cao hơn các nghiên cứu khác vì phương pháp chọn mẫu bệnh nhân ĐTĐ nhập viện khi BN đã sử dụng thuốc không hiệu quả hoặc đường máu phát hiện ban đầu cao cần nhập viện điều trị chỉnh đường máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 93.6% bệnh nhân có viêm lợi từ nhẹ đến nặng. 2 bệnh nhân (6.4%) có lợi khỏe mạnh. Trong đó viêm nhẹ và vừa là chiếm nhiều nhất (91.4%). Điều này cũng gần tương đồng với các nghiên cứu trong nước.

Điều tra trên toàn quốc ở Việt Nam 1999-2000 của Trần Văn Trường cùng cộng sự cho thấy trên 95% số người được khám có biểu hiện viêm lợi. Nghiên cứu của tác giả Lương Xuân Tuấn (2012) cũng cho thấy tỷ lệ mắc BQR là rất cao lên đến 98% [8]. Tác giả Nguyễn Thị Hoa (2015) nghiên cứu trên NCT ở tỉnh Thừa Thiên Huế cho thấy tỷ lệ BQR là 86,2%.

Nghiên cứu của Lê Thị Thu Hằng trên 166 sinh viên cho kết quả tương tự với viêm lợi là 88.6%, mức độ viêm ở vùng quanh răng giảm, đặc biệt ở dây chằng quanh răng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 80.7% bệnh nhân có răng lung lay độ I và độ II, còn lại là 6 bệnh nhân (19.3) lung lay răng độ III và IV.

Tương tự với nghiên cứu của Đồng Thị Mai Hương và cs khi có 7/43 (16.3%) bệnh nhân có triệu chứng lung lay răng (độ III, IV).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân đều có cao răng với 4 bệnh nhân cao răng độ I, 14 bệnh nhân cao răng độ II, 8 bệnh nhân cao răng độ III và 5 bệnh nhân cao răng độ IV. Tỉ lệ này là cao hơn so với các nghiên cứu khác trong nước

Nghiên cứu của Lê Thị Thu Hằng và cs trên 166 đối tượng là sinh viên trường Y dược Thái Nguyên cho kết quả tỉ lệ cao về cao răng (95.2%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi. Tình trạng túi lợi 1-3mm là 12 bn chiếm 38.7%. Túi lợi 3-5mm là 14 bn chiếm 45.2%. Túi lợi trung bình và nặng > 5mm là 5 bệnh nhân tương đương 16.1%.Nghiên cứu của Lê Nguyên Bá Thụ cùng cs trên 1350 người cao tuổi có tỉ lệ túi lợi nông là 15%, túi lợi sâu là 10.7% [9].

Theo điều tra sức khỏe toàn quốc năm 2001 của tác giả Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ấn, Trịnh Đình Hải trên 3172 đối tượng từ 18 tuổi trở lên cho kết quả: 92,3% có bệnh quanh răng, 31,8% có túi lợi.

Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân có túi lợi cao hơn. Bệnh nhân không viêm lợi là 6.4%, viêm nhẹ 45.2%, viêm trung bình 45.2%, viêm nặng 3.2%.Bệnh nhân lung lay răng (độ III-IV) chiếm 19.3%,100% bệnh nhân có cao răng. Túi lợi trung bình-nặng (≥5mm) chiếm 16.1%

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân không viêm lợi là 6.4%, viêm nhẹ 45.2%, viêm trung bình 45.2%, viêm nặng 3.2%. Bệnh nhân lung lay răng (độ III-IV) chiếm 19.3%, 100% bệnh nhân có cao răng. Túi lợi trung bình-nặng (≥5mm) chiếm 16.1%

Có mối liên quan giữa mức độ tình trạng lung lay răng với tuổi và thời gian mắc đái tháo đường của bệnh nhân có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần thực hiện kiểm soát đường huyết tốt cho bệnh nhân bị đái tháo đường.

Bệnh nhân đái tháo đường cần được chăm sóc răng miệng tốt. Cần khám răng định kỳ đảm bảo sức khỏe răng miệng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brownlee M.** (2005). The Pathobiology of Diabetic Complications: A Unifying Mechanism. Diabetes, 54(6), 1615–1625.
2. **Preshaw P.M., Alba A.L., Herrera D. và cộng sự.** (2012). Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia, 55(1), 21–31.
3. **Khadka B., Tiwari M.L., Timalsina B. và cộng sự.** (2018). Prevalence and Factors Associated with Microalbuminuria among Type 2 Diabetic Patients : A Hospital Based Study. J Nepal Med Assoc, 56(209), 516–521.
4. **Liên G.T.T., Hưng L., Sơn T.M. và cộng sự.** (2021). Tình trạng vùng quanh răng, mất răng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại mootj số bệnh viện ở Hà Nội năm 2020 - 2021. Tạp Chí Học Việt Nam, 506(1).
5. **Pham N.M. và Eggleston K.** (2016). Prevalence and determinants of diabetes and prediabetes among Vietnamese adults. Diabetes Res Clin Pract, 113, 116–124.
6. **Thu N.T.T. và Bình T.Q.** (2017). Hội chứng chuyển hóa và yếu tố nguy cơ ở người trung niên bị tiền đái tháo đường. Khoa Học Tự Nhiên Và Công Nghệ, 33(1), 67–73.
7. **Kiên N.T.** (2018). Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ và một số biến chứng ở bệnh nhân tiền đái tháo đường. Vietnam Med J, 463(1), 28–31.
8. **Kiên H.Á., Hồng N.T., và Thảo N.T.T.** Liên quan giữa tình trạng nha chu và bệnh đái tháo đường tyl 2. 4.
9. **Thực trạng sức khỏe răng miệng và đánh giá hiệu quả can thiệp chăm sóc răng miệng ở người cao tuổi tại Đắk Lắk.** <https://sdh.hmu.edu.vn/news/cID312_thuc-trang-suc-khoe-rang-mieng

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN LOÃNG XƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH TRÊN 40 TUỔI KHÁM TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG ANH 2023

Vũ Thị Hà[1], Phạm Thị Hương Quế[1], Nguyễn Thanh Hà[1], Nguyễn Thị Quế[1], Trần Thị Vân Anh[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loãng xương là vấn đề ngày càng được quan tâm do ước tính ảnh hưởng đến 200 triệu người trên toàn thế giới. Theo hiệp hội loãng xương thế giới, tới năm 2050, toàn thế giới sẽ có tới 6,3 triệu trường hợp gãy cổ xương đùi do loãng xương, và 51% số này sẽ ở các nước châu Á. Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng 102.000 nữ và 67.000 nam gãy xương, trong số này, số ca gãy cổ xương đùi là 19.000 nữ và 7.000 nam. Hàng năm chi phí cho loãng xương ở Mỹ là 17,9 tỷ USD, ở Úc là 7,4 tỷ USD, ở Châu Âu là 350 triệu euro. Mức độ thiệt hại kinh tế này còn lớn hơn chi phí cho các bệnh như tim mạch, ung thư và bệnh hen. Góp phần hỗ trợ tư vấn giáo dục sức khỏe giúp bệnh nhân hiểu và có kiến thức phòng loãng xương chúng tôi thực hiện nghiên cứu đo mật độ xương cho các đối tượng trên 40 tuổi giúp phát hiện sớm và điều trị kịp thời hạn chế biến chứng cho bệnh nhân.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở người bệnh trên 40 tuổi khám tại khoa khám bệnh - bệnh viện đa khoa Đông Anh 2023

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 430 bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên ở cả hai giới đến khám tại Khoa Khám bệnh từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2023, có đo mật độ xương, chưa điều trị loãng xương trước đó, tự nguyện tham gia nghiên cứu và được phỏng vấn theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

Kết quả: Nghiên cứu rút ra được kết quả sau: Tỷ lệ loãng xương bệnh nhân trên 40 là 48,8%. Nam chiếm 17,2% và nữ chiếm tỷ lệ 82,8%. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu $\bar{X}$= 56,02±10,6, tỷ lệ loãng xương càng tăng lên ở nhóm tuổi cao hơn. Hoạt động thể lực đều đặn duy trì thời gian dài giúp giảm nguy cơ loãng xương. Đối với những người có mắc bệnh mạn tính tỷ lệ loãng xương cao hơn với những người không có bệnh. Tình trạng loãng xương có liên quan đến nghề nghiệp, trình độ học vấn, thời gian mãn kinh, số lần sinh con ≥ 3 lần.

[1]*Khoa khám bệnh – Bệnh viện Đa Khoa Đông Anh*

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hà

Email: bsha489@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/09/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2024

Ngày duyệt bài: 31/10/2024

SUMMARY

THE SITUATION OF AND SOME FACTORS RELATED TO OSTEOPOROSIS IN PATIENTS OVER 40 YEARS OLD EXAMINED AT OUTPATIENT DEPARTMENT IN DONG ANH GENERAL HOSPITAL 2023

Rationale: Osteoporosis is a growing concern as it is estimated to affect 200 million people worldwide. According to the World Osteoporosis Association, by 2050, there will be 6.3 million cases of femoral neck fractures due to

osteoporosis worldwide, and 51% of these will be in Asian countries. In Vietnam, it is estimated that each year there are about 102,000 women and 67,000 men with bone fractures, the number of femoral neck fractures is 19,000 women and 7,000 men. The annual cost of osteoporosis in the US is 17.9 billion USD, in Australia it is 7.4 billion USD, in Europe it is 350 million euros. This level of economic loss is greater than the costs of diseases such as cardiovascular disease, cancer and asthma. Contributing to supporting health education consultation to help patients understand and have knowledge about osteoporosis prevention, we conduct research to measure bone density for subjects over 40 years old to help early detection and timely treatment limit complications evidence for patients.

Objectives: To describe the situation of and some factors related to osteoporosis in patients

examined at Dong Anh General Hospital in Ha Noi 2023.

Subjects and research methods: A cross sectional study was conducted in 430 patients over 40 years old who had their bone density measured with no osteoporosis treatment before and voluntarily participated in the study and questionnaire interviews. This study begins from March to September 2023.

Results: The rate of osteoporosis in patients over 40 is 48,8%. Men account for 17.2% and women account for 82.8%. The age group of the study subjects $\bar{X}$= 56.02±10.6, the rate of osteoporosis increases in older age groups. Regular physical activity maintained over a long time helps reduce the risk of osteoporosis. Patients with chronic diseases, the rate of osteoporosis is higher than for patients without the disease. Osteoporosis is related to occupation, education level, time of menopause, and number of births ≥ 3 times.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh lý của xương, được đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương kèm theo hư biến cấu trúc của xương, dẫn đến tăng tính dễ gãy của xương, tức là có nguy cơ gãy xương. Loãng xương là vấn đề ngày càng được quan tâm do ước tính ảnh hưởng đến 200 triệu người trên toàn thế giới. [1]. Loãng xương là vấn đề ngày càng được quan tâm do ước tính ảnh hưởng đến 200 triệu người trên toàn thế giới. Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng gây loãng xương và gãy xương như: Tuổi, chiều cao, cân nặng, chế độ sinh hoạt, sử dụng thuôc chứa corticoid kéo dài, thay đổi hormon, tiền sử gia đình, tiền sử té ngã, mắc một số bệnh lý ảnh hưởng đến mật độ xương như: Viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ..

Từ năm 2002 các hội nghị về loãng xương đã thống nhất quan điểm về giá trị của các loại máy đo mật độ xương; máy siêu âm định lượng chỉ có giá trị tầm soát, chỉ có máy sử dụng tia X năng lượng kép được gọi là DEXA mới có giá trị chẩn đoán. Ở Việt Nam, đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các phương pháp điều trị loãng xương. Tuy nhiên, loãng xương là bệnh lý thầm lặng, biểu hiện bệnh chỉ xảy ra khi xuất hiện gãy xương. Chính vì vậy tiến hành tầm soát loãng xương góp phần tăng cường hiệu quả dự phòng, tư vấn sức khỏe cũng như điều trị giúp người bệnh có thêm hiểu biết về loãng xương làm giảm các biến chứng về sau. Bệnh viện đa khoa Đông Anh đã tiến hành triển khai máy đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA nên chúng tôi thực hiện đề tài ***"Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở người bệnh trên 40 tuổi khám tại khoa khám bệnh Bệnh viện đa khoa Đông Anh 2023"***

Trên cơ sở kết quả nghiên cứu đề xuất các biện pháp hữu hiệu với mong muốn góp phần phát hiện sớm tư vấn và điều trị bệnh kịp thời cho bệnh nhân.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Đánh giá thực trạng loãng xương của người bệnh trên 40 tuổi khám tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện đa khoa Đông Anh năm 2023.

- Nhận xét một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở người bệnh trên 40 tuổi khám tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện đa khoa Đông Anh năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 40 tuổi.
- Có đo mật độ xương.
- Chưa điều trị loãng xương trước đó
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

-Bệnh gan thận mạn, bệnh Kahler, K di căn xương.

-Bệnh nhân không có khả năng đi lại, bệnh nhân suy tim NYHA 4

-Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Lấy mẫu thuận tiện những người bệnh đúng tiêu chuẩn lựa chọn, cho đến khi đủ cỡ mẫu. Mỗi đối tượng chỉ được lấy số liệu một lần trong suốt quá trình thu thập số liệu.

2.2.2. Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2}\frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy ở ngưỡng xác suất α = 5% thì Z =1,96

p: là tỷ lệ bệnh trong quần thể, chúng tôi lấy kết quả nghiên cứu của Võ Thị Thanh Hiền (2020) tỷ lệ loãng xương là 54.3% [2] nên chọn p = 0,543

d: Sai số mong muốn (ước tính là 5%) lấy d = 0,05

Áp dụng công thức trên tính được n = 381 bệnh nhân.

Chúng tôi lấy n = 430 bệnh nhân.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

* Đặc điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu: Tỷ lệ loãng xương chung, Tuổi, Giới, Nghề nghiệp, BMI, Trình độ học vấn.

* Mối liên quan của loãng xương với:

- Tuổi, giới, BMI, nghề nghiệp, trình độ học vấn, hoạt động thể lực, mắc bệnh mạn tính kèm theo, thời gian mãn kinh và số con đã sinh ở nữ.

2.4. Quy trình tiến hành nghiên cứu

- Khám lâm sàng lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu

- Chỉ định đo mật độ xương

- Khai thác thông tin hành chính và bệnh sử theo mẫu bệnh án nghiên cứu

- Điền kết quả đo chỉ số mật độ xương vào bệnh án nghiên cứu

2.5. Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu

- Tuổi: Phân thành 4 nhóm tuổi 40-49, 50-59, 60-60 và ≥70

- Bệnh mạn tính: bệnh lý tuyến giáp,tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD thời gian sử dụng corticoid kéo dài là đối tượng được lựa chọn đưa vào nghiên cứu.

- Nghề nghiệp: Phân ra 5 nhóm nghề Nông dân, công nhân, hưu trí, hành chính và nhóm nghề khác.

- Trình độ học vấn: Phân ra học vấn mức độ tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ

thông và trung cấp trở lên.

- Thời gian mãn kinh: Chia 4 nhóm <5 năm , 5- < 10 năm, 10- < 15 năm, ≥15 năm.

- Số con đã sinh: Chia 2 nhóm <3 con, ≥ 3 con.

- Cân nặng, chiều cao: Phân loại và đánh giá chỉ số khối cơ thể BMI.

- Hoạt động thể lực: Thường xuyên: tập thể dục ≥ 30 phút/ngày, 5 ngày/tuần; tương đương 150 phút/tuần, không bỏ tập > 2 ngày. Không thường xuyên: < 30 phút/ngày hoặc không đủ 5 ngày/tuần hoặc không tập luyện được xác định là không có hoạt động thể lực.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

2.6.1. Công cụ thu thập số liệu

- Bộ câu hỏi phỏng vấn theo bộ câu hỏi thống nhất bao gồm các chỉ số và biến số để tìm hiểu về thực trạng

- Đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép.

2.6.2. Phương pháp thu thập số liệu

* Thăm khám lâm sàng và đánh giá kết quả.

- Cân nặng; Chiều cao

- BMI: Được tính theo công thức:

BMI = m/h2; m: Cân nặng (kg); h: Chiều cao (m)

Phân loại BMI: Sử dụng phân loại BMI theo tiêu chuẩn năm 2000 của WHO dành cho các nước Châu Á Thái Bình Dương.

+ Gầy: BMI < 18,5 kg/m2; Bình thường: 18,5 ≤BMI ≤22,9 kg/m2; Thừa cân và béo phì: BMI ≥23 kg/m2

* Đo mật độ xương

- Thiết bị đo: Bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (Dual energy Xray absorptiometry - DXA).

- Vị trí đo tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi.

+ Đánh giá mật độ xương theo tiêu chuẩn của WHO năm 1994

Bình thường: Mật độ xương ≥ -1

Khối lượng xương thấp: Mật độ xương từ -1 đến -2,5

Loãng xương: Mật độ xương ≤ -2,5

2.7. Sai số và cách hạn chế

- Sai số lớn nhất có thể gặp trong nghiên cứu này là người bệnh không đưa thông tin thật sẽ làm sai lệch kết quả.

- Khống chế sai số:

+ Thiết kế bộ câu hỏi phỏng vấn rõ ràng, dễ hiểu.

+ Tập huấn cho điều tra viên là cán bộ y tế để lấy số liệu thống nhất.

+ Giải thích rõ cho người bệnh về mục tiêu nghiên cứu, tính bảo mật, quyền từ chối hoặc dừng tham gia trả lời phỏng vấn.

+ Giám sát quá trình thu thập số liệu nghiên cứu.

+ Kiểm tra ngẫu nhiên 30 phiếu thu thập thông tin, nếu chưa đạt tiêu chuẩn đề nghị làm lại.

+ Làm sạch số liệu trước khi tiến hành phân tích

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu và xử lý số liệu trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS16,0.

- Tính giá trị lớn nhất, nhỏ nhất, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, các tỷ lệ phần trăm.

- Dùng thuật toán $\chi 2$ để so sánh các tỷ lệ quan sát, dùng test T-student để so sánh các giá trị trung bình, sự khác biệt khi $p < 0,05$

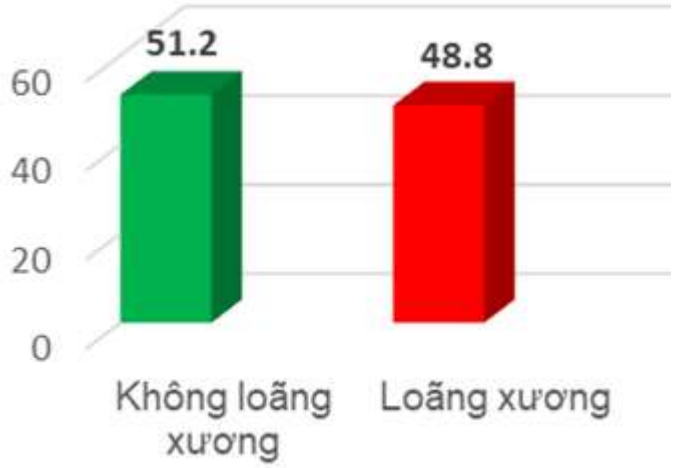
2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Ban giám đốc, hội đồng khoa học Bệnh viện đa khoa Đông Anh, lãnh đạo Khoa khám bệnh.

- Các bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật. Dữ liệu thu thập chỉ phục vụ cho nghiên cứu và chẩn đoán, giúp cho việc điều trị bệnh được tốt hơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng loãng xương ở đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ loãng xương chung của đối tượng nghiên cứu (n = 430)

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương chung của đối tượng nghiên cứu chiếm 48,8%

3.2. Một số yếu tố liên quan đến loãng xương đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Mối liên quan giữa loãng xương với tuổi (n = 430)

Mật độ xương / Nhóm tuổi	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
40 - 49	20	15,2	112	84,8
50 - 59	65	50	65	50
60 - 69	80	66,7	40	33,3
≥ 70	45	93,8	3	6,2
Tổng N (%)	210	48,8	220	51,2
P< 0,01				

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương tăng lên ở nhóm tuổi cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Bảng 2. Mối liên quan giữa loãng xương với hoạt động thể lực (n = 430)

Mật độ xương / Hoạt động thể lực	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Có	75	38,9	118	61,1
Không	135	57	102	43
Tổng N (%)	210	48,8	220	51,2
P< 0,01				

Nhận xét: Tỷ lệ loãng của những người có hoạt động thể lực thấp hơn người không hoạt động thể lực. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Bảng 3. Mối liên quan giữa loãng xương với bệnh mạn tính (n = 430)

Mật độ xương / Bệnh mạn tính	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Có	60	60,6	39	39,4
Không	150	45,3	181	54,7
Tổng N (%)	210	48,8	220	51,2
P< 0,01				

Nhận xét: Tỷ lệ loãng của những người có bệnh mạn tính kèm theo cao người không mắc bệnh mạn tính. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,01.

Bảng 4. Mối liên quan giữa loãng xương với nghề nghiệp (n = 430)

Mật độ xương / Nghề nghiệp	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Công nhân	15	18,8	65	81,2
Nông dân	114	53,3	100	46,7
Hưu trí	69	75,8	20	24,2
Hành chính	5	11,1	15	88,9
Khác	7	37	20	73
Tổng N (%)	210	48,8	220	51,2
P<0,05				

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương ở các nhóm nghề nghiệp là khác nhau, cao nhất ở nhóm hưu trí (75,8%) và thấp nhất ở nhóm hành chính (11,1%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

Bảng 5. Mối liên quan giữa loãng xương với trình độ học vấn (n = 430)

Mật độ xương / Trình độ học vấn	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Tiểu học	18	75	6	25
Trung học cơ sở	116	51,3	110	48,7
Trung học phổ thông	63	45,3	76	54,7
Trung cấp trở lên	13	31,7	28	68,3
Tổng N (%)	210	48,8	220	51,2
P<0,01				

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương cao hơn ở nhóm có trình độ học vấn thấp hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01

Bảng 6. Mối liên quan giữa loãng xương với thời gian mãn kinh ở ĐTNC nữ (n = 231)

Mật độ xương / Thời gian mãn kinh	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
<5	23	10	23	10
5-<10	45	19,2	23	9,8
10-<15	47	20,8	17	7,2
≥15	52	22,5	1	0,5
Tổng N (%)	167	72,5	64	27,5
P<0,01				

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương tăng ở các nhóm mãn kinh thời gian dài, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,01.

Bảng 7. Mối liên quan giữa loãng xương với số con sinh ở ĐTNC nữ (n = 356)

Mật độ xương / Số con sinh	Loãng xương		Không loãng xương	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
< 3con	127	42,4	173	57,6
≥ 3con	47	83,9	9	16,1
Tổng N (%)	174	48,9	182	51,1
P<0,01				

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương ở nữ sinh ít hơn 3 con là 42,4%, sinh từ 3 con trở lên là 83,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,01.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng loãng xương ở bệnh nhân trên 40 tuổi

Tỷ lệ loãng xương theo nghiên cứu của chúng tôi là 48,8% (Biểu đồ 3.1), thấp hơn của Võ Thị Thanh Hiền (2021) nghiên cứu 720 phụ nữ đến khám tại Bệnh viện đa khoa Nghệ An năm 2021 là 54,3%[3], Hoàng Thị Bích (2014) nghiên cứu 650 phụ nữ ≥ 60 tuổi tỷ lệ loãng xương là 69,1%[6], thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) nghiên cứu 988 phụ nữ trên 50 tuổi tỷ lệ loãng xương là 58,4%[4]. Do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả nam giới độ tuổi trên 40. Ngoài ra theo nhiều chuyên gia loãng xương tại Việt Nam: Lý do cần sử dụng giá trị tham chiếu cho người Việt (tính giá trị T-score cho người Việt Nam). Như vậy, có thể giải thích cho sự khác nhau về tỷ lệ loãng xương trong nghiên cứu của chúng tôi và một số tác giả trong nước.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến loãng xương

4.2.1. Liên quan tuổi với loãng xương

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ loãng xương của các đối tượng nghiên cứu gia tăng theo tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ loãng xương càng tăng. Cho đến nay đã có nhiều nghiên cứu chứng tỏ số tuổi tỷ lệ nghịch với mật độ xương. Loãng xương tuổi già xuất hiện ở cả nam và nữ thường trên 70 tuổi, đây là hậu quả của sự mất xương từ từ trong nhiều năm [4]. Mật độ xương sẽ giảm đi cả ở cột sống thắt lưng và cổ xương đùi. Kết quả này tương tự như kết quả Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015) [5], Hoàng Thị Bích (2014) [6], Hồ Phạm Thục Lan (2011) [7], Đặng Nguyễn Trung An [8].

4.2.2. Liên quan tình trạng mãn kinh và số lần sinh con với loãng xương

Tình trạng mãn kinh

Mãn kinh làm suy giảm nồng độ estrogen ảnh hưởng đến mật độ xương. Tổng số 231 phụ nữ mãn kinh và 165 người có loãng xương chiếm 71,4%. Có sự khác biệt giữa mật độ xương giữa các nhóm phân loại, tỷ lệ loãng xương càng cao khi thời gian mãn kinh càng dài, nhóm dưới 5 năm tỷ lệ loãng xương thấp nhất 10,3%, nhóm 5-10 năm 19,4 % và cao nhất trên 15 năm 21%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01 (Bảng3.6). Nhiều nghiên cứu chỉ ra số năm mãn kinh ảnh hưởng đến mật độ xương Hồ Phạm Thục Lan và cộng sự (2011) [7].

Số lần sinh con

Trong nghiên cứu của chúng tôi những người sinh con ≥ 3 lần có nguy cơ loãng xương cao hơn (Bảng 3.7). Nhiều tác giả có

kết quả tương tự Lê Thị Hằng (2022) [9] Đặng Thị Hải Yến [10] Quá trình mang thai là một yếu tố kích thích làm thay đổi hoạt động của nội tiết tố nữ do vậy làm ảnh hưởng đến chu chuyển xương. Phụ nữ sinh nhiều con sẽ ảnh hưởng tới quá trình chuyển hóa canxi do có sự dịch chuyển canxi từ mẹ sang con trong suốt quá trình mang thai và cho con bú. Do đó nếu không bổ sung đủ lượng canxi cần thiết theo từng giai đoạn những phụ nữ sinh nhiều con sẽ có nguy cơ loãng xương cao.

4.2.3. Liên quan tình trạng mắc bệnh lý mạn tính và hoạt động thể lực với loãng xương

Tình trạng mắc bệnh lý mạn tính

Tỷ lệ loãng xương ở nhóm có bệnh mạn tính là 60,6%, nhóm không có bệnh mạn tính là 48,8%. Võ Thị Thanh Hiền (2020) [2] những người sử dụng corticoid kéo dài có nguy cơ bị loãng xương cao hơn gấp 1,88 lần so với người bình thường. Hồ Phạm Thục Lan, Phạm Ngọc Hoa và Lại Quốc Thái (2011) [7] sử dụng corticoid kéo dài làm tăng nguy cơ loãng xương, Trần Nguyên Phú (2012) [36] ở những bệnh nhân mắc bệnh mạn tính về đường ruột, cường giáp tỷ lệ mắc loãng xương cao. Lê Thị Hằng (2022) [9] những phụ nữ bị đái tháo đường có tỉ lệ loãng xương là 73,9%, cao hơn so với tỷ lệ loãng xương của nhóm phụ nữ không bị đái tháo đường (37,5%).

Hoạt động thể lực

Trong tổng số 430 người số người có hoạt động thể lực chiếm 44,8%, không hoạt động thể chiếm 55,2%. Tỷ lệ loãng xương ở nhóm có hoạt động thể lực là 38,9%, nhóm không có hoạt động thể lực là 57%, hoạt động thể lực phù hợp làm giảm nguy cơ loãng xương. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$. Võ Thị Thanh Hiền (2020) [2] những người không tập luyện thể dục ở nhóm loãng xương cao hơn nhóm không loãng xương và những người không tập luyện có nguy cơ bị loãng xương cao gấp 3,25 lần người bình thường. Lê Thị Hằng (2022) [9] những người không hoạt động thể lực có nguy cơ loãng xương tại cột sống thắt lưng nhiều gấp 3,7 lần so với những người có hoạt động thể lực.

4.2.4. Liên quan trình độ học vấn và nghề nghiệp với loãng xương

Nghề nghiệp tĩnh tại hoặc hoạt động thể lực nhiều nặng nhọc có ảnh hưởng đến mật độ xương. Hoạt động mức độ phù hợp gia tăng sức mạnh của xương làm giảm quá trình mất xương. Đây cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến mật độ xương của đối tượng nghiên cứu. Bên cạnh đó người có trình độ học vấn thấp thường ở vùng nông thôn, kiến thức dinh dưỡng của họ ít, họ không cung cấp đủ lượng trứng sữa cũng như thức ăn giàu canxi cho bữa ăn hằng ngày. Hơn thế nữa, người ở nông thôn thường đông con, điều này góp phần làm tăng nguy cơ loãng xương. Suzanne Ho, Yu – ming chen and Jean L.F Woo (2005) [11], Varenna M, Binelli L, Zucchi F, và cộng sự (1999) [12] cho kết quả trình độ học vấn thấp liên quan đến tỷ lệ loãng xương. Varenna M, Binelli L, Zucchi F, và cộng sự (1999).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 430 bệnh nhân trên 40 tuổi đến khám và kiểm tra sức khỏe tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

+ Tỷ lệ loãng xương chung là 48,8%,

+ Yếu tố liên quan:

- Tuổi: tuổi càng cao tỷ lệ loãng xương càng tăng.

- Thời gian mãn kinh: Tỷ lệ loãng xương tăng dần theo thời gian mãn kinh (5 năm trở xuống chiếm 50%; từ 5-<10 năm chiếm 66,2%; từ 10 - <15 năm chiếm 71,9%, từ 15 năm chiếm 98%).

- Phụ nữ sinh ≥ 3 con có nguy cơ mắc loãng xương cao hơn phụ nữ sinh < 3 con.

- Hoạt động thể lực phù hợp làm giảm nguy cơ loãng xương.

- Nguy cơ loãng xương ở những người mắc bệnh mạn tính cao hơn người không mắc bệnh mạn tính.

- Ngành nghề ít hoạt động hoặc hoạt động nặng nhọc nhiều có nguy cơ loãng xương cao hơn.

- Trình độ học vấn càng cao tỷ lệ loãng xương càng giảm.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần quan tâm hơn những đối tượng bệnh nhân trên 40 tuổi, đặc biệt những người mắc bệnh mạn tính có nguy cơ cao mắc loãng xương, tư vấn và chỉ định đo mật độ xương giúp phát hiện và điều trị bệnh từ sớm tránh biến chứng.

Việc tư vấn dùng thuốc đúng cách, từ bỏ các thói quen xấu xây dựng thời gian biểu và chế độ vận động phù hợp với lứa tuổi giúp tăng cường chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Xuyên** (2014). Bệnh loãng xương. Bộ Y Tế
2. **Võ Thị Thanh Hiền, Đinh Thị Thanh Mai, Thái Văn Chương và cộng sự.** (2020). Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới loãng xương ở phụ nữ đến khám tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2020. Công trình nghiên cứu y học trường Đại học y dược Hải Phòng.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2009), Chương 4: các bệnh về xương, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam
4. **Nguyễn Thị Ngọc Lan và các cộng sự.** (2015), "Khảo sát yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ Việt Nam từ 50 tuổi trở lên và nam giới từ 60 tuổi trở lên", Tạp chí Nghiên cứu y học. 75(5), tr. 91-98.
5. **Hoàng Thị Bích, Nguyễn Thị Ngọc Lan và Hoàng Hoa Sơn** (2014), "Khảo sát yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ mãn kinh từ 60 tuổi trở lên", Tạp Chí Nội Khoa, tr. 185 - 190.
6. **Tào Minh Thúy và Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2013), "Khảo sát các yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ miền Bắc Việt Nam từ 50 tuổi trở lên", Tạp chí Nội khoa, tr. 243 -249.
7. **Hồ Phạm Thục Lan, Phạm Ngọc Hoa và Lại Quốc Thái** (2011), "Chẩn đoán loãng xương: ảnh hưởng của giá trị tham chiếu", Thời Sự Y Học. 57 (1 và 2).
8. **Đặng Nguyễn Trung An** (2015), "Nghiên cứu tình hình loãng xương và một số yếu tố liên quan ở người nữ trên 45 tuổi tại Quận Thủ Đức Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2014", Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế- ĐH Huế.
9. **Lê Thị Hằng, Nguyễn Thị Phương Thủy.** "Loãng xương nguyên phát ở phụ nữ sau mãn kinh". Tạp chí Y học Việt Nam tập 520- số 1A, tr 227.
10. **Đặng Thị Hải Yến, Đặng Văn Chính** (2014), "Xác định tỷ lệ loãng xương và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ ≥ 50 tuổi tại Thành phố Vũng tàu, Bà Rịa - Vũng Tàu", Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 18, Phụ bản của số 6, tr. 134 - 140.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG HẠ ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG ANH NĂM 2023

Nguyễn Thị Tâm[1], Nguyễn Thanh Ban[1], Nguyễn Thị Tươi[1], Dương Thị Hải Yến[1]

TÓM TẮT[20]

Hạ đường huyết (HĐH) là một biến chứng nguy hiểm và phổ biến ở bệnh nhân đái tháo đường. Qua nghiên cứu mô tả cắt ngang 68 bệnh nhân đái tháo đường týp 2 được chẩn đoán hạ đường huyết tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện đa khoa Đông Anh cho thấy: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,12± 8,88 tuổi, thời gian xuất hiện hạ đường huyết là buổi chiều-tối (39,7%) và buổi đêm – sáng sớm(32,4%). Đa số bệnh nhân vào có triệu chứng hạ đường huyết nặng(60,3%) có cả triệu chứng thần kinh và thực vật. Các triệu chứng hay gặp là vã mồ hôi, lơ mơ, ngủ gà và hôn mê. Hạ đường huyết chủ yếu tập trung ở nhóm có nồng độ đường huyết từ 1,5- 2,8 mmol/l, có sự khác biệt về nồng độ đường huyết giữa nhóm HĐH ngoài bệnh viện và trong bệnh viện với p < 0,05 có ý nghĩa thống kê. 52,9% bệnh nhân HĐH có hạ Kali máu; có sự liên quan giữa nồng độ kali máu với các mức độ hạ đường huyết. Các yếu tố liên quan là thời gian mắc bệnh, tiền sử HĐH trước đó, các bệnh lý phối hợp, sử dụng insulin không hợp lý và chế độ ăn uống, sinh hoạt.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Đông Anh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm
Email: nguyentam.bvda@gmail.com
Ngày nhận bài: 01/10/2024
Ngày phản biện khoa học: 31/10/2024
Ngày duyệt bài: 14/11/2024

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF HYPOGLYCEMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES TREATED AT THE GENERAL INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT OF DONG ANH GENERAL HOSPITAL IN 2023

Hypoglycemia is a variable dangerous and common symptoms in the diabetes patients. Cross-sectional descriptive study in 68 type 2 diabetes patients diagnosed with hypoglycemia at Internal Medicin Department of General Hospital Dong Anh shows: Average age of the patients is 65.12± 8.88 years old, period Hypoglycemia appears in the afternoon (39.7%) and late at night and early morning (32.4%). Most patients come in with symptoms severe hypoglymia (60.3%) had the neurological and vegetative symptoms. The common symptoms include sweating, drowsiness and coma. Hypoglycemia mainly concentrated in the group with blood sugar levels from 1.5- 2.8 mmol/l, there is a difference in concentration blood sugar levels among the non group hospital and in hospital with p< 0.05 (statistically significant). 52.9% of patients has hypokalimia; there is relevance between blood potassium concentration and level of hypokalemia blood sugar. Relevant factors include time disease duration, previous history of hypoglycemia, co-morbidities, insulin use unreasonable and condemns eating, and living activities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong ba bệnh không lây nhưng có tốc độ phát triển nhanh nhất. Bệnh đứng thứ 4-5 về nguyên nhân gây tử vong ở các nước phát triển. Hạ đường huyết là một biến chứng nguy hiểm và phổ biến ở bệnh nhân ĐTĐ. HĐH thường gặp ở những bệnh nhân lớn tuổi kiểm soát đường huyết kém, đa bệnh lý, có liên quan đến việc sử dụng các thuốc điều trị ĐTĐ. Thống kê của ADA cho thấy 2-4% số bệnh nhân ĐTĐ chết hàng năm có liên quan đến HĐH, có ít nhất 50% các bệnh nhân ĐTĐ bị hạ đường huyết trong quá trình điều trị, trong đó hơn 50% cơn HĐH không triệu chứng [1]. Hạ đường huyết có thể dẫn tới tử vong nhanh chóng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, đặc biệt đối với những bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh tim mạch, hoặc với bệnh nhân suy gan, suy thận [2]. HĐH có thể gây ra bệnh lý nghiêm trọng, các biến chứng mạch máu lớn như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim cấp và loạn nhịp thất[3]. Biểu hiện lâm sàng của HĐH không chỉ phụ thuộc vào mức độ đường huyết hiện tại mà còn phụ thuộc vào tốc độ giảm đường huyết, thời gian và mức độ kiểm soát trao đổi chất của người bệnh, tuổi, loại thuốc[4]…

Hạ đường huyết là một trong những cấp cứu nội khoa, nguyên nhân thường gặp do dùng thuốc điều trị ĐTĐ, chế độ ăn uống và luyện tập không phù hợp. Hiện nay trên thế giới và ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về tỷ lệ hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường. Trên cơ sở của những nghiên cứu trước, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 điều trị tại khoa nội tổng hợp bệnh viện đa khoa Đông Anh năm 2023" với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 điều trị tại khoa nội tổng hợp bệnh viện đa khoa Đông Anh.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan gây hạ đường huyết ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân ĐTĐ týp 2 vào viện vì HĐH hoặc đang nằm điều trị bị HĐH tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Đông Anh trong thời gian nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ týp 2. Chẩn đoán xác định HĐH dựa vào tiêu chuẩn ADA - 2019: Đường huyết tĩnh mạch < 3,9 mmol/l (< 70 mg/dl). [1]

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ĐTĐ týp 1 và ĐTĐ do các nguyên nhân khác,phụ nữ có thai, HĐH do các nguyên nhân khác trên BN không phải ĐTĐ.

2.2.Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2023.

- Địa điểm nghiên cứu: khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa Đông Anh.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả, cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu ước tính cho một tỷ lệ

$$N = Z^{2}_{1-\frac{\alpha}{2}} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

P: tỷ lệ bệnh ước tính, theo điều tra

STEPwise của bộ y tế năm 2015, p= 4,1 %

d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn, lấy d=0,05

Z(1-α/2): hệ số tin cậy ở ngưỡng xác suất, α=5% → $Z_{(1-\alpha/2)}$=1,96

Thay vào công thức chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu cần lấy N= 60.

2.3.3. Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian phát hiện ĐTĐ, tiền sử HĐH, các bệnh lý mắc kèm, thuốc điều trị hạ đường huyết, chế độ dinh dưỡng, các đặc điểm lâm sàng, thời gian xuất hiện cơn hạ đường huyết, cận lâm sàng (Glucose máu, HbA1c, bilan lipid máu, điện giải đồ, creatinin, mức lọc cầu thận).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Nghiên cứu trên 68 bệnh nhân ĐTĐ týp 2 bị hạ đường huyết, độ tuổi trung bình là 65,12 ± 8,9; thấp nhất là 47 tuổi, cao nhất là 83 tuổi, nhóm > 65 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (54,4%), thấp nhất là nhóm từ 35-45 tuổi (1,5%). Nam giới chiếm 55,9%, nữ giới 44,1% (tỷ lệ 1,27 nam/01 nữ).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Địa điểm xảy ra HĐH và thời gian xuất hiện HĐH

Bảng 3.1. Địa điểm và thời gian xuất hiện HĐH

Đặc điểm \ Tỷ lệ		n	%
Địa điểm HĐH	Ngoài bệnh viện	49	72,1%
	Trong bệnh viện	19	27,9%
Thời gian xuất hiện HĐH	Sáng	19	29,7%
	Đêm - sáng sớm	22	32,4%
	Chiều - tối	27	39,7%

Nhận xét:

HĐH ngoài bệnh viện là chủ yếu chiếm 72,1%. Thời gian xuất hiện HĐH vào buổi chiều - tối chiếm tỷ lệ cao nhất (49,7%).

Đặc điểm lâm sàng theo nhóm triệu chứng HĐH: Tỷ lệ BN có cả triệu chứng TKTV và TKTW cao nhất (60,3%), khoảng 4,4% Bn không có triệu chứng lâm sàng, 22,1% Bn chỉ có triệu chứng TKTW, 13,2% BN chỉ có triệu chứng TKTV.

Triệu chứng TKTV của hạ đường huyết

Bảng 3.2. Triệu chứng TKTV của HĐH

Địa điểm HĐH / Triệu chứng TKTV	Ngoài bệnh viện		Trong bệnh viện	
	n=49	%	n=19	%
Vã mồ hôi	31	63,2	15	78,9
Tim đập nhanh	4	8,2	2	10,5
Run tay chân	14	28,6	4	21
Cảm giác đói	5	10,2	3	15,8
Buồn nôn	4	8,2	0	0
Hồi hộp, lo lắng	2	4,1	1	5,2

Nhận xét: Ở cả hai nhóm BN HĐH trong bệnh viện và ngoài bệnh viện, tỷ lệ triệu chứng TKTV hay gặp nhất là vã mồ hôi (63,2% và 78,9%), tỷ lệ triệu chứng ít gặp là hồi hộp, lo lắng (4,1% và 5,2%).

Triệu chứng TKTW của hạ đường huyết

Bảng 3.3. Triệu chứng thần kinh trung ương ở bệnh nhân hạ đường huyết

Địa điểm HĐH / Triệu chứng TKTW	Ngoài bệnh viện		Trong bệnh viện	
	n=49	%	n=19	%
Mệt thiu	15	30,6	6	31,6
Lơ mơ, ngủ gà	23	46,9	6	31,6
Hôn mê	19	38,7	0	0
Đau đầu	6	12,2	0	0
Chóng mặt	6	12,2	1	5,2
Nhìn mờ	2	4,1	0	0
Rối loạn cơ tròn	1	2	0	0
Kích động, RL hành vi	8	16,3	1	5,2
Co giật	7	14,3	0	0

Nhận xét: Ở nhóm BN HĐH ngoài bệnh viện, tỷ lệ triệu chứng TKTW hay gặp nhất là lơ mơ, ngủ gà (46,9%). Nhóm BN HĐH trong bệnh viện, hai nhóm triệu chứng hay gặp nhất là mệt thiu và lơ mơ, ngủ gà (31,6%).

Mức độ hạ đường huyết: HĐH ngoài bệnh viện mức độ nặng chiếm 100%, HĐH trong bệnh viện mức độ nhẹ nhiều hơn (52,6%).

Mối liên quan giữa mức độ HĐH và thời điểm HĐH

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa mức độ HĐH và thời điểm HĐH

Địa điểm, mức độ HĐH / Thời gian HĐH	Ngoài bệnh viện 100% HĐH nặng		Trong bệnh viện			
			Nặng		Nhẹ	
	n	%	n	%	n	%
Chiều - tối	21	42,9	2	22,2	4	40
Đêm - sáng sớm	17	34,7	2	22,2	0	0
Sáng	11	22,4	5	55,6	6	60
p			0,443			

Nhận xét: HĐH ngoài BV chủ yếu xuất hiện vào chiều-tối (42,9%), trong bệnh viện phần lớn xuất hiện vào buổi sáng.

