

hô hấp, vì vậy bệnh chiếm ưu thế là viêm phổi. Tỷ lệ điều trị khỏi bệnh cao, tuy nhiên tử vong (2,2%) vẫn là vấn đề cần quan tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anaya-Prado R., Valero-Padilla C., Sarraide-Delgado A., et al** (2017). Early neonatal sepsis and associated factors. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 55(3), 317 - 323.
2. **Seale AC, Blencowe H, Manu AA, et al**, (2014). Estimates of possible severe bacterial infection in neonates in sub-Saharan Africa, south Asia, and Latin America for 2012: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*;14(8): 731-741. doi: 10.1016/S1473-3099(14)70804-7.
3. **Ngô Thị Hiếu Minh, Đặng Văn Xuyên, Trần Minh Điển.** Một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn sơ sinh tại bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Truyền Nhiễm Việt Nam*, số 01(45).2024. Tr 47 - 53.
4. **Trần Diệu Linh.** Một số nhận xét về tình hình nhiễm khuẩn sơ sinh sớm ở trẻ đủ tháng tại trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh bệnh viện phụ sản Trung Ương. *Tạp chí phụ sản- 13(2)*, 118-121, 2015.
5. **Siba Prosad Paul, Henna Khattak, Prashant Karkala Kini et al**, (2022). NICE guideline review: neonatal infection: antibiotics for prevention and treatment (NG195). *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2022;107: 292-297. doi:10.1136/archdischild-2021-322349
6. **Trịnh Thị Thúy, Lê Kiên Ngãi, Ngô Thị Thu Hương.** Nhận xét tình trạng nhiễm khuẩn sơ sinh tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa năm 2022. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, Tập 531, tháng 10, số 1. 2023, Tr 282 - 286
7. **Kenza Hattoufi, Majdouline Obtel, Hassan Aguenou et al.** Early-Onset Neonatal Sepsis: A Retrospective Study among 1,119 Moroccan Newborns Admitted to the National Reference Center in Neonatology and Nutrition, Rabat, Morocco. *Iranian Journal of Neonatology.* 2021, 12 (4).
8. **Nguyễn Hữu Sơn.** Căn nguyên và kết quả điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh thường gặp tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022. *Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội*, 2023

BIẾN CHỨNG VIÊM PHÚC MẠC SAU MỞ THÔNG DẠ DÀY QUA DA (PEG) NHÂN MỘT CA LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Trần Thị Thu¹, Nguyễn Thị Ly¹, Trần Minh Hiếu¹,
Nguyễn Thị Lai¹, Đỗ Thị Ngọc¹, Nguyễn Đình Thuyền^{1,3},
Nguyễn Quỳnh Anh², Vũ Hải Vinh^{1,3}

TÓM TẮT

Mở thông dạ dày qua nội soi - Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) là một thủ thuật phổ biến để cung cấp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa cho bệnh nhân rối loạn nuốt. Mặc dù thường an toàn, PEG có thể gây ra các biến chứng, bao gồm viêm phúc mạc. Chúng tôi trình bày một ca lâm sàng viêm phúc mạc sau đặt PEG nhằm nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận biết sớm và xử trí kịp thời. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nữ 72 tuổi có tiền sử viêm phổi, parkinson và di chứng đột quỵ với rối loạn nuốt được đặt ống PEG để nuôi dưỡng. Sau mở thông dạ dày qua da 4 ngày, bệnh nhân xuất hiện bụng chướng, sốt, chân mở thông sưng nề chảy dịch mủ. Xét nghiệm cho thấy bạch cầu tăng cao và các chỉ số viêm tăng. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng phát hiện có hơi tự do trong ổ bụng, nghi ngờ viêm phúc mạc. Bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh phổ rộng và phẫu thuật cấp cứu. Trong phẫu thuật, phát hiện rò rỉ dịch dạ dày vào ổ bụng. Bệnh nhân được lau rửa ổ bụng và khâu

lại vị trí rò, sau đó hồi phục tốt. **Bàn luận:** Viêm phúc mạc sau PEG là một biến chứng hiếm gặp nhưng nguy hiểm, thường do lệch ống thông sớm, đặt sai vị trí hoặc rò rỉ dịch dạ dày. Các yếu tố nguy cơ bao gồm tuổi cao, suy dinh dưỡng và bệnh lý nền. Chẩn đoán sớm dựa trên lâm sàng và hình ảnh học là rất quan trọng. Điều trị có thể bao gồm kháng sinh đơn thuần trong một số trường hợp, nhưng phẫu thuật cần thiết nếu có tình trạng viêm phúc mạc nặng. **Kết luận:** Trường hợp này nhấn mạnh sự cần thiết của việc theo dõi chặt chẽ sau PEG, nhận diện sớm biến chứng và phối hợp đa chuyên khoa để tối ưu hóa điều trị. Bác sĩ lâm sàng cần cảnh giác với viêm phúc mạc khi bệnh nhân có triệu chứng đau bụng cấp sau đặt PEG.

Từ khóa: mở thông dạ dày nội soi, viêm phúc mạc, biến chứng, nuôi dưỡng đường tiêu hóa.