Bảng 3.5. Liên quan giữa tiền sử HĐH, triệu chứng lâm sàng, địa điểm HĐH với nồng độ đường huyết

Đặc điểm		Nồng độ đường huyết $\bar{X} \pm SD$	p
Địa điểm HĐH	Ngoài bệnh viện	1,82 ± 0,85	0,003
	Trong bệnh viện	2,57 ± 0.87	
Tiền sử HĐH	Có	1,93 ± 0,86	0,195

	Không	2,26 ± 1,01	
Triệu chứng lâm sàng	Có	2,02 ± 0,92	0,677
	Không	2,3 ± 0,98	

Nhận xét: Nồng độ đường huyết của nhóm bệnh nhân HĐH trong bệnh viện cao hơn nhóm bệnh nhân HĐH ngoài bệnh viện với p < 0,05 có ý nghĩa thống kê.

Nồng độ Kali máu và thời gian QTc

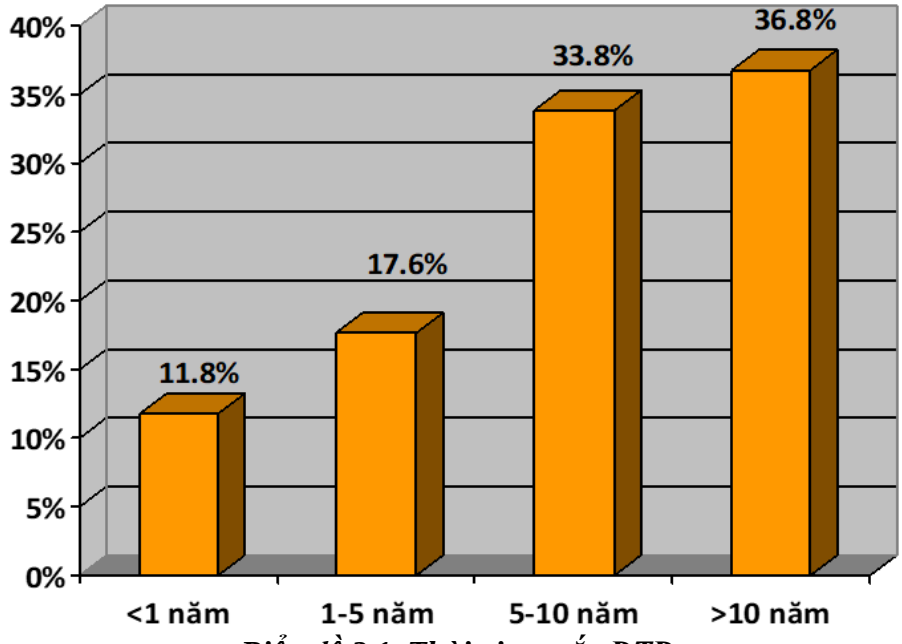
Bảng 3.7. Liên quan giữa nồng độ Kali máu, thời gian QTc và mức độ HĐH (n= 68)

Mức độ HĐH (mmol/l)	**Nồng độ kali máu (mmol/l)**	**Thời gian QTc (ms)**
	$\bar{X}$ ± SD	**$\bar{X}$ ± SD**
≤ 1,5	3,08 ± 0,6	432,42 ± 33,4
>1,5- 2,8	3,44 ± 0,6	422,18 ± 35,9
>2,8 - 3,2	3,78 ± 0,9	411,56 ± 17,9
>3,2 - 3,8	4,00 ± 0,6	423,00 ± 26,1
Tổng	3,43±0,7	423,71±32,7
P	0,012	0,453

Nhận xét: Nồng độ Kali máu trung bình là 3,43±0,7. Thời gian QTc trung bình là 423,71±32,7 ms. 36/68 (52,9%) BN hạ đường huyết có tình trạng hạ Kali máu. Có sự liên quan giữa nồng độ kali máu với các mức độ hạ đường huyết với p < 0,05 có ý nghĩa thống kê. Không có sự liên quan giữa thời gian QTc với các mức độ hạ đường huyết.

3.3. Yếu tố liên quan HĐH

3.3.1. Thời gian mắc ĐTĐ



Biểu đồ 3.1. Thời gian mắc ĐTĐ

Nhận xét: Tỷ lệ hạ đường huyết cao nhất ở nhóm bệnh nhân có thời gian mắc đái tháo đường > 10 năm.

3.3.2. Tiền sử HĐH: Phần lớn bệnh nhân có tiền sử HĐH trước đó (67,6%).

3.3.3. Thuốc điều trị ĐTĐ

a. Phương pháp điều trị ĐTĐ

Bảng 3.8. Phương pháp điều trị ĐTĐ

Phương pháp điều trị trước khi bị HĐH		
Phương pháp điều trị	**n=68**	**%**
Insulin đơn thuần	36	52,9
Thuốc viên đơn thuần	17	25
Phối hợp Insulin và thuốc viên	15	22,1
Loại insulin được sử dụng		
Loại insulin	**n =51**	**%**
Insulin hỗn hợp	43	84,3
Insulin nhanh + nền	4	7,8
Insulin nhanh + hỗn hợp	2	3,9
Insulin nền	2	3,9
Phối hợp Insulin và thuốc		
Dạng phối hợp	**n=15**	**%**
Metformin + insulin:	12	80
Sulfonylurea + insulin	2	13,3
Nhiều thuốc + insulin	1	6,7
Tỷ lệ điều trị các loại thuốc viên		
Nhóm thuốc	**n=17**	**%**
Nhóm Biguanid	3	17,6
Nhóm Sulfonilurea	2	11,8
Phối hợp biguanid+ sulfonylurea	12	70,6

Nhận xét:

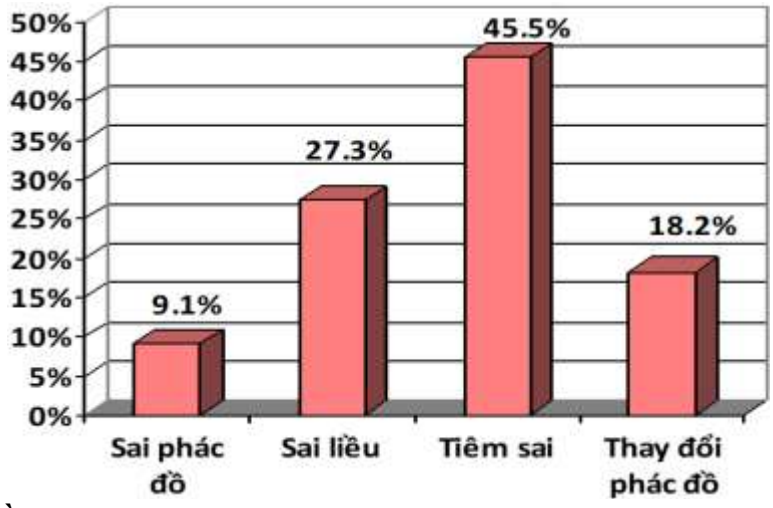
- Tỉ lệ BN điều trị bằng Insulin đơn thuần cao nhất (52,9%).

- Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng insulin hỗn hợp cao nhất (84,3%). Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng insulin nền và insulin nhanh+ hỗn hợp thấp nhất (3,9%).

- Tỷ lệ phối hợp Insulin với metformin cao nhất(80%), tỷ lệ phối hợp nhiều thuốc với Insulin thấp nhất (6,7%).

- HĐH ở nhóm BN phối hợp biguanid và sulfonylurea cao nhất (70,6%).

b. Sử dụng insulin không hợp lý ở bệnh nhân HĐH ngoài bệnh viện



Biểu đồ 3.2. Sử dụng Insulin không hợp lý ở bệnh nhân HĐH ngoài BV

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tiêm sai cao nhất (15/33 bệnh nhân, chiếm 45,5%); tỷ lệ bệnh nhân tiêm sai phác đồ thấp nhất (3/33 bệnh nhân, chiếm 9,1%), đều là tiêm 3 mũi insulin hỗn hợp (BN được quản lý tại TTYT), có 9/33 bệnh nhân tiêm sai liều (27,3%), 6/33 bệnh nhân hạ đường huyết ngoại viện có thay đổi phác đồ (18,2%).

3.4. Chế độ ăn uống sinh hoạt

Bảng 3.9. Chế độ ăn uống sinh hoạt

Yếu tố liên quan \ Địa điểm		Ngoài bệnh viện		Trong bệnh viện		Chung	
		n = 49	%	n = 19	%	n=68	%
Chế độ ăn	Bỏ bữa	16	32,6	3	15,8	19	27,9
	Chán ăn, lùi giờ ăn	23	46,9	14	73,7	37	54,4
	Bỏ bữa + chán ăn, lùi giờ ăn	39	79,6	17	89,5	56	82,4
Uống rượu		12	24,5	3	15,8	15	22,1
Hoạt động thể lực		5	10,2	0	0	5	7,4

Nhận xét: Yếu tố liên quan thường gặp nhất ở cả 2 nhóm là do chế độ ăn, đặc biệt là yếu tố chán ăn, lùi giờ ăn (chiếm 46,9% và 73,7%).

- Rượu cũng là yếu tố liên quan tới HĐH cuả bệnh nhân, các bệnh nhân có uống rượu, số lượng > 250ml/ ngày.

- Các hoạt động thể lực liên quan tới HĐH gặp ở 5 BN, các BN này đều tập thể dục với thời lượng tăng 1,5-2 lần so với thường ngày.

3.5. Các bệnh phối hợp (n=68)

Bảng 3.10. Bệnh phối hợp

Bệnh phối hợp	n	%
Suy thận	53	77,9
Bệnh tim mạch chung	36	52,9
Tăng huyết áp	35	51,5

Tai biến mạch máu não	6	8,8
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	3	4,4
Rối loạn nhịp tim	2	2,9
Suy tế bào gan	8	11,8
Nhiễm trùng (viêm phổi)	2	2,9

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có suy thận cao nhất (77,9%), sau đó là bệnh tim mạch chung (52,9%), tỷ lệ bênh nhân có nhiễm trùng ít (2,9%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng HĐH ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Địa điểm hạ đường huyết: Bệnh nhân HĐH trong nghiên cứu chủ yếu gặp ngoài bệnh viện (72,1%). Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Huyền (15,4%) [5]. Những bệnh nhân HĐH ngoài bệnh viện thường nặng. Điều này chứng tỏ khả năng phát hiện HĐH tại nhà còn kém.

Thời gian xuất hiện hạ đường huyết

Nhóm bệnh nhân bị HĐH vào buổi chiều-tối chiếm tỷ lệ cao nhất: 39,7%, tiếp theo là nhóm HĐH vào đêm – sáng sớm(31,7%). Kết quả này khác với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Sanh (thời điểm hạ đường huyết vào buổi sáng là 43,3%) [6]. Nguyên nhân dẫn đến hiện tượng này là do bệnh nhân thường bỏ bữa ăn trưa, tối hoặc chán ăn, lùi giờ ăn.

Đặc điểm lâm sàng

Khi phân tích đặc điểm lâm sàng theo nhóm triệu chứng cho thấy bệnh nhân HĐH vừa có triệu chứng TKTV vừa có triệu chứng TKTW chiếm tỉ lệ cao nhất (60,3%). Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 2.2), biểu hiện của TKTV hay gặp nhất là vã mồ hôi (63,2% và 78,9%), tiếp theo là run tay chân (28,6% và 21%), ít gặp triệu chứng hồi hộp, lo lắng (4,1% và 5,2%). HĐH có dấu hiệu cảnh báo rất quan trọng giúp bệnh nhân và người nhà sớm nhận biết xử trí kịp thời và biết cách dự phòng .

Triệu chứng TKTW thường không đặc hiệu như đau đầu, chóng mặt, nhìn mờ, mệt thỉu. Khi có biểu hiện rõ ràng thì đã quá nặng chuyển sang giai đoạn kích thích, co giật, lú lẫn, hôn mê. Tại bảng 2.3 kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân HĐH có triệu chứng TKTW ở cả hai nhóm có tỷ lệ triệu chứng lơ mơ, ngủ gà là cao nhất (46,9% và 31,6%). Nhóm HĐH ngoài bệnh viện chủ yếu là HĐH mức độ nặng nên tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng lơ mơ, ngủ gà và triệu chứng hôn mê khá cao (46,9% và 38,7%). Tỷ lệ này tương tự của Vũ Thị Thanh Huyền, Trần Thị Ngọc Sanh. [5] [6]

Đặc điểm cận lâm sàng

Bệnh nhân HĐH trong nghiên cứu có kết quả xét nghiệm nồng độ đường huyết trung bình là 2,03 ± 0,9 mmol/l. Hạ đường huyết ở nhóm 1,5- 2,8 mmol/l chiếm tỷ lệ cao nhất (51% và 47,4%). Nồng độ đường huyết trung bình của nhóm HĐH trong bệnh viện (2,57±0,9 mmol/l) cao hơn ở nhóm HĐH ngoài bệnh viện (1,82±0,8 mmol/l). Khi tìm hiểu mối liên quan giữa địa điểm HĐH với nồng độ đường huyết (bảng 2.6), chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về nồng độ đường huyết giữa nhóm HĐH ngoài bệnh viện và trong bệnh viện với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê, không thấy có sự liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và nồng độ đường huyết với $p > 0,05$ (bảng 2.6).

Chúng tôi thấy nồng độ đường huyết ở hai nhóm có tiền sử HĐH và không có tiền sử HĐH là như nhau mặc dù tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử HĐH trước đó cao (67,6%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Sanh [6]. Các cơn HĐH tái phát nhiều lần gây ra hậu quả: làm giảm đáp ứng hormon với HĐH, làm tăng các cơn HĐH không phát hiện được [2].

Kiểm soát đường huyết chặt chẽ là một trong những yếu tố thuận lợi của hạ đường huyết. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: những bệnh nhân kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu HbA1c < 7% bị HĐH chiếm tỷ lệ cao 30,9%. Nồng độ HbA1c trung bình của nhóm BN nghiên cứu 8,35 ± 2,2 (giá trị nhỏ nhất là 4,6%, lớn nhất là 14,8%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Henderson (2003) nồng độ HbA1c trung bình là 8,6 ± 1,5 [4], và với các nghiên cứu của một số tác giả trong nước [5],[6].

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu sự thay đổi thời gian QTc và nồng độ Kali máu ở bệnh nhân hạ đường huyết được làm xét nghiệm điện giải đồ và điện tim cấp (bảng 2.7), kết quả bệnh nhân hạ Kali máu chiếm tỷ lệ 52,9%, thời gian QTc kéo dài chiếm tỷ lệ 25%. Kết quả này khác so với nghiên cứu của Tsujimoto và cộng sự (2014) tỷ lệ bệnh nhân hạ Kali máu là 36,3%, tỷ lệ bệnh nhân có thời gian QTc kéo dài là 59,9%[3]. Sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của tác giả nước ngoài là những bệnh nhân HĐH nặng, thời gian HĐH kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan giữa các mức độ HĐH với thời gian QTc, những trường hợp hạ Kali máu thì chủ yếu là HĐH mức độ nặng. Nguyên nhân hạ Kali máu là do tăng nồng độ insulin và adrenalin [10] .

Yếu tố liên quan của hạ đường huyết

Thời gian mắc đái tháo đường

Thời gian mắc đái tháo đường kéo dài kết hợp bệnh nhân có nhiều biến chứng, bệnh nhân có chỉ định sử dụng insulin để kiểm soát đường huyết được tốt hơn,làm tăng nguy cơ hạ đường huyết. Nghiên cứu của chúng tôi ở biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ hạ đường huyết gặp nhiều nhất ở những bệnh nhân có thời gian mắc ĐTĐ > 10 năm (36,8%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước [5],[6]. Những bệnh nhân HĐH có thời gian mắc ĐTĐ ≤ 1 năm chiếm tỷ lệ thấp (11,8%).

Tiền sử HĐH: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, phần lớn bệnh nhân có tiền sử HĐH, đây là nhóm bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém, mắc nhiều bệnh lý phối hợp và tuân thủ điều trị cũng kém nên dễ có nguy cơ HĐH tái lại nhiều lần.

Thuốc điều trị ĐTĐ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường týp 2 điều trị insulin đơn thuần cao (52,9%), tương tự trong nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Huyền [5]. Trong đó loại insulin thường gặp là insulin hỗn hợp (84,3%) (bảng 3.1), có 78,4% bệnh nhân dùng insulin 2 mũi. Phác đồ tiêm insulin 2 mũi/ngày được chỉ định cho những bệnh nhân có chế độ ăn và luyện tập ổn định, thích hợp với người già, suy thận, không gây tăng cân quá nhiều, sử dụng thuận lợi cho bệnh nhân nên được dùng khá phổ biến. Tuy nhiên, phác đồ này kiểm soát đường huyết sau ăn không tốt, liều insulin từng mũi cao dễ gây hạ đường huyết xa bữa ăn [5]. Nhiều nghiên cứu đã đề cập đến HĐH do insulin và khuyến nghị cảnh giác với tai biến sử dụng insulin [4],[10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ HĐH ở bệnh nhân điều trị insulin phối hợp với thuốc viên không cao (22,1%). Các thuốc

viên phối hợp ở đây chủ yếu là Metformin (80%), điều này phù hợp với phác đồ điều trị ĐTĐ týp 2 theo khuyến cáo của ADA - 2019. Phối hợp insulin với Sulfonylurea chiếm tỷ lệ 13,3%, phối hợp này ít được khuyến cáo vì tăng nguy cơ HĐH, kết quả này phù hợp với quan điểm của nhiều tác giả nước ngoài [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi BN điều trị bằng thuốc hạ đường huyết chiếm 25%, trong đó có 70,6% phối hợp nhóm biguanid và sulfonylurea việc phối hợp thuốc giúp kiểm soát đường huyết tốt hơn nhưng đồng thời cũng tăng nguy cơ hạ đường huyết.

Sử dụng insulin không hợp lý ở nhóm HĐH ngoài bệnh viện

Trong nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.2) có 9,1% BN HĐH ngoài bệnh viện dùng insulin sai phác đồ, tiêm 3 mũi insulin hỗn hợp/ngày, đây là chỉ định của tuyến dưới, 18.2% BN thay đổi phác đồ điều trị (bệnh nhân tự ý tăng liều thuốc sulfonylurea, thay đổi loại insulin, tự tăng liều insulin, BN được thay đổi phác đồ điều trị…). Có nhiều phác đồ điều trị insulin, nhiều cách sử dụng insulin trên lâm sàng về liều lượng, số lần tiêm, thời gian tiêm, nên nếu BN không hiểu biết đầy đủ sẽ dẫn đến sử dụng insulin sai. Từ nghiên cứu của chúng tôi, BN tiêm sai insulin chiếm 45,5%. Có những BN tiêm insulin sai vị trí, tiêm sát rốn, đa phần BN không véo da. BN và người nhà không được hướng dẫn đầy đủ kỹ thuật tiêm insulin hoặc do BN lớn tuổi khó khăn trong việc tự tiêm insulin. 27,3% BN tiêm sai liều insulin, do nhầm liều buổi sáng với buổi chiều, nhầm loại bơm tiêm insulin, hoặc không biết cách lấy liều insulin.

Sử dụng thuốc ĐTĐ không hợp lý, điều trị kết hợp thuốc trên bệnh nhân ĐTĐ vẫn còn nhiều vấn đề chưa thỏa đáng ở cả hai phía nhân viên y tế và BN. Do vậy, cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa nhân viên y tế và BN, thường xuyên tư vấn cho BN để vừa kiểm soát đường huyết tốt vừa tránh biến chứng HĐH.

Chế độ ăn uống

Điều trị ĐTĐ không chỉ dùng thuốc mà cần phải kết hợp với chế độ dinh dưỡng, thay đổi lối sống cho phù hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân hạ đường huyết cả ngoài bệnh viện và trong bệnh viện, yếu tố liên quan chính gây hạ đường huyết là do chán ăn, lùi giờ ăn, bỏ bữa, chiếm tỷ lệ chung 82,4% . Ở nhóm hạ đường huyết ngoài bệnh viện, yếu tố thuận lợi do chế độ ăn chiếm tỷ lệ 79,6% (bảng 3.2). Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Huyền (60%) [5], nhưng đều có đặc điểm chung là chiếm phần lớn trong các yếu tố thuận lợi dẫn tới hạ đường huyết.

Rượu: Yếu tố liên quan tới rượu ở nhóm bệnh nhân hạ đường huyết ngoài bệnh viện và trong bệnh viện ở bảng 3.2 có 22.1%, cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Huyền (6,2%) [5], lượng rượu bệnh nhân uống trung bình hàng ngày qua phỏng vấn đều > 250 ml/ ngày.

Hoạt động thể lực: Hoạt động thể lực là một trong những biện pháp điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường, tuy nhiên hoạt động thể lực không thường xuyên hay hoạt động thể lực gắng sức lại là một trong những yếu tố thuận lợi gây HĐH. Theo bảng 3.2 trong nhóm bệnh nhân hạ đường huyết ngoài bệnh viện có 10.2% bệnh nhân HĐH liên quan đến hoạt động thể lực gắng sức. Qua phỏng vấn, bệnh nhân tăng thời lượng tập gấp 1,5-2 lần so với thường ngày vào hôm xuất hiện cơn hạ đường huyết. Việc lựa chọn loại hình luyện tập quá nặng nề, thời gian quá dài và

nhất là kèm theo cung cấp năng lượng không đủ là yếu tố gây ra tình trạng hạ đường huyết

Các bệnh lý phối hợp: Các bệnh lý phối hợp bao gồm: suy thận, bệnh lý tim mạch, suy gan, nhiễm trùng (bảng 3.3). Hạ đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ có kèm theo bệnh lý suy thận chiếm tỷ lệ cao nhất 77,9%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Huyền và tương tự với kết quả của Nguyễn Bích Phượng, Nguyễn Thy Khuê nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy [8],[5].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Thời gian thường xuất hiện hạ đường huyết: buổi chiều-tối và đêm – sáng sớm.

- Triệu chứng hạ đường huyết: Đa số BN vào có triệu trứng hạ đường huyết nặng. Các triệu chứng hay gặp là vã mồ hôi, lơ mơ, ngủ gà và hôn mê.

- Có sự khác biệt về nồng độ đường huyết giữa nhóm HĐH ngoài bệnh viện và trong bệnh viện.

- 52,9% BN hạ Kali máu. Có sự liên quan giữa nồng độ kali máu với các mức độ hạ đường huyết với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

- Các yếu tố liên quan là thời gian mắc ĐTĐ, tiền sử HĐH trước đó, sử dụng insulin không hợp lý, ăn không đúng bữa, các bệnh lý phối hợp có thể làm tăng nguy cơ hạ đường huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Diabetes Association** (2019), Standards of Medical Care in Diabetes—2019. Diabetes Care. 33(Supplement 1): p. S11-S61.
2. **Đỗ Trung Quân** (2011), Hạ đường huyết và điều trị. Bệnh nội tiết chuyển hóa. NXB Y học. 299-312.
3. **Tsujimoto, Tetsuro, et al.** (2014), Vital Signs, QT Prolongation, and Newly Diagnosed Cardiovascular Disease During Severe Hypoglycemia in Type 1 and Type 2 Diabetic Patients. Diabetes Care. 37(1): p. 217-225.
4. **Henderson, J. N., et al.** (2003), Hypoglycaemia in insulin-treated Type 2 diabetes: frequency, symptoms and impaired awareness. Diabet Med. 20(12): p. 1016-21.
5. **Vũ Thị Thanh Huyền** (2003), Tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân hạ đường máu ở bệnh nhân đái tháo đường, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú,
6. **Trần Thị Ngọc Sanh** (2011), Đánh giá tình trạng hạ Glucose máu ở BN ĐTĐ type 2 tại khoa nội tiết bệnh viện Bạch Mai từ 2009-2011, Luận văn chuyên khoa cấp II,
7. **Đỗ Trung Quân** (2006). Biến chứng bệnh Đái tháo đường và điều trị. NXB Y học. 15,24,90-102,104,105,107-109,287.
8. **Nguyễn Bích Phượng, Nguyễn Thy Khuê** (1999), Một số nhận xét về tình hình hạ đường huyết trên BN ĐTĐ tại bệnh viện Chợ Rẫy. Y học TP Hồ Chí Minh. 3(4): p. 27-28.
9. **Miller, C. D., et al.** (2001), Hypoglycemia in patients with type 2 diabetes mellitus. Arch Intern Med. 161(13): p. 1653-9.
10. **Desouza, Cyrus V., Bolli, Geremia B., Fonseca, Vivian** (2010), Hypoglycemia, Diabetes, and Cardiovascular Events. Diabetes Care. 33(6): p. 1389-1394.

HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Nguyễn Thị Tâm[1], Cao Thị Kim Oanh[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh và bệnh viện Lão khoa trung ương. Bệnh nhân đái tháo đường ngoại trú được phân nhóm ngẫu nhiên: (1) nhóm can thiệp: nhận chương trình can thiệp về hoạt động thể lực (HĐTL) (sử dụng máy đếm bước chân, ghi nhật kí HĐTL); (2) nhóm chứng: nhận điều trị cơ bản theo khuyến cáo. Glucose, HbA1c, HOMA-IR, HOMA-β, lipid máu, chỉ số khối cơ thể, huyết áp, sự phù hợp về tuần hoàn hô hấp được xác định để đánh giá hiệu quả của HĐTL. Nghiên cứu trên 134 bệnh nhân ĐTĐ, tuổi trung bình 9,1 ± 6,7 tuổi trong thời gian 06 tháng. Can thiệp HĐTL giúp làm giảm Glucose máu lúc đói 1,1mmol/l. Nhóm can thiệp có giảm HBA1c 0,68%, trong khi chỉ số này tăng nhẹ ở nhóm chứng. Nhóm can thiệp có tình trạng giảm kháng insulin có ý ngĩa thống kê với p<0,05. Can thiệp HĐTL cho thấy hiệu quả góp phần kiểm soát được Glucose máu và giảm được sự kháng insulin.

Từ khóa: Hoạt động thể lực, đái tháo đường, bệnh nhân ngoại trú

SUMMARY

EFFECT OF PHYSICAL ACTIVITY ON PRESCRIPTION AMONG TÝP 2 DIABETIC OUTPATIENTS

A randomized control trial was conducted in Outpatients department, Dong Anh General Hospital and National Geriatric Hospital. The diabetic outpatients were randomized into two groups: (1) The patients in intervention group received 6-months program of PA intervention (guided to use pedometer, PA diaries), (2) The patients in control group received standard care. Glucose, HbA1c, HOMA-IR, HOMA-β, lipid profile, were assessed in the study. Effect of PA on body mass index, blood pressure, and fitness was investigated. A total of 134 outpatients with diabetes were recruited in the study. Average age was 9.1 ± 6.7. In intervention group, fasting plasma glucose was decreased 1.1mmol/l. Over the six months, HbA1c was reduced by 0.68% in intervention group, but slightly increased in control group, p<0.01. HOMA-IR index was significantly increased in intervention group. Physical activity intervention shows positive effect on glucose control and insulin resistance among diabetic putpatients.

Keywords: Physical activity, diabetes, outpatients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) hiện trở thành vấn đề toàn cầu và được xem là đại dịch của thế kỷ 21. Bệnh đứng thứ 4-5 về nguyên nhân gây tử vong ở các nước phát triển và được xếp vào nhóm bệnh không lây nhiễm có tốc độ phát triển nhanh nhất. ĐTĐ được điều trị bằng nhiều phương pháp hiệu quả bao gồm hoạt động thể lực phù hợp, điều chỉnh chế độ ăn và sử dụng các loại thuốc hạ đường máu. Trong đó, thay đổi lối sống như tăng cường hoạt động thể lực (HĐTL) là phương thức điều trị nền tảng, hiệu quả và rẻ tiền với nhiều bằng chứng rõ ràng[6].

[1]*Bệnh viện Đa khoa Đông Anh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm
Email: nguyentambvda@gmail.com
Ngày nhận bài: 12/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 23/09/2024
Ngày duyệt bài: 14/10/2024

Theo WHO, lối sống không hoặc ít vận động đã trở thành một trong năm yếu tố nguy cơ tiên lượng tử vong (gồm: tăng huyết áp, hút thuốc lá, đường máu cao, lối sống không vận động, thừa cân và béo phì)[7]. HĐTL đầy đủ về tần suất, thời gian và cường độ có rất nhiều lợi ích cho sức khỏe, làm giảm nguy cơ mắc các bệnh tim mạch, bệnh ĐTĐ týp 2, loãng xương, trầm cảm và ung thư ở một số cơ quan (vú, đại tràng). Thiếu HĐTL làm tăng 20 – 30% nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân so với nhóm hoạt động ít nhất 30 phút/ngày với cường độ trung bình trong ít nhất 5 ngày/tuần[8]. Đối với bệnh nhân ĐTĐ, theo Hội ĐTĐ Mỹ (ADA), HĐTL theo đúng khuyến cáo giúp kiểm soát đường máu, kiểm soát cân nặng, giảm các yếu tố nguy cơ tim mạch (như giảm huyết áp, kiểm soát lipid máu)[10].

Dù được biết tới với nhiều lợi ích nhưng vấn đề kê đơn HĐTL ở Việt Nam còn chưa được quan tâm đúng mức. Các nghiên cứu ở nước ta về HĐTL ở bệnh nhân ĐTĐ còn rất khiêm tốn và chưa có nghiên cứu nào được công bố về tác dụng của HĐTL trên bệnh nhân ĐTĐ đang điều trị. Bởi vậy còn nhiều câu hỏi được đặt ra là: bệnh nhân ĐTĐ có HĐTL đầy đủ chưa không? Hoạt động như thế nào? HĐTL có hiệu quả gì trên bệnh nhân ĐTĐ týp 2? Để trả lời những câu hỏi trên cũng như để tìm hiểu sâu hơn về nội dung này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: ***Đánh giá hiệu quả của can thiệp hoạt động thể lực trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 điều trị ngoại trú.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân ĐTĐ týp 2 đã được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ADA 2014 đang được điều trị ngoại trú thỏa mãn các tiêu chuẩn sau: (1) Tuổi: từ 40 tới 70 tuổi; (2) Đường máu lúc đói: 7,0 – 10,0 mmol/l; (3) HbA1c: 7,0 – 9,0%. Bệnh nhân đang được dùng thuốc viên hạ đường máu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Có biến chứng mạn tính sau của bệnh ĐTĐ: Mất dẫn truyền thần kinh 2 chi dưới; Có biến chứng võng mạc của bệnh ĐTĐ; bệnh nhận có suy thận độ 2 trở lên.

+ Glucose máu đói theo dõi trong quá trình nghiên cứu > 10,0 mmol/l

+ Bệnh nhân đang hút thuốc lá hoặc có tiền sử dùng thuốc lá mà thời gian bỏ thuốc dưới 06 tháng; Mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

+ ≥ 1 câu trả lời là "Có" khi phỏng vấn bộ câu hỏi về tiền sử tim mạch (phụ lục 3).

+ Không có nguyện vọng tham gia nghiên cứu hoặc bỏ dở nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc, can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2}(2\sigma^2)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm

d = 0,2

z: giá trị phân bố chuẩn, với mức ý nghĩa thống kê α = 0,15

σ: là độ lệch chuẩn chung của 2 nhóm (Kết quả nghiên cứu của Boulé và cộng sự, tổng hợp kết quả từ 14 nghiên cứu về tác dụng của HĐTL (1982 – 2000), cho thấy giảm HbA1c ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng 0,66%).

Tính được cỡ mẫu tối thiểu để thực hiện mục tiêu 2 cho mỗi nhóm (nhóm chứng và nhóm can thiệp) là 46 người bệnh ĐTĐ týp 2. Tính khả năng có 10% đối tượng nghiên cứu ngừng tham gia theo dõi dọc, chúng tôi lấy cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm là **51** người bệnh ĐTĐ týp 2.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2018

đến tháng 03/2022

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Đông Anh và khoa Khám bệnh, Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

2.2.4. Quy trình can thiệp

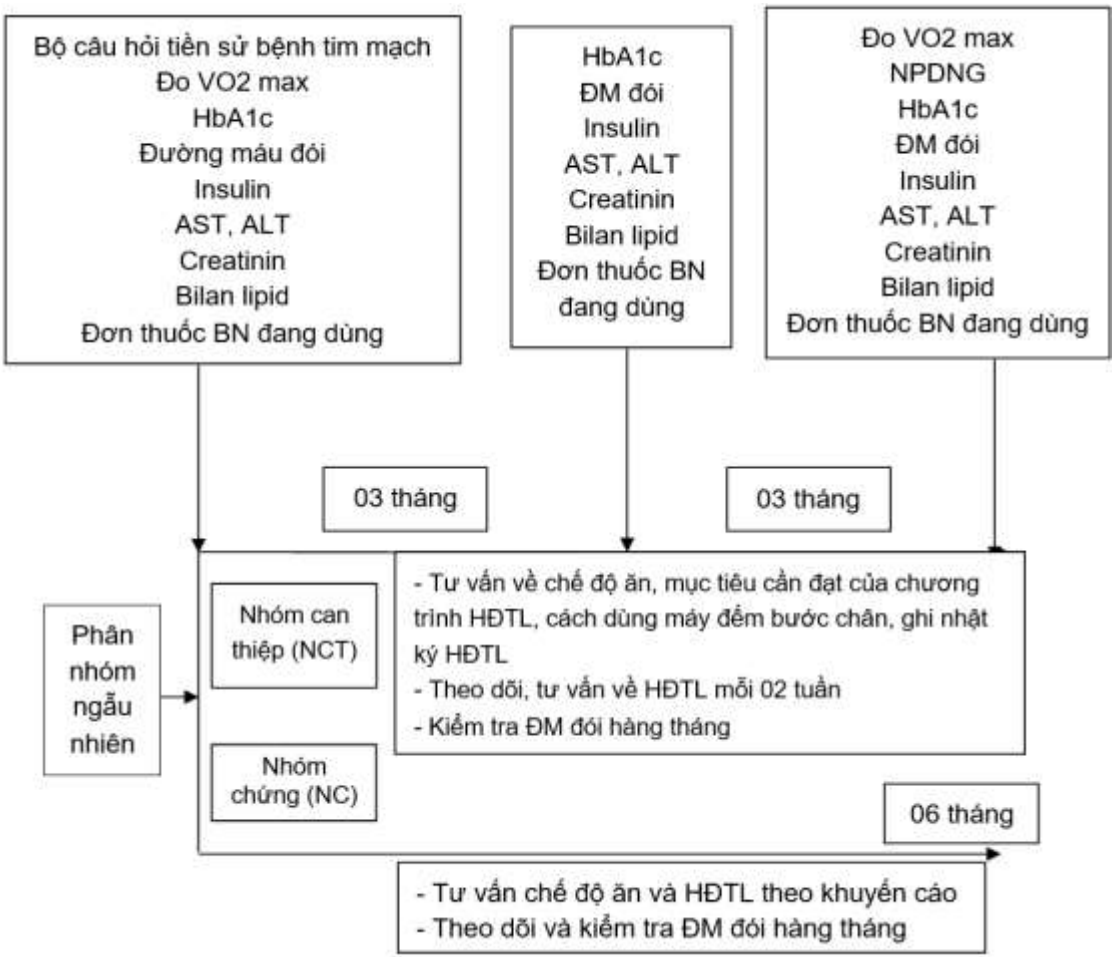
Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được tuyển vào nghiên cứu, các bệnh nhân được theo dõi trong 6 tháng và kiểm tra đường máu đói mỗi 01 tháng.

• Phương pháp phân nhóm ngẫu nhiên

+ Sử dụng phương pháp Block 08: Làm 08 phiếu thăm (04 phiếu ghi NCT - nhóm can thiệp, 04 phiếu ghi NC - nhóm chứng) đựng vào hộp. Điều dưỡng viên chuyên trách đã được tập huấn về phương pháp phân nhóm ngẫu nhiên và làm việc hoàn toàn độc lập với nghiên cứu viên. Mỗi bệnh nhân bốc 01 thăm trong hộp, trên đó ghi tên nhóm mà bệnh nhân sẽ tham gia nghiên cứu và điều dưỡng sẽ thông báo với nghiên cứu viên về điều này.

• Tiến hành can thiệp: Quy trình can thiệp được thực hiện trong 06 tháng

Tất cả các bệnh nhân tham gia chương trình được phân nhóm ngẫu nhiên làm 02 nhóm: nhóm can thiệp được nhận chương trình can thiệp về hoạt động thể lực và nhóm chứng được nhận điều trị thường quy. Các phương pháp điều trị ĐTĐ của bệnh nhân được giữ nguyên như trước khi tuyển vào nghiên cứu. Bệnh nhân của cả 02 nhóm được tư vấn về chế độ ăn như nhau.



Sơ đồ 1. Quy trình can thiệp

2.2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Các đặc điểm xã hội học và tiền sử bệnh:

Tuổi, giới (nam/nữ), thời gian chẩn đoán đái tháo đường (năm) được thu thập theo bộ câu hỏi.

- Các chỉ số lâm sàng

+ Đo chiều cao, cân nặng, tính chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index) theo công thức: BMI = Cân nặng (kg)/ chiều cao^2 (m^2)

+ Đánh giá tình trạng phân bố mỡ trên lâm sàng dựa vào chỉ số WHR (Waist – Hips – Ratio) thep khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới đề nghị cho khu vực châu Á – Thái Bình Dương (tháng 12/2008). WHR = vòng eo/ vòng mông

+ Đo huyết áp khi nghỉ ngơi: Đo bằng huyết áp kế thủy ngân sau khi nghỉ thoải mái ít nhất 5 phút, đo 2 lần cách nhau 2 phút và lấy số trung bình.

- Các chỉ số cận lâm sàng

- Mẫu máu đói của các bệnh nhân được lấy vào các thời điểm bắt đầu nghiên cứu và sau 12 tuần – khi kết thúc nghiên cứu, để đo glucose, HbA_{1C}, ALT, AST, creatinine, ure, lipid (Cholesterol toàn phần, LDL – Cholesterol, HDL - Cholesterol, Triglycerid), insulin.

- HOMA kháng insulin (HOMA-IR) = (insulin x glucose)/22,5

- HOMA chức năng tế bào bêta (HOMA-β) = 20 x insulin/(glucose -3,5)

- Chỉ số phù hợp về tuần hoàn và hô hấp

VO2 max (l/p) – thể tích tiêu thụ oxy tối đa được đo bằng máy ergometer 928E. Mức độ đáp ứng của hệ tim mạch – hô hấp được chia làm ba mức tùy theo độ tuổi (theo hướng dẫn của ACLS – Aerobic Center Longitudital Study)

2.2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Biến số định tính được biểu diễn bằng n và tỷ lệ %, biến định lượng được biểu diễn bằng trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh và giá trị trung bình được thực hiện để đánh giá hiệu quả của HĐTL với kiểm soát đường máu, chức năng tế bào Beta, tình trạng đề kháng insulin và sự phù hợp về tuần hoàn, hô hấp.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành dựa trên sự cân nhắc giữa lợi ích mà nghiên cứu mang lại và nguy cơ mà bệnh nhân có thể gặp phải trong quá trình tham gia nghiên cứu**.** Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội**.**

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 134 bệnh nhân ĐTĐ týp 2 điều trị ngoại trú. Nhóm can thiệp gồm 57 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 60,5±5,5 năm, tỷ lệ nam/nữ là 1,08; Nhóm chứng gồm 77 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 57,9±7,8 năm, tỷ lệ nam/nữ là 0,95. Thời gian chẩn đoán ĐTĐ của 2 nhóm là tương đương nhau.

Không có sự khác biệt về các chỉ số lâm sàng của nhóm chứng và nhóm can thiệp trước nghiên cứu, sau nghiên cứu 3 tháng và sau 6 tháng. Không có sự khác biệt về các chỉ số mỡ máu, creatinin, AST và ALT giữa 2 nhóm tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu (Bảng 1)

Glucose máu của nhóm can thiệp giảm dần trong quá trình theo dõi (sau 6 tháng giảm được 1,1 ± 1,1 mmol/l) trong khi Gluoce đói của nhóm chứng gần như giữ nguyên, sự khác biệt có ý nghĩa với p <

0,0001 (Biểu đồ 1).

Biểu đồ 2 cho thấy HbA1c ở nhóm can thiệp giảm rõ rệt so với nhóm chứng với p < 0,000 (giảm 0,68% sau 6 tháng).

Chỉ số HOMA-IR giảm ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng (sau 3 tháng giảm 0,86 với p= 0,002; sau 6 tháng 1,08 với p < 0,000) (Biểu đồ 3).

Chỉ số METs (sự phù hợp tuần hoàn- hô hấp) của bệnh nhân nhóm can thiệp tăng rõ rệt 0,75 ± 1,97 sau 6 tháng can thiệp so với nhóm chứng giảm 0,60 ± 2,06 với p= 0,000 (Biểu đồ 4).

IV. BÀN LUẬN

Tăng cường HĐTL cùng với thực hiện chế độ ăn hợp lý là phương pháp điều trị cơ bản cho tất cả bệnh nhân ĐTĐ týp 2. Đã có nhiều cơ chế được đưa ra và nhiều nghiên cứu được tiến hành cho thấy hiệu quả tốt của HĐTL đối với sự kiểm soát đường máu ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2. Nhằm mục tiêu chứng minh nhận định đó trên đối tượng người Việt Nam, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu về hiệu quả của can thiệp HĐTL trên 134 bệnh nhân ĐTĐ týp 2 đang điều trị. Qua kết quả của 134 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi đã thu được những kết quả khả quan, bước đầu định hướng cho việc tiếp tục tiến hành nghiên cứu trong năm tiếp theo.

Khi bắt đầu nghiên cứu, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm can thiệp (N1 = 57) và nhóm chứng (N2 = 77) về các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng: tuổi, giới, các chỉ số nhân trắc học, huyết áp, VO2 max, đường máu, HbA1c, insulin, các thành phần lipid máu.

Đường máu lúc đói được xét nghiệm khi bắt đầu nghiên cứu, mỗi 01 tháng trong 06 tháng và khi kết thúc nghiên cứu cho bệnh nhân của cả 02 nhóm. Đường máu lúc đói ở nhóm can thiệp giảm 1,6 ± 1,0 mmol/l trong khi ở nhóm chứng tăng 0,1 ± 1,7 mmol/l (p< 0,0001).

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yavari[9] và cộng sự (2012) nghiên cứu trên 152 bệnh nhân ĐTĐ týp 2, can thiệp HĐTL giúp làm giảm đường máu đói 1,2 ± 3,1 mmol/l (p = 0,07). Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tâm[4] (2014) can thiệp HĐTL ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 mới được phát hiện đã giảm được đường máu đói 1,5± 1,2 mmol/l.

HbA1c là dấu hiệu chỉ điểm quan trọng của sự kiểm soát đường máu. Có thể đánh giá hiệu quả của một phương pháp điều trị bệnh ĐTĐ thông qua sự thay đổi giá trị HbA1c sau khoảng 3 tháng áp dụng phương pháp đó.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân thực hiện chương trình HĐTL đạt ít nhất 6.613 bước chân/ngày và 04 ngày/tuần trong 6 tháng có hiệu quả giảm HbA1c trung bình là 0,68 ± 0,66% giảm nhiều hơn so với nhóm chứng là 0,83 ± 1,32% (p < 0,0001). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Yavari[9] và cộng sự (2012) trên 154 bệnh nhân ĐTĐ cho thấy hiệu quả làm giảm HbA1c ở nhóm can thiệp là 1,33 ± 1,08% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng HbA1c tăng 0,20 ± 0,66% (p < 0,001), thấp hơn so với nghiên cứu Nguyễn Ngọc Tâm[4] (2014), HbA1c giảm được 1,44 ± 0,66%, có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân đã phát hiện thời gian tương đối dài (thời gian mắc trung bình 8,0± 4,6 năm) nên hiệu quả giảm HbA1c thấp hơn nhóm đái tháo đường mới phát hiện.

Theo ADA – 2014, HbA1c mục tiêu ở hầu hết người trưởng thành không mang thai là dưới 7%. Kiểm soát tốt đường máu đạt mục tiêu này giúp giảm các biến chứng dài

hạn của ĐTĐ tới 76%, giảm các biến chứng mạch máu nhỏ cũng như biến chứng mạch máu lớn [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau 6 tháng can thiệp, HbA1c của bệnh nhân nhóm can thiệp đã được kiểm soát đạt 7,2 ± 0,7%.

Theo tiến triển tự nhiên của bệnh ĐTĐ týp 2, khởi đầu có tình trạng kháng insulin của cơ thể tăng dần gây ra thiếu insulin tương đối. Để đáp ứng lại với tình trạng đó, các tế bào β đảo tụy tăng tiết insulin làm nồng độ insulin trong máu thường cao hoặc ở ngưỡng cao, giúp điều hòa đường huyết ở giới hạn bình thường. Tuy nhiên theo thời gian, khả năng bù trừ của tế bào β không còn đủ để kiểm soát đường máu khi sự kháng insulin của các mô ngày càng tăng trong khi chức năng tế bào này suy kiệt dần [3].

Khi bắt đầu nghiên cứu, chỉ số HOMA-IR trung bình của đối tượng nghiên cứu là 2,9 ± 2,3, không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu (p > 0,05), đối tượng có giá trị nhỏ nhất là 0,44. Với quần thể người Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Hoan[1] (2008) chỉ số HOMA-IR ≥ 1,28 được coi là có kháng insulin. Như vậy, hầu như các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tình trạng kháng insulin dựa vào chỉ số HOMA-IR hay chỉ số insulin lúc đói tại thời điểm phát hiện bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy can thiệp HĐTL giúp làm giảm tình trạng kháng insulin thể hiện bằng chỉ số HOMA-IR giảm 1,08 (giảm được 33,7%) sau 6 tháng nghiên cứu, giảm nhiều hơn so với các bệnh nhân nhóm chứng lại có chỉ số HOMA tăng 0,35 (tăng 12,9%). Theo nghiên cứu UKPDS, chức năng tế bào β thường còn lại khoảng 50% tại thời điểm phát hiện bệnh ĐTĐ týp 2 so với người bình thường [5]. Nghiên cứu chỉ số HOMA-β đánh giá chức năng của tế bào β đảo tụy, chúng tôi thu được kết quả là 29,41± 2,23%. Thấp hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Huyền[2] là 54,79%, và nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tâm[4] (2014) là 50,5± 33,4; 2 nghiên cứu này đều ở bệnh nhân mới phát hiện. HOMA-β có xu hướng tăng lên khi đánh giá lại sau 6 tháng ở cả hai nhóm và không có sự khác biệt (p > 0,05).

Giá trị CRF tăng lên sau 06 tháng thực hiện chương trình HĐTL ở nhóm can thiệp là 0,75 ± 1,97 METs trong khi nhóm chứng lại giảm 0,60 ± 3,05 METs, sự khác biệt này có ý nghĩa với p < 0,000. Sự thay đổi CRF ở nhóm can thiệp là có ý nghĩa đối với từng bệnh nhân. Chỉ số phù hợp về tuần hoàn và hô hấp này có giá trị và liên quan tới hoạt động của bộ não, tim mạch, hô hấp, liên quan tới giảm nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, chuyển hóa, hô hấp, sa sút trí tuệ,...

Một số nguy cơ thường gặp khi tập luyện: hạ đường huyết, tăng đường huyết sau khi gắng sức nhiều, tổn thương hệ cơ xương, làm nặng thêm các biến chứng mạn,… Không ghi nhận các tác dụng không mong muốn khi bệnh nhân thực hiện theo chương trình HĐTL trên lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi. Không có sự thay đổi về men gan (AST, ALT) và chức năng thận (ure, creatinin) trước và sau nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Chương trình can thiệp HĐTL gồm hướng dẫn ghi nhật kí và sử dụng máy đếm bước chân cho thấy hiệu quả góp phần kiểm soát được Glucose máu, HbA1c và giảm được sự kháng insulin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

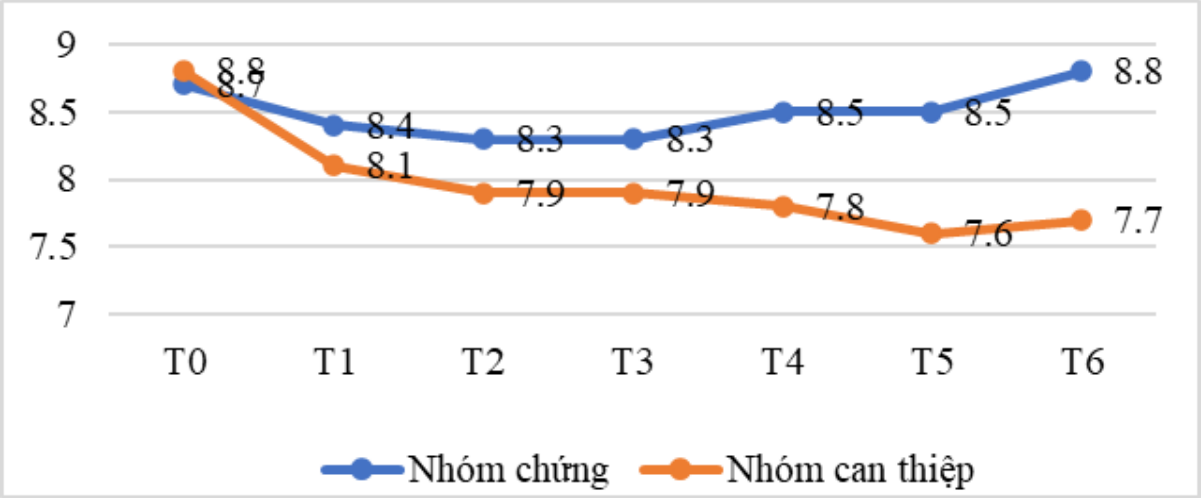
1. **Nguyễn Đức Hoan.** Nghiên cứu rối loạn lipid máu, kháng insulin và tổn thương một số cơ quan ở người có rối loạn glucose lúc đói. trường đại học Y Hà Nội; 2008.
2. **Huyen V, Phan D, Thang P, Hoa N, Östenson CJH, research m.** Antidiabetic effect of Gynostemma pentaphyllum tea in randomly assigned type 2 diabetic patients. 2010;42(05):353-357.
3. **Đỗ Trung Quân.** Bệnh nội tiết chuyển hóa. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2011.
4. **Nguyễn Ngọc Tâm.** Đánh giá hiệu quả hoạt động thể lực ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 mới phát hiện năm 2014. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2014.
5. **Adler A, Levy J, Matthews D, Stratton I, Hines G, Holman RJDm.** Insulin sensitivity at diagnosis of Type 2 diabetes is not associated with subsequent cardiovascular disease (UKPDS 67). 2005;22(3):306-311.
6. **American Diabetes Association.** 14. Diabetes care in the hospital: standards of medical care in diabetes—2018. 2018;41(Supplement 1):S144-S151.
7. **Mathers C, Stevens G, Mascarenhas M.** Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization; 2009.
8. **Rissardi GdGL, Cipullo JP, Moreira GC, et al.** Prevalence of Physical Inactivity and its effects on blood pressure and metabolic parameters in a Brazilian urban population. 2018;31:594-602.
9. **Yavari A, Najafipoor F, Aliasgarzadeh A, Niafar M, Mobasseri MJBoS.** Effect of aerobic exercise, resistance training or combined training on glycaemic control and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes. 2012;29(2):135.
10. **Zitkus BSJTNP.** Update on the American Diabetes Association standards of medical care. 2014;39(8):22-32.

PHỤ LỤC

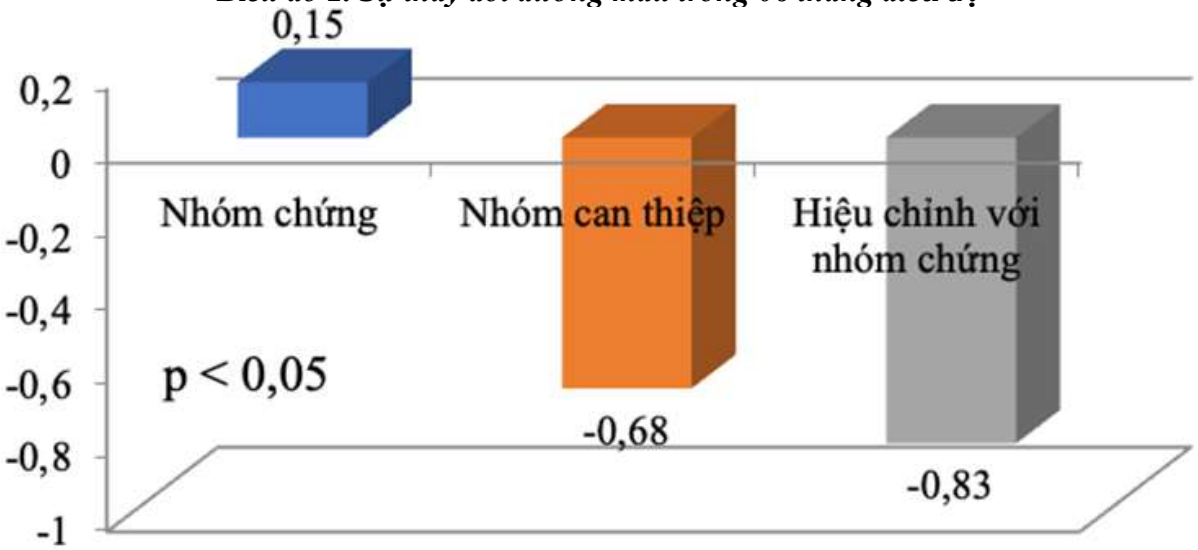
Bảng 1. Một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Các chỉ số lâm sàng		Bắt đầu nghiên cứu		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
		Kết quả	P	Kết quả	P	Kết quả	P
Vòng eo	Nhóm CT	85,0 ± 7,9	0,291	83,2 ± 7,3	0,745	82,2 ± 6,7	0,939
	Nhóm chứng	83,5 ± 8,6		82,8 ± 8,5		82,2 ± 8,7	
BMI	Nhóm CT	24,4 ± 3,1	0,318	24,1 ± 2,8	0,371	23,9± 2,9	0,374
	Nhóm chứng	23,8 ± 3,0		23,6 ± 3,2		23,2± 2,8	
WHR	Nhóm CT	0,93± 0,05	0,386	0,92 ± 0,04	0,767	0,92 ± 0,05	0,918
	Nhóm chứng	0,92± 0,06		0,91± 0,06		0,92 ± 0,06	
HATT	Nhóm CT	122,8 ± 10,3	0,729	121,5 ± 6,1	0,494	121,1 ± 6,5	0,850
	Nhóm chứng	122,1± 7,7		120,8 ± 5,8		120,8 ± 7,0	
Chol TP	Nhóm CT	5,24 ± 1,15	0,372	4,74 ± 0,98	0,278	4,76 ± 0,60	0,334
	Nhóm chứng	5,07 ± 1,06		4,90 ± 0,87		4,93 ± 1,16	
Triglycerid	Nhóm CT	3,31 ± 4,15	0,827	2,64 ± 1,64	0,579	2,48± 1,24	0,843
	Nhóm chứng	3,18 ± 2,76		2,80 ± 1,85		2,56± 1,35	

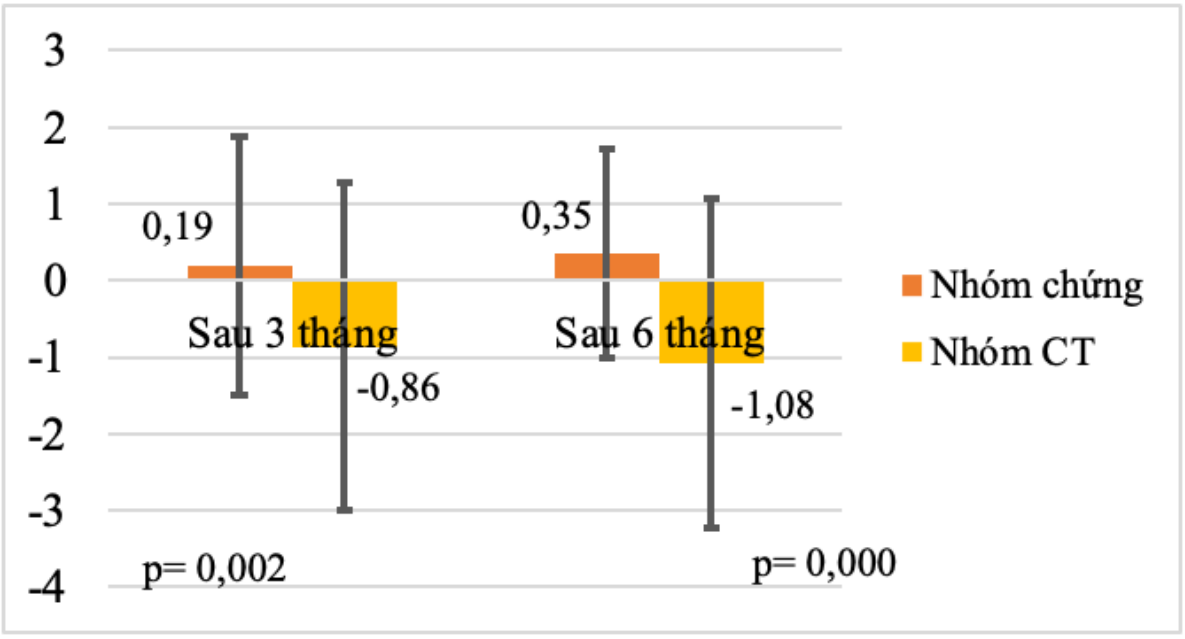
LDL-c	Nhóm CT	2,89 ± 0,85	0,949	2,47 ± 0,85	0,021	2,39 ± 0,72	0,011
	Nhóm chứng	2,91 ± 0,86		2,80 ± 0,76		2,79 ± 0,94	
HDL-c	Nhóm CT	1,32 ± 0,28	0,372	1,46 ± 0,31	0,007	1,43 ± 0,29	0,157
	Nhóm chứng	2,28 ± 0,76		1,31 ± 0,30		1,35 ± 0,32	
AST	Nhóm CT	23,7 ± 11,3	0,296	25,9 ± 11,2	0,437	25,9 ± 10,7	0,200
	Nhóm chứng	26,7 ± 19,6		27,8 ± 16,1		29,6 ± 19,7	
ALT	Nhóm CT	26,6 ± 17,7	0,057	31,2 ± 17,1	0,257	29,7 ± 15,0	0,078
	Nhóm chứng	33,3 ± 21,7		35,1 ± 20,8		35,5 ± 20,7	
Creatinin	Nhóm CT	84,5 ± 18,1	0,065	88,9± 16,5	0,134	88,3± 20,1	0,143
	Nhóm chứng	78,7 ± 17,6		84,3± 18,2		83,4 ± 17,2	



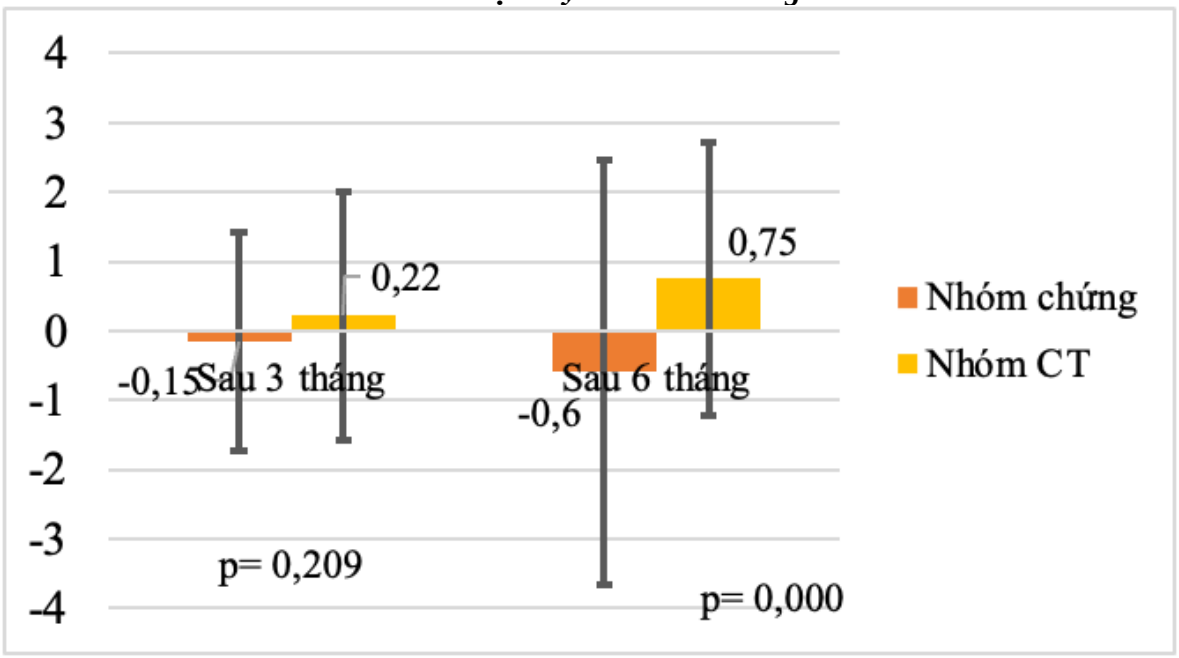
Biểu đồ 1. Sự thay đổi đường máu trong 06 tháng điều trị



Biểu đồ 2: Thay đổi chỉ số HbA1c trước và sau nghiên cứu



Biểu đồ 3. So sánh sự thay đổi HOMA-IR giữa 2 nhóm



Biểu đồ 4. So sánh sự thay đổi giá trị METs của 2 nhóm

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2022

Đinh Văn Tuy[1], Đào Quỳnh Trang[1], Phí Thị Hải Anh[1], Đặng Thị Nga[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông nhằm phát hiện các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp (BNTG) giúp cho việc chẩn đoán, phát hiện sớm và kịp thời. Phân tích số liệu từ 38 bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông cho thấy phần lớn bệnh nhân mắc bướu nhân tuyến giáp (BNTG) là nữ, với tỷ lệ nữ/nam là 4.42/1. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi trên 50, với tuổi trung bình là 56,42 ± 13,45 tuổi. Triệu chứng chính của bệnh là bệnh nhân tự phát hiện khối u ở vùng cổ, một số triệu chứng khác bao gồm cảm giác tức nặng vùng cổ, nuốt vướng và khàn tiếng. Kết quả chọc hút tế bào cho thấy tỷ lệ đa số là bướu lành tính với loại phổ biến là nhân giáp keo, trong khi tỷ lệ ác tính là 10.5%, chủ yếu là ung thư biểu mô thể nhú. Khảo sát các đặc điểm trên siêu âm chúng tôi thu được kết quả các tính chất vi vôi hóa, ranh giới không rõ, chiều cao > chiều rộng có ý nghĩa thống kê (p< 0,05) với tỷ lệ ác tính trên tế bào học. Chưa thấy mối liên quan giữa tính chất nhân, đường kính nhân và đặc điểm âm với mức độ ác tính trên tế bào học. Kết luận: Nghiên cứu kết luận rằng siêu âm là công cụ quan trọng trong chẩn đoán BNTG. Các đặc điểm như vi vôi hóa, ranh giới không rõ, và chiều cao nhân lớn hơn chiều rộng có liên quan đến nguy cơ ác tính. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm cũng cho kết quả chính xác trong việc phân biệt bướu lành và bướu ác.

Từ khoá: Bướu nhân tuyến giáp; Bướu nhân tuyến giáp lành tính; Bướu nhân tuyến giáp ác tính; tế bào học.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF THYROID NODULES AT HÀ ĐÔNG GENERAL HOSPITAL IN 2022

The study was conducted at Ha Dong General Hospital to identify the clinical and paraclinical features of patients with thyroid nodular goiter (TNG) to aid in early and timely diagnosis. Analysis of data from 38 patients at Ha Dong General Hospital revealed that the majority of patients with TNG were female, with a female-to-male ratio of 4.42:1. The condition is most commonly observed in individuals over 50 years of age, with a mean age of 56.42 ± 13.45 years. The primary symptom is the patient self-detecting a lump in the neck area, with other symptoms including a sensation of heaviness in the neck, difficulty swallowing, and hoarseness. Results from fine needle aspiration indicate that the majority of nodules are benign, with colloid nodules being the most common, while the rate of malignancy is 10.5%, predominantly papillary carcinoma. Ultrasound characteristics revealed

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Quỳnh Trang
Email: quynhtrang.vmmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 09/09/2024
Ngày phản biện khoa học: 21/10/2024
Ngày duyệt bài: 06/11/2024

that microcalcification, unclear margins, and a height greater than width were statistically significant ($p < 0.05$) with the rate of malignancy on cytology. No correlation was found between nodule characteristics, nodule diameter, and ultrasound features with the degree of malignancy on cytology. Conclusion: The study concludes that ultrasound is a crucial tool in diagnosing TNG. Features such as microcalcification, unclear margins, and a nodule height greater than width are associated with an increased risk of malignancy. Fine needle aspiration under ultrasound guidance also provides accurate results in differentiating between benign and malignant nodules.

Keywords: Thyroid nodular goiter; Benign thyroid nodular goiter; Malignant thyroid nodular goiter; Cytology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp là tổn thương khu trú trong tuyến giáp, có thể phân biệt qua siêu âm với nhu mô xung quanh. Đây là một bệnh lý phổ biến, chiếm khoảng 5% dân số toàn cầu, trong đó 4-5% là ác tính. Bệnh chủ yếu gặp ở phụ nữ trong độ tuổi 30-59 và thường phát hiện tình cờ qua các xét nghiệm hình ảnh do triệu chứng lâm sàng có thể không rõ ràng. Siêu âm tuyến giáp là phương pháp chính trong chẩn đoán, giúp xác định tính chất ác tính của bướu và hướng dẫn điều trị. Để hiểu rõ hơn về đặc điểm của bướu nhân tuyến giáp và cải thiện quy trình chẩn đoán, nghiên cứu "**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2022**" được thực hiện nhằm cung cấp thông tin chi tiết và hỗ trợ trong việc quản lý bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp xác định bằng siêu âm và có chỉ định chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ tại khoa Nội tiết Bệnh viện đa khoa Hà Đông từ T2/2022 đến T8/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm tuyến giáp và vùng cổ.
- Bệnh nhân có chỉ định chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ.
- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có đủ các xét nghiệm.
- Bệnh nhân đang bị bệnh cấp tính.
- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang kết hợp với phân tích.

Nội dung nghiên cứu: Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng. Định lượng FT4, TSH, Công thức máu, máu lắng, CRPhs, anti TPO bằng máy Sinh hóa tự động của khoa Hóa sinh; Siêu âm tuyến giáp. Chọc hút tuyến giáp dưới siêu âm. Kết quả tế bào học.

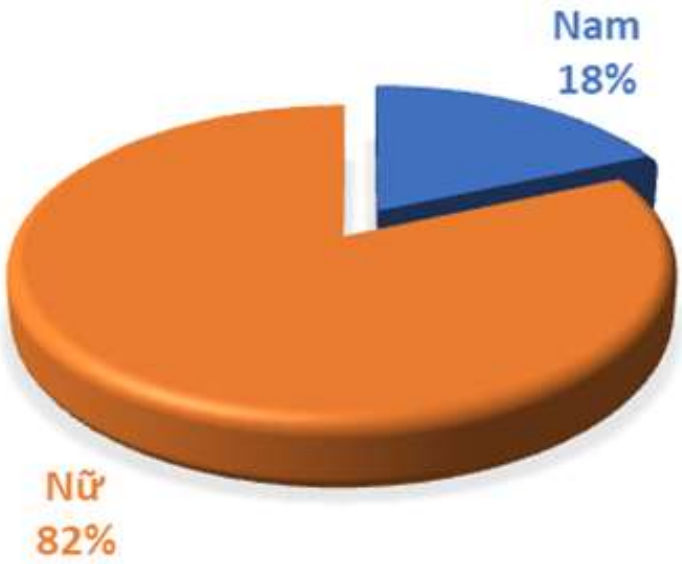
Địa điểm nghiên cứu: khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

Quản lý và xử lí số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

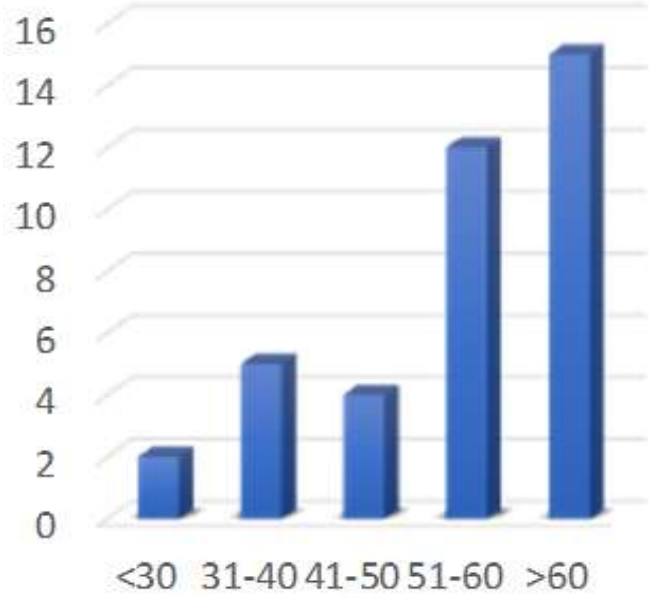
Phân bố theo tuổi và giới



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ về giới đối tượng nghiên cứu

Nhận xét:

- Bệnh bướu nhân tuyến giáp đa số gặp ở nữ giới là chủ yếu.
- Tỉ lệ nữ/nam 4.42/1.



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét:

- Tuổi trung bình là 56,42 ± 13.45 tuổi. Tuổi thấp nhất là 26 cao nhất là 76 tuổi.
- Bệnh chủ yếu gặp ở lứa tuổi > 50 tuổi.

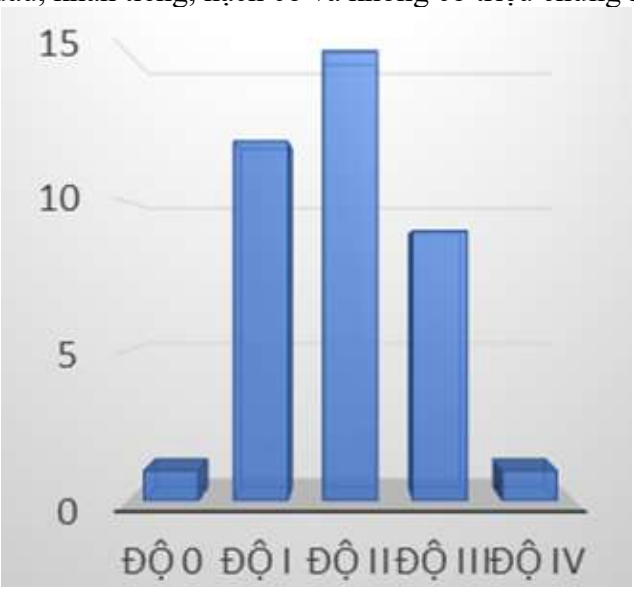
Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân BNTG

Bảng 3.1. Tỷ lệ các triệu chứng thường gặp ở người có bướu nhân tuyến giáp

Triệu chứng cơ năng	n	%
Tự phát hiện khối u vùng cổ	30	78,9
Tức nặng vùng cổ	18	47,4
Nuốt vướng, nuốt nghẹn	8	21,1
Hạch cổ	1	2,6
Đau	5	13,2
Khàn tiếng	4	10,5
Không có triệu chứng	2	5,2

Nhận xét:

- Đa số bệnh nhân đến khám vì tự phát hiện khối u vùng cổ chiếm 78,9%
- Có 47,7% bệnh nhân có triệu chứng tức nặng vùng cổ; 21,1 % có nuốt vướng, nuốt nghẹn.
- Các triệu chứng đau, khàn tiếng, hạch cổ và không có triệu chứng ít gặp hơn.



Biểu đồ 3.3. Phân độ tuyến giáp

Nhận xét:

- Chủ yếu gặp các bệnh nhân có bướu giáp độ I-II.
- Bướu giáp độ 0, III, IV ít gặp hơn.

Bảng 3.2. Tính chất của BNTG trên lâm sàng

Tính chất bướu nhân TG		n	%
Mật độ	Mềm	32	84,2
	Chắc	4	10,5
	Cứng	2	5,2
Ranh giới	Rõ	31	81,6
	Không rõ	7	18,4

Di động	Di động theo nhịp nuốt	35	92,1
	Hạn chế di động	3	7,9
Hạch cổ	Có	1	2,6
	Không	37	97,4

Nhận xét:

- Tính chất bướu nhân trong nghiên cứu chủ yếu là mật độ mềm, ranh giới rõ, di động khi nuốt.
- Có 97,4% người bệnh bướu nhân không phát hiện hạch vùng cổ.

Bảng 3.3. Kết quả xét nghiệm TSH

Kết quả xét nghiệm TSH	**n**	**%**
Cao	6	15,8
Bình thường	31	81,6
Thấp	1	2,6
Tổng	38	100

Nhận xét:

- Chủ yếu các bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số TSH bình thường.
- Số bệnh nhân có TSH cao chiếm 15,6% và rất ít bệnh nhân có TSH thấp.

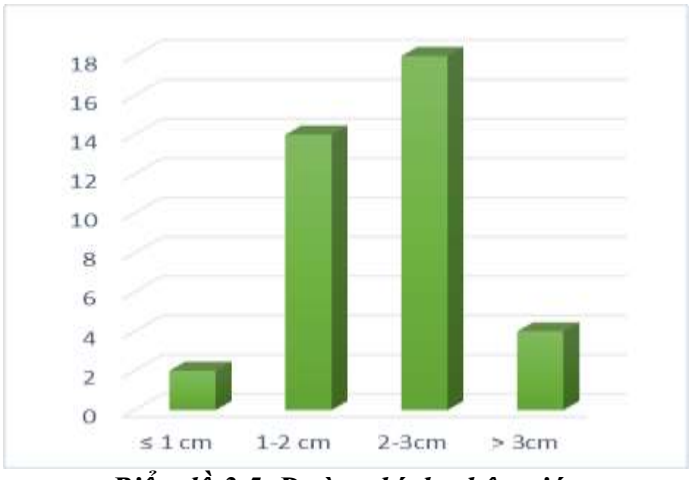
Bảng 3.4. Kết quả xét nghiệm FT4

Kết quả xét nghiệm FT4	**n**	**%**
Cao	0	0
Bình thường	38	100
Thấp	0	0
Tổng	38	100

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu có hormon tuyến giáp bình thường.

Biểu đồ 3.4. Số lượng BNTG trên siêu âm

Nhận xét: Đa số bướu nhân tuyến giáp trong nhóm nghiên cứu là đơn nhân chiếm 58%; đa nhân chiếm tỷ lệ thấp hơn 42%.



Biểu đồ 3.5. Đường kính nhân giáp

Nhận xét:

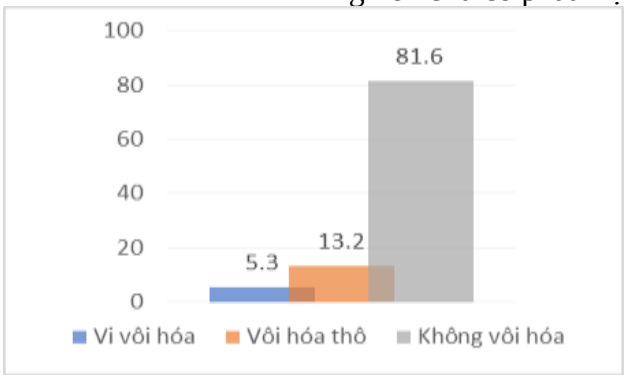
- Đa số BNTG của nhóm nghiên cứu có kích thước từ 1-3cm.
- Các bệnh nhân có bướu nhân < 1cm và > 3 cm chiếm tỉ tệ thấp hơn.

Bảng 3.5. Hình thái tổn thương của BNTG trên siêu âm

Tính chất bướu nhân TG		n	%
Hình dạng	Dọc > ngang	2	5,2
	Ngang ≥ dọc	36	94,7
Cấu trúc	Nhân đặc	25	65,8
	Nhân nang	4	10,5
	Nhân hỗn hợp	9	23,7
Đặc điểm âm vang của nhân đặc	Nhân đặc giảm âm	12	48
	Nhân đặc đồng âm	7	28
	Nhân đặc tăng âm	6	24
Hạch cổ	Có	1	2,6
	Không	37	97,4

Nhận xét:

- Đa số các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu hình ảnh siêu âm có cấu trúc nhân đặc, chủ yếu là giảm âm.
- Hình ảnh siêu âm của nhân đa số gặp nhân có chiều ngang lớn hơn chiều dọc.
- Có 1 trường hợp trong 38 bệnh nhân nghiên cứu có phát hiện hạch vùng cổ.



Biểu đồ 3.6. Tính chất vôi hóa của nhân trên siêu âm

Nhận xét: Đa số các trường hợp không có vôi hóa, có 13,2 % bệnh nhân có hình ảnh siêu âm vôi hóa thô và 5,3 % hình ảnh có vi vôi hóa.

Bảng 3.6. Kết quả chọc hút tế bào kim nhỏ

Tế bào học		**n**	**%**
Lành tính	Nhân giáp keo	25	65,8
	Viêm tuyến giáp tự miễn	0	0
	U tuyến nang	8	15,8
Ác tính	Ung thư biểu mô thể nhú	4	10,5
	Ung thư thể khác	1	2,6
Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán		0	0
N		38	100

Nhận xét:

- Đa số BNTG trong nghiên cứu là nhân giáp keo chiếm 65,8%, U tuyến nang là 15,8%.
- Có 5 trường hợp phát hiện ung thư tuyến giáp trong đó ung thư thể nhú chiếm 80%; 20% còn lại là ung thư thể khác.

Bảng 3.7. Đối chiếu lâm sàng, kết quả siêu âm với tế bào học

Đặc điểm		**Lành tính**		**Nghi ngờ, ác tính**		**P**
		n	**%**	**n**	**%**	
Tính chất	Nhân đặc	20	52,6	4	10,5	0.025
	Hỗn hợp	5	26,3	1	2,6	
	Nang	8	10,5	0	0	
Đặc điểm âm vang của nhân đặc	Giảm âm	9	23,7	3	7,9	0.054
	Đồng âm	6	15,8	1	2,6	
	Tăng âm	5	13,2	1	2,6	
Vôi hóa	Vi vôi hóa	0	0	2	5,3	0.000
	Vôi hóa thô	4	10,5	1	2,6	
	Không vôi hóa	29	76,3	2	5,3	
Ranh giới	Rõ	30	78,9	1	2,6	0.000
	Không rõ	3	7,9	4	10,5	
Cao/rộng	Cao > rộng	1	2,6	1	2,6	0.000
	Rộng > cao	32	84,2	4	10,5	
Đường kính	< 1cm	2	5,3	0	0	0.038
	1-2cm	11	28,9	3	7,9	
	2-3cm	17	44,7	1	2,6	
	>3cm	3	7,9	1	2,6	
Phân loại TIRADS	TIRADS 1	1	2.6	0	0	0.0035
	TIRADS 2	2	28.9	0	0	
	TIRADS 3	28	73,7	1	2.6	
	TIRADS 4	2	5,3	3	7,9	
	TIRADS 5	0	0	1	2.6	

Nhận xét: Khảo sát các đặc điểm trên siêu âm chúng tôi thu được kết quả các tính chất vi vôi hóa, ranh giới không rõ, chiều cao > chiều rộng có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ ác tính trên tế bào học. Chưa thấy mối liên quan giữa tính chất nhân, đường kính nhân và đặc điểm âm với mức độ ác tính trên tế bào học.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp.

Phân bố bệnh theo tuổi và giới

Nghiên cứu trên 38 bệnh nhân BNTG chúng tôi thấy BN nữ chiếm đa số với 81.6%, tỷ lệ nữ/nam là 4,4/1. Theo tác giả Phạm Văn Tuyến tỷ lệ nữ/nam là 4,7/1, tác giả Nguyễn Xuân Phong là 4,45/1 [6]. Các tác giả nước ngoài: Marwaha đưa ra tỷ lệ nữ/nam là 4/1 [7], Gandolfi và cộng sự là 2,7/1 [8]. Nhìn chung các tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất cho rằng BNTG gặp ở nữ nhiều hơn nam giới, tỷ lệ nữ/nam từ 1,2/1 đến 4,7/1 [9],[10].

Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu là 56.42 ± 13.45. Theo nghiên cứu của Trịnh Thị Thu Hồng tuổi trung bình là 44,8 tuổi (15-75 tuổi). Tác giả Nguyễn Xuân Phong đưa ra tuổi trung bình là 40, với đỉnh cao là 40 đến 65 tuổi [6]. Tác giả Alper cũng cho kết quả tương tự, với tuổi trung bình là 47,6, thấp nhất là 17 tuổi và cao nhất là 88 tuổi.

Đặc điểm lâm sàng

** Lý do đến khám bệnh*

Đa số các bướu giáp nhân phát hiện qua triệu chứng tự phát hiện thấy khối u vùng cổ 78,9%, tức nặng vùng cổ 47,3%, nuốt vướng, nghẹn 21,1%. Tuy nhiên cũng có 5,2% các trường hợp không có triệu chứng lâm sàng, tình cờ phát hiện được qua siêu âm kiểm tra sức khỏe định kỳ. Các triệu chứng lâm sàng khác của bướu giáp nhân rất nghèo nàn, chiếm tỷ lệ rất thấp như: nói khàn 10,5%, hạch cổ 2,6%, đau 13,2%. Triệu chứng khàn tiếng mới xuất hiện có thể do khối u xâm lấn vào dây thần kinh quặt ngược thanh quản. Khó nuốt hoặc đau vùng cổ cũng gợi ý một khối u ác tính, mặc dù những triệu chứng này cũng có thể gặp ở u lành tính.Tỷ lệ này cũng phù hợp với kết quả của Nguyễn Xuân Phong [6] với 85% BN đi khám vì có khối sưng phồng vùng cổ và nghiên cứu của Trần Xuân Bách với 95,7% BN có triệu chứng trên.

** Triệu chứng thực thể*

Bướu giáp trên lâm sàng chủ yếu độ II,III chiếm tỷ lệ 63,2%. Đa số bướu giáp trên lâm sàng có mật độ mềm (84,2%), ranh giới rõ (81,6%), di động theo nhịp nuốt (92,1%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu khác: nghiên cứu của tác giả Lâm Văn Hoàng, Vũ Bích Nga cũng cho kết quả không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp giữa bên phải và bên trái [3], [4].

Đặc điểm cận lâm sàng

** Siêu âm*

Số lượng bướu giáp đơn nhân chiếm tỷ lệ 58,1%, bướu đa nhân chiếm tỷ lệ 42,9%. Kích thước bướu nhân thường từ 1 – 3 cm (84,2%).

Hầu hết trên siêu âm bướu nhân giáp có hình dạng dọc ≤ ngang (94,7%); ranh giới rõ (81,6%) và không vôi hóa (81,6%).

Cấu trúc của bướu nhân chủ yếu là dạng nhân đặc (63,1%), trong đó nhân đặc giảm âm là 48%, nhân đặc đồng âm là 28%, nhân đặc tăng âm là 24%.

Phần lớn bệnh nhân bướu giáp trong nghiên cứu không có hạch vùng trên siêu âm (97,4%).

Kết quả của chúng tôi tương tự với một số nghiên cứu khác: nghiên cứu của tác giả

Tạ Văn Bình, Nguyễn Hoa Thu Hồng, Lâm Văn Hoàng, Trần Văn Tuấn, Nguyễn Khoa Diệu Vân, Trịnh Văn Tuấn [1], [2], [3], [5].

** Chọc hút tế bào kim nhỏ dưới siêu âm*

Tỷ lệ ác tính trên kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,2%, tỷ lệ lành tính là 86,8%. Kết quả tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa Hồng thấy chọc hút kim nhỏ có kết quả 60% lành tính, 5,5% ác tính, và 5,4% nghi ngờ ác tính [2]. Nghiên cứu của tác giả Vũ Bích Nga thực hiện trên 339 bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp được chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm thấy tỷ lệ bướu giáp lành tính là 90,6%, tỷ lệ ung thư tuyến giáp là 9,4% [4].

4.2. Đối chiếu hình ảnh siêu âm với kết quả tế bào học nhân tuyến giáp ở nhóm nghiên cứu

Theo quan điểm cũ, bướu đa nhân tuyến giáp được cho là ít nguy cơ ác tính hơn bướu đơn nhân, tuy nhiên nhiều nghiên cứu mới cho thấy quan niệm này là sai lầm [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ác tính.

Theo quan niệm trước đây, BNTG có kích thước lớn thì nguy cơ ác tính cao hơn, tuy nhiên nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy không có mối liên quan giữa kích thước nhân và nguy cơ ác tính [8].Trong nghiên cứu này, 73,6% BNTG lành tính và 10,5% BNTG ác tính có kích thước nằm trong khoảng 1-3 cm, không có sự khác biệt nhiều về tỷ lệ lành tính và ác tính ở các nhóm kích thước nhân giáp. Các tác giả Trịnh Thị Thu Hồng [10] kết luận không có sự khác biệt về kích thước nhân giáp ở các nhóm lành tính và ác tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BNTG ác tính có tỷ lệ nhân đặc là 80%, 20% là nhân hỗn hợp và không có nhân nang. Tác giả Trịnh Thị Thu Hồng có kết quả Tỷ lệ ác tính với 80,6% nhân đặc, 18,2% là nhân hỗn hợp, và nhân nang là 1,1% [10]. Trong nghiên cứu của Mary Frate nhóm BNTG ác tính có tỷ lệ nhân đặc chiếm 61,8%, nhân hỗn hợp chiếm 38,2%, không có trường hợp nào là nhân nang. Có sự tương đồng giữa nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trên, từ đó ta thấy BNTG ác tính thường là nhân đặc hoặc nhân hỗn hợp.

Trong 8 trường hợp nhân nang, không có trường hợp nào là BNTG ác tính. Như vậy ta thấy dấu hiệu nhân nang rất đặc hiệu cho BNTG lành tính, với độ đặc hiệu 100%. Điều này cũng được tác giả Moon và cộng sự nêu ra trong nghiên cứu của mình: BNTG dạng nang chứa dịch thuần nhất hoặc có vách bên trong dạng tổ ong là lành tính với độ đặc hiệu là 99,7-100%.

Trong 38 bệnh nhân của chúng tôi có 2 bệnh nhân vi vôi hóa trong đó nhóm BNTG ác tính có vi vôi hóa chiếm 100%. Như vậy ta thấy dấu hiệu nhân nang rất đặc hiệu cho BNTG lành tính, với độ đặc hiệu 100%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với một số tác giả khác, nhưng do số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn nên tỷ lệ có cao hơn một chút so với các đề tài khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BNTG ác tính có tỷ lệ ranh giới rõ là 20%, 80% là ranh giới không rõ. Tác giả Vũ Thùy Thanh có kết quả Tỷ lệ ác tính với 19,1% ranh giới rõ, 80,9% là ranh giới không rõ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các tác giả khác, đa số nhân ranh giới không rõ thì tỷ lệ ác tính cao hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước nhân thường gặp nhất là 1-3cm chiếm 84,2% trong đó 36,8% là nhân ĐK 1-2 cm; 47,3% là nhân có ĐK 2-3cm. Nhóm BNTG

ác tính thường gặp ở nhóm nhân ĐK 1-2cm với 3/5 trường hợp bệnh nhân, còn lại 1 trường hợp bệnh nhân có ĐK nhân 2-3 cm và 1 trường hợp bệnh nhân có ĐK nhân > 3cm.