SUMMARY

PERITONITIS COMPLICATION AFTER PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY (PEG) A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is a common procedure for enteral nutrition in patients with dysphagia. Although generally safe, PEG can lead to complications, including peritonitis. We present a clinical case of peritonitis following PEG placement to emphasize the importance of early recognition and timely management. **Case study:** A 72-year-old

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu

Email: tranthubve@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025

female patient with a history of pneumonia, Parkinson's disease, and post-stroke sequelae with dysphagia underwent PEG placement for nutritional support. Four days post-procedure, she developed abdominal distension, fever, and purulent discharge from the PEG site. Laboratory tests showed elevated white blood cell count and inflammatory markers. Abdominal CT imaging revealed free air in the peritoneal cavity, raising suspicion of peritonitis. The patient was treated with broad-spectrum antibiotics and underwent emergency surgery. Intraoperatively, gastric content leakage into the peritoneal cavity was detected. The abdominal cavity was irrigated, and the leakage site was repaired, leading to successful recovery. **Discussion:** Peritonitis following PEG placement is a rare but serious complication, often resulting from early tube dislodgment, improper positioning, or gastric content leakage. Risk factors include advanced age, malnutrition, and underlying medical conditions. Early diagnosis based on clinical symptoms and imaging is crucial. Treatment may involve conservative management with antibiotics in mild cases, but surgical intervention is required in severe peritonitis cases. **Conclusion:** This case highlights the importance of close monitoring after PEG placement, early recognition of complications, and a multidisciplinary approach to optimize patient outcomes. Clinicians should remain vigilant for peritonitis in patients presenting with acute abdominal symptoms after PEG placement. **Keywords:** percutaneous endoscopic gastrostomy, peritonitis, complications, enteral nutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở thông dạ dày qua nội soi (PEG) là một thủ thuật được thực hiện rộng rãi để cung cấp dinh dưỡng đường tiêu hóa dài hạn cho những bệnh nhân bị rối loạn nuốt, thường do các bệnh lý thần kinh, ung thư vùng đầu cổ hoặc các tình trạng khác ảnh hưởng đến khả năng ăn uống. PEG thường được coi là an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp hơn so với mở thông dạ dày bằng phẫu thuật. Tuy nhiên, các biến chứng có thể xảy ra, từ những vấn đề nhẹ như nhiễm trùng tại chỗ, lệch ống thông đến những biến chứng nghiêm trọng như thủng dạ dày, viêm phúc mạc và nhiễm trùng huyết.¹

Viêm phúc mạc sau đặt PEG là một biến chứng hiếm gặp nhưng có thể đe dọa tính mạng. Nguyên nhân thường gặp bao gồm lệch ống thông sớm, tổn thương thành dạ dày trong quá trình đặt ống thông hoặc rò rỉ dịch dạ dày vào ổ bụng do vị trí ống không được cố định đúng cách. Tình trạng này đòi hỏi phải được nhận diện sớm và can thiệp kịp thời để ngăn ngừa nguy cơ tử vong.²

Các biểu hiện lâm sàng của viêm phúc mạc do PEG có thể không điển hình, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi hoặc bệnh nặng, những người có thể không có các dấu hiệu viêm phúc mạc điển

hình. Việc chẩn đoán chậm trễ có thể dẫn đến suy giảm lâm sàng nhanh chóng, sốc nhiễm trùng và suy đa cơ quan. Do đó, bác sĩ cần có mức độ nghi ngờ cao để kịp thời can thiệp. Công tác điều dưỡng trong chăm sóc ống thông đòi hỏi việc theo dõi sát và đánh giá tình trạng chân mở thông và tình trạng xung quanh chân mở thông, tình trạng tiêu hóa và các dấu hiệu nhiễm trùng của người bệnh để báo cáo bác sĩ điều trị kịp thời xử trí cho người bệnh.^{3,4}

Bệnh viện E đã thực hiện mở thông dạ dày qua nội soi thường quy. Báo cáo này mô tả một trường hợp bệnh nhân bị viêm phúc mạc sau đặt PEG, nhấn mạnh tầm quan trọng của công tác điều dưỡng trong chăm sóc và nhận biết sớm để có các chiến lược chẩn đoán và hướng xử trí phù hợp. Chúng tôi cũng thảo luận về các yếu tố nguy cơ, biện pháp phòng ngừa và thực hành tốt nhất để giảm thiểu biến chứng liên quan đến thủ thuật PEG.⁵

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 72 tuổi, nhập viện 8/11/2024 vì khó thở với chẩn đoán suy hô hấp, viêm phổi, di chứng Alzheimer và tai biến mạch não. Bệnh nhân được đặt nội khí quản, thở máy. Đánh giá người bệnh có rối loạn nuốt và nguy cơ sặc cao nên người bệnh đã được phẫu thuật mở khí quản vào ngày thứ 7 sau vào viện. Bệnh nhân được cai thở máy và tiếp tục thở t-tube qua canuyn mở khí quản. Sau vào viện 20 ngày, bệnh nhân đã được đặt ống PEG để nuôi dưỡng do không thể ăn uống qua đường miệng.