Trong 38 bệnh nhân của chúng tôi có 5 bệnh nhân được xác định BNTG ác tính, trong đó 4 trường hợp trên hình ảnh siêu âm nhân có chiều cao > chiều rộng. Đây là một trong các dấu hiệu nghi ngờ ác tính trong chẩn đoán siêu âm BNTG.Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với một số tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân mắc BNTG ở nữ giới cao hơn nam giới

- Triệu chứng lâm sàng của bệnh thường nghèo nàn. Đa số trường hợp là do người bệnh tự phát hiện thấy khối u vùng cổ hoặc cảm giác tức nặng vùng cổ. Các triệu chứng khác thường xuất hiện ít hơn hoặc không có triệu chứng.

- Siêu âm tuyến giáp là thăm dò hình ảnh giúp chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp chính xác, được chỉ định thường quy trên lâm sàng và giúp phát hiện các nhân không sờ thấy được trên lâm sàng.

- Tỷ lệ bướu giáp đa nhân chiếm nhiều hơn bướu đơn nhân, thường gặp BNTG nhân đặc.

- Kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm (US-GFNA) giúp xác định bướu nhân lành tính hay ác tính có độ chính xác cao.

Khảo sát các đặc điểm trên siêu âm chúng tôi thu được kết quả các tính chất vi vôi hóa, ranh giới không rõ, chiều cao > chiều rộng có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ ác tính trên tế bào học cao hơn.

Chưa thấy mối liên quan giữa tính chất nhân, đường kính nhân và đặc điểm âm với mức độ ác tính trên tế bào học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Steven R.B., S.O.L., Robert L.F,** "Evaluation of a Thyroid nodule". Otolaryngol Clinical North America, 2010. Vol 43, pp. 229-238.
2. **Cady B., R.R.L.,** Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands, ed. T. Edition. Vol. W.B. Saunders Company, pp. 14-151. 1991.
3. **E.B, L.,** Disease of the thyroid, 2003, United States of America: Humana Press Inc. pp 217-238.
4. **Hossein G, E.P., et al.,** Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. ENDOCRINE PRACTICE 2010. Vol 16 (Suppl 1) May/June: p. 42-1.
5. **A. Diamantis, E. Magiorkinis, và H. Koutselini,** "Fine-needle aspiration biopsy: historical aspects, Folia histochemica et cytobiologica", Vol, vol 47, số p.h 2, tr 191–197, 2009.
6. **Nguyễn Xuân Phong,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm trong ung thư biểu mô tuyến giáp, in Luận văn thạc sỹ y học, Đ.h.Y.H. Nội, Editor 2011.
7. **Marwaha R.K, T.N., Ganie M.A et al.** Status of thyroid function in Indian adults: two decades after universal salt iodization. Journal of association physicians of India, . 2012. 6: p. 32-38 [Pubmed].
8. **Gandolfi P.P, A.F., Maurizio R. et al.** The incidence of thyroid carcinoma in multinodular goiter: retrospective analysis. Acta bio medica ateneo parmense, 2004. 75: p. 114-117 [Pubmed].
9. **Vũ Bích Nga,** Đặc điểm của bướu nhân tuyến giáp qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm. Y học thực hành (874), 2013. Số 6: p. Tr 20-22.
10. **Trịnh Thị Thu Hồng, V.T.Đ.,** Giá trị siêu âm trong dự đoán ung thư bướu giáp đa nhân. Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh,, 2010. Phụ bản tập 14: p. 55-59.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 NHẬP VIỆN CẤP CỨU

Vũ Thị Tuyết Ngân[1], Nguyễn Thị Lan Hương[1], Lê Thị Phương Huệ[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 nhập viện cấp cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 103 bệnh nhân đái tháo đường týp 2 nhập viện tại khoa Cấp cứu Nội bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/2022 đến 5/2022. **Kết quả:** tỷ lệ nam/nữ: 49,5% và 50,5%; tuổi trung bình 68,9 ± 12,9 (Min 29, Max 93); nhóm tuổi trên 60 tuổi (82,5%); bệnh đồng mắc ≥ 3 bệnh (68,9%); thời gian mắc bệnh ĐTĐ ≥ 10 năm (59,2%), từ 5 đến 10 năm (24,3%), < 5 năm (16,5%); tuân thủ dùng thuốc ĐTĐ kém (56,3%), tuân thủ dùng thuốc ĐTĐ trung bình (30,1%), tuân thủ dùng thuốc ĐTĐ tốt (13,6%); nguyên nhân nhập viện cấp cứu: bệnh lý hô hấp cấp (28,2%), đường máu cao (20,4%), tai biến mạch máu não cấp (16,5%), bệnh lý tim mạch (15,5%); Bệnh nhân không có triệu chứng điển hình của tăng đường huyết (81,6%); Glucose máu trung bình 26,5 ± 13,6 mmol/l (Min 16,7 mmol/l, Max 84,2 mmol/l); HbA1c máu trung bình 10,83 ± 2,49% (Min 5,17%, Max 16,8%); toan ceton (6,8%); tăng áp lực thẩm thấu (7,8%). **Kết luận:** Bệnh nhân đái tháo đường týp 2 thường phải nhập viện cấp cứu khi đường huyết tăng quá cao và mắc các bệnh lý cấp tính đi kèm. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là người cao tuổi, có thời gian mắc ĐTĐ > 10 năm. Tỷ lệ bệnh nhân không tuân thủ điều trị cao làm đường huyết tăng cao và tăng nguy cơ nhập viện.

Từ khóa: đái tháo đường týp 2, tăng đường huyết, nhập viện cấp cứu

SUMMARY

ASSESSMENT OF CLINICAL AND SUBCLINICAL ON PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLIUS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT AT THANH NHAN HOSPITAL

Objectives: Describe clinical and laboratory features of patients with type 2 diabetes mellius admitted to the emergency department. **Methods:** This cross-sectional study is carried out on 103 patients with type 2 diabetes mellius admitted to the emergency department at Thanh Nhan Hospital from January 2022 to May 2022. **Results**: male/female ratio: 49.5% and 50.5%; average age 68.9 ± 12.9 (Min 29, Max 93); age group over 60 years (82.5%); comorbidities ≥ 3 diseases (68.9%); duration of diabetes ≥ 10 years (59.2%), from 5 to 10 years (24.3%), < 5 years (16.5%); low adherence (56.3%), medium adherence (30.1%), high adherence (13.6%); causes of urgent hospitalization: acute respiratory disease (28.2%), hyperglycemia (20.4%), acute cerebrovascular accident (16.5%), cardiovascular disease (15.5%); The patients had no typical symptoms of hyperglycemia (81.6%); mean blood glucose level 26.5 ± 13.6 mmol/l (Min 16.7 mmol/l, Max 84.2 mmol/l); mean blood

[1]*Bệnh viện Thanh Nhàn*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Tuyết Ngân
Email: vutuyetngan@gmail.com
Ngày nhận bài: 26/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 23/09/2024
Ngày duyệt bài: 14/10/2024

HbA1c level 10.83 ± 2.49% (Min 5.17%, Max 16.8%); Diabetic ketoacidosis (6.8%); hyperosmolar hyperglycemic state (7.8%). **Conclusion:** Patients with type 2 diabetes often admitted to the emergency department when they have hyperglycemia and suffer from acute illnesses. The majority of patients participating in the survey aged over 60, with duration of diabetes over 10 years. Not obeying the treatment causes hyperglycemia and increases the risk of hospitalization.

Keywords: type 2 diabetes mellius, hyperglycemia, urgent hospitalization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là mối đe dọa sức khỏe toàn cầu với số bệnh nhân ngày càng tăng, đặc biệt là ở những nước đang phát triển. ĐTĐ là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng đường huyết do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai.[1] Trong số những người mắc ĐTĐ thì chủ yếu là ĐTĐ týp 2, chiếm 90-95%.[2] ĐTĐ gây ra rất nhiều biến chứng nguy hiểm không những để lại di chứng nặng nề cho người bệnh mà còn là nguyên nhân gây tử vong cho bệnh nhân ĐTĐ. Đường huyết tăng quá cao và các biến chứng của tăng đường huyết cùng các bệnh lý cấp tính đi kèm là những lý do chính buộc bệnh nhân phải nhập viện.[3] Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tăng đường huyết ở bệnh nhân nhập viện là yếu tố tiên lượng xấu đối với kết cục lâm sàng cũng như tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân có hoặc không mắc ĐTĐ.[4] Tuy nhiên với cùng tình trạng bệnh lý cấp tính mắc phải, bệnh nhân ĐTĐ thường có rối loạn chuyển hóa carbonhydrat nặng hơn BN không bị ĐTĐ do người ĐTĐ có tình trạng kháng insulin và rối loạn bài tiết insulin.[5]

Bệnh viện Thanh Nhàn là bệnh viện đa khoa hạng I của thành phố Hà Nội quản lý hàng nghìn bệnh nhân ĐTĐ ngoại trú. Số lượng bệnh nhân ĐTĐ nhập viện do tăng đường huyết và các bệnh lý cấp tính đi kèm ngày càng gia tăng. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào được tiến hành trên đối tượng bệnh nhân ĐTĐ có tình trạng tăng đường huyết nhập viện cấp cứu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 nhập viện cấp cứu để làm cơ sở tiên lượng ở bệnh nhân ĐTĐ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 103 BN ĐTĐ týp 2 đã được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ nhập viện tại khoa Cấp cứu Nội bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/2022 đến 5/2022

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Chọn tất cả BN ĐTĐ týp 2 đã được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ nhập viện tại khoa Cấp cứu Nội bệnh viện Thanh Nhàn. BN có các bệnh lý cần nhập viện cấp cứu: đường huyết tăng cao, các biến chứng cấp tính của tăng đường huyết, các bệnh lý phối hợp cần nhập viện cấp cứu (bệnh lý hô hấp cấp tính, bệnh lý tim mạch, tai biến mạch máu não cấp, các nhiễm trùng khác…). BN có tình trạng tăng đường huyết nặng: đường máu tĩnh mạch > 16,6 mmol/l theo Umpierrez và CS[4].

- Tiêu chuẩn loại trừ: Tăng đường huyết ở BN chưa được chẩn đoán ĐTĐ từ trước; BN ĐTĐ typ 1; Phụ nữ có thai; BN quá nặng không khai thác được thông tin về bệnh. BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Quy trình nghiên cứu: tất cả các BN được tiến hành theo các bước: Hỏi bệnh,

khám bệnh, làm các xét nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất.

- Các biến số nghiên cứu và tiêu chí đánh giá:

+ Tuổi: < 60 tuổi, 60-80 tuổi, > 80 tuổi

+ Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ: < 5 năm, 5-10 năm, > 10 năm

+ Tình trạng tuân thủ dùng thuốc: Theo thang điểm Morisky – 8 (tuân thủ tốt: 8 điểm, tuân thủ trung bình 6-7 điểm, tuân thủ kém < 6 điểm)

+ Bệnh mắc kèm (RLCL lipid, THA, suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, COPD, thoái hóa khớp, TBMMN, sa sút trí tuệ,…): chia làm 2 nhóm < 3 bệnh, ≥ 3 bệnh

+ Các nhóm nguyên nhân khiến BN nhập viện: đường máu tăng cao, bệnh lý hô hấp cấp tính, bệnh lý tim mạch, TBMMN cấp, nguyên nhân nhiễm trùng khác, các nguyên nhân khác.

+ HbA1C: tốt ≤ 7,0%, chấp nhận được 7,0 – 8,0 %, kém ≥ 8,0% theo ADA 2021

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới, bệnh đồng mắc của nhóm nghiên cứu (n=103)

Biến số		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	51	49,5
	Nữ	52	50,5
Nhóm tuổi	< 60	18	17,5
	60-80	61	59,2
	> 80	24	23,3
Bệnh đồng mắc	< 3	32	31,1
	≥ 3	71	68,9

Nhận xét:

- Qua nghiên cứu 103 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau, kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước.

- Tuổi trung bình là 68,9 ± 12,9; tuổi thấp nhất là 29 tuổi, tuổi cao nhất là 93 tuổi. Nhóm tuổi gặp chủ yếu là: 60-80 tuổi (59,2%), ≥80 tuổi (23,3%). Tuổi là yếu tố nguy cơ đầu tiên của ĐTĐ typ 2. Tuổi càng cao thì chức năng tuyến tụy nội tiết càng giảm, khả năng bài tiết insulin sẽ giảm sút. Khi tuổi cao thì sự nhạy cảm của tế bào đích với insulin cũng suy giảm, làm gia tăng nguy cơ xuất hiện bệnh ĐTĐ và các biến chứng cấp tính của tăng đường huyết. Đồng thời, tuổi càng cao thì càng mắc nhiều bệnh lý đi kèm và thường phải sử dụng nhiều loại thuốc, trong đó có những thuốc có thể làm tăng đường huyết.

- Phần lớn bệnh nhân trong nhóm có số bệnh đồng mắc ≥ 3 chiếm chủ yếu (68,9%). Nghiên cứu của tác giả nước ngoài Javier và CS – 2015 cũng cho kết quả tương tự: trong 902 bệnh nhân ĐTĐ nhập viện có 71% BN có số bệnh mắc kèm ≥ 3 bệnh.

3.2. Tiền sử bệnh đái tháo đường

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc đái tháo đường, tuân thủ điều trị

Biến số		Tần số	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc	< 5 năm	17	16,5
	5 - 10 năm	25	24,3
	> 10 năm	61	59,2
Tuân thủ điều trị	Tốt	14	13,6
	Trung bình	31	30,1
	Kém	58	56,3

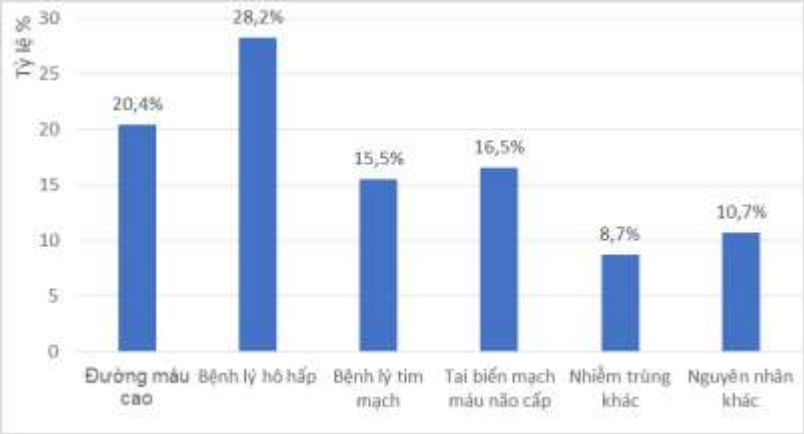
Nhận xét:

- Thời gian mắc bệnh đái tháo đường chủ yếu >10 năm, chiếm tỷ lệ 59,2%. Kết quả nghiên cứu của Javier Ena và CS – 2015 cũng cho thấy bệnh nhân tăng đường huyết nhập viện điều trị nội trú có thời gian phát hiện bệnh > 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất[7]. Thời gian mắc bệnh càng dài đi kèm nguy cơ mắc các biến chứng của ĐTĐ cũng như các bệnh lý kèm theo tăng lên làm tăng nguy cơ nhập viện.

- Phần lớn bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc ĐTĐ kém, chiếm tỷ lệ 56,3%; chỉ có 13,6% BN tuân thủ điều trị tốt. Đây là nguyên nhân chính của đường huyết tăng cao, làm nặng thêm tình trạng các bệnh lý nền sẵn có, là yếu tố thúc đẩy bệnh nhân nhập viện.

3.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.3.1. Nguyên nhân nhập viện cấp cứu:



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân nhập viện

Nhận xét:

- Hai nguyên nhân chủ yếu khiến bệnh nhân nhập viện cấp cứu là bệnh lý hô hấp cấp tính và đường máu cao, lần lượt chiếm tỷ lệ 28,2% và 20,4%. Nhóm nguyên nhân phổ biến tiếp theo là tai biến mạch máu não cấp (16,5%) và bệnh lý tim mạch cấp tính (15,5%).

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh lý hô hấp cần nhập viện cấp cứu hay gặp các bệnh: suy hô hấp, đợt cấp COPD, hen phế quản bội nhiễm, viêm phổi, viêm phế quản. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tăng đường huyết xảy ra ở các bệnh nhân này là hậu quả của thuốc điều trị. Điều trị bằng corticoid là nguyên nhân chính gây tăng đường máu, sau đó là vài trò của thuốc giãn phế quản loại cường beta giao cảm.

3.3.2. Triệu chứng điển hình của tăng đường huyết

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng điển hình của tăng đường huyết

Biến số		Tần số	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng điển hình tăng đường huyết	Có	19	18,4
	Không	84	81,6

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng tăng đường huyết điển hình, chiếm tỷ lệ 81,6%. Điều này có thể do bệnh nhân đái tháo đường týp 2 thường có biểu hiện triệu chứng lâm sàng âm thầm, kín đáo trong một thời gian dài cho đến khi đường máu tăng rất cao, đồng thời bệnh nhân nhập viện với các bệnh lý cấp cứu khác đi kèm nên thường bị triệu chứng bệnh kèm theo che lấp.

3.3.3. Glucose máu lúc nhập viện, HbA1c

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo glucose máu lúc nhập viện, HbA1c

Biến số		Tần số	Tỷ lệ (%)	Min	Max	Trung bình
Glucose máu	16,7-22,1 mmol/l	56	54,4	16,7	84,2	26,5 ± 13,6
	22,2-33,2 mmol/l	30	29,1			
	≥ 33,3 mmol/l	17	16,6			
HbA1c	≤ 7,0%	9	8,7	5,17	16,80	10,83±2,49
	7,0% - 8,0%	5	4,9			
	≥ 8,0%	89	86,4			

Nhận xét:

- Nồng độ đường huyết trung bình là 26,5 ± 13,6 mmol/L, 54,4% bệnh nhân có đường huyết nằm trong khoảng 16,7 – 22,2 mmol/l, nồng độ glucose máu thấp nhất là 16,7 mmol/l, nồng đồ glucose máu cao nhất là 84,2 mmol/l.

- Chỉ số HbA1c trung bình là 10,83 ± 2,49%, trong đó 86,4% bệnh nhân có chỉ số HbA1c ≥ 8,0%, chỉ số HbA1c thấp nhất là 5,17%, chỉ số HbA1c cao nhất là 16,8%. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng quản lý HbA1c chưa tốt làm tăng biến chứng, tăng tỷ lệ nhập viện và tỷ lệ tử vong do ĐTĐ. Khi xem xét các dữ liệu trong nghiên cứu UKPDS cho thấy cứ giảm 1% HbA1c sẽ giảm 21% tử vong liên quan đến ĐTĐ, giảm 14% nhồi máu cơ tim, giảm 37% biến chứng vi mạch[8].

3.3.5. Tăng áp lực thẩm thấu máu do đái tháo đường, toan ceton do đái tháo đường

Bảng 6. Phân bố bệnh nhân theo tăng áp lực thẩm thấu máu do đái tháo đường, toan ceton do đái tháo đường

Biến số		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tăng áp lực thẩm thấu do đái tháo đường	Có	8	7,8
	Không	95	92,2
Toan ceton do đái tháo đường	Có	7	6,8
	Không	96	93,2

Nhận xét: Trong số 103 bệnh nhân có 8 bệnh nhân (7,78%) tăng áp lực thẩm thấu do đái tháo đường và 7 bệnh nhân (6,8%) toan ceton do đái tháo đường. Bệnh nhân đái tháo

đường týp 2 thường có nguy cơ phát triển tăng áp lực thực thẩm thẩm nhiều hơn toan ceton, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 7/103 bệnh nhân nhiễm toan ceton. Điều này phù hợp với nhận xét của Abbas E. Kitachi, nguy cơ nhiễm toan ceton tăng lên ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 khi có bệnh lý cấp tính đi kèm như chấn thương, phẫu thuật, nhiễm trùng [9].

IV. KẾT LUẬN

- Phần lớn bệnh nhân nhập viện > 60 tuổi (82,5%), tỷ lệ nam/nữ = 1/1,02

- 59,2% bệnh nhân có thời gian mắc đái tháo đường ≥10 năm;

- Các nguyên nhân chính khiến bệnh nhân nhập viện cấp cứu là bệnh lý hô hấp cấp tính (28,2%), đường máu tăng cao (20,4%), tai biến mạch máu não cấp (16,5%) và bệnh lý tim mạch (15,5%).

- 81,6% bệnh nhân không có triệu chứng điển hình của tăng đường huyết.

- Phần lớn bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc ĐTĐ kém, chiếm tỷ lệ 56,3%; chỉ có 13,6% BN tuân thủ điều trị tốt.

- Glucose máu trung bình lúc nhập viện là 26,5 ± 13,6mmol/l, HbA1c máu trung bình là 10,83 ± 2,49%

- Tăng áp lực thẩm thấu do đái tháo đường (7,8%), toan ceton do đái tháo đường (6,8%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Diabetes Association.** Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care. 2003;26 Suppl 1:S33-50. doi:10.2337/diacare.26.2007.s33
2. **Quyết định 5481/QĐ-BYT.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2. Accessed August 11, 2022. https://luatvietnam.vn/y-te/quyet-dinh-5481-qd-byt-huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-dai-thao-duong-tip-2-196326-d1.html
3. **Anh NĐ.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Hóa Sinh và Hiệu Quả Của Phác Đồ Insulin Liều Chia Nhỏ Đối Với Bệnh Nhân Cấp Cứu Có Tăng Đường Huyết. Đại học Y Hà Nội; 2011.
4. **Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, You X, Thaler LM, Kitabchi AE.** Hyperglycemia: an independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. J Clin Endocrinol Metab. 2002;87(3): 978-982. doi:10.1210/jcem.87.3.8341
5. **Montori VM, Bistrian BR, McMahon MM.** Hyperglycemia in acutely ill patients. JAMA. 2002;288(17): 2167-2169. doi:10.1001/jama.288.17.2167
6. **Ngân ĐTK.** Nhận Xét Thực Trạng Tâng Đường Huyết ở Bệnh Nhân Cao Tuổi Điều Trị Nội Trú Tại Bệnh Viện Lão Khoa Trung Ương. Đại học Y Hà Nội; 2018.
7. **Ena J, Gómez-Huelgas R, Romero-Sánchez M, et al.** Hyperglycemia management in patients admitted to internal medicine in Spain: A point-prevalence survey examining adequacy of glycemic control and guideline adherence. Eur J Intern Med. 2015;26(6): 392-398. doi:10.1016/j.ejim.2015.04.020
8. **Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al.** Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000; 321(7258): 405-412. doi:10.1136/bmj.321. 7258.405
9. **Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN.** Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. Diabetes Care. 2009; 32(7):1335-1343. doi:10.2337/dc09-9032

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ ĐỘ ĐÀN HỒI GAN ĐO BẰNG KỸ THUẬT FIBROSCAN TRONG TIÊN ĐOÁN GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CHILD - PUGH A, B TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đoàn Hoài Linh[1], Nguyễn Văn Sáng[1]

TÓM TẮT

Độ đàn hồi gan đo bằng kỹ thuật Fibroscan có giá trị trong tiên đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan Child Pugh A, B.

Mục tiêu: Xác định giá trị độ đàn hồi gan đo bằng kỹ thuật Fibroscan trong tiên đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan Child - Pugh A, B tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 82 bệnh nhân xơ gan Child – pugh A,B tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2024.

Kết quả: Giá trị độ đàn hồi gan tăng theo mức độ giãn tĩnh mạch thực quản**.** Đo độ đàn hồi tại điểm cắt 17.03 kPa và 22.32 kPa trong dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản và giãn tĩnh mạch thực quản nguy cơ cao với độ nhạy 88.1% và 83.5%, độ đặc hiệu 88.4% và 92.4%, AUROC là 0.875 và 0.912

Kết luận: Độ đàn hồi gan bằng kỹ thuật Fibroscan là phương pháp không xâm lấn
hữu ích trong tiên đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan Child - Pugh A, B

Từ khóa: Giãn tĩnh mạch thực quản, Giá trị độ đàn hồi gan

[1]*Bệnh viện Thanh Nhàn*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Hoài Linh
Email: doanhoailinh80@gmail.com
Ngày nhận bài: 19/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 23/09/2024
Ngày duyệt bài: 07/10/2024

SUMMARY

RESEARCH ON THE VALUE OF LIVER ELASTICITY MEASURED BY FIBROSCAN TECHNIQUE IN PREDICTING ESOPHAGEAL VARICES IN CHILD-PUGH A AND B CIRRHOTIC PATIENTS AT THANH NHAN HOSPITAL

Liver elasticity measured by the FibroScan technique is valuable in predicting esophageal varices in Child-Pugh A and B cirrhotic patients..

Objectives: Determining the value of liver elasticity measured by the FibroScan technique in predicting esophageal varices in Child-Pugh A and B cirrhotic patients at Thanh Nhan Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study conducted on 82 Child-Pugh A and B cirrhotic patients at the Gastroenterology Department, Thanh Nhan Hospital, from January 2024 to October 2024.

Results: Liver elasticity values increase with the degree of esophageal varices. Measurements at cut-off points of 17.03 kPa and 22.32 kPa in predicting esophageal varices and high-risk esophageal varices show sensitivities of 88.1% and 83.5%, specificities of 88.4% and 92.4%, and AUROCs of 0.875 and 0.912.

Conclusion: The liver elasticity measurement using the Fibroscan technique is a useful non-invasive method for predicting esophageal varices in patients with Child-Pugh A and B cirrhosis.

Keywords: Esophageal varices; Liver elasticity value.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một bệnh lý mạn tính phổ biến ở nước ta và trên thế giới, là hậu quả của hầu hết các bệnh gan mạn tính. Xơ gan gây ra nhiều biến chứng nặng nề nguy hiểm đến tính mạng trong đó xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (GTMTQ) là biến chứng rất thường gặp và có nguy cơ tử vong cao. Tỉ lệ xuất huyết do vỡ GTMTQ ở bệnh nhân có tiền sử GTMTQ nguy cơ thấp và nguy cơ cao lần lượt là 5% và 15% [1]. Nội soi thực quản dạ dày tá tràng được coi là phương pháp chính xác nhất để xác định GTMTQ. Gần đây, có nhiều phương pháp không xâm lấn được thực hiện để tầm soát giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan dựa trên xét nghiệm sinh hóa, siêu âm bụng và độ đàn hồi gan. Trong đó, siêu âm đo độ hồi gan được chứng minh có giá trị trong dự đoán GTMTQ ở bệnh nhân xơ gan. Đề tài thực hiện nhằm mục tiêu: ***"Xác định giá trị độ đàn hồi gan đo bằng kỹ thuật Fibroscan trong tiên đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan Child - Pugh A, B tại Bệnh viện Thanh Nhàn".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán xơ gan Child - Pugh A, B (điểm Child từ 5 - 9 điểm)
- Bệnh nhân được đo độ đàn hồi gan bằng Fibrosan ở mức F4
- Bệnh nhân đống ý nội soi thực quản.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân bép phì
- Bệnh nhân có tình trạng viêm gan cấp
- Bệnh nhân có dịch cổ trướng.
- Bệnh nhân có các bệnh lý như suy tim, suy thận nặng

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024 tại khoa tiêu hóa Bệnh viện Thanh Nhàn

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

Có tổng số 82 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin dữ liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất dựa vào việc hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng và thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án lưu trữ.

2.3.4. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được sử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài

Nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không vì bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm phân bố theo giới tính, tuổi

Bảng 3.1. Đặc điểm chung về tuổi và giới

Giới	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ %
Nam	62	75,61%
Nữ	20	24,39%
Mức độ xơ gan	Child A	48 (58,54%)
	Child B	34 (41,46%)
Tổng số	82	100%
Tuổi trung bình (X±SD): 53.12 ± 15.22		

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân nam chiếm phần lớn, tỷ lệ nam/nữ: 3/1. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 53.12 ±15.22 tuổi. Số bệnh nhân xơ gan Child Pugh A cao hơn hẳn số bệnh nhân xơ gan Child Pugh B, gấp 1,4 lần.

3.1.2. Đặc điểm về mức độ giãn tĩnh mạch thực quản

Bảng 3.2. Đặc điểm về mức độ giãn tĩnh mạch thực quản

Đặc điểm		n (%)
Mức độ giãn tĩnh mạch thực quản	Không giãn	28 (34,15%)
	Độ 1	20 (24,39%)
	Độ 2	18 (21,95%)
	Độ 3	16 (19,51%)
Giãn tĩnh mạch thực quản nguy cơ	Nguy cơ thấp	31 (57.41%)
	Nguy cơ cao	23 (42.59%)
Tổng số		82 (100%)

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 54 bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản, chiến khoảng 68%. Trong đó có 23 bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản nguy cơ cao.

3.2. Các yếu tố liên quan đến dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản

3.2.1. Các mối liên quan dự đoán GTMTQ theo phân tích đơn biến

Bảng 3.3. Các mối liên quan dự đoán GTMTQ theo phân tích đơn biến

Yếu tố dự đoán	Tỷ số nguy cơ OR	Độ tin cậy 95%	Giá trị p
Tuổi	0.992	0.962-1.002	0.551
Albumin (g/L)	1.102	1.005-1.175	0.035
Bilirubin toàn phần (umol/L)	1.37	0.912-2.224	0.087
Thời gian prothrombin	0.892	0.683-1.358	0.141
Tiểu cầu	1.112	1.001-1.017	0.015
Lách to trên siêu âm	3.267	1.154-8.324	0.021
Giá trị độ đàn hồi gan	1.815	1.672-1.891	0.001

Nhận xét: Khi phân tích hồi quy đơn biến, nồng độ albumin huyết thanh, số lượng tiểu cầu, lách to trên siêu âm và giá trị đo độ đàn hồi gan liên quan có ý nghĩa với GTMTQ ở bệnh nhân xơ gan Child Pugh A,B với p<0,05.

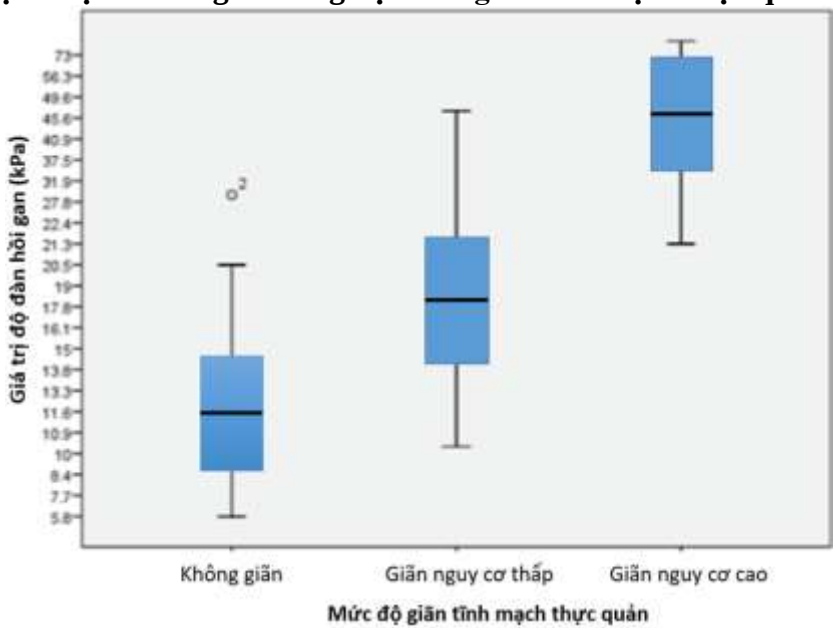
3.2.2. Các mối liên quan dự đoán GTMTQ khi phân tích đa biến

Bảng 3.4. Các mối liên quan dự đoán GTMTQ khi phân tích đa biến

Yếu tố dự đoán	Tỷ số nguy cơ OR	Độ tin cậy 95%	Giá trị p
Albumin (g/L)	1.065	0.06-4.102	0.534
Tiểu cầu	1.003	0.986-1.025	0.601
Lách to trên siêu âm	0.018	0.005-1.211	0.063
Giá trị độ đàn hồi gan	1.762	1.652-1.881	0.002

Nhận xét: Khi phân tích hồi quy đa biến, giá trị đo độ đàn hồi gan là yếu tố độc lập dự đoán mức độ GTMTQ ở bệnh nhân xơ gan Child Pugh A,B với p<0,05.

3.3. Giá trị đo độ đàn hồi gan trong dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản



Biểu đồ 3.1. Giá trị đo độ đàn hồi gan theo mức độ giãn tĩnh mạch thực quản

Nhận xét: Giá trị đô độ đàn hồi mô gan tăng theo mức độ giãn tĩnh mạch thực quản

Bảng 3.5. Giá trị độ đàn hồi gan trong dự đoán GTMTQ và GTMTQ nguy cơ cao

	AUROC (95%CI)	Điểm cắt (kPa)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	PPV (%)	NPV (%)
GTMTQ	0.875 (0.819-0.963)	17.03	88.1	88.4	93.2	71
GTMTQ nguy cơ cao	0.912 (0.833-0.981)	22.32	83.5	92.4	86.6	90.2

Nhận xét: Đo độ đàn hồi tại điểm cắt lần lượt là 17.03 và 22.32 trong dự đoán GTMTQ và GTMTQ nguy cơ cao với độ nhạy, độ đặc hiệu cao, hơn 80% và AUROC lần lượt là 0.875 và 0.912

IV. BÀN LUẬN

Fibroscan là một phương pháp đánh giá xơ hóa gan không xâm lấn, có khả năng đánh giá mức độ xơ gan một cách định lượng bằng

cách đo độ cứng của gan. Ngoài ra, đo độ đàn hồi thoáng qua (Fibroscan) đã được chứng minh là một công cụ có giá trị để dự đoán GTMTQ ở bệnh nhân xơ gan [2].

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả đo độ đàn hồi mô gan tại điểm cắt lần lươt là 17.03 và 22.32 trong dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản và giãn tĩnh mạch thực quản nguy cơ cao với độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn 80% và AUROC lần lượt là 0.875 và 0.912. Giá trị đo độ đàn hồi mô gan có ý nghĩa trong tiên đoán có hay chưa có giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi. Với độ nhạy và độ đặc hiệu trên 80% thì việc chỉ định xét nghiệm nội soi khảo sát xem có giãn tĩnh mạch thực quản là cần thiết với những bệnh nhân có giá trị đo độ đàn hồi gan trên điểm cắt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Đoàn Hiếu Trung trong nghiên cứu năm 2022 tại Bệnh viện Trung Ương Huế. Theo nghiên cứu của tác giả Đoàn Hiếu Trung thì Độ đàn hồi gan tại điểm cắt 17,15 kPa và 22,25 kPa lần lượt có giá trị dự đoán GTMTQ và GTMTQ nguy cơ cao với độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV và AUROC [3].

Trong nghiên cứu của tác giả Waleed K Al-Hamoudi và cộng sự năm 2015 cũng cho kết luận Fibroscan hữu ích trong dự đoán sự hiện diện của giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan có nguyên nhân do viêm gan virus, tuy nhiên nội soi vẫn là tiêu chuẩn vàng để sàng lọc giãn tĩnh mạch thực quản [4].

Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Chen YP và cộng sự trên 238 bệnh nhân xơ gan, tất cả các bệnh nhân được đo độ đàn hồi gan (Fibroscan) và nội soi đường tiêu hóa trên và kết quả ghi nhận với ngưỡng cắt 17,1 kPa sẽ dự báo sự hiện diện GTMTQ với độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 44%, giá trị tiên đoán dương 47%, giá trị tiên đoán âm 88% [5]. Tương tự, một nghiên cứu khác của Vizzutti và cs (2007) cho thấy tại điểm cắt 17,6 kPa có thể tiên đoán GTMTQ với độ nhạy là 90%, tuy nhiên độ đặc hiệu là 43% [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Hassan EM và cộng sự (2014) đã tiến hành trên 65 bệnh nhân bị xơ gan đồng thời được nội soi dạ dày thực quản tá tràng và đo độ đàn hồi gan bằng Fibroscan đã cho kết quả với ngưỡng cắt là 22,4kPa (AUROC là 0,801) có thể chẩn đoán GTMTQ nguy cơ cao với độ nhạy là 84%, độ đặc hiệu 72%, PPV 84% và NPV 72%) [7].

Việc tầm soát giãn tĩnh mạch thực quản có ý nghĩa trong chỉ định điều trị dự phòng, ngăn ngừa nguy cơ xuất huyết tiêu hóa và tử vong, đặc biệt đối với những bệnh nhân giãn tĩnh mạch thực quản nguy cơ cao thì cần có thái độ xử trí kịp thời. Trường hợp giãn tĩnh mạch thực quản nguy cơ cao có chỉ định thắt dự phòng thì cần tiến hành thắt búi giãn tĩnh mạch để dự phòng chảy máu..

V. KẾT LUẬN

Giá trị đô độ đàn hồi mô gan tăng theo mức độ giãn tĩnh mạch thực quản. Giá trị đo độ đàn hồi gan là yếu tố độc lập dự đoán

mức độ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan Child Pugh A,B với p<0,05

Đo độ đàn hồi tại điểm cắt 17.03 kPa trong dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản với độ nhạy 88.1%, độ đặc hiệu 88.4%, AUROC là 0.875. Đo độ đàn hồi tại điểm cắt 22.32 kPa trong dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản nguy cơ cao với độ nhạy 83.5%, độ đặc hiệu 92.4%, và AUROC 0.912

VI. KIẾN NGHỊ

Khuyến cáo ứng dụng giá trị độ đàn hồi mô gan tại điểm cắt 17.03 kPa có thể xem xét lên kế hoạch nội soi tầm soát giãn tĩnh mạch thực quản định kỳ và tại điểm cắt 22.32 kPa thì cần nội soi sớm để phát hiện giãn tĩnh mạch thực quản nguy cơ cao để có phương pháp điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carbonell N., Pauwels A., Serfaty L., et al.** (2004). Improved survival after variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades. Hepatol Baltim Md, 40(3), 652–659.
2. **Li T., Qu Y., Yang B., et al.** (2016). Evaluation of large esophageal varices in cirrhotic patients by transient elastography: a meta-analysis. Rev Esp Enferm Dig, 108(8), 464–472.
3. **Đoàn Hiếu Trung.** (2022). "Nghiên cứu giá trị độ đàn hồi gan đo bằng kỹ thuật Fibroscan trong tiên đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan Child - Pugh A, B - Tạp chí Y học lâm sàng - Bệnh viện Trung ương Huế. accessed: 03/26/2024.
4. **Al-Hamoudi W.K., Abdelrahman A.A., Helmy A., et al.** (2015). The role of Fibroscan in predicting the presence of varices in patients with cirrhosis. Eur J Gastroenterol Hepatol, 27(11), 1307–1312.
5. **Chen Y.P., Zhang Q., Dai L., et al.** (2012). Is transient elastography valuable for high-risk esophageal varices prediction in patients with hepatitis-B-related cirrhosis?. J Gastroenterol Hepatol, 27(3), 533–539.
6. **Vizzutti F., Arena U., Romanelli R.G., et al.** (2007). Liver stiffness measurement predicts severe portal hypertension in patients with HCV-related cirrhosis. Hepatol Baltim Md, 45(5), 1290–1297.
7. **Hassan E.M., Omran D.A., El Beshlawey M.L., et al.** (2014). Can transient elastography, Fib-4, Forns Index, and Lok Score predict esophageal varices in HCV-related cirrhotic patients?. Gastroenterol Hepatol, 37(2), 58–65.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN HOÀI ĐỨC NĂM 2024

Nguyễn Thị Hà[1], Nguyễn Trung Mạnh[1], Nguyễn Thị Hà Trang[1], Viết Thị Xuân[1], Nguyễn Thị Hậu[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bướu nhân tuyến giáp là bệnh lý nội tiết khá phổ biến. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024. 2. Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu được tiến hành trên 150 bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp đến khám ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024. **Kết quả:** Bướu nhân tuyến giáp gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 41-70 (69,3%), tỉ lệ nữ/nam: 10/1. Bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp thường không có tiền sử bệnh lý tuyến giáp (60%) và không có triệu chứng lâm sàng (60,7%). Số lượng bướu đa nhân nhiều hơn đơn nhân, kích thước chủ yếu < 2 cm (86%), chủ yếu TIRADS 3 (78%). Bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp đa số ở trạng thái bình giáp.

Từ khóa: Bướu nhân tuyến giáp, bướu nhân tuyến giáp lành tính, siêu âm tuyến giáp.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH THYROID NODULES AT HOAI DUC GENERAL HOSPITAL IN 2024

Background: Thyroid nodules are quite common endocrine diseases. **Objectives:** 1. Description of clinical characteristics in patients with thyroid nodules at Hoai Duc general hospital in 2024. 2. Description of subclinical characteristics in patients with thyroid nodules at Hoai Duc general hospital in 2024. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study. The study was conducted on 150 patients with thyroid nodules who came for outpatient examination at Hoai Duc General Hospital from May 2024 to October 2024. **Results:** Thyroid nodules was mainly found in the age group of 41-70 (69.3%), female/male ratio: 10/1. Patients with thyroid nodules often have no history of thyroid disease (60%) and no clinical symptoms (60.7%). The number of multinodular tumors is higher than that of mononudular tumors, the majority of thyroid nodules < 2 in size (86%), mainly TIRADS 3 (78%). Most patients with thyroid nodules has normal thyroid function.

Keywords: Thyroid nodules, benign thyroid nodules, ultrasound of thyroid.

[1]*Bệnh viện Đa khoa huyện Hoài Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hà
Email: hanthmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 05/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 09/09/2024
Ngày duyệt bài: 23/09/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp là tình trạng khi có sự xuất hiện của một hay nhiều nhân trong nhu mô tuyến giáp. Đây là một bệnh lý nội tiết khá phổ biến và thường lành tính. Tỉ lệ BNTG thay đổi tùy thuộc vào quần thể và phương pháp phát hiện. Khám lâm sàng có thể phát hiện BNTG ở khoảng 4-7% dân số, phụ nữ nhiều gấp 5 lần nam giới, lứa tuổi được phát hiện nhiều là 36-55. Tỷ lệ phát hiện được bằng siêu âm lớn hơn rất nhiều, dao động từ 19 đến 67% tùy nhóm nghiên cứu[1]. Triệu chứng lâm sàng của BNTG thường rất kín đáo thậm chí không có triệu chứng. Siêu âm tuyến giáp là một phương pháp rất có giá trị trong chẩn đoán phát hiện sớm và theo dõi điều trị BNTG. Đây là một kỹ thuật đơn giản, rẻ tiền, dễ thực hiện. Siêu âm có vai trò gợi ý tính chất ác tính của nhân giáp từ đó định hướng chọc hút bằng kim nhỏ làm tăng khả năng phát hiện sớm ung thư tuyến giáp.Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu về BNTG tuy nhiên tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức hiện chưa có nghiên cứu về bệnh lý này. Vì vậy, để hiểu rõ tỷ lệ mắc cũng như các đặc điểm bệnh lý BNTG, có thêm kinh nghiệm trong chẩn đoán và định hướng điều trị, theo dõi bệnh BNTG, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **"Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024"**

Với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024.

2. Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp đến khám ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

➢ ***Tiêu chuẩn lựa chọn***

- Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên đi khám tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức.
- Bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn xác định một tổn thương là nhân giáp trên siêu âm theo tiêu chuẩn của Williams Textbook of Endocrinology 2012 [2].

Nhân giáp trên siêu âm biểu hiện là các nốt (nodules), đó là các hình khối khu trú trên nền tổ chức tuyến bình thường.

- Tổn thương dạng đặc đường kính từ 3 mm trở lên.
- Tổn thương dạng lỏng đường kính từ 2 mm trở lên.

➢ ***Tiêu chuẩn loại trừ***

- Bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp đã điều trị khỏi bệnh.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa khám bệnh – Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức
- Thời gian: Từ tháng 05/2024 đến tháng 10/2024

2.5. Quy trình và nội dung nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được tiến hành thu thập số liệu nghiên cứu thông qua bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn gồm có: thông tin hành chính, tiền sử, triệu

chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, siêu âm tuyến giáp, xét nghiệm FT4, TSH.

- Siêu âm tuyến giáp: các nhân tuyến giáp được đánh giá phân độ theo EU-TIRADS 2017 [3]. Đối với bướu đa nhân, chúng tôi chọn nhân có phân độ TIRADS cao hơn để mô tả các đặc điểm trên.

- Xét nghiệm FT4, TSH: Kết quả nồng độ FT4 và TSH theo tiêu chuẩn của khoa Xét nghiệm Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức:

+ Nồng độ bình thường của FT4: 12-22 pmol/l

+ Nồng độ bình thường của TSH: 0,27-4,2 µU/ml

Dựa vào kết quả FT4, TSH, đánh giá tình trạng tuyến giáp theo Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kì ATA 2016[4].

Bảng 2.1. Phân loại chức năng tuyến giáp

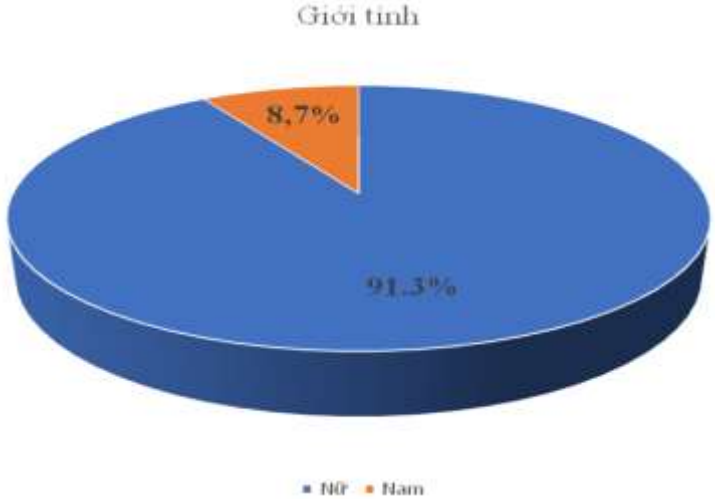
Chẩn đoán	Nồng độ TSH (µU/ml)	Nồng độ FT4 (pmol/l)
Bình giáp	Bình thường	Bình thường
Cường giáp	Giảm	Tăng
Cường giáp dưới lâm sàng	Giảm	Bình thường
Suy giáp nguyên phát	Tăng	Giảm
Suy giáp dưới lâm sàng	Tăng	Bình thường

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu tuyển được 150 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

3.1.1. Phân bố theo giới tính của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

Nhận xét: Trong 150 bệnh nhân, bệnh nhân nữ chiếm đa số với tỉ lệ 91,3%, tỉ lệ nữ/nam: 10/1.

3.1.2. Phân bố theo tuổi của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

Tuổi	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	> 70	Tổng
n	8	13	34	35	49	11	150
%	5,3	8,7	22,7	23,3	32,7	7,3	100
Trung bình	54,61 ± 13,24						

Nhận xét:

- Tuổi trung bình là 54,61 ± 13,24. Tuổi nhỏ nhất là 20, cao nhất là 91 tuổi.
- Bệnh gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 41-70 tuổi với 118/150 BN chiếm tỉ lệ 69,3%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân BNTG

3.2.1. Các yếu tố nguy cơ

Bảng 3.2. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	n	Tỷ lệ (%)
Không có tiền sử đặc biệt	90	60
Tiền sử bệnh lý tuyến giáp của bản thân	39	26
Tiền sử chiếu xạ vùng đầu mặt cổ	1	0,7
Tiền sử gia đình có bệnh lý tuyến giáp lành tính	13	8,7
Tiền sử gia đình có người bị ung thư tuyến giáp	7	4,6

Nhận xét:

- Đa số BN không có tiền sử đặc biệt (60%)
- Có 39 BN có tiền sử bệnh lý tuyến giáp (26%).
- Có 3 BN có tiền sử chiếu xạ vùng đầu mặt cổ (0,7%).
- Có 13 BN có tiền sử gia đình có bệnh lý tuyến giáp lành tính (8,7%) và 7 BN có tiền sử gia đình có người bị ung thư tuyến giáp (4,6%).

3.2.2. Lý do đến khám bệnh

Bảng 3.3. Lý do đến khám bệnh

Triệu chứng cơ năng	n	Tỷ lệ (%)
Không có triệu chứng	91	60,7
Sờ thấy khối vùng cổ	11	7,3
Nuốt vướng	17	11,3
Nuốt nghẹn	16	10,7
Đau vùng cổ	10	6,7
Khó thở	4	2,6
Khàn tiếng	1	0,7

Nhận xét:

- Đa số BN không có triệu chứng lâm sàng là 91 bệnh nhân chiếm 60,7%.
- BNTG gây triệu chứng nuốt vướng hoặc nuốt nghẹn ở 33 BN chiếm 22%.
- BN đi khám vì tự phát hiện hoặc do người thân sờ thấy khối vùng cổ là 11 BN chiếm 7,3%.
- Có 10 BN có triệu chứng đau vùng cổ, 4 BN có triệu chứng khó thở và 1 BN có triệu chứng khàn tiếng.

3.2.3. Triệu chứng thực thể

a. Số lượng bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng

Bảng 3.4. Thăm khám BNTG

BNTG trên lâm sàng		n		Tỉ lệ %	
Sờ thấy nhân	Một nhân	25	23	16,7	15,3
	Nhiều nhân		2		1,3
Không sờ thấy nhân		125		83,3	
Tổng		150		100	

Nhận xét: Trong 150 BN có bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm

- Có 25 BN khám thấy nhân tuyến giáp trên lâm sàng chiếm 16,7%. Trong đó đa số BN được khám thấy một nhân chiếm 23/25 BN.

- Đa số BN không sờ thấy bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng chiếm 83,3%.

b. Vị trí của BNTG trên lâm sàng

Bảng 3.5. Vị trí của BNTG trên lâm sàng

Vị trí	n	Tỷ lệ (%)
Thùy phải	11	44
Thùy trái	8	32
Eo tuyến	2	8
Cả hai thùy	4	16
Tổng	25	100

Nhận xét: Trong 25 BN khám thấy nhân tuyến giáp trên lâm sàng, 44% BNTG gặp thùy phải, 32% gặp ở thùy trái, 16% BN sờ thấy ở cả 2 thùy và chỉ 8% BN sờ thấy ở eo tuyến.

c. Tính chất của BNTG trên lâm sàng

Bảng 3.6. Tính chất của BNTG trên lâm sàng

Tính chất của BNTG		n	Tỷ lệ (%)
Mật độ	Mềm	9	64
	Chắc	16	36
	Cứng	0	0
Ranh giới	Rõ	25	100
	Không rõ	0	0
Di động	Di động theo nhịp nuốt	25	100
	Không di động	0	0
Thâm nhiễm da	Không thâm nhiễm	25	100
	Thâm nhiễm	0	0
Hạch cổ	Có	5	3,3
	Không	145	96,7

Nhận xét: Trong 25 BN khám thấy nhân tuyến giáp trên lâm sàng

- Phần lớn có mật độ mềm với 16/25 BN chiếm 64%, 9 BN có mật độ chắc chiếm 36% và không có BN có mật độ cứng.

- 100% bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng có ranh giới rõ, di động theo nhịp nuốt và không thâm nhiễm da.

- Đa số BN không sờ thấy hạch cổ trên lâm sàng với 145/150 BN chiếm 96,7%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân BNTG

3.3.1. Số lượng BNTG trên siêu âm

Bảng 3.7. Số lượng BNTG trên siêu âm

Số lượng nhân	Số lượng nhân/BN	Số BN	Tỷ lệ %
Đơn nhân	1	66	44
Đa nhân	2	49	32,7
	3	23	15,3
	≥4	12	8
Tổng số BN		150	100

Nhận xét: Trong số 150 BN nghiên cứu có 66/150 BN có đơn nhân chiếm 44%, đa nhân có 84/150 BN chiếm 56% trong đó chủ yếu là 2-3 nhân.

3.3.2. Vị trí của BNTG trên siêu âm

Bảng 3.8. Vị trí của BNTG trên siêu âm

Vị trí	n	Tỷ lệ (%)
Thùy phải	36	24
Thùy trái	34	22,7
Eo tuyến	2	1,3
Cả hai thùy	78	52
Tổng	**150**	**100**

Nhận xét: Đa số BN có BNTG ở cả hai thùy chiếm 52%, 24% thùy phải, 22,7% thùy trái và rất ít BN có BNTG ở eo tuyến.

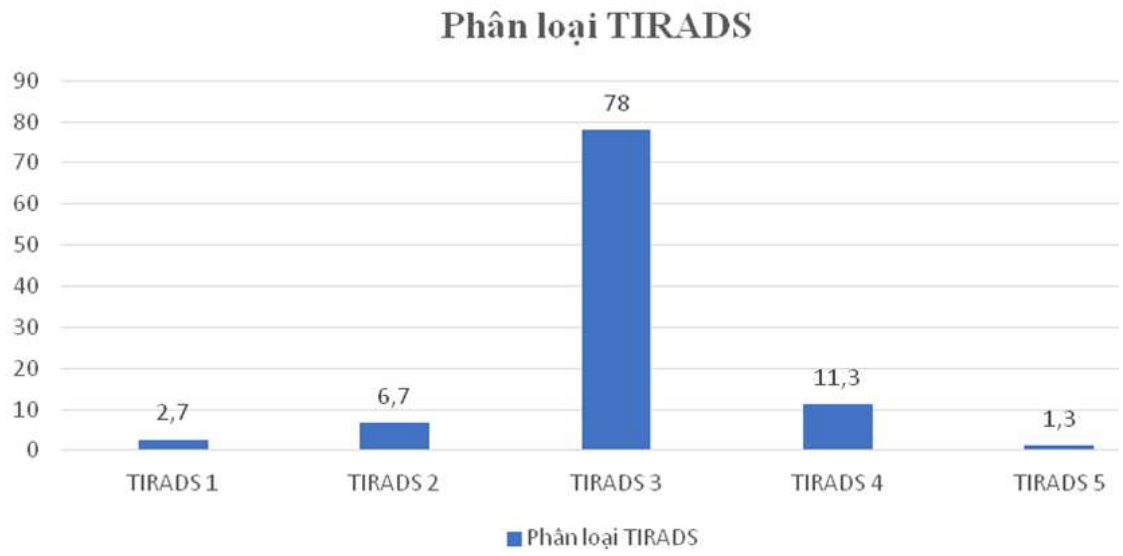
3.3.3. Kích thước BNTG trên siêu âm

Biểu đồ 3.2. Kích thước BNTG trên siêu âm

Nhận xét: Trong 150 BN có BNTG

- Đa số BNTG có kích thước < 2 cm chiếm 86%, trong đó cao nhất ở nhóm có kích thước < 1 cm chiếm 55,3%.
- BNTG có kích thước 2 - < 3 cm chiếm 8,7% và nhóm ≥3 cm chỉ chiếm 5,3%.

3.3.4. Phân loại EU - TIRADS trên siêu âm



Biểu đồ 3.3. Phân loại EU – TIRADS trên siêu âm

Nhận xét: Trên siêu âm, đa số nhân xếp loại TIRADS 3 chiếm tỉ lệ 78%, TIRADS 4 chiếm 11,3%, sau đó là TIRADS 1, TIRADS 2 và TIRADS 5 lần lượt là 2,7%, 6,7% và 1,3%.

3.3.5. Hạch cổ trên siêu âm

Bảng 3.9. Hạch cổ trên siêu âm

Hạch cổ	n	Tỷ lệ (%)
Không có hạch cổ	145	96,7
Có hạch cổ	5	3,3
Tổng	**150**	**100**

Nhận xét: Hầu hết BN không có hạch cổ trên siêu âm chiếm tỉ lệ 96,7%. Chỉ có 3,3% BN có hạch cổ trên siêu âm nhưng đều là hạch viêm phản ứng.

3.3.6. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp

Bảng 3.10. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp

Nồng độ TSH, FT4	Số BN	Tỷ lệ (%)
Bình giáp	77	89,5
Suy giáp	3	3,5
Suy giáp dưới lâm sàng	1	1,2
Cường giáp	2	2,3
Cường giáp dưới lâm sàng	3	3,5
Tổng	**86**	**100**

Nhận xét: Trong 86 BN có xét nghiệm chức năng tuyến giáp

- Đa số BN bình giáp chiếm 89,5%.
- Có 3,5% BN suy giáp và 1,2% BN suy giáp dưới lâm sàng.
- Có 2,3% BN cường giáp và 3,5% BN cường giáp dưới lâm sàng.

- Nồng độ TSH trung bình là 1,555 ± 1,153 µU/ml.

- Nồng độ FT4 trung bình là 11,743 ± 0,21 pmol/l.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

4.1.1. Đặc điểm về giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN nữ chiếm đa số 137/150 BN chiếm 91,3% cao hơn so với nam giới 13/150 BN chiếm 8,7%. Tỉ lệ nữ/nam là 10/1. Tỉ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu khác như tác giả Kwong tỉ lệ nữ/nam là 5,8/1[5]. Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Hậu tỉ lệ nữ/nam là 6,7/1[6]. Bệnh lý tuyến giáp nói chung và bướu nhân tuyến giáp nói riêng gặp ở nữ nhiều hơn nam giới. Sự chênh lệch về giới tính được giải thích bằng ảnh hưởng của hocmon estrogen và progesterone.

4.1.2. Đặc điểm về tuổi

Nghiên cứu 150 BN tuổi trung bình là 54,61 ± 13,24, tuổi nhỏ nhất là 20, cao nhất là 91 tuổi. Bệnh gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 41-70 tuổi chiếm tỉ lệ 69,3%. Trong một nghiên cứu của Kwong N và cộng sự trên 6653 BN, BNTG phổ biến từ 31-70 tuổi (81%) và nguy cơ mắc tăng dần theo tuổi. Độ tuổi phổ biến có thể liên quan đến ảnh hưởng của tuổi tác với số lượng bướu nhân làm tăng số lượng nhân giáp theo tuổi như nghiên cứu này đã chứng minh [5]. Theo Trần Thị Hậu, tuổi trung bình là 48,86 ± 11,89 tuổi, chủ yếu ở lứa tuổi 31 – 60 tuổi [6]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với tác giả Kwong tuy nhiên độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Trần Thị Hậu. Sự khác biệt này có thể do tỉ lệ bệnh nhân khám tại bệnh viện chủ yếu là bệnh nhân cao tuổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân BNTG

4.2.1. Các yếu tố nguy cơ

Nhiều nghiên cứu cho thấy tiền sử chiếu xạ vùng đầu mặt cổ làm tăng nguy cơ mắc BNTG. Nguy cơ BNTG tăng lên 18 đến 20 lần ở những BN có tiền sử chiếu xạ liều cao vùng đầu cổ điều trị bệnh Hodgkin [7]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân không có tiền sử đặc biệt chiếm 60%, 26% có tiền sử bệnh lý tuyến giáp lành tính trong đó chủ yếu là BN có tiền sử BNTG lành tính, 13 BN có tiền sử gia đình có bệnh lý tuyến giáp lành tính, 7 BN có tiền sử gia đình bị ung thư tuyến giáp và chỉ có 3 BN có tiền sử chiếu xạ vùng đầu cổ.

4.2.2. Lý do đến khám bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số BN không có triệu chứng lâm sàng chiếm 60,7%, 22% có triệu chứng nuốt vướng hoặc nuốt nghẹn, 7,3% sờ thấy khối vùng cổ, 6,7% đau vùng cổ, 2,6% khó thở và 0,7% khàn tiếng. Theo Nguyễn Thị Hải Yến (2016), đa số bệnh nhân đến khám kiểm tra sức khỏe không có triệu chứng lâm sàng chiếm 80,4%[8] tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Theo các tác giả nước ngoài hầu hết BNTG phát triển âm thầm không có triệu chứng, khi các bướu to gây các triệu chứng nuốt vướng, nuốt nghẹn hoặc khàn tiếng, khó thở [9].

4.2.3. Triệu chứng thực thể

Khám lâm sàng là bước đầu tiên trong tiếp cận chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp giúp phát hiện và đánh giá sơ bộ số lượng và tính chất nhân giáp. Tuy nhiên khám lâm sàng thường chỉ phát hiện được nhân giáp có kích thước > 1cm, ở vị trí nông và phụ thuộc vào kỹ năng khám lâm sàng của bác sỹ. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến, tỉ lệ BNTG phát hiện trên lâm sàng là 43%, trong đó đa số BN được khám thấy đơn nhân chiếm 109/130 BN [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số BN không sờ thấy bướu nhân tuyến giáp trên lâm sàng chiếm 83,3%, chỉ 16,7% BN khám thấy nhân tuyến giáp trên lâm sàng trong đó BN được khám thấy một nhân chiếm 23/25 BN. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân có BNTG được khẳng định bằng siêu âm tuyến giáp và do sự khác biệt về kỹ năng khám lâm sàng của bác sỹ khám bệnh.

Khám lâm sàng trên 25 BN có 64% BN có mật độ chắc, 36% có mật độ mềm, 100% BN đều có ranh giới rõ, di động theo nhịp nuốt, không thâm nhiễm da và đa số không có hạch cổ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hải Yến[8]. Điều này phù hợp vì đa số bệnh nhân BNTG không có hoặc rất ít triệu chứng. Người ta thấy rằng các triệu chứng của nhân tuyến giáp thường ít có mối liên quan với các tính chất của nhân giáp. Trường hợp có các dấu hiệu trên là một gợi ý của tổn thương ác tính.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp

4.3.1. Vị trí, số lượng và kích thước BNTG trên siêu âm

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 150 BN có BNTG có 44% bướu đơn nhân, 56% đa nhân trong đó chủ yếu 2 – 3 nhân. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Hậu có 47,1% bướu đơn nhân và Nguyễn Thị Hải Yến có 32,4% bướu đơn nhân [6,8]. Tỉ lệ bướu đa nhân cao, trong đó có nhiều nhân nhỏ có thể do chất lượng máy siêu âm ngày càng cao hơn và tay nghề của bác sỹ siêu âm tốt hơn, được đào tạo, tập huấn và cập nhật kiến thức liên tục.

Về vị trí của BNTG, đa số BN có BNTG ở cả hai thùy chiếm 52%, 24% thùy phải, 22,7% thùy trái và rất ít BN có BNTG ở eo tuyến. Kết quả này có thể phù hợp về mặt giải phẫu do kích thước thùy phải lớn hơn thùy trái và lớn hơn eo tuyến.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số BNTG có kích thước < 2 cm chiếm 86%, trong đó cao nhất ở nhóm có kích thước < 1 cm chiếm 55,3%. BNTG có kích thước 2 - < 3 cm chiếm 8,7% và nhóm ≥ 3 cm chỉ chiếm 5,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến, BNTG trên siêu âm thì tỉ lệ nhân có kích thước < 2 cm chiếm đa số với tỉ lệ 74,7%[8].

4.3.2. Phân loại EU - TIRADS trên siêu âm

Siêu âm tuyến giáp là một phương pháp rất có giá trị trong chẩn đoán phát hiện sớm và theo dõi điều trị BNTG. Đây là một kỹ thuật đơn giản, rẻ tiền, dễ thực hiện. Siêu âm có vai trò gợi ý tính chất ác tính của nhân giáp từ đó định hướng chọc hút bằng kim

nhỏ làm tăng khả năng phát hiện sớm ung thư tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được đánh giá, phân loại TIRADS trong đó TIRADS 3 chiếm tỉ lệ cao nhất 78%, TIRADS 4 chiếm 11,3%, sau đó là TIRADS 1, TIRADS 2 và TIRADS 5 lần lượt là 2,7%, 6,7% và 1,3%. Kết quả của chúng tôi có tỉ lệ nhân TIRADS 3 cao hơn một số nghiên cứu khác nhưng cũng chiếm tỉ lệ cao nhất. Tỉ lệ nhân TIRADS 3 trong nghiên cứu của Trần Thị Hậu là 49,6% [6]. Kết quả này khác biệt đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trung khi tỉ lệ nhân TIRADS 1 phổ biến nhất chiếm 34,5%, TIRADS 2 và 3 lần lượt là 26,3 % và 26,1% [10]. Sự khác biệt này có thể do quần thể nghiên cứu khác nhau và mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn.

4.3.3. Xét nghiệm nồng độ TSH và FT4

Nồng độ TSH huyết thanh nên kiểm tra trong quá trình đánh giá ban đầu của bệnh nhân BNTG. Trong 86 BN làm xét nghiệm, nồng độ TSH trung bình là 1,555 ± 1,153 µU/ml, nồng độ FT4 trung bình là 11,743 ± 0,21 pmol/l, 89,5% BN bình giáp. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác hầu hết BN BNTG có biểu hiện bình giáp trên lâm sàng [6,8].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 150 bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp đến khám ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức chúng tôi thu được kết luận sau:

5.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân BNTG

- BNTG gặp ở nữ giới (91,3%) nhiều hơn nam giới, tỉ lệ nữ/nam: 10/1.

- Bệnh gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 41-70 (69,3%). Tuổi trung bình là 54,61 ± 13,24. Tuổi nhỏ nhất là 20, cao nhất là 91 tuổi.

5.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân BNTG

- Đa số BN không có tiền sử đặc biệt (60%).

- BNTG thường không có triệu chứng lâm sàng (60,7%), triệu chứng nuốt vướng hoặc nuốt nghẹn (22%), tự sờ thấy khối vùng cổ (7,3%) và rất ít gặp đau vùng cổ, khàn tiếng, khó thở.

- Triệu chứng thực thể: chỉ 16,7% BN sờ thấy nhân tuyến giáp trên lâm sàng, mật độ mềm, chắc ranh giới rõ, di động theo nhịp nuốt và không thâm nhiễm da.

5.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân BNTG

- Siêu âm: số lượng bướu đa nhân nhiều hơn đơn nhân, nằm ở các thùy bên, kích thước chủ yếu < 2 cm (86%).

- Phân loại TIRADS: TIRADS 3 chiếm 78%.

- Chức năng tuyến giáp: đa số bệnh nhân ở trạng thái bình giáp (89,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. Tan G, Gharib H.** Thyroid Incidentalomas: Management Approaches to Nonpalpable Nodules Discovered Incidentally on Thyroid Imaging. Annals of Internal Medicine.. June 8, 2022. https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/0003-4819-126-3-199702010-00009

2. **Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM.** Williams Textbook of Endocrinology E-Book. Elsevier Health Sciences; 2011.
3. **Russ G, Bonnema SJ, Erdogan MF, Durante C, Ngu R, Leenhardt L.** European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. European Thyroid Journal. 2017; 6(5):225-237. doi:10.1159/000478927
4. **Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al.** 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid. 2016;26(10):1343-1421. doi:10.1089/thy.2016.0229
5. **Kwong N, Medici M, Angell TE, et al.** The Influence of Patient Age on Thyroid Nodule Formation, Multinodularity, and Thyroid Cancer Risk. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2015;100(12): 4434-4440. doi:10.1210/jc.2015-3100
6. **Trần Thị Hậu.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp được phát hiện tình cờ. 2020. Trường Đại học Y Hà Nội. Luận văn thạc sĩ y học
7. **Cardis E, Kesminiene A, Ivanov V, et al.** Risk of Thyroid Cancer After Exposure to 131 I in Childhood. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2005;97(10):724-732. doi:10.1093/jnci/dji129
8. **Nguyễn Thị Hải Yến.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh bướu nhân tuyến giáp. 2016. Trường Đại học Y Hà Nội. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II
9. **Alexander EK, Doherty GM, Barletta JA.** Management of thyroid nodules. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2022;10(7):540-548. doi:10.1016/S2213-8587(22)00139-5
10. **Nguyễn Ngọc Trung, Trần Thị Như Quỳnh.** Đặc điểm hình ảnh siêu âm và phân độ TIRADS trên 620 bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019;1:207-210.

NHẬN XÉT KIẾN THỨC VỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ CỦA ĐIỀU DƯỠNG – HỘ SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN HOÀI ĐỨC NĂM 2024

Nguyễn Thị Thanh Hiền[1], Nguyễn Thị Tuyết[1], Đoàn Thịnh Trường[1], Nguyễn Thị Thương Huyền[1], Nguyễn Thị Hà[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phản vệ là một phản ứng dị ứng, tùy theo mức độ, ở mức độ nặng, nguy kịch gọi là sốc phản vệ, do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong trong một vài phút. Chính vì vậy, việc dự phòng, phát hiện sớm những triệu chứng của phản vệ cùng thái độ khẩn trương cấp cứu và xử trí người bệnh phản vệ sẽ làm giảm đáng kể tỷ lệ tai biến và tử vong trên người bệnh phản vệ.Điều dưỡng – Hộ sinh là người tiếp xúc trực tiếp, đầu tiên và thường xuyên nhất, đồng thời trực tiếp sử dụng thuốc cho người bệnh vì vậy họ cũng là người phát hiện sớm những dấu hiệu của phản vệ. **Mục tiêu:** Nhận xét kiến thức về phòng và xử trí phản vệ của Điều dưỡng – Hộ sinh tại Bệnh viện đa khoa Hoài Đức năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu có can thiệp kiến thức về phòng và xử trí phản vệ ở 118 điều dưỡng – hộ sinh đang công tác tai các khoa lâm sàng, cận lâm sàng tại bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức từ tháng 04/2024 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ chung của điều dưỡng – hộ sinh có kiến thức tốt về phòng và xử trí phản vệ trước đào tạo 72%, sau đào tạo 94.9%. Tỷ lệ điều dưỡng – hộ sinh chưa nắm được kiến thức về theo dõi phản vệ trong giai đoạn cấp giảm xuống còn 5.1% sau đào tạo. Tỷ lệ điều dưỡng – hộ sinh có kiến thức đúng về theo dõi phản vệ trong giai đoạn ổn định sau đào tạo là 93.2%.

Từ khóa: Phòng và xử trí phản vệ, Thông tư 51/2017-TT- BYT, điều dưỡng – hộ sinh

SUMMARY

REVIEW OF KNOWLEDGE ON PREVENTION AND MANAGEMENT OF ANALYSIS OF NURSES - MIDIDIDIES AT HOAI DUC DISTRICT GENERAL HOSPITAL IN 2024

Background: Anaphylaxis is an allergic reaction, depending on the severity, at a severe and critical level called anaphylactic shock, due to sudden dilation of the entire vascular system and bronchospasm that can cause death. in a few minutes. Therefore, prevention and early detection of symptoms of anaphylaxis along with an urgent attitude of emergency treatment and treatment of patients with anaphylaxis will significantly reduce the rate of complications and death in patients with anaphylaxis. Article Nurses - Midwives are the people who have direct, first and most frequent contact, and directly use medicine for patients, so they are also the ones who detect early signs of anaphylaxis. **Objective:** Review the knowledge of anaphylaxis prevention and treatment of nurses and midwives at Hoai Duc District General Hospital in 2024. **Subjects and methods:** Prospective study with intervention on

[1]*Bệnh viện Đa khoa huyện Hoài Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tuyết
Email: nguyenthituyethoaiduc@gmail.com
Ngày nhận bài: 12/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 16/09/2024
Ngày duyệt bài: 07/10/2024

knowledge of anaphylaxis prevention and treatment in 118 nurses - midwives working in clinical and paraclinical departments at Hoai Duc district general hospital from April 2024 to September 2024. **Results:** The overall rate of nurses and midwives with good knowledge about anaphylaxis prevention and treatment before training is 72%, after training 94.9%. The percentage of nurses and midwives who do not have knowledge about anaphylaxis monitoring in the acute phase decreased to 5.1% after training. The rate of nurses and midwives with correct knowledge about anaphylaxis monitoring during the stabilization period after training is 93.2%.

Keywords: Prevention and treatment of anaphylaxis, Circular 51/2017-TT-BYT, nursing – midwifery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một phản ứng dị ứng, tùy theo mức độ, ở mức độ nặng, nguy kịch gọi là sốc phản vệ, do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong trong một vài phút. Trên thế giới tỷ lệ sốc phản vệ ngày càng gia tăng tùy theo nguyên nhân. Chính vì vậy, việc dự phòng, phát hiện sớm những triệu chứng của phản vệ cùng thái độ khẩn trương cấp cứu và xử trí người bệnh phản vệ sẽ làm giảm đáng kể tỷ lệ tai biến và tử vong trên người bệnh phản vệ. Tại bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức, phòng Kế hoạch tổng hợp và phòng Điều dưỡng hàng năm phối hợp tổ chức tập huấn chuyên môn, trong đó có Thông tư 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 về hướng dẫn chẩn đoán và xử trí phản vệ. Điều dưỡng – Hộ sinh là người tiếp xúc trực tiếp, đầu tiên và thường xuyên nhất, đồng thời trực tiếp sử dụng thuốc cho người bệnh vì vậy họ cũng là người phát hiện sớm những dấu hiệu của phản vệ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: ***Nhận xét kiến thức về phòng và xử trí phản vệ của Điều dưỡng – Hộ sinh tại Bệnh viện Đa khoa huyện Hoài Đức năm 2024.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng được chọn là 118 điều dưỡng – hộ sinh đang công táctại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả Điều dưỡng - hộ sinh công tác tại khoa lâm sàng, cận lâm sàng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Điều dưỡng – hộ sinh nghỉ chế độ (thai sản, ốm đau, đi học dài ngày) trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu có can thiệp

- Cỡ mẫu: Gồm tất cả điều dưỡng – hộ sinh đủ tiêu chuẩn tại Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức trong thời gian từ tháng 4 đến tháng 9/2024.

- Phương pháp thu thập số liệu: Phát vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu dựa trên bộ câu hỏi đã thiết kế sẵn trước và sau khi tập huấn, đào tạo.

- Công cụ thu thập số liệu: Số liệu sẽ được thu thập bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn căn cứ theo Thông tư 51/2017-TT- BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 do Bộ Y tế ban hành.

- Bộ câu hỏi bao gồm 20 câu hỏi tương ứng với 20 điểm

+ Câu trả lời đúng: tính 01 điểm

+ Câu trả lời sai: 0 điểm

- Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Theo thời gian đã được định sẵn và không thông báo trước cho khoa biết, nhóm nghiên cứu đến các khoa tập trung đối tượng nghiên cứu tại phòng hành chính khoa

và phát bộ câu hỏi đã thiết kế sẵn, đối tượng nghiên cứu làm trong thời gian 10 phút.

Bước 2: Tổ chức 02 lớp tập huấn Thông tư 51/2017/ TT-BYT

Bước 3: Theo thời gian đã được định sẵn và không thông báo trước cho khoa biết, nhóm nghiên cứu đến các khoa tập trung ĐTNC tại phòng hành chính khoa và phát bộ câu hỏi đã thiết kế sẵn, đối tượng nghiên cứu làm trong thời gian 10 phút.

- Phương pháp phân loại:

+ Tốt: ≥ 18 điểm

+ Khá: Từ 15 điểm đến ≤ 17 điểm

+ Trung bình: < 14 điểm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

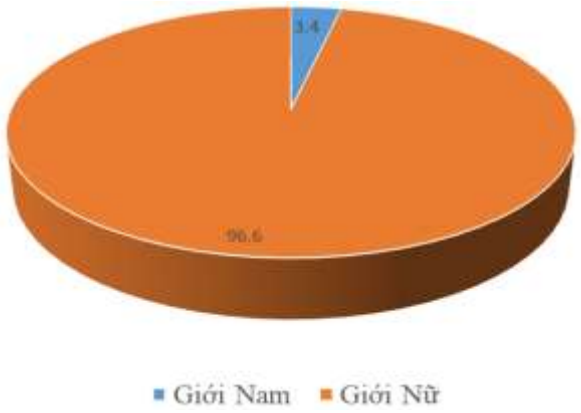
Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu (n=118)

Giới	Nhóm tuổi n (%)			
	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 60
Nam	0 (0,0%)	03 (75,0%)	1 (25,0%)	0(0%)
Nữ	11(9,6%)	92 (80,7%)	10 (8,8%)	1(0,9%)
Tổng số	11 (9,3%)	95(80,5%)	11 (9,3%)	1 (0,9%)
	Tuổi Trung bình: 34 (±5), min 24, max 52			

Nhận xét:

- Đối tương nghiên cứu trong độ tuổi từ 30-39 chiếm tỷ lệ cao nhất 80,5%, thấp nhất là nhóm 50-60 chiếm 0,9%.

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 34 (±5), tuổi của điều dưỡng – hộ sinh trẻ nhất nhất là 24, cao nhất là 52.



Biểu đồ 1. Đặc điểm về giới tính của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nữ chiếm 96,6%, nam 3,4%

Bảng 2: Trình độ của đối tượng nghiên cứu

Trình độ	n	Tỷ lệ %
Trung cấp	02	1.7
Cao đẳng	87	73.7
Đại học/SĐH	29	24.6
Tổng số	118	100

Nhận xét: Điều dưỡng – hộ sinh có trình độ chủ yếu là cao đẳng chiếm tỷ lệ 73,7%. Có 02 điều dưỡng trung cấp chiếm tỷ lệ 1,7%.

3.2. Kiến thức của điều dưỡng – hộ sinh về phòng và xử trí phản vệ.

Bảng 3. Kiến thức về theo dõi phản vệ của đối tượng nghiên cứu

Nội dung		Trước đào tạo		Sau đào tạo		P
		n	%	n	%	
Giai đoạn cấp	Đúng	73	61.9	112	94,9	< 0.05
	Sai	45	38.1	6	5,1	
Giai đoạn ổn định	Đúng	97	82.2	110	93,2	
	Sai	21	17.8	8	6,8	

Nhận xét: Trước đào tạo tỷ lệ điều dưỡng – hộ sinh chưa nắm được hiểu biết về theo dõi phản vệ trong giai đoạn cấp: 38,1%, sau đào tạo tỷ lệ này giảm xuống còn 5,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê do P < 0.05

Bảng 4: Kiến thức chung của điều dưỡng – hộ sinh về phòng và xử trí phản vệ trước và sau đào tạo

Kết quả	Tốt		Khá		Trung bình		P
	n	%	n	%	n	%	
Trước đào tạo	85	72.0	28	23.8	5	4.2	<0.05
Sau đào tạo	112	94.9	6	5.1	0	0.0	

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng- hộ sinh có kiến thức tốt về phòng và xử trí phản vệ trước đào tạo chiếm tỷ lệ 72.0%, sau đào tạo tăng lên chiếm tỷ lệ 94.9%, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với P < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu đa phần là nữ chiếm 96.6%. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả của Tạ Anh Thơ là 91% [7]. Kết quả này phù hợp với đặc điểm phân bố giới tính của nghề Điều dưỡng. Đối tượng nghiên cứu trong nhóm tuổi từ 30-39 chiếm 80.5%, tuổi trung bình của ĐTNC là 34 (±5), tuổi điều dưỡng thấp nhất là 24 tuổi, cao nhất là 52.

Trình độ của đối tượng nghiên cứu cao đẳng là chính chiếm 73,7%. Tỷ lệ này khác với nghiên cứu của Tạ Anh Thơ [7], ĐTNC có trình độ trung cấp chiếm 90%, cao đẳng 4%, đại học/sau đại học 6%. Nhưng lại tương đồng với Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Huế [9], tỷ lệ Điều dưỡng cao đẳng chiếm 78.4%. Điều đó cũng đồng nghĩa với việc điều dưỡng rất được sự quan tâm của các cấp lãnh đạo trong bệnh viện đã cử đi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn theo Thông tư liên tịch số 26/2015/TTLT-BYT-BNV của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ ngày 7/10/2015 về việc quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng – hộ sinh. Tuy nhiên, tỷ lệ Điều dưỡng- hộ sinh có trình độ đại học, đặc biệt là sau đại học còn khiêm tốn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 118 điều dưỡng – hộ sinh thì tỷ lệ tỷ lệ điều dưỡng – hộ sinh chưa nắm được kiến thức về theo dõi phản vệ trong giai đoạn cấp giảm xuống còn 5.1% sau đào tạo. Tỷ lệ điều dưỡng – hộ sinh có kiến thức đúng về theo dõi phản vệ trong giai đoạn ổn định sau đào tạo là 93.2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê do P < 0.05. Tỷ lệ điều dưỡng - hộ sinh có kiến thức tốt về phòng và xử trí phản

vệ trước đào tạo chiếm tỷ lệ 72.0%, sau đào tạo tăng lên chiếm tỷ lệ 94.9%, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với P < 0,05. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Huế [9]. Đạt được kết quả như trên, trong thời gian qua bệnh viện đã chú trọng đến công tác đào tạo và đào tạo tại chỗ để củng cố lại kiến thức và nâng cao trình độ chuyên môn, tập huấn lại các thông tư trong công tác chăm sóc sức khoẻ cho người bệnh đặc biệt là tổ chức lại 2 buổi tập huấn về thông tư 51/2014/TT-BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

Như vậy nghiên cứu đã phản ánh được kiến thức của Điều dưỡng - hộ sinh trong phòng và xử trí phản vệ theo thông tư 51/2017-TT/BYT. Từ đó định hướng đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, củng cố kiến thức cho Điều dưỡng - hộ sinh trong toàn viện nhằm nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc người bệnh.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ chung của điều dưỡng – hộ sinh có kiến thức tốt về phòng và xử trí phản vệ trước đào tạo 72%, sau đào tạo 94.9%.

- Tỷ lệ điều dưỡng – hộ sinh chưa nắm được kiến thức về theo dõi phản vệ trong giai đoạn cấp giảm xuống còn 5.1% sau đào tạo.

- Tỷ lệ điều dưỡng – hộ sinh có kiến thức đúng về theo dõi phản vệ trong giai đoạn ổn định sau đào tạo là 93.2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2017). Thông tư 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 "Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ".
2. **Hoàng Văn Sáng** (2012), "Mô tả kiến thức của điều dưỡng trong phòng và cấp cứu sốc phản vệ tại Bệnh viện 354", Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
3. **Nguyễn Thị Thùy Ninh** (2014). "Nghiên cứu tình trạng sốc phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí nghiên cứu y học. 98 (6), tr.24-30.
4. **Nguyễn Anh Tuấn** (2016), Đánh giá hiệu quả điều trị phản vệ theo phác đồ của khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai,8-17.
5. **Nguyễn Năng An** (1998). "Sốc phản vệ, phát hiện sớm dị ứng thuốc và dự phòng sốc phản vệ", Dược lâm sàng, Nhà xuất bản y học, 91 –98.
6. **Nguyễn Gia Bình** (2014). "Cấp cứu phản vệ từ lý thuyết đến thực hành", Hội thảo khoa học chuyên đề sốc phản vệ.
7. **Tạ Thị Anh Thơ** (2010), "Đánh giá kiến thức của điều dưỡng trong việc xử trí và chăm sóc bệnh nhân sốc phản vệ tại các khoa lâm sàng bệnh viện K", Nghiên cứu y học, Tập 14, 25-29.
8. **Đặng Thị Hằng Thi** (2016) "Mô tả kiến thức của Điều dưỡng các khoa lâm sàng bệnh viện 198 năm 2016 " tạp chí Điều dưỡng Việt Nam 17- 2017, tr 28. các .
9. **Nguyễn Thị Thu Huế** (2022). "Đánh giá kiến thức về phòng và xử trí phản vệ của Điều dưỡng – Hộ sinh – Kỹ thuật viên trước và sau đào tạo tại bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng từ ngày 01/4/2022 đến 30/9/2022".
10. **Simons FE, Ardusso LR, Bilo MB et al** (2011). World allergy organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. The World Allergy Organization journal; 4: 13-37

ĐÁNH GIÁ SỰ BIẾN ĐỘNG NỒNG ĐỘ ANTI SARS-COV-2 IGG Ở NGƯỜI ĐÃ TIÊM PHÒNG VẮC XIN, ỨNG DỤNG TRONG DỰ PHÒNG COVID-19

Đặng Đức Hoàn[1], Vũ Đức Minh[1], Phạm Tiến Dung[1], Nguyễn Thị Thu Phương[1], Vương Đình Hà[1], Hoàng Mạnh Hùng[1], Nguyễn Thị Như Hoa[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của người đã tiêm phòng vắc xin và nghiên cứu sự thay đổi nồng độ anti SARS-CoV-2 IgG trên người đã tiêm vắc xin CoVid-19.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang chia làm 3 mốc thời gian: T6 (sau khi tiêm vắc xin 6 tháng: 400 người); T12 (sau khi tiêm vắc xin 12 tháng: 404 người); T18 (sau khi tiêm vắc xin 18 tháng: 411 người) trên những người sau tiêm vắc xin CoVid-19, chúng tôi thu thập mẫu ở nhân viên y tế các bệnh viện tại Hà Nội và những người tình nguyện tham gia nghiên cứu sau tiêm vắc xin CoVid-19.

Kết quả: Về tuổi: nhóm T6 có độ tuổi trung bình thấp nhất 49,17± 18,9 (6-89); trong khi nhóm T12 và T18 có độ tuổi trung bình cao hơn đều là 54,69± 14,81 (7-91); Về giới tính: nữ giới chiếm phần lớn ở tất cả các nhóm. Về BMI của 3 nhóm đối tượng tương đương nhau chủ yếu xếp loại bình thường (18-25).Về loại vắc xin: mũi 1 và mũi 2 của cả 3 nhóm đối tượng đều tiêm chủ yếu vắc xin Astrazeneca, mũi 3 và mũi 4 nhóm T6, T12, T18 chủ yếu tiêm vắc xin Pfize; Về nhóm máu: cả 3 nhóm tỷ lệ nhóm máu O+ cao nhất lần lượt là 43,8%, 46%, 41,6%; Về bệnh nền: Nhóm T12 có tỷ lệ bệnh nền cao nhất chiếm 38,9%, trong khi nhóm T6 là 34,7%, nhóm T18 là 28,2%; Về số mũi vắc xin: nhóm T6 và T12 có tỷ lệ tiêm 4 mũi vắc xin là cao nhất lần lượt là 66,3%và 82,17%, nhóm T18 có tỷ lệ tiêm 3 mũi vắc xin là cao nhất chiếm 58,6%. Nồng độ kháng thể: nhóm T6 có nồng độ kháng thể cao nhất với trung vị 299,78 IU/ml, nhóm T12 có nồng độ kháng thể thấp hơn với trung vị là 162,33 IU/ml, nhóm T18 có nồng độ kháng thể thấp nhất với trung vị là 98,19 IU/ml.

Kết luận: Về các yếu tố giới ,phản ứng sau tiêm, bệnh nền không thấy có mối liên quan đến nồng độ kháng thể anti SAR CoV-2; Nhóm T6 BMI: nhóm nhẹ cân, béo phì có nồng độ kháng thể thấp hơn rõ rệt; Nồng độ kháng thể sau 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng của nhóm tiêm 2 mũi thấp hơn nhóm tiêm 3 và 4 mũi vắc xin; Nhóm T12: nồng độ kháng thể cao nhất ở nhóm máu "O", RH(+). Nhóm T18: có sự khác biệt về nồng độ kháng thể ở các nhóm tuổi; Nồng độ kháng thể giảm dần theo thời gian, cao nhất ở nhóm sau tiêm 6 tháng và thấp nhất ở nhóm sau tiêm 18 tháng.

Từ khóa: Covid 19, anti SAR CoV-2 IgG, các loại vắc xin , Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

[1]*Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đức Hoàn
Email: drdang@gmail.com
Ngày nhận bài: 05/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 09/09/2024
Ngày duyệt bài: 30/09/2024

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE FLUCTUATION OF ANTI SARS-COV-2 IGG CONCENTRATION IN VACCINATED PEOPLE, APPLICATION IN COVID-19 PREVENTION

Objectives: Describe the clinical characteristics of vaccinated people and study the changes in anti-SARS-CoV-2 IgG levels in people vaccinated with the COVID-19 vaccine.

Research subjects and methods: Cross-sectional descriptive study divided into 3 time points: T6 (6 months after vaccination: 400 people); T12 (12 months after vaccination: 404 people); T18 (18 months after vaccination: 411 people) on people after vaccination with CoVid-19, we collected samples from the medical staff of hospitals in Hanoi and volunteers participating in the study after vaccination with CoVid-19.

Results: Regarding age, group T6 had the lowest average age of 49.17±18.9 (6-89), while groups T12 and T18 had higher average ages of 54.69±14.81 (7-91). Regarding gender, females accounted for the majority of all groups. Regarding BMI, the 3 groups were similar, mainly classified as normal (18–25). Regarding vaccine type: the 1st and 2nd doses of all 3 groups were mainly injected with Astrazeneca vaccine, and the 3rd and 4th doses of groups T6, T12, and T18 were mainly injected with Pfize vaccine. Regarding blood type, all 3 groups had the highest rate of blood type O+ at 43.8%, 46%, and 41.6%, respectively. Regarding underlying diseases, group T12 has the highest rate of underlying diseases at 38.9%, while group T6 is 34.7%, and group T18 is 28.2%. Regarding the number of vaccinations, groups T6 and T12 have the highest rate of 4 vaccinations at 66.3% and 82.17%, respectively; group T18 has the highest rate of 3 vaccinations at 58.6%. Antibody concentration: group T6 has the highest antibody concentration with a median of 299.78 IU/ml, group T12 has a lower antibody concentration with a median of 162.33 IU/ml, and group T18 has the lowest antibody concentration with a median of 98.19 IU/ml.

Conclusion: Regarding gender factors, post-vaccination reactions, and underlying diseases, there was no association with anti-SAR CoV-2 antibody concentrations; Group T6 BMI: underweight and obese groups had significantly lower antibody concentrations; Antibody concentrations after 6 months, 12 months, and 18 months in the 2-dose group were lower than those in the 3- and 4-dose groups; Group T12: the highest antibody concentration was in blood group "O", RH(+). Group T18: there was a difference in antibody concentrations among age groups; Antibody concentrations decreased over time, highest in the 6-month post-vaccination group and lowest in the 18-month post-vaccination group.

Keywords: Covid 19, anti-SAR CoV-2 IgG, vaccines, Son Tay General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ khi đại dịch bệnh do vi-rút corona 2019 (COVID-19) bùng phát vào tháng 3 năm 2020, đến tháng 2 năm 2024, đã có hơn 7 triệu người tử vong vì căn bệnh này. Diễn biến lây lan của vi-rút corona gây hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS-CoV-2) và số người tử vong do loại vi-rút này gây ra đã giảm đáng kể nhờ việc triển khai tiêm chủng rộng rãi vào đầu năm 2021.

Tiêm chủng đã chứng minh được hiệu quả[1]. Ở các nước châu Âu, sau khi số ca mắc và tử vong do COVID-19 đạt đỉnh vào cuối năm 2020 và đầu năm 2021, số ca bệnh đã giảm đáng kể vào cuối mùa xuân-hè năm 2021 nhờ tiêm chủng. Những tháng tiếp theo xuất hiện các biến thể và tiểu biến thể mới, nhưng số ca tử vong không bao giờ đạt đến mức trước khi tiêm chủng, điều này có thể là

do độc lực của vi-rút giảm và khả năng miễn dịch của cộng đồng[2] dựa trên nền tảng của việc tiêm chủng, liều tăng cường tiếp theo và khả năng miễn dịch có được thông qua tiếp xúc tự nhiên với SARS-CoV-2[3]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá sự biến động nồng độ anti SARS CoV-2 IgG ở người đã tiêm phòng vắc xin, ứng dụng trong dự phòng Covid-19" với mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng của người đã tiêm phòng vắc xin

- Nghiên cứu sự thay đổi nồng độ anti SARS-CoV-2 IgG trên người đã tiêm vắc xin CoVid-19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: nghiên cứu chúng tôi gồm người sau tiêm vắc xin CoVid-19, chúng tôi thu thập mẫu ở nhân viên y tế các bệnh viện tại Hà Nội và những người tình nguyện tham gia nghiên cứu sau tiêm vắc xin CoVid-19.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đủ các thông tin nghiên cứu

- Không tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, 304 Phường Lê Lợi, Thị xã Sơn Tây, Thành phố Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: Từ: 07/2022 – 06/2024.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu chủ đích gồm những người tình nguyện tham gia nghiên cứu, không xác suất

Các biến số và các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định nhiễm Covid – 19: Theo quyết định số 250/QD-BYT ngày 28/1/2022 của bộ Y tế về: "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19"

- Biến số: tuổi (<18; 18-35; 35-60; >60); giới tính: (Nam, nữ); Bệnh nền: (THA; Tim mạch; Tiểu đường; Suy giảm miễn dịch; Tim mạch; Ung thư; Bệnh khác; Không); Nhóm máu (A; B; AB; O; RH); BMI (<18,5; 18-23; 23-27; >27); Phản ứng sau tiêm(Không; Sốt; Đau; Phản vệ); Số mũi tiêm (2;3;4); Thời điểm tiêm vắc xin (6 tháng, 12 tháng, 18 tháng); Nồng độ kháng thể.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm về nhóm máu

Nhóm máu	Thời điểm xét nghiệm					
	T6		T12		T18	
	n	%	n	%	n	%
A	68	17	83	20,5	69	16,8
B	133	33,3	120	29,7	142	34,5
AB	24	6	15	3,7	29	7,1
O	175	43,8	186	46	171	41,6
RH (-)	4	1	4	1	12	2,9
RH (+)	396	99	400	99	399	97,1
Tổng	400	100	404	100	411	100

Nhận xét: Cả 3 nhóm T6,T12, T18 nhóm máu "O" RH (+) chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3.2. Đặc điểm về loại vắc xin tiêm phòng

Loại Vắcxin	**Astrazeneca**	**Pfizer**	**Moderna**	**Khác**	**Tổng**	
Mũi 1	249(62,3%)	56(14%)	40(10%)	55(13,8%)	400	**T6**
Mũi 2	220(55,1%)	70(17,5%)	40(10%)	69(17,3%)	399	
Mũi 3	116(32,1%)	149(41,3%)	29(8%)	67(18,6)	361	
Mũi 4	38(14,3%)	186(69,9%)	24(9%)	18(6,8%)	266	
Tổng	623	461	133	209	1426	
Loại Vắcxin	**Astrazeneca**	**Pfizer**	**Moderna**	**Khác**	**Tổng**	
Mũi 1	286(70,8%)	25(6,2%)	26(6,4%)	67(16,55)	404	**T12**
Mũi 2	262(64,9%)	43(10,6%)	26(6,4%)	72(17,8%)	403	
Mũi 3	143(35,4%)	155(38,45)	21(5,2%)	78(19,3%)	397	
Mũi 4	22(5,4%)	267(66,1%)	53(13,15)	11(3,1%)	354	
Tổng	713	490	126	228	1558	
Loại Vắcxin	**Astrazeneca**	**Pfizer**	**Moderna**	**Khác**	**Tổng**	
Mũi 1	296(72,2%)	23(5,6%)	12(2,9%)	80(19,3%)	411	**T18**
Mũi 2	281(68,5%)	30(7,3%)	11(2,7%)	89(21,5%)	411	
Mũi 3	148(38,7%)	105(27,5%)	16(4,2%)	113(29,6%)	382	
Mũi 4	24(17,4%)	67(48,6%)	15(10,9%)	32(23,2%)	138	
Tổng	749	225	54	297	1342	

Nhận xét: Về loại vắc xin: mũi 1 và mũi 2 của cả 3 nhóm đối tượng đều tiêm chủ yếu vắc xin Astrazeneca, mũi 3 và mũi 4 nhóm T6 ,T12 ,T18 chủ yếu tiêm vắc xin Pfize

Bảng 3.3. Mối liên quan nồng độ kháng thể và tuổi

	Thời điểm xét nghiệm					
Tuổi	**T6**		**T12**		**T18**	
	n	**Trung vị Nồng độ KT(IU/ml)**	**n**	**Trung vị Nồng độ KT(IU/ml)**	**n**	**Trung vị Nồng độ KT(IU/ml)**
< 18	34	145	7	271,25	8	58,83
18-35	61	243,86	42	105,09	90	99,69
35-60	166	281,54	197	162,31	213	101,61
> 60	139	390,73	158	179,88	100	90,21
Tổng	400	100	404	100	411	100

Nhận xét: Nhóm T18 có sự khác biệt nồng độ kháng thể giữa các nhóm tuổi.

Bảng 3.4. Mối liên quan nồng độ kháng thể và số mũi tiêm vắc xin covid 19

	Thời điểm xét nghiệm					
Số mũi tiêm	**T6**		**T12**		**T18**	
	n	**Trung vị Nồng độ KT(IU/ml)**	**n**	**Trung vị Nồng độ KT(IU/ml)**	**n**	**Trung vị Nồng độ KT(IU/ml)**
2	39	142,41	7	107,28	26	67,14
3	96	301,47	65	122,69	241	97,68
4	265	331,17	332	170,98	144	108,15
Tổng	400		404		411	
p	0,0001		0,029		0,027	

Nhận xét: Nồng độ kháng thể sau 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng của nhóm tiêm 2 mũi thấp hơn nhóm tiêm 3 và 4 mũi vắc xin.

Bảng 3.5. Mối liên quan nồng độ kháng thể và thời gian tiêm vắc xin covid 19

Thời điểm xét nghiệm	Min (IU/mL)	Max (IU/mL)	Trung vị (IU/mL)	n
T6	26,37	8444,0	299,78	400
T12	9,07	769,41	162,33	404
T18	2,16	664,0	98,19	411

Nhận xét: Nồng độ kháng thể giảm dần theo thời gian tiêm vắc xin covid 19, nồng độ cao nhất ở nhóm T6 là 299,78 mmol/l.

IV. BÀN LUẬN

*** Đặc điểm về nhóm máu:** cả 3 nhóm tỷ lệ nhóm máu O+ cao nhất lần lượt là 43,8%, 46%, 41,6%. Tỷ lệ này cũng tương tự với phần lớn các nghiên cứu khác khi tỷ lệ nhóm máu O là lớn nhất sau đó đến nhóm máu A,B và thấp nhất là nhóm máu AB. Nghiên cứu tại Ả Rập Xê Út nhóm đối tượng 760 người có 40% nhóm máu O, 23,7% nhóm máu A, 13,2% nhóm máu B, 2,4% nhóm máu AB và 20,8% không rõ nhóm máu[4].

*** Đặc điểm về tỷ lệ các loại vắc xin:**

Nhóm T6, T12, T18: vắc xin tiêm mũi 1 và mũi 2 nhiều nhất là Astrazeneca, vắc xin tiêm mũi 3 và mũi 4 nhiều nhất là Pfizer.

Trong một nghiên cứu năm 2023 tại Ý[5] có 169 cá nhân tham gia trong đó có (33,1%) người được tiêm Astrazeneca trong hai mũi đầu trong khi 113 (66,9%) người khác tiêm vắc xin Pfizer. Tất cả họ được tiêm liều thứ ba là vắc xin Pfizer. Như vậy so với nghiên cứu trên tỷ lệ người tiêm vắc xin Astrazeneca trong nghiên cứu của chúng tôi ở mũi thứ 1 và thứ 2 là cao hơn và tỷ lệ tiêm vắc xin Pfizer là thấp hơn. Tương tự chúng tôi cũng thấy rằng tỷ lệ tiêm vắc xin Pfizer ở các nghiên cứu khác là cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Một nghiên cứu tại Pháp [6] năm 2022 có 212 người tham gia đã tiêm ba mũi vắc xin và tất cả họ đều tiêm vắc xin Pfizer.

*** Mối liên quan nồng độ kháng thể và tuổi**

- Nhóm T6: nhóm tuổi >60 có nồng độ kháng thể trung bình lớn nhất 532,02±547,95 IU/mL. Sự khác biệt về nồng độ kháng thể giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với p=0,0001. Một nghiên cứu tại Hà Lan năm 2022[7] khi thấy nồng độ kháng thể IgG S1 do BNT162b2 gây ra sau khi tiêm vắc-xin giảm nồng độ theo độ tuổi, với nồng độ cao nhất ở nhóm tuổi 12–19.

Như vậy sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu trên có thể do khoảng cách thời gian theo dõi của nghiên cứu chúng tôi là 6 tháng sau mũi tiêm cuối cùng còn các nghiên cứu trên hầu hết đều thực hiện ở thời gian rất ngắn ngay sau khi tiêm vắc xin (trong hai ngày đầu). Điều này có thể do người lớn tuổi có sự sụt giảm nồng độ kháng thể theo thời gian thấp hơn hoặc cũng có thể những người cao tuổi hơn đã nhiễm hoặc tái nhiễm covid 19 nhưng triệu chứng không rõ ràng và không được phát

hiện trong khoảng thời gian 6 tháng từ khi tiêm vắc xin.

- Nhóm T12: Nồng độ kháng thể ở nhóm tuổi trẻ <18 tuổi là cao nhất với trung vị là 271,25. Tuổi là một trong những thông số có liên quan nhất quyết định phản ứng kháng thể; vì cả sản xuất kháng thể có nguồn gốc từ tế bào T và thế hệ tế bào lympho B đều giảm theo tuổi, nên phản ứng kháng thể để chống lại tác nhân truyền nhiễm sau khi tiêm vắc-xin có thể không đủ[8]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy độ tuổi trẻ nhỏ hơn 18 tuổi sau 12 tháng có nồng độ kháng thể là cao nhất. Sự khác biệt của kết quả các nghiên cứu có thể do việc phân bố độ tuổi trong các nghiên cứu là khác nhau hoặc do việc nhiễm Covid 19 không triệu chứng không phát hiện được ở các nhóm nghiên cứu.

*** Mối liên quan nồng độ kháng thể và số mũi tiêm vắc xin Covid-19**

- Nồng độ kháng thể sau 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng của nhóm tiêm 2 mũi thấp hơn nhóm tiêm 3 và 4 mũi vắc xin. Vào tháng 11 năm 2021, chính phủ Ý đã quyết định tiêm liều thứ ba. Tất cả bệnh nhân đều được tiêm vắc-xin Comirnaty, bất kể những bệnh nhân trước đó đã tiêm liều nào. Liều tăng cường này một lần nữa dẫn đến sự gia tăng nồng độ kháng thể. Những cá nhân đã tiêm vắc-xin Comirnaty trước đó ghi nhận các giá trị bằng hoặc cao hơn những giá trị quan sát được sau liều thứ hai. Điều này cũng đã được quan sát thấy ở các quốc gia khác được mô tả trong phân tích tổng hợp Đaković Rode và cộng sự[9] báo cáo về sự suy giảm kháng thể 6 tháng sau liều vắc-xin thứ hai nhưng các mức này vẫn được coi là dương tính với khả năng bảo vệ chống lại COVID-19.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 1215 người sau tiêm vắc xin covid ở các thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây từ tháng 09/2022 đến tháng 10/2024 chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Về các yếu tố giới ,phản ứng sau tiêm, bệnh nền không thấy có mối liên quan đến nồng độ kháng thể anti SAR CoV-2

- Về loại vắc xin: mũi 1 và mũi 2 của cả 3 nhóm đối tượng đều tiêm chủ yếu vắc xin Astrazeneca, mũi 3 và mũi 4 nhóm T6, T12, T18 chủ yếu tiêm vắc xin Pfize.

- Nhóm T6 BMI: nhóm nhẹ cân, béo phì có nồng độ kháng thể thấp hơn rõ rệt.

- Nồng độ kháng thể sau 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng của nhóm tiêm 2 mũi thấp hơn nhóm tiêm 3 và 4 mũi vắc xin.

- Nồng độ kháng thể giảm dần theo thời gian, cao nhất ở nhóm sau tiêm 6 tháng và thấp nhất ở nhóm sau tiêm 18 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. W. Tenforde, W. H. Self, K. Adams và cộng sự** (2021). Association Between mRNA Vaccination and COVID-19 Hospitalization and Disease Severity. Jama, 326 (20), 2043-2054.
2. **A. P. S. Munro, C. E. Jones và S. N. Faust** (2024). Vaccination against COVID-19 - risks and benefits in children. Eur J Pediatr, 183 (3), 1107-1112.

3. **M. Chivu-Economescu, T. Vremera, S. M. Ruta và cộng sự** (2022). Assessment of the Humoral Immune Response Following COVID-19 Vaccination in Healthcare Workers: A One Year Longitudinal Study. Biomedicines, 10 (7),
4. **O. S. Almalki, E. Y. Santali, A. A. Alhothali và cộng sự** (2023). The role of blood groups, vaccine type and gender in predicting the severity of side effects among university students receiving COVID-19 vaccines. BMC Infect Dis, 23 (1), 378.
5. **E. Nicolai, F. Tomassetti, M. Pelagalli và cộng sự** (2023). The Antibodies' Response to SARS-CoV-2 Vaccination: 1-Year Follow Up. Biomedicines, 11 (10),
6 **C. Dimeglio, P. Trémeaux, F. Herin và cộng sự** (2022). Post-vaccination SARS-CoV-2 antibody kinetics and protection duration against Omicron in elderly population. J Infect, 85 (6), 702-769.
7. **L. L. van den Hoogen, M. Boer, A. Postema và cộng sự** (2022). Reduced Antibody Acquisition with Increasing Age following Vaccination with BNT162b2: Results from Two Longitudinal Cohort Studies in The Netherlands. Vaccines (Basel), 10 (9),
8. **K. Kontopoulou, C. T. Nakas, C. Belai và cộng sự** (2022). Antibody titers after a third dose of the SARS-CoV-2 BNT162b2 vaccine in immunocompromised adults in Greece: Is a fourth dose necessary? J Med Virol, 94 (10), 5056-5060.
9. **S. Y. Nam, S. W. Jeon, D. K. Jung và cộng sự** (2022). Body Weight is Inversely Associated with Anti-SARS-CoV-2 Antibody Levels after BNT162b2 mRNA Vaccination in Young and Middle Aged Adults. Infect Chemother, 54 (3), 504-516.

ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM KYOTO Ở BỆNH NHÂN VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH

Hoàng Thị Út Trang[1], Nguyễn Văn Quang[1], Trần Văn Đăng[1], Vũ Xuân Diệu[1], Nguyễn Văn Trường[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm dạ dày mạn tính là bệnh thường gặp với những triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và trùng lặp với nhiều bệnh lý khác của đường tiêu hóa. Helicobacter pylori được chứng minh là nguyên nhân chính gây VDDMT và ung thư dạ dày. Bằng hình ảnh nội soi, thang điểm Kyoto cho phép chẩn đoán tình trạng nhiễm H. pylori và dự đoán nguy cơ UTDD.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá đặc điểm nội soi niêm mạc dạ dày theo phân loại Kyoto và mối liên quan giữa thang điểm Kyoto và test nhanh Urease trong chẩn đoán nhiễm H.pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả. Tất cả bệnh nhân đủ điều kiện được lựa chọn vào nghiên cứu. Bệnh nhân được tiến hành nội soi dạ dày, mô tả và đánh giá tổn thương theo thang điểm Kyoto, sinh thiết làm Urease test và mô bệnh học.

Kết quả: Từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2024, 30 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu, 60% nam, 40% nữ, tuổi trung bình 58.87±2.63 tuổi. Tất cả bệnh nhân đều có tổn thương niêm mạc dạ dày theo phân loại Kyoto, trong đó 100% tổn thương ban đỏ, có 93.3% tổn thương teo, 63.3% dị sản ruột, 20% phì đại nếp niêm mạc và 6.7% nốt sần. Điểm Kyoto phân bố từ 1 – 4, tỷ lệ điểm 1; 2; 3; 4 lần lượt là 3.3%; 20%; 66.7%; 10%. Có mối liên quan giữa thang điểm Kyoto (điểm cắt là 2 điểm) và test nhanh Urease trong chẩn đoán nhiễm H.pylori.

Kết luận: Thang điểm Kyoto có giá trị trong đánh giá tổn thương niêm mạc dạ dày và khả năng chẩn đoán tình trạng nhiễm H.Pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính.

Từ khóa: Viêm dạ dày mạn tính; Thang điểm Kyoto; H.Pylori

SUMMARY

EVALUATING THE VALUE OF THE KYOTO SCORE IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS

Background: Chronic gastritis is a common disease with nonspecific clinical symptoms that overlap with many other diseases of the digestive tract. Helicobacter pylori is proven to be the main cause of diarrhea and stomach cancer. Using endoscopic images, the Kyoto score allows diagnosing H. pylori infection and predicting the risk of stomach cancer.

Research objective: Evaluate the endoscopic characteristics of the gastric mucosa according to the Kyoto classification and the relationship between the Kyoto scale and the rapid Urease test in diagnosing H.pylori infection in patients with chronic gastritis.

Research method: Descriptive research. All eligible patients were recruited into the study. The patient underwent gastric endoscopy,

[1]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Út Trang
Email: hoanguttrang195@gmail.com
Ngày nhận bài: 19/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 16/09/2024
Ngày duyệt bài: 01/10/2024

described and evaluated the lesions according to the Kyoto scale, had a biopsy for Urease test and histopathology.

Results: From January 2024 to October 2024, 30 patients were selected for the study, 60% male, 40% female, average age 58.87±2.63 years old. All patients had gastric mucosal lesions according to the Kyoto classification, of which 100% had erythematous lesions, 93.3% atrophic lesions, 63.3% intestinal metaplasia, 20% mucosal hypertrophy and 6.7% nodules. Kyoto scores are distributed from 1 to 4, score ratio 1; 2; 3; 4 is 3.3% ; 20%; 66.7%; 10%. There is a relationship between the Kyoto scale (cutoff point is 2 points) and the rapid Urease test in diagnosing H.pylori infection.

Conclusion: The Kyoto scale is valuable in assessing gastric mucosal damage and the ability to diagnose H.Pylori infection in patients with chronic gastritis.

Keywords: Chronic gastritis; Kyoto Scale; H.Pylori

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn tính (VDDMT) là bệnh thường gặp với những triệu chứng lâm sàng (TCLS) không đặc hiệu và trùng lặp với nhiều bệnh lý khác của đường tiêu hóa. Helicobacter pylori (H. pylori) là vi khuẩn gram âm, được phát hiện trong niêm mạc dạ dày (NMDD) người từ năm 1982 và nuôi cấy thành công bởi hai nhà khoa học người Úc Warren J.R. và Marshall B.J. H. pylori được chứng minh là nguyên nhân chính gây VDDMT và ung thư dạ dày (UTDD).

Sự phát triển của công nghệ nội soi cho phép quan sát chi tiết hơn về NMDD và ngày càng được đề cao trong chẩn đoán nhiễm H. pylori, đặc biệt sau khi phân loại Kyoto trong viêm dạ dày mạn tính được công bố ở Nhật Bản năm 2014. Bằng hình ảnh nội soi, thang điểm Kyoto cho phép chẩn đoán tình trạng nhiễm H. pylori và dự đoán nguy cơ UTDD. Năm 2018, nhóm tác giả người Nhật Bản Osamu Toyoshima và cộng sự nghiên cứu trên 138 bệnh nhân, thang điểm Kyoto có diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,886 cho dự đoán nhiễm H. pylori với giá trị ngưỡng để chẩn đoán dương tính là 2 điểm (95% độ tin cậy (CI): 0,803 – 0,968, p = 3,37 x 10^{-20}) [1].

Tại Việt Nam, thang điểm Kyoto trong thực hành lâm sàng chưa được ứng dụng nhiều và chỉ có một số ít các nghiên cứu về áp dụng thang điểm Kyoto trong việc chẩn đoán H. pylori. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá giá trị của thang điểm Kyoto ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính" với các mục tiêu sau:

- Đánh giá đặc điểm nội soi niêm mạc dạ dày của bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính theo phân loại Kyoto.
- Đánh giá mối liên quan giữa thang điểm Kyoto và test nhanh Urease trong chẩn đoán nhiễm H. pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng của nghiên cứu này là các bệnh nhân được chẩn đoán viêm NMDD mạn tính tại phòng khám Nội soi tiêu hóa – Đơn nguyên khám chữa bệnh tự nguyện, Bệnh viện đa khoa Hà Đông từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024, được lựa chọn theo các tiêu chuẩn sau.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đồng ý tham gia nghiên cứu (được nghe giải thích rõ ràng).

- Có hình ảnh viêm niêm mạc dạ dày mạn tính trên nội soi.
- Có kết quả mô bệnh học chẩn đoán VDDMT theo phân loại Sydney.
- Có làm test H. pylori bằng phương pháp test nhanh urease.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hẹp môn vị. Chuẩn bị dạ dày kém (còn thức ăn làm hạn chế quan sát).
- Điều trị với kháng sinh trong vòng 4 tuần hoặc PPIs trong vòng 2 tuần trước đó.
- Bệnh nhân đang xuất huyết tiêu hóa cao.
- Có chẩn đoán trước đó là ung thư dạ dày sớm, ung thư dạ dày tiến triển.
- Tiền sử cắt dạ dày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại phòng nội soi tiêu hóa - Đơn nguyên khám chữa bệnh tự nguyện, Bệnh viện đa khoa Hà Đông.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân đủ điều kiện là đối tượng nghiên cứu.
- Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

Bệnh án nghiên cứu thống nhất

Máy nội soi Olympus CV170

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2024, nhóm nghiên cứu đã tiến hành thu thập số liệu và phân tích trên 30 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Người bệnh (N=30)
Đặc điểm chung	
Tuổi trung bình	58.87±2.63
Nam giới (%)	18 (60%)
Yếu tố nguy cơ	
Corticoid	1 (3.3%)
NSAIDS	1 (3.3%)
Stress	2 (6.7%)
Thuốc lá	13 (43.3%)
Rượu bia	11 (36.6%)
Lý do đi khám	
Khám sức khỏe	0 (0%)
Đau bụng	28 (93.3%)
Buồn nôn, nôn	2 (6.7%)
Ợ hơi, ợ chua	2 (6.7%)
Nóng rát sau xương ức	2 (10%)

Nhận xét: Tuổi trung bình 58.87±2.63. Bệnh nhân nam chiếm 60%. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ viêm dạ dày mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất (43.3%). Triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất (93.3%).

3.2. Đặc điểm tổn thương niêm mạc dạ dày theo phân loại Kyoto và tình trạng nhiễm H. pylori

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương niêm mạc dạ dày theo phân loại Kyoto (N=30)

Đặc điểm	Mức độ	n	%
Không có tổn thương theo thang điểm Kyoto		0	0
Teo (theo phân loại Kimura – Takemoto)	Không	2	6.7
	C1	1	3.3
	C2	6	20
	C3	20	66.7
	O1	1	3.3
	O2– O3	0	0
Dị sản ruột	Không	11	36.7
	Dị sản chỉ ở hang vị	18	60
	Dị sản đến thân vị	1	3.3
Phì đại nếp niêm mạc	Không	24	80
	Có	6	20
Nốt sần	Không	28	93.3
	Có	2	6.7
Ban đỏ lan tỏa	Không	0	0
	Nhẹ (còn RAC)	29	96.7
	Nặng (mất RAC)	1	3.3

Nhận xét:

- Tất cả các bệnh nhân đều có tổn thương NMDD theo phân loại Kyoto.
- Tổn thương teo chiếm 93.3% (28/30), trong đó tổn thương từ C2 trở lên chiếm 90% (27/30).
- Tỷ lệ dị sản ruột phát hiện trên nội soi chiếm 63.3% (19/30), trong đó chủ yếu là dị sản chỉ ở hang vị (60%). Phì đại nếp niêm mạc chiếm 20% (6/30), nốt sần chiếm 6.7% (2/30), ban đỏ lan tỏa chiếm 100%, trong đó phần lớn ở thể nhẹ (96.7%)

Bảng 3. Điểm Kyoto ở nhóm đối tượng nghiên cứu (N=30)

Mức độ tổn thương theo thang điểm Kyoto	n	%
0	0	0
1	1	3.3
2	6	20
3	20	66.7
4	3	10
≥ 5	0	0

Nhận xét:

- Trong 30 bệnh nhân trong nghiên cứu, điểm Kyoto phân bố tử 1 - 4.
- Không có bệnh nhân nào có điểm Kyoto bằng 0 hoặc Kyoto ≥ 5.
- Tỷ lệ cao nhất là 3 điểm, chiếm 66.7% (20/30). Xếp thứ 2 là 2 điểm với 20% (6/30). Tiếp theo là 4 điểm,1 điểm với tỷ lệ lần lượt là 10% (3/30), 3,3% (1/30) số đối tượng nghiên cứu.

Bảng 4. Tỷ lệ nhiễm H. pylori và giới (N=30)

H.Pylori / Giới	H.Pylori	
	Dương tính	**Âm tính**
Nam (n=18)	16 (88.9%)	2 (11.1%)
Nữ (n=12)	10 (83.3%)	2 (16.7%)
Chung	26 (86.7%)	4 (13.3%)
p=0.666		

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm H. pylori ở nam là 88.9%, ở nữ là 83.3%.Tỷ lệ nhiễm H. pylori ở nam và nữ là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% (p = 0,666 > 0,05)

3.3. Mối liên quan của thang điểm Kyoto và test nhanh Urease trong chẩn đoán nhiễm Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính

Bảng 5. Liên quan giữa điểm Kyoto và và Urease test trong chẩn đoán tình trạng nhiễm H.pylori (N=30)

Mức độ tổn thương NMDD theo thang điểm Kyoto	**Tình trạng nhiễm H. pylori**			
	H. pylori (+)		**H. pylori (-)**	
	n	**%**	**n**	**%**
<2	0	0	1	100
≥2	26	89.66	3	10.34
p=0.01				

Nhận xét: Trong số 30 bệnh nhân, có 29 bệnh nhân có điểm Kyoto ≥2, trong đó 26 bệnh nhân được xác định là nhiễm H.pylori bằng Uretest, chỉ có 3 bệnh nhân không nhiễm H.pylori. Ngược lại với điểm Kyoto <2 chỉ có 1 bệnh nhân và không nhiễm H.pylori. Có sự khác biệt giữa tỷ lệ nhiễm H.pylori của nhóm bệnh nhân có điểm Kyoto ≥2 và <2 (p=0.01)

Bảng 6. Liên quan giữa từng tổn thương trong thang điểm Kyoto và Urease test trong chẩn đoán tình trạng nhiễm Helicobacter pylori

	Mức độ	**H. pylori**		**OR**	**p**
		(+)	**(-)**		
Teo	≥C2	24	3	4 (0.273-58.562)	0.283
	C0-1	2	1		
Dị sản ruột	Có	16	3	0.533 (0.049-5.862)	0.609
	Không	10	1		
Phì đại nếp NM	Có	6	0	0.833 (0.697-0.997)	0.283
	Không	20	4		
Nốt sần	Có	2	0	0.857 (0.737-0.997)	0.566
	Không	24	4		
Ban đỏ lan tỏa	Nhẹ	25	4	0.862 (0.745-0.997)	0.69
	Nặng	1	0		

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa từng tổn thương trong thang điểm Kyoto và Urease test trong chẩn đoán tình trạng nhiễm H.pylori (p>0.05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 58.87±2.63 tuổi, cao hơn so với tác giả trong nước như Nguyễn Văn Thịnh (39,12 ± 12,67)[2], Nguyễn Quang Chung (41,6 ± 10,6)[3]. Theo Tạ Long và cộng sự (2003), tỷ lệ VDDMT nói chung và viêm teo NMDD nói riêng tăng theo tuổi là một khái niệm cổ điển, song tỷ lệ ở từng lứa tuổi lại thay đổi rất lớn giữa những nghiên cứu do tiêu chuẩn lựa chọn khác nhau.

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu phân bố theo giới: nữ chiếm 40%, nam chiếm 60%, tỷ lệ nam/nữ = 1,5/. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của Tahara và cộng sự là 60,4%/39,6%. [4]

Trong tổng số 30 bệnh nhân nghiên cứu, 100% bệnh nhân đi khám và có triệu chứng lâm sàng. Trong số các triệu chứng, triệu chứng đau bụng là hay gặp nhất (93.3%), sau đó đến các triệu chứng nóng rát sau xương ức (10%), ít gặp nhất là triệu chứng buồn nôn, nôn và ợ hơi, ợ chua (đều chiếm 6.7%). Tỷ lệ này tương tự một số nghiên cứu khác: nghiên cứu của Nguyễn Khánh Trạch và Đặng Kim Oanh (97,1%), nghiên cứu của Nguyễn Trọng Trình (90,9%)[5],[6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hút thuốc lá và uống rượu lần lượt là 43.3% và 36.6%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hường năm 2022 có tỷ lệ là 19,2% và 13,8% [7]. Có sự khác biệt này có thể do đặc điểm quần thể, trình độ học vấn khác nhau, thói quen sống khác nhau các nhóm tuổi tham gia nghiên cứu.

Có 3.3% số bệnh nhân có sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), 3.3% số bệnh nhân có dùng corticoid. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hường với 30.8% số bệnh nhân có dùng ít nhất 1 trong 3 loại thuốc gây tổn thương niêm mạc dạ dày [7].

4.2. Về tình trạng nhiễm Helicobacter pylori của đối tượng nghiên cứu

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ H. pylori dương tính và âm tính bằng xét nghiệm Urease test lần lượt là 86.7% và 13,3%. Tỷ lệ nhiễm H. pylori trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu ở Việt Nam của một số tác giả đã công bố trước đây: Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thịnh (2009) tỷ lệ nhiễm H.pylori là 62.4%[2], nghiên cứu của Phạm Hồng Khánh (2021) tỷ lệ nhiễm H.pylori là 63.7%[8].

Tỷ lệ nhiễm H.pylori theo giới

Tỷ lệ nhiễm H. pylori ở nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 88.9% và 83.3%, không có sự khác biệt giữa tỷ lệ nhiễm giữa nam và nữ. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước trước đó, nhiễm H. pylori không liên quan đến giới tính.

4.3. Về đặc điểm nội soi ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính theo thang điểm Kyoto

Nghiên cứu của chúng tôi có 30 trường hợp được nội soi dạ dày và đánh giá theo thang điểm Kyoto gồm năm đặc điểm: teo niêm mạc, dị sản ruột, phì đại nếp niêm mạc, nốt sần và ban đỏ lan tỏa. Kết quả của nghiên cứu cho thấy không có trường hợp nào có điểm Kyoto là 0 điểm và ≥ 5 điểm, điểm Kyoto dao động từ 1 - 4, trong đó tỷ lệ cao nhất là 3 điểm, chiếm 66.7% các trường hợp, xếp thứ 2 là 2 điểm với 20% các trường hợp, tiếp theo là 4 điểm và 1 điểm với tỷ lệ lần lượt là 10%, 3.3%. Trong nghiên cứu năm 2022 của tác giả Nguyễn Thị Hường, số

trường hợp có điểm Kyoto 0, 1, 2, 3, 4 với tỷ lệ phần trăm theo thứ tự là 26.2%, 38.5%, 6,6%, 22.3%, 12.3%, 0.8%[7]. Có sự khác biệt này là do mẫu nghiên cứu được chọn khác nhau, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hường, đối tượng được thu tuyển vào nghiên cứu là những người trên 60 tuổi.

Trong số năm đặc điểm về niêm mạc dạ dày theo thang điểm Kyoto, ban đỏ lan tỏa là đặc điểm hay gặp nhất, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu có tổn thương ban đỏ lan tỏa, trong đó chủ yếu là tổn thương nhẹ chiếm 96.7%.Tổn thương hay gặp thứ 2 là viêm teo. Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu, có 28 bệnh nhân có viêm teo NMDD trên nội soi (chiếm 93,3%) và 27 bệnh nhân có hình ảnh viêm teo từ C2 trở lên, chiếm 90%. Tổn thương dị sản ruột chiếm tỷ lệ 63.3%, trong đó chủ yếu là dị sản ở hang vị (60%). Phì đại nếp niêm mạc gặp ở 20% bệnh nhân. Tổn thương ít gặp trong nhóm đối tượng nghiên cứu là tổn thương dạng nốt sần (6.7%).

So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi so với một số nghiên cứu đã có trong nước cũng như nước ngoài đều thấy được tổn thương ban đỏ lan tỏa và teo niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 7. Đặc điểm tổn thương NMDD theo thang điểm Kyoto

Tổn thương	Chúng tôi	Nguyễn Thị Hường 2022 [7]	Nguyễn Thị Liên 2019 [9]
Teo niêm mạc	93.3%	63,1%	43.9%
Dị sản ruột	63.3%	5,4%	25.4%
Phì đại nếp NM	20%	14,6%	39.7%
Nốt sần	6.7%	4,6%	33.3%
Ban đỏ lan tỏa	100%	23,3%	38.1%

4.4. Mối liên quan giữa thang điểm Kyoto và test nhanh Urease trong chẩn đoán nhiễm H. pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính

Thang điểm Kyoto đã được biết đến là một thang lượng giá đối với nguy cơ ung thư dạ dày. Tác giả Sugimoto và cộng sự đã chỉ ra mối liên hệ giữa thang điểm Kyoto và nguy cơ ung thư dạ dày trong một nghiên cứu theo dõi điểm Kyoto của 932 trường hợp viêm dạ dày mạn tính, 268 trong số đó sau đó đã tiến triển thành ung thư dạ dày. Điểm Kyoto trung bình của các bệnh nhân ung thư dạ dày và không ung thư lần lượt là 4,8 và 3,8, nghiên cứu này cũng đã chỉ ra khi điểm Kyoto ≥ 4 thì bệnh nhân có nguy cơ ung thư dạ dày. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhân có điểm Kyoto là 4, tuy nhiên chưa ghi nhận ung thư dạ dày ở bệnh nhân này, mặt khác nghiên cứu của chúng tôi chỉ là nghiên cứu cắt ngang, không có theo dõi dọc nên cũng sẽ khó đánh giá được nguy cơ ung thư dạ dày.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng ngoài khả năng lượng giá nguy cơ ung thư dạ dày như những nghiên cứu đã trình bày ở trên, thang điểm Kyoto còn hữu ích trong chẩn đoán nhiễm H. pylori. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã đánh giá tình trạng nhiễm H. pylori của 30 đối tượng viêm dạ dày mạn tính và thu được một tỷ lệ nhiễm H. pylori là 86.7%.

Thang điểm Kyoto được xác định bằng cách tính tổng điểm thành phần của sự kết hợp năm tổn thương: teo niêm mạc, dị sản ruột, phì đại nếp niêm mạc, nốt sần và ban đỏ lan tỏa. Các nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam về thang điểm Kyoto chỉ ra thang điểm Kyoto có khả năng tốt trong chẩn đoán tình trạng nhiễm H. pylori ở bệnh nhân VDDMT. Nghiên cứu của Toyoshima khi nghiên cứu tình trạng nhiễm H. pylori trên những trường hợp có hiệu giá kháng thể huyết thanh kháng H. pylori âm tính cao dựa vào thang điểm Kyoto cho kết quả diện tích dưới đường cong ROC là 0,886 (p = 0), điểm cắt để chẩn đoán H. pylori là 2 với độ nhạy 78,3%, độ đặc hiệu 92,0% và độ chính xác 89,7%[1].Tác giả Nguyễn Thị Nhã Đoan qua nghiên cứu 292 bệnh nhân chưa từng tiệt trừ H. pylori đã báo cáo thang điểm Kyoto có liên quan đến hình thái viêm dạ dày, điểm Kyoto ≥ 1 có độ nhạy 83% và độ đặc hiệu 62% trong dự đoán nhiễm H. Pylori [10]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hường về thang điểm Kyoto chỉ ra thang điểm Kyoto có khả năng tốt trong chẩn đoán tình trạng nhiễm H. pylori ở bệnh nhân VDDMT trên 60 tuổi với diện tích dưới đường cong ROC là 0,907 (p = 0,000) với điểm cắt chẩn đoán là 2, độ chính xác 83,1%, giá trị chẩn đoán dương tính 93,4%, giá trị dự báo âm tính 77,3%[7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi lấy điểm cắt thang điểm Kyoto là 2 theo các nghiên cứu trên thì thấy là đối với điểm Kyoto nhỏ hơn 2 thì 100% có xét nghiệm H. pylori âm tính, còn điểm Kyoto ≥2 thì tỷ lệ xét nghiệm H. pylori dương tính chiếm 89.66%. Như vậy có mối liên quan giữa điểm Kyoto và tình trạng nhiễm HP với p=0.01. Tuy nhiên khi phân tích giá trị của thang điểm Kyoto trong dự báo khả năng nhiễm H. pylori (kết quả bằng xét nghiệm Urease test) chúng tôi thu được diện tích dưới đường cong ROC là 0.471 (p=0.855) nhỏ hơn 0.5, không có ý nghĩa trong chẩn đoán. Điều này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện chẩn đoán H. pylori bằng test Uresase do vậy có thể xảy ra âm tính giả khi bệnh nhân dùng các thuốc (kháng sinh, PPI…) mà trong quá trình khai thác bệnh nhân không nhớ rõ.

Khi phân tích riêng mối liên quan của từng đặc điểm trong thang điểm Kyoto và tình trạng nhiễm H. pylori chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa tỷ lệ teo niêm mạc, dị sản ruột, phì đại nếp niêm mạc, nốt sần và ban đỏ lan tỏa với tình trạng nhiễm H. pylori (p>0.05). Tuy nhiên các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng năm đặc điểm niêm mạc dạ dày trong thang điểm Kyoto có giá trị trong chẩn đoán H. Pylori. Khi đánh giá về giá trị của từng đặc điểm nội soi trong chẩn đoán nhiễm H. pylori, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hường thu được diện tích dưới đường cong ROC của teo niêm mạc, dị sản ruột, phì đại nếp niêm mạc, nốt sần và ban đỏ lan tỏa lần lượt là 0,714 (p = 0,000); 0,541 (p = 0,42); 0,622 (p = 0,05); 0,533 (p = 0,051), 0,688 (p = 0,048), chỉ có 2/5 có giá trị AUC > 0,5 (độ tin cậy 95%) là teo niêm mạc dạ dày và ban đỏ lan tỏa[7].

V. KẾT LUẬN

Thang điểm Kyoto có giá trị trong đánh giá tổn thương niêm mạc dạ dày và khả năng chẩn đoán tình trạng nhiễm H.Pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Toyoshima O, Nishizawa T, Arita M, et al.** Helicobacter pylori infection in subjects negative for high titer serum antibody. World J Gastroenterol. 2018;24(13):1419-1428. doi:10.3748/wjg.v24.i13.141
2. **Nguyễn Văn Thịnh, Nguyễn Thị Nguyệt, Vũ Văn Khiên.** Tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori trong viêm dạ dày mạn tính qua kết hợp nhiều phương pháp phát hiện. Tạp chí khoa học Tiêu hoá Việt Nam. 2009.
3. **Nguyễn Quang Chung, Tạ Long, Trịnh Tuấn Dũng.** Hình ảnh nội soi, mô bệnh học của viêm dạ dày mạn có nhiễm Helicobacter Pylori. Tạp chí khoa học Tiêu hoá Việt Nam. 2007:389-394.
4. **Tahara T, Shibata T, Nakamura M, et al.** Gastric mucosal pattern by using magnifying narrow-band imaging endoscopy clearly distinguishes histological and serological severity of chronic gastritis. Gastrointest Endosc. 2009;70(2):246-253. doi:10.1016/ j.gie.2008.11.046
5. **Nguyễn Khánh Trạch, Đặng Kim Oanh.** Bệnh dạ dày mạn tính: Hình thái lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học. Nội khoa. 1996.
6. **Nguyễn Trọng Trình.** Nghiên cứu đặc điểm nội soi và mô bệnh học viêm dạ dày mạn tính. Luận văn Thạc sĩ y học, trường Đại học y Hà Nội.
7. **Nguyễn Thị Hường.** Giá trị của thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính trên 60 tuổi. Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2022
8. **Phạm Hồng Khánh, Vũ Văn Khiên, Trần Thị Huyền Trang.** Tần suất và các yếu tố độc lực của Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. Tạp chí y học Việt Nam. 2021.
9. **Nguyễn Thị Liên.** Đối chiếu đặc điểm mô bệnh học và kết quả nội soi dạ dày theo phân loại Kyoto ở bệnh nhân viêm niêm mạc dạ dày mạn tính. Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học y Hà Nội. 2019.
10. **Nguyễn Thị Nhã Đoan.** Chẩn đoán nhiễm Helicobacter pylori dựa trên các đặc điểm nội soi theo phân loại Kyoto. Tạp chí khoa học Tiêu hoá Việt Nam. 2022:21-23.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SUY TIM MÃN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA TIM MẠCH - LÃO HỌC BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN HOÀI ĐỨC

Nguyễn Trung Hiệp[1], Nguyễn Trung Hồng Hạnh[1], Đỗ Thị Vân[1], Dương Huyền Trang[2], Nguyễn Phú Kiên[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim là một bệnh thường gặp tại cộng đồng, chưa được phổ biến rộng rãi, gánh nặng trong vấn đề điều trị suy tim và tỷ lệ nhập viện ngày càng tăng.

Mục tiêu: đánh giá được tình trạng nhập viện của người bệnh trên lâm sàng và cận lâm sàng và kết quả điều trị của người bệnh.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có can thiệp

Kết quả: Nghiên cứu có 81 người bệnh suy tim mạn được điều trị tại khoa Tim mạch-Lão học bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức Tuổi trung bình 67 tuổi ± 12,4, thấp nhất 42, cao nhất 99. Nữ tỷ lệ 51,9. Suy tim NYHA độ II-II chiếm tỷ lệ 76,4%. Tỷ lệ người bệnh tăng men gan, gan to khi nhập viện chiếm,

Kết luận: Tỷ lệ bệnh nhân suy tim nhập viện vì khó thở chiếm 73,4%; Phù 55,6% Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng điều trị 60/81 đạt 74,11%.20/81 bệnh nhân chuyển khoa chuyển tuyến điều trị khắc phục nguyên nhân gốc (thay van tim, can thiệp ĐMV, điều trị cường giáp…)

Từ khoá: Suy tim, đáp ứng điều trị suy tim

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE TREATED AT THE DEPARTMENT OF CARDIOVASCULARITY-GERIOTICS HOAI DUC HOSPITAL

Background: Heart failure is a common condition in the community, not widely recognized, with increasing treatment burdens and hospitalization rates.

Objective: To assess the hospitalization status of patients clinically and paraclinically, and the treatment outcomes of these patients.

Research method: Cross-sectional descriptive study with intervention.

Results: The study included 81 patients with chronic heart failure treated at the Cardiology-Geriatrics Department of Hoai Duc District General Hospital. The average age was 67 years ± 12.4, with a minimum of 42 and a maximum of 99. The female ratio was 51.9%. NYHA class II-III heart failure accounted for 76.4%. The rate of patients with elevated liver enzymes and hepatomegaly upon admission was noted.

Conclusion: The rate of heart failure patients hospitalized due to dyspnea was 73.4%; edema was 55.6%. The treatment response rate was 60/81, achieving 74.11%. 20/81 patients were transferred to other departments for treatment of underlying causes (valve replacement, coronary intervention, hyperthyroidism treatment, etc.).

[1]*Bệnh viện Đa khoa huyện Hoài Đức*
[2]*Sở Y tế Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hiệp
Email: nguyentrunghiep23@gmail.com
Ngày nhận bài: 26/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 23/09/2024
Ngày duyệt bài: 07/10/2024

Keywords: Heart failure, treatment response in heart failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng bệnh lý thường gặp trong nhiều bệnh về tim mạch như các bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh mạch vành, bệnh tim bẩm sinh và một số bệnh khác có ảnh hưởng nhiều đến tim [9].

Suy tim là một tình trạng bệnh lý thường gặp trên lâm sàng. Theo nghiên cứu Framingham thì có khoảng 2,3 triệu người Mỹ bị suy tim (1981) và cũng ở Mỹ mỗi năm có khoảng 400.000 bệnh nhân mắc mới mỗi năm (thống kê năm 1983) [9]. Ở Việt Nam chưa có con số thống kê chính xác nhưng dựa trên tỉ lệ mắc bệnh suy tim của châu Âu (0,4% - 2%) thì có 320.000 - 1,6 triệu người bệnh suy tim cần điều trị.

Suy tim làm giảm hoặc mất hẳn sức lao động của bệnh nhân, ảnh hưởng đến tâm sinh lí và sinh hoạt của người bệnh và là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tử vong. Bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối phải thường xuyên nhập viện, chịu chi phí điều trị cao.

Hiện nay tại bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức nói chung, khoa Tim mạch-Lão học nói riêng bệnh nhân suy tim được nhập viện điều trị theo dõi ngày càng nhiều tuy nhiên chúng tôi chưa thấy nghiên cứu nào về hiệu quả điều trị cũng như đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim tại bệnh viện. Trước tình hình trên chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim mãn tính điều trị tại khoa Tim mạch-Lão học bệnh viện đa khoa Hoài Đức" Với hai mục tiêu chính:

1. Đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân suy tim mãn tính điều trị tại khoa Tim mạch-Lão học.

2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim mãn tính tại khoa Tim mạch-Lão học.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán suy tim theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế Việt Nam [1], nội trú tại Khoa Tim mạch - Lão học, Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh hoặc người nuôi không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có can thiệp

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Lấy mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian.

2.2.3. Cách tiến hành nghiên cứu

Cách bước tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân được ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, từ lúc vào viện cho đến khi ra viện tại 02 thời điểm:

- Thời điểm bắt đầu điều trị (T1).
- Sau khi kết thúc điều trị điều trị (T2).

2.3. Ghi nhận các biến số

Tuổi, giới, trình độ học vấn. Phân đô suy tim theo NYHA.

Phân suất tống máu thất trái từ kết quả siêu âm tim.

Điểm số từ các bảng kiểm.

2.3.1. Địa điểm nghiên cứu

Khoa Tim mạch- Lão học, Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức.

Thời gian: từ 03/2024 đến 10/2024

2.3.2. Phương pháp thống kê

- Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.
- Các biến số liên tục được trình bày bằng: giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn.
- Các biến số định tính được trình bày

bằng tỉ lệ phần trăm (%).

- So sánh lặp lại trên cùng một đơn vị bằng Paired-Samples T test

- Ngưỡng có ý nghĩa thống kê của các phép kiểm là p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu gồm 81 người bệnh (NB) suy tim mạn, điều trị nội trú suy tim tại Khoa Tim mạch Lão học - Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức từ 03/2024 đến 10/2024

Bảng 3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

	Số lượng (n)	**Tỷ lệ (%)**
Tuổi		
< 50 tuổi	5	6,2
50-65 tuổi	33	40,7
> 65 tuổi	43	53,1
Tuổi trung bình (năm): 67 ± 12,4 (thấp nhất 42; Cao nhất 99)		
Giới		
Nữ	42	51,9
Nam	39	48,1

Nhận xét: Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thuộc nhiều độ tuổi khác nhau, trẻ nhất là 42 tuổi, lớn tuổi nhất là 99 tuổi (trung bình 6 ± 12,4 tuổi), trong đó bệnh nhân ở độ tuổi trên 65 tuổi là nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 53,1%.

Bảng 3.2. Các triệu chứng lâm sàng trước điều trị

Thông số	**Điểm đánh giá mức độ suy tim**								**Trung bình (điểm)**
	1		**2**		**3**		**4**		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
NYHA	19	23,5	39	48,1	22	27.2	1	1,2	2,3±0,5
Khó thở	20	24,8	38	46,9	21	26,4	2	2,4	2,5±0,5
Gan to	15	18,5	42	51,9	18	22,2	6	7,4	2,3±0,6
Phù	45	55,6	18	22,2	15	18,5	3	3,7	1,7±0,9
Nước tiểu	44	54,3	23	28,4	11	13,6	4	4,9	3,3±0,9
Ran phổi	42	51,9	27	33,3	11	13,6	1	1,2	1,6±0,8

Nhận xét: Mức độ khó thở: Hầu hết các bệnh nhân đều khó thở vừa, điểm số từ 2 đến 3 theo qui ước, trong đó có 38 bệnh nhân khó thở độ II (2 điểm), có 21 bệnh nhân khó thở độ III (3 điểm) chiếm tỉ lệ 26,4%, khó thở độ IV (4 điểm) có 02bệnh nhân chiếm tỉ lệ1,9%.

- Mức độ phù: Các bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ phù không nhiều, 45/81 bệnh nhân không có triệu chứng phù, chiếm tỉ lệ 55,6 %, số còn lại đa phần phù ở mức độ 2-3 điểm, 3 bệnh nhân phù nặng nhất (4 điểm) chiếm tỉ lệ 3,7%.

- Nước tiểu: Trước điều trị hầu hết các bệnh nhân trong tình trạng còn tiểu được trên 2 lít , 44 bệnh nhân có thể tích nước tiểu trên 2l/24h chiếm tỉ lệ 54,3%, 23 bệnh nhân có thể tích nước tiểu 1,5-2l/24h chiếm tỉ lệ 28,4%, chỉ có hơn 10%bệnh nhân có thể tích nước tiếu 1-1,5l/24h và 4,9% bệnh nhân tiểu dưới 1l/24h.

- Gan to: 74,1% bệnh nhân bị gan to mức độ 2-3 điểm, 6/81 bệnh nhân gan to ngang rốn, không thay đổi khi điều trị chiếm 7,4%, chỉ có 18,5% bệnh nhân gan không sờ thấy.

Bảng 3.3. Các thông số siêu âm tim trước điều trị

Thông số	Giá trị	Mức độ	n	Tỉ lệ %	min	max	Giá trị trung bình
EF (%)	>55	Bình thường	31	38,3	24,7	84	46,8±17.8
	50-55	Giảm nhẹ	28	34,6			
	40-<50	Giảm vừa	12	14,8			
	<40	Giảm nhiều	10	12,3			
	Tổng		81	100			
SHoHL (cm2)	<4	Bình thường	9	14,3	0	19	9,4 ±8,6
	4-9	Hở VHL nhẹ	27	42,9			
	9-12	Hở VHL vừa	15	23,8			
	>12	Hở VHL nhiều	12	19,0			
	Tổng		63	100			
ALĐMP (mmHg)	<30	Bình thường	3	3,7	26.3	121	62,4±21,2
	30-60	Tăng nhẹ và vừa	63	77,8			
	>60	Tăng nhiều	15	18,5			
	Tổng		81	100			
Dd (mm)	<55	Bình thường	34	42,0	23	68	57,4±14,5
	55-60	Giãn vừa	37	45,7			
	>60	Giãn nhiều	10	12,3			
	Tổng		81	100			

Nhận xét: 58,0% bệnh nhân của chúng tôi có hiện tượng giãn buồng tim trái. Bệnh nhân giãn nặng nhất có đường kính thất trái cuối tâm trương là 68 mm, Dd trung bình 57 mm.

- Trên 60% bệnh nhân bị giảm phân số tống máu trong đó có trên 1/4 bệnh nhân có phân số tống máu giảm nhiều (EF<40%). Bệnh nhân có EF thấp nhất chỉ có 12,3%.

- Áp lực động mạch phổi cao ở gần như tất cả các bệnh nhân, trong đó có gần tới 77,8% bệnh nhân tăng áp lực động mạch nhẹ và vừa.

- Mức độ hở van hai lá thường nhẹ đến vừa, trên 40% bệnh nhân hở hai lá nhẹ đến vừa(diện tích dòng hở từ 4-12cm^2).

Bảng 3.4. Thay đổi triệu chứng lâm sàng trong quá trình điều trị

Chỉ số lâm sàng	T1	T2	P2-1
Nhịp tim (ck/p)	96,6±18	92,9±14	0,01
HATT (mmHg)	99,2±17	98,4±12,8	0,36
HATTr (mmHg)	62,5± 9,9	61,7± 10	0,21
Khó thở (điểm)	3,4±0,7	2,7±0,9	0,00
Gan to (điểm)	2,3±0,6	2,1±0,7	0,00
Phù (điểm)	1,6±0,9	1,4±0,7	0,00

Nước tiểu (điểm)	3,3±0,9	2,5±1	0,00
Ran phổi (điểm)	1,6±0,8	1,4±0,6	0,00
NYHA (độ)	3,4±0,6	2,9±0,7	0,00

Chú thích: P_{2-1} là mức ý nghĩa tại thời điểm bắt đầu và đến khi kết thúc điều trị.

Nhận xét:

- Nhịp tim của bệnh nhân giảm xuống một cách có ý nghĩa sau điều trị ($p<0,05$) và tiếp tục giảm xuống trong những ngày tiếp theo.

- Mức độ khó thở thuyên giảm rõ rệt sau điều trị. Hầu hết bệnh nhân khó thở mức 4 điểm đã giảm xuống dưới 3 điểm theo qui ước đánh giá. Bên cạnh đó mức độ phù và dấu hiệu gan to cũng giảm đi rõ rệt sau quá trình điều trị.

- Lượng nước tiểu đã tăng lên một cách có ý nghĩa. Kèm theo đó, mức độ xung huyết phổi cũng giảm đi rõ rệt, thể hiện bằng tiếng ran nổ ở phổi đã được cải thiện.

Bảng 3.5. Sự thay đổi độ NYHA sau điều trị

		NYHA sau điều trị				**Tổng**
		Độ 1	**Độ 2**	**Độ 3**	**Độ 4**	
NYHA trước điều trị	Độ 2	28	9	1	0	38
	Độ 3	2	14	5	0	21
	Độ 4	0	0	1	1	2
Tổng		30	23	7	1	61

Trước điều trị có 21 bệnh nhân NYHA độ 3, sau điều trị 16 bệnh nhân trong số này giảm được suy tim (NYHA 1-2). Số bệnh nhân vẫn giữ nguyên mức độ NYHA ban đầu là 15 người chiếm 18,5%.

- Có 1 bệnh nhân tăng độ khó thở từ NYHA 2 lên 3 điểm.

Bảng 3.6. Paired-sample T Test đối với các triệu chứng lâm sàng

Chỉ số lâm sàng	**ΔT2-T1**	**P2-1**
NYHA	-0,5± 0,7	0,00
Khó thở (điểm)	-0,7 ±0,8	0,00
Gan to (điểm)	-0,2± 0,7	0,00
Phù (điểm)	-0,3± 0,8	0,00
Nước tiểu (điểm)	-0,8 ±1,2	0,00
Ran phổi (điểm)	-0,3±0,8	0,00

Bảng 3.7. Sự thay đổi các thông số siêu âm tim trong quá trình điều trị.

Chỉ số	**T1**	**T2**
Ds (mm)	44,1±14,1	43,2±14,2
	n=47, p=0,01	
Dd (mm)	57,2±14,2	56,3±14,4
	n=47, p=0,01	
EF (%)	48,3±17,5	50,3±17
	n=50, p=0,01	
SHoHL (cm2)	9,4±8,2	9,2±8,2

	n=63, p=0,89	
ALĐMP (mmHg)	63±20,1	60±2,7
	n=78, p=0,01	

Nhận xét:

- Phân số tống máu trước và sau điều trị vẫn ở mức giảm nhiều nhưng đã được cải thiện (tăng 1-2%) sau điều trị.

- Áp lực động mạch phổi giảm 3-4 mmHg trong suốt quá trình điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của 81 người bệnh tham gia nghiên cứu là 67 ± 12,4 tuổi, NB > 65 tuổi chiếm 53,1%; NB nữ chiếm 51,9%. Tương đồng với Nghiên cứu (NC) của Phạm Hồng Nhung và Cộng sự (CS) 66,8 ± 9,6 tuổi, NC của Trần Thị Ngọc Anh 61,2 ±14,9 tuổi [2], [4]. NC của Vidán MT và CS trên 415 NB > 70 tuổi, nhập viện vì suy tim [10]. Tỷ lệ suy tim độ II-III theo NYHA trong nghiên cứu này đạt 75,3%, với EF Trung bình: 46,8±17.8%. Điều này có thể giải thích người bệnh được quản lý suy tim và chăm sóc điều trị thường xuyên, đáp ứng điều trị tốt

4.1.1. Trên lâm sàng

Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương không thay đổi trong quá trình điều trị, do bệnh nhân được dùng các loại thuốc cũng như các liều thuốc điều trị suy tim khác nhau và gây nên những đáp ứng huyết động khác nhau phụ thuộc vào liều và cá thể [35].

Khó thở là dấu hiệu quan trọng nhất của suy tim vì tim yếu nên không hút máu từ phổi về được nên bị ứ huyết. Do phổi bị mất tính đàn hồi nên cứng đờ, cơ thể lại càng mất sức để thở. Theo Torren thì triệu chứng khó thở nhạy cảm tới trên 90% người bị suy tim. Trong nghiên cứu, mức độ khó thở giảm dần trong quá trình điều trị vì theo 100% bệnh nhân được sử dụng lợi tiểu làm giảm tiền gánh, giảm gánh nặng cho tim, làm tăng lực co bóp cơ tim, làm giãn mạch gây tăng cung lượng tim do đó giảm được tiền gánh.

Tổng hợp lại, mức độ suy tim theo NYHA cải thiện đáng kể trong quá trình điều trị. Có lẽ có được kết quả này là do tác dụng của việc phối hợp thuốc trong suy tim như lợi tiểu, UCMC, UCTT tại tim gây tăng lực co cơ tim, kích thích β2-adrenergic làm giãn mạch mạnh hơn so với kích thích thụ thể α1-adrenergic gây co mạch. Tác dụng cuối cùng là làm tăng lực co cơ tim và giảm sức cản ngoại biên [4]. Như vậy các thuốc điều trị làm giảm tiền gánh, giảm hậu gánh, tăng lực co cơ tim do đó làm giảm suy tim, giảm ứ máu tại gan và phổi.

Như vậy, sau đợt điều trị các dấu hiệu lâm sàng đều thuyên giảm, các triệu chứng này lại tiếp tục được cải thiện trong những ngày tiếp theo. Kết quả là, sau đợt điều trị, số bệnh nhân đỡ được ra viện ở nhóm van tim là 77,8%, nhóm cơ tim là 62,5%, nhóm nguyên nhân khác là 100% 1 bệnh nhân được chuyển khoa truyền máu điều trị và hồi phục ra viện.

4.1.2. Trên cận lâm sàng

Trên 1/4 bệnh nhân vào viện trong tình trạng suy thận. Mức creatinin trung bình là 106,2±55,6, trong đó bệnh nhân suy thận với creatinin cao nhất là 364µmol/l. Gần 70% số bệnh nhân có tăng ALAT và/ hoặc ASAT, trong đó có tới 69,1% tăng ASAT (56 bệnh nhân) và 31,9% tăng ALAT (25 bệnh nhân). Chỉ số men gan khá phân tán. Có 34 bệnh nhân có biểu hiện hạ Na^+ máu trên kết quả xét nghiệm, trong đó có những bệnh nhân Na máu rất thấp (121mmol/l). Nồng độ Na^+ máu

trung bình là 132,5±6,3 mmol/l , có thể giải thích trong điều trị suy tim hầu hết bệnh nhân đêu dùng lợi tiểu thải muối chính vì vậy có tình trạng hạ Na^+ ở 34 bệnh nhân trên. Có 32 bệnh nhân có rối loạn K^+ máu, mức K^+ máu trung bình là 4,2±0,7mmol/l, cao nhất là 6,1 mmol/l, thấp nhất là 2,3 mmol/l. Gần 1/3 số bệnh nhân bị hạ Cl^- máu, trường hợp bệnh nhân có mức Cl^- thấp nhất là 75 mmol/l. Nồng độ Cl^- máu trung bình là 96,5±6,8mmol/l

Chức năng tâm thu thất trái phản ánh thông qua chỉ số % EF, % D, Dd, Ds trong đó EF là dấu hiệu quan trọng nhất tiên lượng sự sống còn của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi phân số tống máu thất trái tăng dần trong suốt quá trình điều trị. Dd, Ds giảm có ý nghĩa sau đợt điều trị nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê cho tới khi kết thúc điều trị. Có thể giải thích điều này là do các thuốc điều trị suy tim cụ thể là các thuốc lợi tiểu, UCMC, UCTT kích thích α1 – adrenergic và β1 – adrenergic làm tăng co bóp cơ tim nên làm tăng phân số tống máu, tăng thể tích nhát bóp. Một số nghiên cứu cũng khẳng định các thuốc điều trị này làm cải thiện chức năng thất trái

4.2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim

Trước khi điều trị, các bệnh nhân khó thở hơn và huyết áp tâm thu thấp. Các bệnh nhân tiến triển dần trong quá trình điều trị

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu đều bắt đầu cải thiện rõ ràng các triệu chứng lâm sàng ngay sau 5 ngày đến 7 ngày điều trị theo phác đồ tại khoa Tim mạch-Lão học. Bệnh nhân thường thấy đỡ phù, gan nhỏ lại, đi tiểu nhiều hơn, dễ chịu hơn nhiều. Tác giả Đỗ Quốc Hùng cũng khẳng định bệnh nhân thường cải thiện triệu chứng ngay trong 1 tuần ngày đầu tiên điều trị suy tim[6]. Trong nghiên cứu lâm sàng về thuốc đã giải thích các thuốc điều trị suy tim chỉ dung nạp được một phần và trở thành có ý nghĩa thống kê sau khi điều trị 72h, ảnh hưởng của các thuốc giãn mạch, tăng co bóp trên cung lượng tim ở thời điểm giờ thứ 72 đạt được hơn 70% so với thời điểm ở cuối giờ thứ 2 nếu dùng đều đặn, và phối hợp thuốc phù hợp.

Trong tuần đầu tiên trên 60% bệnh nhân cải thiện tình trạng lâm sàng rõ rệt. Một số ít có cải thiện sau 14 ngày. Số bệnh nhân không có chuyển biến sau 07 ngày là đồng nghĩa với tiên lượng xấu.

Các thông số ure, creatinin, ASAT, ALAT của bệnh nhân trước và sau điều trị đều có giảm, chứng tỏ rằng chức năng gan, chức năng thận được cải thiện. Chúng tôi không khẳng định đây là hiệu quả của việc điều trị suy tim.

Trước điều trị, phân số tống máu của bệnh nhân đa phần đều giảm, tỷ lệ EF từ bảo tồn đến thấp chiêm trên 60%. Và sau khi điều trị chỉ số phân suất tống máu của bệnh nhân được cả thiện và có ý nghĩa thống kê, góp phần cả thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, làm giảm nguy cơ tử vong trên bệnh nhân suy tim. Theo nhiều nghiên cứu thì % EF cứ giảm 5% thì sau 1 năm tỉ lệ tử vong tăng lên gấp 2 lần. Theo nghiên cứu của Gradman và cộng sự về các yếu tố tiên lượng tử vong và đột tử ở bệnh nhân suy tim thì phân số tống máu thất trái được xác định có liên quan đến tử vong nhiều nhất.

Áp lực động mạch phổi ở bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu đều tăng cao, sau điều trị các bệnh nhân thay đổi giảm được áp lực động mạch phổi từ 4-5 mmHg, chứng tỏ máu đỡ bị ứ trệ ở ngoại biên.

Phân tích 21 bệnh nhân không đáp ứng với điều trị chúng tôi dự báo một số yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị là:

- Chức năng thất trái suy giảm
- Nồng độ ion Na^+ và Cl^- trong máu thấp.
- Đáp ứng trên lâm sàng với điều trị chậm.

Chức năng gan, thận không được cải thiện trong quá trình điều trị

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 81 NB suy tim điều trị tại khoa Tim mạch-Lão học Bệnh viện đa khoa huyện Hoài Đức tình trạng bệnh nhân nhập viện mức độ khó thở NYHA II-III chiếm 73,3%,; Phù 55,6%; Gan to mức độ 2-3: 74,1%. 58,0% bệnh nhân có giãn buồng tim trái; Trên 60% bệnh nhân có giảm phân suất tông máu và trên ¼ bệnh nhân có phân suất tống máu giảm nhiều.

Kết quả điều trị bệnh nhân suy tim có 74,1 bệnh nhân đáp ứng điều trị; 20/81 bệnh nhân không đáp ứng điều trị tuy nhiện chuyên khoa, chuyển tuyến điều trị mục đích giải quyết nguyên nhân gốc (thay van tim, can thiệp ĐMV thủ phạm, cường giáp…).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quy trình chuyên môn khám chữa bệnh chẩn đoán và điều trị suy tim mạn theo Quyết đinh số 1857/QĐ-BYT** ngày 05/07/2022 của Bộ Y Tế ban hành.
2. **Trần Thị Ngọc Anh** (2016), "Kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tính tại Viện Tim mạch Việt Nam", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Phạm Thị Hồng Nhung và Ngô Huy Hoàng** (2019), "Thay đổi thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim tại Khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Nam Định", Khoa học điều dưỡng, 2 (03), tr16-25.
4. **Nguyễn Thắng** (2017), "Tổng quan về tuân thủ điều trị ở bệnh nhân suy tim", Tạp chí y học Việt Nam, số 80, Tr.14-23.
5. **Trần Thị Thúy và Nguyễn Thị Thu Hoài** (2015), "Hiệu quả của việc tư vấn chế độ ăn thực hiện bởi điều dưỡng cho bệnh nhân suy tim điều trị ngoại trú tại Viện Tim mạch Việt Nam", Bệnh viện Bạch Mai.
6. **Hà Thị Thúy và cộng sự** (2022), "Kiến thức và hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim" Tạp chí Y học Việt Nam, số 512 - 2022, Tra 2020 - 2023.
7. **Dodson JA, Chaudhry SI.** Geriatric conditions in heart failure. Curr Cardiovasc Risk Rep 2012; 6:404.
8. **Fabbri M, Yost K, Finney Rutten LJ, et al.** Health Literacy and Outcomes in Patients With Heart Failure: A Prospective Community Study. Mayo Clin Proc 2018; 93:9.
9. **Jonkman NH, Westland H, Groenwold RH, et al.** What Are Effective Program Characteristics of Self-Management Interventions in Patients With Heart Failure? An Individual Patient Data Meta-analysis. J Card Fail 2016; 22:861.
10. **Vidán MT, Martín Sánchez FJ, Sánchez E, et al.** Most elderly patients hospitalized for heart failure lack the abilities needed to perform the tasks required for self-care: impact on outcomes. Eur J Heart Fail 2019; 21:1434.

BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP BỆNH MOYA MOYA

Nguyễn Thế Anh[1]

TÓM TẮT

Bệnh Moya Moya là một bất thường mạch máu não hiếm gặp, tỷ lệ 0,5/100000. Đây là bệnh mạn tính với nguyên nhân không rõ ràng, được đặc trưng bởi hẹp đoạn cuối động mạch cảnh trong và các nhánh gần của chúng thuộc đa giác Willis dẫn đến sự hình thành tuần hoàn bàng hệ (hình khói thuốc trên chụp mạch). Moya Moya là một trong những nguyên nhân gây đột quỵ ở người trẻ tuổi [1]. Ngày nay, nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính mạch não (CTA), chụp cộng hưởng từ mạch não (MRA), chụp mạch não số hoá xoá nền (DSA) đã giúp chẩn đoán bệnh một cách kịp thời đem lại hiệu quả cao trong chẩn đoán và điều trị [2]. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ, 22 tuổi, nhập viện vì đột ngột yếu nửa người phải. Dựa vào hỏi bệnh, thăm khám và hình ảnh học, chúng tôi chẩn đoán người bệnh này nhồi máu não do bệnh Moya-Moya

Từ khóa: Bệnh Moya Moya, nhồi máu não

SUMMARY

CASE REPORT: MOYA MOYA DISEASE

Moya Moya disease is a rare cerebrovascular abnormality, with an incidence of 0.5/100,000. This is a chronic disease with an unclear cause, characterized by stenosis of the terminal internal carotid artery and its proximal branches in the circle of Willis leading to the formation of collateral circulation (smoke pattern on angiography). Moya Moya is one of the causes of stroke in young people [1]. Nowadays, many imaging methods such as computed tomography angiography (CTA), magnetic resonance angiography (MRA), and digital subtraction angiography (DSA) have helped diagnose the disease promptly, bringing high efficiency in diagnosis and treatment [2]. We report a case of a 22-year-old female patient admitted to the hospital because of sudden weakness in the right arm and difficulty speaking. Based on the history, examination, and imaging, we diagnosed this patient with cerebral infarction due to Moya-Moya disease.

Keywords: Moya Moya disease, ischemic stroke

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Moyamoya (MMD) là một loại bệnh mạch máu não mạn tính. Cơ chế sinh bệnh vẫn chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn. Đặc điểm chính của nó là thay đổi hẹp-tắc ở cuối động mạch cảnh trong (ICA), động mạch não giữa (MCA) và/hoặc động mạch não trước gần (ACA), đi kèm với sự hình thành các mạch máu bất thường giống như khói ở nền sọ trong chụp động mạch xóa nền kỹ thuật số (DSA). [1] Năm 1957, Takeuchi và Shimizu lần đầu tiên mô tả biểu hiện bệnh lý của MMD đối với chứng thiểu sản động mạch cảnh trong (ICA) hai bên (1). Chụp động mạch não ở những bệnh nhân như vậy cho thấy các mạch máu giống như khói ở nền sọ, được Suzuki và Takaku (2) chính thức đặt

[1]*Bệnh viện Thanh Nhàn*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh
Email: bsnguyentheanh@gmail.com
Ngày nhận bài: 01/08/2024
Ngày phản biện khoa học: 30/08/2024
Ngày duyệt bài: 16/09/2024

tên là MMD vào năm 1969 (Moya Moya trong tiếng Nhật nghĩa là "thứ mơ hồ như làn khói trong không khí"). Bệnh lý này có sự phân bố khác nhau giữa các vùng địa lý, gặp nhiều nhất ở vùng Đông Á, nữ nhiều hơn nam. Dựa vào các nghiên cứu dịch tễ học, tỉ lệ mắc MMD từ 0.94 đến 2.3 trên 100000 người ở Nhật Bản và Hàn Quốc. [2] Đa số các trường hợp bệnh lý là nguyên phát, có khoảng 10%-15% người bệnh có tiền căn gia đình. Các dấu hiệu lâm sàng của MMD chủ yếu bao gồm hai loại: Thiếu máu cục bộ não và xuất huyết não. Hai loại triệu chứng này khác nhau về sự phân bố giữa bệnh nhi và người lớn. Hầu hết bệnh nhi biểu hiện tình trạng thiếu máu não tiến triển, bao gồm các cơn thiếu máu não thoáng qua và nhồi máu não. Trong một nửa số trường hợp ở người lớn, xuất huyết nội sọ là triệu chứng đầu tiên, trong khi các triệu chứng thiếu máu cục bộ xuất hiện đầu tiên ở nửa còn lại [3]. Ngày nay, nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính mạch não (CTA), chụp cộng hưởng từ mạch não (MRA), chụp mạch não số hoá xoá nền (DSA) đã giúp chẩn đoán bệnh một cách kịp thời kể cả trên những bệnh nhân không có triệu chứng đem lại hiệu quả tốt trong chẩn đoán và điều trị.. Điều trị ở giai đoạn cấp chủ yếu là điều trị biến chứng của MMD như xuất huyết não hay nhồi máu não theo phác đồ điều trị cấp của các bất thường này. Sau giai đoạn cấp, người bệnh có thể được điều trị bảo tồn bằng thuốc kháng kết tập tiểu cầu để dự phòng nhồi máu não tái phát hoặc điều trị phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật gồm phương pháp tái thông mạch trực tiếp, gián tiếp hoặc kết hợp cả hai. Việc lựa chọn điều trị bảo tồn hay phẫu thuật tùy thuộc vào tuổi bệnh nhân, triệu chứng bệnh và các yếu tố nguy cơ mạch máu khác [5]. Mục tiêu của bài viết này nhằm trình bày một ca lâm sàng nhồi máu não có căn nguyên hiếm gặp là bệnh Moya-Moya, từ đó giúp bác sĩ lâm sàng có thêm thông tin về bệnh lý này để áp dụng trong thực hành chẩn đoán và điều trị.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

BN nữ, 20 tuổi,là sinh viên, nhập viện vì yếu nửa người phải.

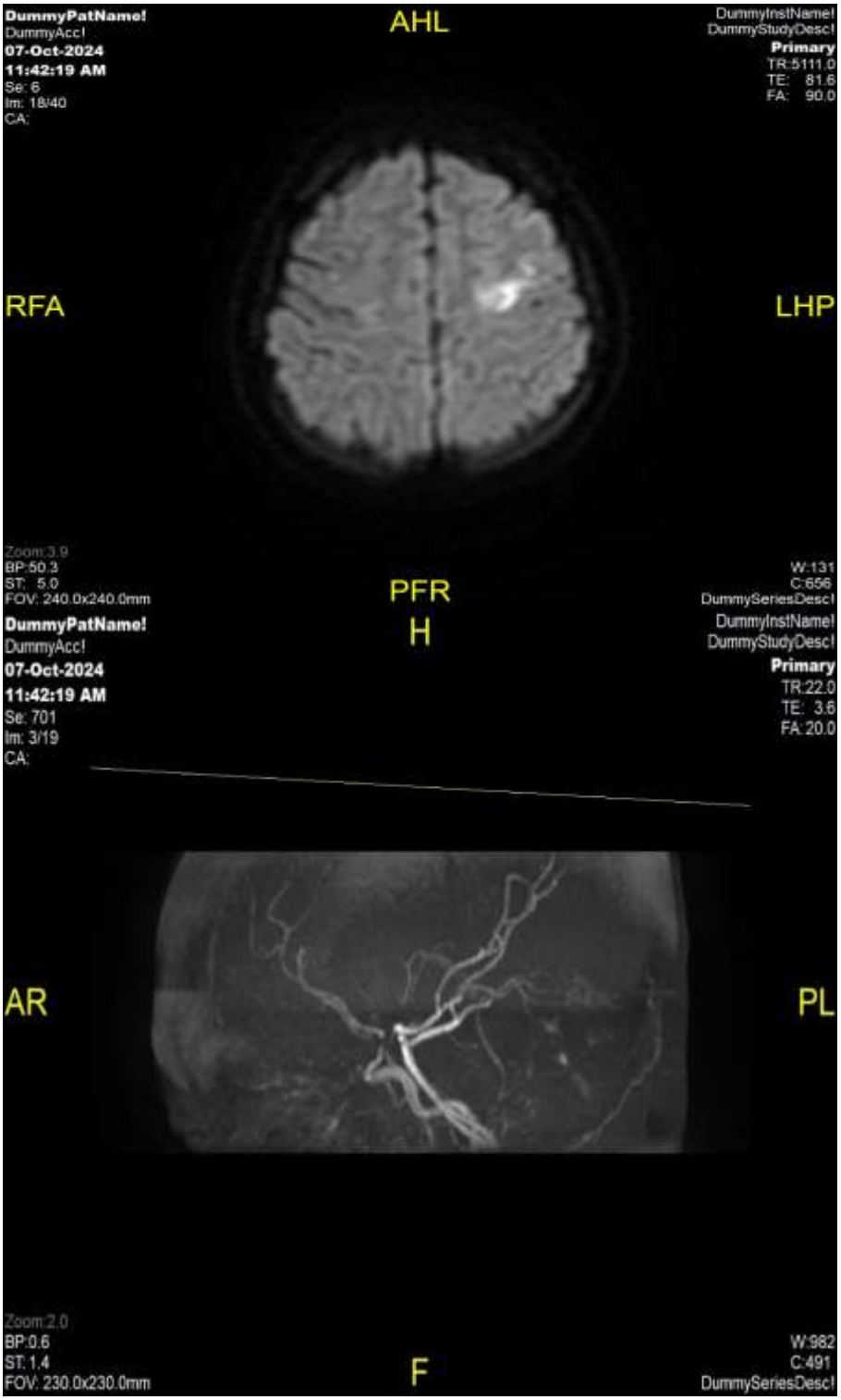
Khoảng 2 tháng trước nhập viện bệnh nhân có nhiều cơn yếu nửa người phải kèm nói khó cơn kéo dài khoảng 5 phút, trong cơn ý thức tỉnh, không đau đầu không nôn, bệnh nhân không đi khám điều trị gì. Lần này trước vào viện khoảng một tuần bệnh nhân tự nhiên yếu nửa người phải, tay phải không bấm được điện thoại, đi lại lệch bên phải. Bệnh nhân đau đầu, không buồn nôn, không nôn, được người thân đưa vào viện

Tiền sử: Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA\ Transient Ischemic Attack) cách đây 2 tháng; sử dụng thuốc ngừa thai đường uống liên tục 1 năm nay; gia đình: chưa ghi nhận người bệnh có bệnh lý mạch máu não.

Khám lâm sàng lúc nhập viện: Ý tức tỉnh, thang điểm glassgow (GCS): E4V5M6=15 điểm, Huyết áp: 120/80 mmHg, yếu nửa người phải, tay phải 3/5, chân phải 4/5, kernig (-)

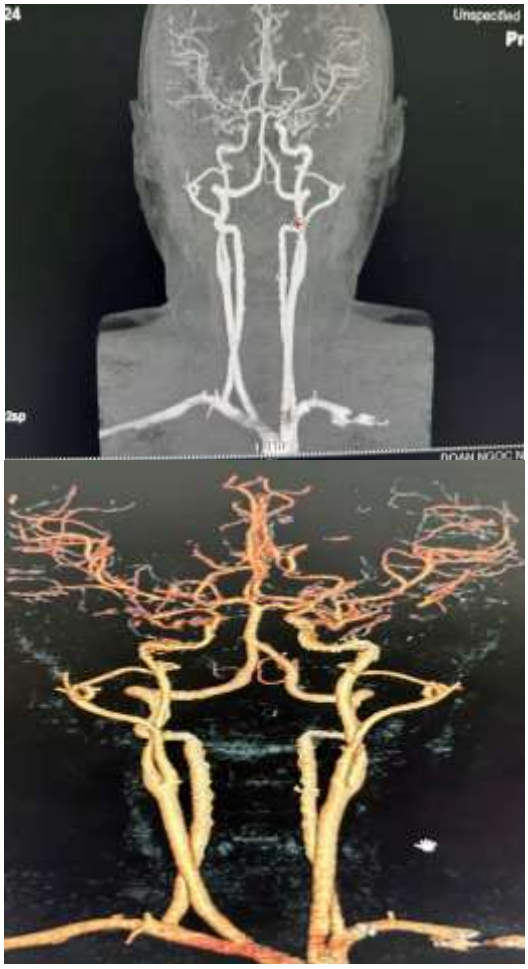
Kết quả cận lâm sàng:Các xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, trong giới hạn bình thường,

Hình ảnh học:



Hình 1. MRA não mạch não không tiêm thuốc

Hình ảnh ổ nhồi máu thùy trán đỉnh trái, mất tín hiệu dòng chảy đoạn cuối động mạch cảnh trong phải, não giữa đoạn M1 hai bên



Hình 2: Chụp CTA mạch não (128 dãy đầu dò)

Hẹp đoạn tận động mạch cảnh trong hai bên, tắc đoạn đầu M1 hai bên, sau đoạn tắc được bàng hệ qua qua các nhánh nhỏ. Đoạn M2, M3 bình thường. Động mạch cảnh trong phải khẩu kính nhỏ dường kính 2,5mm, cảnh trong trái dường kính 4mm. Hệ động mạch đốt sống thân nền, não sau hai bên thành đều không thấy dị dạng, phình mạch.

III. BÀN LUẬN

Về chẩn đoán bệnh

Bệnh nhân nữ trẻ tuổi nhập viện vì đột ngột yếu nửa người phải, ngày thứ bảy, trước đó bệnh nhân đã có những cơn TIA (yếu nửa người phải kèm nói khó thoáng qua) kèm dùng thuốc tránh thai liên tục ngoài ra không có tiền sử mắc các bệnh nội khoa khác. Qua hỏi bệnh sử và thăm khám bệnh nhân này chúng tôi nghĩ đến chẩn đoán theo dõi đột quỵ nhồi máu não. Bệnh nhân đã được chụp MRA không tiêm thuốc, xét nghiệm máu và một số xét nghiệm khác. Kết quả chụp MRA não cho thấy hình ảnh nhồi máu não thùy trán đỉnh trái, theo dõi tắc đoạn cuối động mạch cảnh trong phải, động mạch não giữa đoạn M1 hai bên. Kết quả MRI não - mạch não tắc nhiều mạch lớn không tương xứng với lâm sàng của bệnh nhân. Do đo bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính mạch máu não (CTA đa dãy) để khảo sát tình trạng tắc

mạch não và ghi nhận hẹp đoạn tận động mạch cảnh trong hai bên, tắc đoạn đầu M1 hai bên, sau đoạn tắc được bàng hệ qua qua các nhánh nhỏ. Đoạn M2, M3 bình thường. Các kết quả từ lâm sàng và hình ảnh học trên giúp đưa ra chẩn đoán MMD dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán MMD 2012 [3] bởi các lý do sau: người bệnh có hẹp nặng/tắc động mạch cảnh trong; có hệ thống mạch máu bất thường tạo ra gần chỗ hẹp; bất thường cả hai bên; các nguyên nhân gây bệnh mạch máu khác (xơ vữa động mạch, bệnh tự miễn,…) không nghĩ đến trên lâm sàng và hình ảnh học. Trên người bệnh này có thể có cách tiếp cận khác ít xâm lấn hơn là chụp MRI/MRA não vì trong tiêu chuẩn chẩn đoán có thể sử dụng chụp CTA thay thế DSA [4].

Về điều trị

Người bệnh đang ở giai đoạn cấp của bệnh. Điều trị chủ yếu là thuốc chống kết tập tiểu cầu, statin, kết hợp vật lý trị liệu và phục hồi chức năng chi bên liệt. Sau giai đoạn cấp, người bệnh có thể được điều trị bảo tồn bằng thuốc kháng kết tập tiểu cầu để dự phòng nhồi máu não tái phát hoặc điều trị phẫu thuật. Việc lựa chọn cách phẫu thuật để tái thông nào cần sự phối hợp với bác sĩ ngoại thần kinh để đưa ra cách điều trị hợp lý nhất. Trong giới hạn của bài viết này, chúng tôi không đi sâu mô tả và phân tích các phương pháp phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh Moya Moya là một bất thường mạch máu hiếm gặp trên lâm sàng, tuy nhiên gây ra nhiều biến chứng cho người bệnh. Chẩn đoán MMD bằng kết hợp lâm sàng, hình ảnh học DSA hay MRA, MSCT mạch não. Điều trị dự phòng các yếu tố nguy cơ, có thể xem xét phẫu thuật với mục tiêu dự phòng các biến chứng gây tử vong hay tàn phế cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chintan R., Forshing L.** (2021) Moyamoya Disease. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
2. **Jong S. K.** (2016) "Moyamoya Disease: Epidemiology, Clinical Features, and Diagnosis". Journal of stroke, 18 (1), 2-11.
3. **Apurv G., Anshika T., Moises R., Krystal C. A., Fnu S.** (2020) "Moyamoya Disease: A Review of Current Literature". Cureus, 12 (8), e10141-e10141.
4. **Lim M, Cheshier S, Steinberg G** (2006). New vessel formation in the central nervous system during tumor growth, vascular malformations, and Moyamoya. Curr Neurovasc Res. 2006;3(3): 237–45.
5. **Scott RM, Smith ER** (2009). Moyamoya disease and moyamoya syndrome". N Eng J Med.;360(12): 1226–37

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ THÓI QUEN CHĂM SÓC DA CỦA BỆNH NHÂN VIÊM DA DẦU KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM DA LIỄU BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2023

Nguyễn Khắc Bình[1], Hoàng Ngọc Tân[1], Đặng Khánh Nhi[1], Phạm Thị Thu Hà[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và nhận xét mối liên quan giữa thói quen chăm sóc da với mức độ bệnh ở những bệnh nhân viêm da dầu tại phòng khám da liễu Bệnh viện Thanh Nhàn.

Đối tượng và phương pháp: Gồm 209 bệnh nhân được chẩn đoán viêm da dầu đến khám và điều trị tại Đơn nguyên Da liễu bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2023.

Kết quả: Một số thói quen chăm sóc da của bệnh nhân có ảnh hưởng đến mức độ của bệnh. Tần suất gội đầu ảnh hưởng đến mức độ bệnh tổn thương da đầu, bệnh nhân càng ít gội đầu thì tổn thương vảy da nhiều hơn, dày hơn và hiện tượng viên trở lại nặng hơn ($p<0.05$). Các sản phẩm chăm sóc da cũng ảnh hưởng đến mức độ tổn thương da của bệnh nhân VDD. Các sản phẩm như chanh, cồn, cây cỏ (chiếm 17.6%) có thể gây kích ứng với da và ảnh hưởng đến tổn thương da ($P<0.05$; $OR>1$). Sản phẩm dầu gội chuyên dùng có bao gồm các chất như selenin, ciclopirox, pyrithion, kẽm, magne… cải thiện được tình trạng của bệnh nhân ($OR <1$, $p<0.05$).

Kết luận: Tần suất gội đầu và tần suất rửa mặt có liên quan đến mức độ bệnh của VDD. Tần suất gội đầu và tần suất rửa mặt càng cao, thì cải thiện càng nhiều mức độ tổn thương ở bệnh VDD. Các sản phẩm gội đầu và rửa mặt có lợi cho việc điều trị VDD là dầu gội chuyên dụng, sữa rửa mặt. Các sản phẩm gây kích ứng như chanh, cồn, cây cỏ sẽ làm nặng thêm tình trạng bệnh của bệnh nhân.

[1]*Bệnh viện Thanh Nhàn*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khắc Bình
Email: khacbinh174@gmail.com
Ngày nhận bài: 01/09/2024
Ngày phản biện khoa học: 30/09/2024
Ngày duyệt bài: 04/11/2024

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND SKINCARE HABITS OF PATIENTS WITH SEBORRHEIC DERMATITIS AT THE DERMATOLOGY CLINIC OF THANH NHAN HOSPITAL IN 2023

Objective: To investigate the clinical characteristics and evaluate the relationship between skincare habits and disease severity in patients with seborrheic dermatitis at the dermatology clinic of Thanh Nhan Hospital.

Subjects and Methods: This study included 209 patients diagnosed with seborrheic dermatitis who visited the Dermatology Unit of Thanh Nhan Hospital from March 2023 to September 2023.

Results: Certain skincare habits impacted the disease severity. The frequency of shampooing was linked to the extent of scalp lesions; patients who shampooed less frequently experienced thicker, more prominent scales and exacerbated inflammation ($p<0.05$). Skincare products also influenced the severity of skin lesions in seborrheic dermatitis patients. Products such as

lemon, alcohol, and herbal mixtures (17.6%) were associated with skin irritation and worsened skin lesions (P<0.05; OR>1). Specialized shampoos containing ingredients like selenium, ciclopirox, pyrithione, zinc, and magnesium improved the patient's condition (OR<1, p<0.05).

Conclusion: The frequency of shampooing and face-washing was associated with disease severity; higher frequencies corresponded to greater improvement in seborrheic dermatitis lesions. Beneficial products for treating seborrheic dermatitis include specialized shampoos and cleansers, while irritating products such as lemon, alcohol, and herbs worsen the condition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da dầu (Seborrheic Dermatitis) là bệnh da mạn tính thường gặp với biểu hiện dát đỏ, ngứa và vảy da bóng mỡ xuất hiện ở vùng da có nhiều tuyến bã hoạt động. Bệnh thường gặp ở trẻ sơ sinh, tuổi dậy thì và độ tuổi ngoài 50, nam gặp nhiều hơn nữ. Trên thế giới tùy theo số liệu nghiên cứu của từng tác giả mà cho thấy viêm da dầu chiếm khoảng 5% dân số bệnh nhân. Ở Việt Nam, viêm da dầu chiếm tỉ lệ khoảng 5% số bệnh nhân đến khám [1].

Viêm da dầu thường diễn biến dai dẳng, có đợt bùng phát nặng. Nhìn chung, bệnh không ảnh hưởng nhiều đến tình trạng sức khỏe, nhưng dai dẳng kéo dài, và xuất hiện chủ yếu ở vùng lộ ra khi giao tiếp như mặt, da đầu, sau tai… có thể ảnh hưởng tới thẩm mỹ và tâm lý của bệnh nhân.

Điều trị VDD không chỉ làm giảm triệu chứng trong đợt bùng phát của bệnh, mà quan trọng hơn là điều trị duy trì và giảm tần suất bùng phát của bệnh, vì vậy ngoài điều trị tại chỗ và toàn thân, chăm sóc da là một phần không thể thiếu trong hỗ trợ điều trị. Việc sử dụng các sản phẩm chăm sóc da không phù hợp, hay tần suất chăm sóc da không thường xuyên đóng vai trò quan trọng trong việc làm tái phát bệnh cũng như tăng mức độ nặng của bệnh [2].Ở Việt Nam trong cộng đồng, khi xuất hiện đợt bùng phát của bệnh, người dân thường truyền miệng cách chăm sóc da trong các trường hợp có bệnh ngoài da như chốc, thủy đâu, zona, viêm da dầu … như ngâm nước nóng, rửa mặt hay tắm bằng các sản phẩm chứa cồn, nước muối, nước chanh hoặc các loại lá cây được cho là "mát da". Tuy nhiên trên thực tế cho thấy những cách này có thể gây kích ứng, gây khô da và sẽ làm tăng tình trạng bệnh nặng nề hơn.

Nhận thấy được mức độ phổ biến của bệnh VDD cũng như vai trò của việc chăm sóc da trong quá trình điều trị bệnh và những hiểu lầm của người bệnh thường hay mắc phải, chúng tôi thực hiện đề tài: ***"Khảo sát đặc điểm lâm sàng và thói quen chăm sóc da của bệnh nhân viêm da dầu khám tại phòng khám da liễu Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2023".***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là các bệnh nhân được chẩn đoán VDD đến khám và điều trị tại Đơn nguyên Da liễu bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành từ tháng 3/2023 đến 9/2023

Cỡ mẫu thuận tiện

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân có các tiêu chuẩn sau được chọn tham gia nghiên cứu:

Bệnh nhân được chẩn đoán VDD

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Dựa trên lâm sàng:

+ Tổn thương cơ bản là dát đỏ ranh giới không rõ, trên có vảy da bóng mỡ, màu vàng

+ Vị trí chủ yếu: da đầu, sau tai, ống tai ngoài, rãnh mũi má, bờ mi, vùng trước xương ức và vùng liên bả. Một số vị trí ít gặp như nách, kẽ dưới vú, rốn, bẹn, kẽ liên mông.

+ Triệu chứng cơ năng: ngứa, rát

Mức độ bệnh Viêm da dầu tính theo thang điểm Avner Shermer

Nhẹ: < 5 điểm; Vừa: 5-8 điểm; Nặng: > 8 điểm

Bệnh nhân nam và nữ không phân biệt độ tuổi.

Chưa sử dụng thuốc bôi hoặc uống trong vòng 2 tuần trước nghiên cứu.

Bệnh nhân được bố mẹ chấp thuận tham gia nghiên cứu (với bệnh nhân <18 tuổi) hoặc tự nguyện tham gia nghiên cứu (với bệnh nhân ≥ 18 tuổi).

Đến khám và điều trị đầy đủ theo lịch hẹn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới, nhóm tuổi

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

		n	%
Giới	Nam	114	54.5
	Nữ	95	45.5
Tuổi	<1 tuổi	0	0
	1-18 tuổi	3	1.4
	18 – 60 tuổi	117	56.0
	>60 tuổi	99	42.6
Tổng		209	100

3.2. Đặc điểm lâm sàng của VDD

3.2.1. Tổn thương cơ bản và triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Các triệu chứng của bệnh VDD

Triệu chứng		n	%
Tổn thương cơ bản	Dát đỏ	209	100
	Vảy da	209	100
Triệu chứng cơ năng	Ngứa	198	94.7
	Bỏng rát	171	81.8

3.2.2. Tính chất tổn thương

Bảng 3. Tính chất tổn thương

Tính chất tổn thương		n	%
Phân bố	Khu trú	151	72.2
	Rải rác	58	27.8
Ranh giới	Ranh giới rõ	70	33.5
	Ranh giới không rõ	139	66.5

Bảng 4. Vị trí tổn thương

Vị trí		n	%
Da đầu		159	76.1
Ống tai ngoài		111	8.1
Sau tai		50	23.9
Mặt	Trán	141	67.5
	Mi mắt, cung mày	57	27.3
	Má	50	23.9
	Rãnh mũi má	159	76.1
	Mũi	83	39.7
	Quanh miệng	17	8.1
	Cằm	17	8.1
	Góc hàm	50	23.9
Thân mình	Ngực	59	28.2
	Vùng liên bả vai	39	18.7
Vị trí khác	Nách	27	12.9
	Kẽ vú	17	8.1
	Rốn	8	3.8
	Bẹn	21	10

3.3. Liên quan giữa chế độ chăm sóc da của bệnh nhân với mức độ bệnh

3.3.1. Thói quen gội đầu với mức độ bệnh tổn thương ở da đầu

Bảng 5. Liên quan giữa tần suất gội đầu với mức độ bệnh tổn thương da dầu

Mức độ / Thói quen	Nhẹ		Trung bình		Nặng		Tổng	p
	n	%	n	%	n	%		
Hàng ngày	42	52.5	15	18.75	23	28.75	80	0.007
2 ngày/lần	26	53	9	18.4	14	28.6	49	
>2 ngày/lần	5	16.7	7	23.3	18	60	30	
Tổng	73		31		55		159	

Nhận xét: Số bệnh nhân có thói quen gội đầu >2 ngày/lần cao nhất ở nhóm bệnh nhân nặng (60%), thấp nhất ở nhóm mức độ nhẹ (16.7%).

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p<0.05$.

Bảng 6. Tình hình sử dụng sản phẩm gội đầu trong 2 tuần trước khi đến khám với mức độ bệnh tổn thương da đầu

Mức độ / SP	Nhẹ		Trung bình		Nặng		Tổng	p	OR (95CI)
	n	%	n	%	n	%			
Dầu gội chuyên dụng	15	71.4	4	19	2	9.6	21 (13.2%)	0.013	0.31 (0.1-0.8)
Dầu gội thông thường	43	50.6	15	17.6	27	31.8	85 (53.5%)	0.52	1.05 (0.5-2.2)
Xà phòng	6	42.8	2	14.2	6	42.8	14	0.81	2.01

							(8.8%)		(0.6-6.1)
Nước máy	4	36,4	1	9.1	6	54.5	11 (6.9%)	0.423	4.71 (0.4-54.5)
Sản phẩm gây kích ứng (chanh, cồn, cây cỏ)	5	17.9	9	32.1	14	50	28 (17.6%)	0.004	5.6 (0.6-47)
Tổng	73		31		55		159		

Nhận xét:

Có tất cả 7 sản phẩm được đánh giá trong nghiên cứu

So sánh sử dụng sản phẩm gội đầu với mức độ bệnh, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các sản phẩm như dầu gội chuyên dụng, các sản phẩm gây kích ứng (chanh, cồn cây cỏ) (p<0.05).

Trong đó, dầu gội chuyên dụng có OR <1 (0.31) và sản phẩm gây kích ứng có OR >1 (5).

3.3.2. Thói quen sử dụng sản phẩm rửa mặt với mức độ tổn thương trên da mặt

Bảng 7. Liên quan giữa tần suất rửa mặt với mức độ tổn thương VDD

Mức độ / Thói quen	Nhẹ		Trung bình		Nặng		Tổng	p
	n	%	n	%	n	%		
2 lần/ngày	45	37.8	31	26.1	43	36.1	119	0.02
1 lần/ngày	43	59.7	15	20.8	14	19.5	72	
< 1 lần/ngày	4	22.2	3	16.7	11	61.1	18	
Tổng	92		49		68		209	

Nhận xét: Số bệnh nhân có thói quen rửa mặt 2 lần/ngày cao nhất ở nhóm nhẹ (37.8%), sau đó đến nhóm nặng (36.1%) và nhóm trung bình (26.1%). Số bệnh nhân có thói quen rửa mặt 1 lần/ngày cao nhất ở nhóm bệnh nhân mức độ nhẹ (59.7%), thấp nhất ở nhóm bệnh nhân nặng (19.5%). Số bệnh nhân có thói quen rửa mặt không thường xuyên cao nhất ở nhóm nặng (61.1%), cao hơn nhiều so với nhóm nhẹ (22.2%) và nhóm trung bình (16.7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0.05).

Bảng 8. Tình hình sử dụng các sản phẩm rửa mặt trong 2 tuần trước khi đến khám với mức độ tổn thương VDD ở mặt

Mức độ / SP	Nhẹ		Trung bình		Nặng		Tổng	p	OR (95CI)
	n	%	n	%	n	%			
Sữa rửa mặt	30	57.7	14	26.9	8	15.4	52 (24.8%)	0.008	0.46 (0.25-0.86)
Xà phòng	4	36.4	2	18.2	5	45.4	11 (5.3%)	0.87	1.54 (0.45-5.25)
Nước máy	55	42.3	30	23.1	45	34.6	130 (62.2%)	0.6	1.3 (0.75–2.25)
Sản phẩm gây kích ứng (Cồn, chanh, cây cỏ)	3	18.8	3	18.8	10	62.4	16 (7.7%)	0.025	1.15 (1.12-8.83)

Tổng	**92**		**49**		**68**		**209**		

Nhận xét: Có tất cả 6 sản phẩm rửa mặt được đề cập trong nghiên cứu

So sánh sử dụng sản phẩm đối với các mức độ bệnh của bệnh VDD, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong việc sử dụng sữa rửa mặt (p<0.05), OR <1 (0.46), và sử dụng sản phẩm kích ứng (p<0.05), OR > 1 (1.15).

3.3.3. Thói quen sử dụng dưỡng ẩm

Bảng 9. Liên quan giữa thói quen sử dụng dưỡng ẩm với mức độ bệnh VDD

Mức độ / Dưỡng ẩm	Nhẹ		Trung bình		Nặng		Tổng	p
	n	%	n	%	n	%		
Thường xuyên	11	50	5	22.7	6	27.3	22 (10.5%)	0.27
Không thường xuyên	32	50.8	9	14.3	22	34.9	63 (30.1%)	
Không dùng	49	39.5	35	28.2	40	32.3	124 (59.4%)	
Tổng	**92**		**49**		**68**		**209**	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về nhóm tuổi, giới tính

Bệnh VDD thường gặp ở nam nhiều hơn nữ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong số các bệnh nhân VDD đến khám tại phòng khám Da liễu Bệnh viện Thanh Nhàn tỉ lệ nam/nữ là 1,2/1. Nhóm tuổi chủ yếu đến khám VDD tại phòng khám da liễu bệnh viện Thanh Nhàn là nhóm tuổi 18- 60 tuổi (chiếm 56%), Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu trong nước và nước ngoài. Theo chúng tôi, tỷ lệ bệnh ở nam cao hơn ở nữ và độ tuổi 18 – 60 tuổi có liên quan đến vai trò của tuyến bã và chất bã trong cơ thể.

4.1.2. Một số triệu chứng lâm sàng

a. Triệu chứng lâm sàng

Tất cả các bệnh nhân đều có dát đỏ và vảy da (100%). Hầu hết các bệnh nhân có triệu chứng ngứa (chiếm 94.7%) và bỏng rát (chiếm 81.8%). Như vậy, tổn thương cơ bản của bệnh nhân là dát đỏ và vảy da, triệu chứng cơ năng của bệnh VDD là ngứa và rát.

b. Tính chất tổn thương

Theo bảng cho thấy tổn thương bệnh nhân VDD thường có tính chất khu trú và ranh giới không rõ. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, và Việt Nam.

c. Vị trí tổn thương

Theo nghiên cứu của chúng tôi vị trí tổn thương thường gặp trong bệnh VDD là những nơi tiết bã nhiều như da đầu, trán, rãnh mũi má, mi mắt, cung mày. Các vị trí ít gặp hơn là nách, rốn, bẹn. Tuy nhiên khi bệnh nặng thì tổn thương có thể lan tỏa khắp cơ thể.,

4.2. Thói quen chăm sóc da của bệnh

nhân viêm da dầu

4.2.1. Thói quen sử dụng sản phẩm gội đầu

Theo các y văn trên thế giới, tần suất gội đầu giảm dẫn đến thời gian tích tụ bã nhờn tiết ra lâu hơn. Bã nhờn bị biến đổi về mặt hóa học ngay khi chạm tới bề mặt da đầu và thời gian tích tụ của nó càng lâu thì những thay đổi này càng lớn, đặc biệt bã nhờn biến đổi có chứa axit béo tự do và lipid bị oxy hóa, gây kích ứng da. Nhiều nghiên cứu ở Nam cực, và các nghiên cứu các cá nhân người da trắng. Trung Quốc, người Mỹ gốc Phi đã theo dõi về những thay đổi về hàm lượng vi khuẩn trên da đầu và các triệu chứng gây ra cho thấy rằng, tình trạng ngứa và bong tróc da dầu tăng lên đáng kể, đi kèm với đó mức độ Malassezia trên da đầu tăng 2-3 lần, tần suất gội đầu.[3].[4]

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số bệnh nhân có thói quen gội đầu hàng ngày cao nhất ở nhóm bệnh nhân nhẹ (52.5%) và thấp nhất ở nhóm mức độ nặng (16.7%)

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$ và OR >1). Nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Betty Anne Johnson và các cộng sự [5], và nghiên cứu của Supyria và cộng sự năm 2021.[6] Như vậy, tần suất gội đầu có ảnh hưởng đến tình trạng bệnh VDD, gội đầu với tần suất thấp có thể làm nặng tình trạng bệnh.

Theo nghiên cứu của Philippe Masiot và cộng sự năm 2022 cho thấy rằng việc sử dụng các dầu gội chuyên dụng có thành phần Selenium,Pyrithion, Ketoconazole… làm giảm đáng kể các triệu chứng của VDD và cân bằng hệ vi sinh vật trên da đầu và không có tác dụng phụ nào. [7] Trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng thấy được sự liên quan giữa thói quen dung dầu gội chuyên dụng, sản phẩm gây kích ứng có ảnh hưởng đến tổn thương của VDD ở đầu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$). Theo kết quả này thấy được sử dụng sản phẩm dầu gội chuyên dụng có thể cải thiện được tình trạng bệnh của bệnh nhân (OR<1) và ngược lại đối với các sản phẩm gây kích ứng cho da như cồn, chanh, cây cỏ có thể gây nặng hơn trên tình trạng của bệnh nhân (OR>1).

4.2.2. Thói quen chăm sóc da mặt, thân mình

VDD là tình trạng viêm da xảy ra ở vùng da tiết nhiều chất bã. Các chất bã nà tích tụ sẽ làm tăng lên tình trạng viêm của da, vì thế việc làm sạch các chất bẩn và các chất bã thừa trên vùng da là một phần thiết yếu để điều trị bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, phần lớn bệnh nhân đều có thói quen rửa mặt 2 lần/ngày, hoặc hàng ngày (lần lượt chiếm 56.9% và 34.4%), thấp nhất ở nhóm rửa mặt không thường xuyên (8.7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$).

Ngoài ra phần lớn bệnh nhân chỉ sử dụng nước máy để rửa mặt (chiếm 62.2%). Tuy nhiên đây là phương pháp rửa mặt bằng nước sạch là phương pháp rửa mặt khá an toàn nhưng có nhược điểm là khả năng loại bỏ chất bẩn trên da thấp. Các sản phẩm khác lần lượt là sữa rửa mặt (chiếm 24.8%), xà phòng (chiếm 5.3%), sản phẩm kích ứng (7.7%). Trong đó sự khác biệt trong việc sử dụng sữa rửa mặt và sản phẩm kích ứng đối với mức

độ bệnh VDD có ý nghĩa thống kê (p<0.05). Rửa mặt bằng sữa rửa mặt có khả năng làm sạch các chất bẩn trên bề mặt da, đồng thời cung cấp dưỡng ẩm cho da sau rửa mặt, điều hòa pH của da, cải thiện nhiều tình trạng tổn thương da ở mặt (OR <1). Đặc biệt chúng tôi nhận thấy một số người dân Việt Nam vẫn còn giữ thói quen sử dụng các loại lá cây và chanh hay cồn để rửa mặt (p<0.05 và OR >1), mà không biết rằng tắm các loại lá cây và chanh, cồn sẽ làm da khô hơn, kích ứng nhiều hơn và làm bệnh nặng hơn.

4.2.3. Thói quen sử dụng dưỡng ẩm

Bằng chứng gần đây cho thấy mối tương quan chặt chẽ giữa tính chất toàn vẹn của hàng rào biểu bì và mức độ nghiêm trọng của viêm da tiết bã. Người ta quan sát thấy sự thay đổi quá trình thủy phân corneodesmosomal và suy giảm tổ chức lipid gây ra sự gián đoạn quá trình bong tróc dẫn đến chức năng hàng rào bất thường.[8] Kem dưỡng ẩm có khả năng điều hòa hàng rào bảo vệ da, từ đó kiểm soát và làm giảm các triệu chứng của VDD, chẳng hạn như ngứa, ban đỏ, đóng vảy và bỏng rát. Kem dưỡng ẩm được khuyên bôi lên vùng tổn thương hai đến ba lần mỗi ngày để có tác dụng tối ưu nhất.[9] Một nghiên cứu của Leon Kircik và các cộng sự năm 2009 về sử dụng kem dưỡng cho thấy sau 7 ngày sử dụng, các triệu chứng của VDD được cải thiện rõ rệt, và không gây ra các tác dụng phụ nào.[10] Nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy đa số bệnh nhân VDD không sử dụng dưỡng ẩm, chiếm 59.3%, rất ít bệnh nhân VDD sử dụng kem dưỡng ẩm thường xuyên (chiếm 22.1%). Việc phần lớn bệnh nhân VDD không sử dụng kém dưỡng ẩm chứng tỏ hiểu biết về vai trò dưỡng ẩm da còn thấp. Theo Betty Anne Johnson có sự liên quan giữa sử dụng mỹ phẩm và mức độ VDD.[5] Tuy nhiên ở thống kê của chúng tôi, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê p>0,05. Theo chúng tôi có thể do thói quen của bệnh nhân trong sử dụng các sản phẩm mỹ phẩm, đặc biệt là các mỹ phẩm ở Việt Nam có nhiều mỹ phẩm chứa cồn và các thành phần không phù hợp với bệnh nhân VDD nên ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, bệnh VDD tại Phòng khám Da liễu BV Thanh Nhàn, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Liên quan giữa thói quen chăm sóc da và mức độ bệnh ở những bệnh nhân VDD

+ Tần suất gội đầu và tần suất rửa mặt có liên quan đến mức độ bệnh của VDD. Tần suất gội đầu và tần suất rửa mặt càng cao, thì cải thiện càng nhiều mức độ tổn thương ở bệnh VDD.

+ Vẫn còn 17.6% bệnh nhân VDD ở vùng đầu và 7.7% bệnh nhân VDD ở vùng mặt sử dụng sản phẩm gây kích ứng như chanh, cồn, hỗn hợp cây cỏ để gội đầu hay rửa mặt.

+ 59.4% bệnh nhân VDD đến khám không dùng kem dưỡng ẩm, chỉ có 10.5% bệnh nhân VDD có sử dụng kem dưỡng ẩm thường xuyên.

+ Các sản phẩm gội đầu và rửa mặt có lợi cho việc điều trị VDD là dầu gội chuyên dụng, sữa rửa mặt. Các sản phẩm gây kích

ứng như chanh, cồn, cây cỏ sẽ làm nặng thêm tình trạng bệnh của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thường N.V** (2017), Viêm da dầu, Bệnh học da liễu, 2, Tr 269–277.
2. **J. Piquero-Casals, D. Hexsel, J. F. Mir-Bonafé, and E. Rozas-Muñoz** (2019), Topical Non-Pharmacological Treatment for Facial Seborrheic Dermatitis, Dermatol Ther (Heidelb), pg 469–477.
3. **S. T et al.** (2015), Temporal changes in the skin Malassezia microbiota of members of the Japanese Antarctic Research Expedition (JARE): A case study in Antarctica as a pseudo-space environment, Medical mycology, pg. 53.
4. **R. Ie and M. Aj** (2009), Hair care practices in African-American patients, Seminars in cutaneous medicine and surgery, pg.28.
5. **Clark G. W., Pope S. M., and Jaboori K. A.** (2015), Diagnosis and Treatment of Seborrheic Dermatitis, pg. 185–190.
6. **Piérard-Franchimont, Vroome G., Lin G., and Appa Y.** (2000), Comparative Anti-Dandruff Efficacy between a Tar and a Non-Tar Shampoo, Dermatology, pg. 181–184.
7. **M. P et al.** (2023), Maintenance effect of a once-weekly regimen of a Selenium Disulfide-based shampoo in moderate-to-severe scalp seborrheic dermatitis after initial treatment with topical corticosteroid/salicylic acid, European journal of dermatology : EJD, pg. 33.
8. **G. A. Turner, M. Hoptroff, and C. R. Harding** (2012), Stratum corneum dysfunction in dandruff, International Journal of Cosmetic Science, pg. 298.
9. **Purnamawati S., Saefudin T.** (2017), The Role of Moisturizers in Addressing Various Kinds of Dermatitis: A Review, Clin Med Res,15, pg 75–87.
10. **K. L** (2009), An open-label, single-center pilot study to determine the antifungal activity of a new nonsteroidal cream (Promiseb Topical Cream) after 7 days of use in healthy volunteers, Clinics in dermatology, pg. 27.

THÔNG BÁO MỘT TRƯỜNG HỢP: TẠO HÌNH NIỆU QUẢN PHẢI BẰNG RUỘT THỪA TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đào Quang Minh[1], Nguyễn Văn Phước[1], Phạm Văn Biên[1]

TÓM TẮT

Tổn thương niệu quản xảy ra do hậu quả của các thủ tục phẫu thuật, khối u, phóng xạ hoặc xơ hóa. Việc quản lý các tổn thương này thường là một thách thức. Các lựa chọn phẫu thuật để điều trị hẹp niệu quản trên đoạn dài còn hạn chế. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 41 tuổi hẹp niệu quản phải trên đoạn dài 5 cm do khối u lớn trong ổ bụng xâm lấn niệu quản phải, đã được chúng tôi phẫu thuật thay thế niệu quản phải bằng ruột thừa. Bệnh nhân sau phẫu thuật ổn định, không có tai biến, biến chứng hậu phẫu.

Từ khóa: Hẹp niệu quản phải, thay thế niệu quản bằng ruột thừa.

SUMMARY

CASE ANNOUNCEMENT: RIGHT URETERER REPLACEMENT BY APPENDIX AT THANH NHAN HOSPITAL

Ureteral damage occurs as a result of surgical procedures, tumors, radiation, or fibrosis. Management of these lesions is often challenging. Surgical options to treat long-segment upper ureteral strictures are limited. We report a case of a 41-year-old female patient with upper right ureteral stenosis 5 cm long due to a large intra-abdominal tumor invading the right ureter, and we surgically replaced the right ureter with an appendix. The patient was stable after surgery, with no complications or post-operative complications.

Keywords: Right ureteral stenosis, replacement of ureter with appendix.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

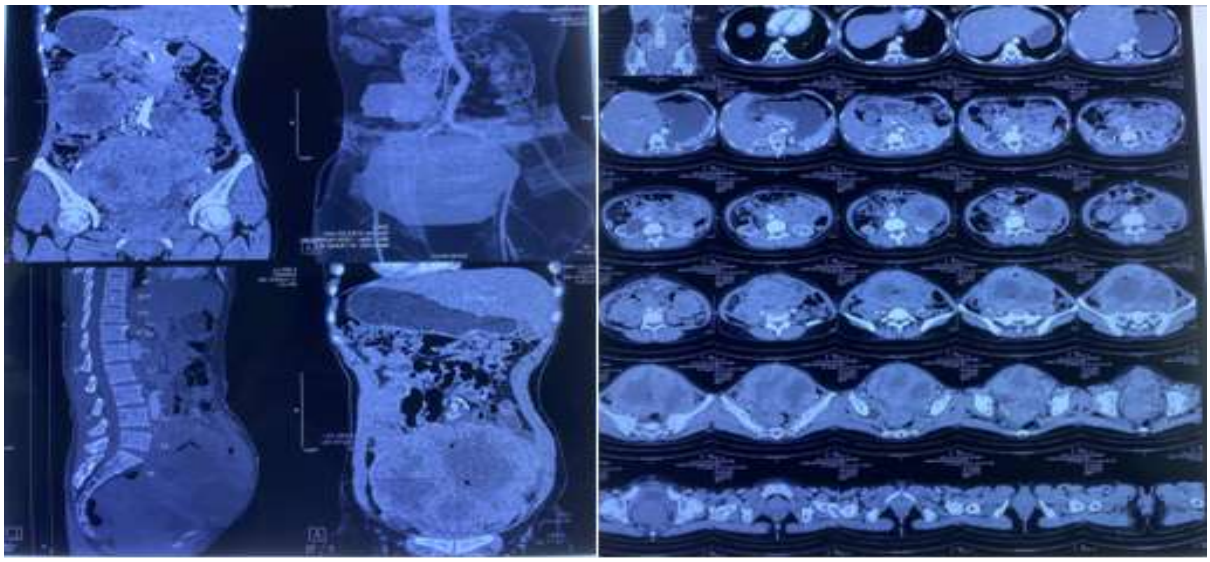
Hẹp niệu quản được đặc trưng bởi tình trạng hẹp niệu quản gây ra tắc nghẽn chức năng.[1] Khi hệ thống dẫn lưu nước tiểu bị tắc nghẽn dẫn đến nước tiểu bị ứ đọng ở đường tiết niệu trên và bể thận. Tình trạng này có thể gây ra cơn đau quặn thận và có thể dẫn đến nhiễm trùng đường tiết niệu hoặc thậm chí suy thận nếu không được điều trị.[1,2] Những nguyên nhân phổ biến nhất của hẹp niệu quản bao gồm: Những chấn thương niệu quản do phẫu thuật, bệnh lý bẩm sinh, bệnh lý ác tính, các khối u chèn ép hoặc xâm lấn niệu quản.... Phẫu thuật tạo hình niệu quản được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị hẹp niệu quản. Đối với hẹp niệu quản trên đoạn ngắn thường được tái tạo bằng phương pháp phẫu thuật cắt bỏ đoạn niệu quản tổn thương và làm miệng nối niệu quản – niệu quản.[2] Nếu hẹp niệu quản trên đoạn dài chúng ta cần tìm vật liệu thay thế niệu quản bị tổn thương. Dưới đây, chúng tôi báo cáo một ca bệnh được thay thế đoạn niệu quản phải bằng ruột thừa.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 41 tuổi có tiền sử Phẫu thuật u sarcoma trong ổ bụng tại Bệnh viện K2 vào tháng 4/ 2019. Bệnh nhân kể cách 1 tháng vào viện bệnh nhân xuất hiện đau hố

[1]*Khoa Ngoại Tổng Hợp, Bệnh viện Thanh Nhàn*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phước
Email: drphuocbvtn@gmail.com
Ngày nhận bài: 01/09/2024
Ngày phản biện khoa học: 30/09/2024
Ngày duyệt bài: 04/11/2024

thắt lưng phải và tự sở thấy khối cứng chắc vùng hạ vị. Khám lâm sàng Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm mạc hồng. Hạch ngoại biên không sờ thấy, BMI 20,4 Kg/m², mạch 80 lần/ phút, huyết áp 120/70mmHg. Bụng mềm, sẹo mổ cũ đường trắng giữa trên và dưới rốn. Sờ thấy 1 khối cứng chắc vùng hạ vị, kích thước khoảng 15x20cm, khối u vùng hố chậu phải kích thước 5 x 5 cm ấn tức, di động hạn chế. Công thức máu: Bạch cầu 14.63 G/L, Hồng cầu 3,89 T/L, Tiểu cầu 550 G/L. Hgb 95 g/L, Hct 30,8%. Sinh hóa: men gan, thận, điện giải đồ: bình thường. Chất chỉ điểm u: CEA(Carcinoembryonic Antigene): 1,80ng/ml, CA19-9: 14,63U/ml, CA 72-4 (Cancer Antigene): 0,76U/ml, AFP (Alpha-fetoprotein): 2,38 ng/ml. Nội soi dạ dày, đại tràng: Không thấy bất thường. Siêu âm ổ bụng cho thấy hình ảnh vùng hạ vị khảo sát thấy khối tăng âm không đồng nhất, kích thước lớn choán chỗ, đè đầy các tạng. khối tính chất tương tự vùng hố chậu phải xâm lấn niệu quản phải gây giãn đài bể thận và niệu quản phải. Bệnh nhân được chỉ định chụp CLVT ổ bụng có thuốc thấy hình ảnh: Nằm trong ổ bụng có vài khối tỷ trọng hỗn hợp bao gồm phần đặc ngấm thuốc sau tiêm, và phần hoại tử trong khối, khối lớn nhất nằm dưới rốn kích thước 176x115xmm. Khối vùng hố chậu phải kích thước 56 x 50 mm xâm lấn niệu quản phải. Khối gây đè đẩy nhưng không làm giãn các quai ruột lân cận. Các khối này nhận nguồn cấp máu từ các nhánh nhỏ của động mạch mạc treo tràng trên. Mạc treo có vài hạch ngấm thuốc đều sau tiêm, hạch lớn đường kính 11mm. Thận phải không to, nhu mô dày và ngấm thuốc bình thường. Đài bể thận giãn đường kính trước sau bể thận 32mm, không thấy sỏi. Niệu quản: đoạn 2/3 trên giãn ĐK 8mm, đến đoạn khối u vùng mạn sườn phải (sát chỗ bắt chéo của bó mạch chậu) thì thuôn nhỏ, không thấy sỏi



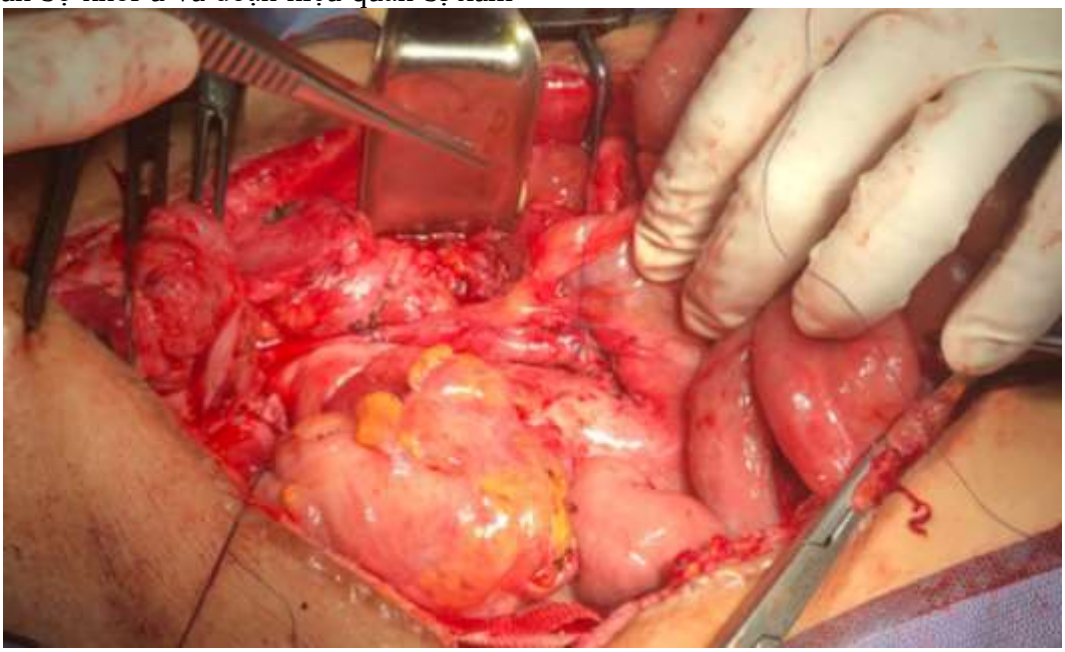
Hình 1: Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có thuốc cản quang

Sau đó bệnh phân được chỉ định phẫu thuật vào ổ bụng thấy: Khối u thành sau phúc mạc vùng hạ vị kích thước 150 x 170mm, u khá di động, mật độ không đồng nhất. Hố chậu phải có khối nhỏ hơn tính chất tương tự kích thước 40 x 50mm xâm lấn niệu quản phải trên đoạn dài 50mm, niệu quản phải đoạn trên u giãn rộng (Đường kính 10mm).

Hình 2: Khối u xâm lấn, ôm quanh niệu quản phải

Hình 3: Tổn thương niệu quản trên đoạn dài

Ekip tiến hành cắt khối u vùng hạ vị, kiểm tra khối u vùng hố chậu phải thấy u xâm lấn niệu quản phải trên đoạn dài 100mm, đầu trên cách đài bể thận 100mm, đầu dưới cách bang quang 70mm. Tiến hành cắt toàn bộ khối u và đoạn niệu quản bị xâm lấn, tái tạo lại đoạn niệu quản phải bằng ruột thừa. Sau mổ bệnh nhân tiến triển ổn định, không có tai biến, biến chứng sau phẫu thuật. Sau 20 ngày được tái khám và rút ống thông JJ.



Hình 4: Đoạn niệu quản phải được thay thế bằng ruột thừa

III. BÀN LUẬN

Tổn thương niệu quản xảy ra do hậu quả của các thủ tục phẫu thuật, khối u, phóng xạ hoặc xơ hóa. Việc quản lý các tổn thương này thường là một thách thức. Các lựa chọn phẫu thuật để điều trị hẹp niệu quản trên đoạn dài còn hạn chế. Thay thế niệu quản bằng hồi tràng là một kỹ thuật đã cho thấy nhiều ưu điểm.[2,3] Tuy nhiên, các biến chứng có thể xảy ra bao gồm chất nhầy trong nước tiểu, nhiễm trùng đường tiết niệu, hấp thụ nước tiểu và mất cân bằng điện giải. Do đó, việc thay thế niệu quản bằng ruột thừa đã được thông báo.[4] Can thiệp vào ruột thừa đã được mô tả như một phương pháp thay thế để khắc phục những nhược điểm trên.

Niệu quản là một cấu trúc hình ống có đường kính tương tự như ruột thừa. Lớp cơ niệu quản có hướng xoắn ốc. Ngược lại với lớp cơ ruột, không có đám rối hạch, chẳng hạn như đám rối Auerbach hoặc Meissner, ngăn cách các lớp cơ với nhau. Chúng tôi tin rằng có nhiều lợi thế khi sử dụng ruột thừa làm vật thay thế niệu quản phải so với thay thế hồi tràng hoặc tự ghép thận. Về mặt kỹ thuật, việc ghép ruột thừa dễ dàng và có thể dễ dàng di động ruột thừa bằng nguồn cung cấp máu của nó. Việc ghép ruột thừa giúp vận chuyển nước tiểu một cách thỏa đáng và

ngăn ngừa trào ngược. Một lợi thế khác so với ghép hồi tràng là diện tích bề mặt nhỏ của nó dẫn đến sự hấp thụ nước tiểu không đáng kể. Lòng ruột thừa có kích thước tương ứng với lòng niệu quản và cho phép thực hiện miệng nối thông an toàn với niệu quản gần hoặc xa. Vị trí của ruột thừa tạo điều kiện cho việc di động và thay thế niệu quản trên, giữa hoặc dưới.[5,6]

Theo tác giả Boris Komyakov và cộng sự (2020), nghiên cứu hồi cứu 29 bệnh nhân cho thấy ruột thừa có thể thay thế bất kì phần nào của niệu quản phải và phần chậu của niệu quản trái.[2] Một số điều kiện quyết định sự thành công của phẫu thuật: độ rộng của góc hồi – manh tràng, ruột thừa và mạc treo ruột thừa đủ dài để thực hiện phẫu thuật, để miệng nối không bị hẹp thì nên cắt bỏ phần đuôi ruột thừa khoảng 2-3 cm.[2] Chúng tôi cũng biết rằng, ruột thừa có van Gerlach, van này sẽ giúp ngăn chặn dòng chảy của các chất từ trong lòng của manh tràng vào ruột thừa. Khi được thay thế đoạn niệu quản, van này sẽ có tác dụng chống trào ngược.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay thế niệu quản bằng ruột thừa trong bệnh lý hẹp niệu quản phúc tạp là một phương án khả thi, an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Richter F, Stock Ja, Hanna Mk.** The appendix as right ureteral substitute in children. Journal of Urology [Internet]. 2000 Jun 1 [cited 2024 Nov 17];163(6):1908–12. Available from: https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)67595-7
2. **Komyakov B, Ochelenko V, Guliev B, Shevnin M.** Ureteral substitution with appendix. Int J Urol. 2020 Aug;27(8):663-669. doi: 10.1111/iju.14268. Epub 2020 May 31. PMID: 32476202.
3. **Amer-Mestre M, Tubau V, Guldris-García R, Rossello JB, Ayala EP.** Laparoscopic onlay-flap ureteroplasty using cecal appendix. Int Braz J Urol. 2024 Jan-Feb;50(1): 108-109. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU. 2023.0595. PMID: 38166229; PMCID: PMC10947650.
4. **Bilotta A, Wiegand LR, Heinsimer KR.** Ureteral reconstruction for complex strictures: a review of the current literature. Int Urol Nephrol. 2021 Nov;53(11):2211-2219. doi: 10.1007/s11255-021-02985-6. Epub 2021 Sep 15. PMID: 34524628.
5. **Drain A, Jun MS, Zhao LC.** Robotic Ureteral Reconstruction. Urol Clin North Am. 2021 Feb;48(1):91-101. doi: 10.1016/j.ucl.2020.09.001. Epub 2020 Nov 5. PMID: 33218597.
6. **Xu H, Yang C, Zeng S, Cao Z, Yang Y, Ye J, Hu Z, Xiao Y, Zhang X, Wang W.** Robotic-assisted laparoscopic modified ureteroplasty using lingual mucosa grafts or appendiceal flaps for the management of complex ureteral strictures: a retrospective cohort study. BMC Surg. 2024 Oct 10;24(1): 300. doi: 10.1186/s12893-024-02601-1. PMID: 39385157; PMCID: PMC11466026.