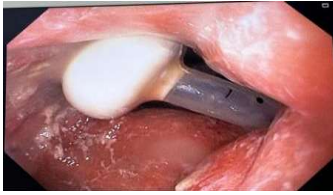
Bệnh nhân được đặt ống PEG bằng kỹ thuật kéo qua nội soi. Thủ thuật diễn ra thuận lợi, không có biến cố ngay sau can thiệp. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh, thay băng chân mở thông 3 lần mỗi ngày, PPI đường tĩnh mạch. Bệnh nhân được bắt đầu nuôi ăn sau 24 giờ.



Hình 1: Hình ảnh mở thông dạ dày qua da

Sau 4 ngày mở thông PEG, bệnh nhân xuất hiện:

- Bụng chướng dần, sốt 38 °C. Nhịp tim nhanh 110 lần/phút, huyết áp 120/70 mmHg.
- Khám bụng có dấu hiệu phản ứng thành bụng. Chưa đại tiện 5 ngày
- Chân mở thông xuất hiện sưng nề, hơi đỏ, chảy dịch mủ vàng.



Hình 2: Hình ảnh tuột mở thông dạ dày



Hình 3: Hình ảnh ống thông dạ dày đã cố định lại

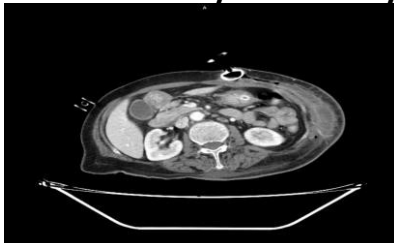


Hình 4: Chân mở thông sưng nề và chảy mủ

- Công thức máu: Bạch cầu tăng 18 G/L), procalcitonin tăng từ 0.05 - -> 0.1 mmol/l, toan chuyển hóa (lactate 4.0 mmol/L).
- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng: Hình ảnh tụ dịch khí dưới da vị trí chân ống mở thông dạ dày lan dọc phần mềm thành bụng bên vùng mạn sườn và hạ sườn trái
- Xét nghiệm dịch chân mở thông: nuôi cấy ra vi khuẩn Ecoli và Klebsiella pneumoniae.



Hình 5: Hình ảnh áp xe thành bụng



Hình 6: Hình ảnh tụ dịch khí chân sonde

Ngày 04/12/2024 Bệnh nhân được đặt lại ống thông dạ dày đường mũi và theo dõi dịch

tồn dư. Đồng thời được nội soi xác định có tình trạng tụt chân ống mở thông dạ dày và được đẩy lại vị trí bình thường.

Ngày 05/12/2024 Bệnh nhân có tình trạng sốc nhiễm khuẩn, chân mở thông dạ dày có hiện tượng nề đỏ, thấm và chảy dịch mủ vàng nhiều. Vùng thành bụng mạn sườn trái cạnh chân mở thông đỏ và sưng nề nhiều. Kết quả chụp cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh ống mở thông dạ dày tuột ra ngoài, áp xe thành bụng bên trái.

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc sau đặt PEG. Điều trị bao gồm:

- Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ III và Levofloxacin.
- Phẫu thuật cấp cứu: Mở bụng thăm dò thấy ít dịch viêm, dạ dày dính vào thành bụng trước, phát hiện lỗ vào kích thước 2x3 cm, bờ nhiều giả mạc, gần vị trí PEG với dịch tiêu hóa tràn vào ổ bụng. Ống thông dạ dày nằm ở thành bụng. Tiến hành khâu phục hồi vị trí lỗ mở dạ dày, rửa sạch ổ bụng và mở thông hồng tràng để nuôi ăn.
- Bệnh nhân được theo dõi tại khoa hồi sức tích cực. Huyết động ổn định, bạch cầu và procalcitonin giảm dần. Nuôi ăn qua ống mở thông hồng tràng mới được bắt đầu lại sau 5 ngày. Bệnh nhân xuất viện sau 2 tuần trong tình trạng ổn định.

III. BÀN LUẬN

Viêm phúc mạc sau mở thông dạ dày qua nội soi (PEG) là một biến chứng hiếm gặp nhưng nguy hiểm, có thể đe dọa tính mạng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Tỷ lệ viêm phúc mạc sau PEG được báo cáo dao động từ 0,5% đến 1%, nhưng tỷ lệ tử vong có thể cao do tình trạng nhiễm trùng nặng và tiến triển nhanh chóng nếu không được kiểm soát thích cách.¹ Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc báo cáo kịp thời các thay đổi trong tình trạng bệnh nhân giúp bác sỹ có những can thiệp sớm, giảm nguy cơ biến chứng tiến triển nặng. Hồ sơ chăm sóc của bệnh nhân cần được ghi chép đầy đủ và chi tiết, từ quá trình đặt ống thông, theo dõi vết thương cho đến việc cho bệnh nhân ăn và sử dụng thuốc.

Viêm phúc mạc sau PEG thường xảy ra do nhiều các nguyên nhân khác nhau. Rò rỉ dịch dạ dày vào ổ bụng có thể xảy ra khi đặt ống PEG sai vị trí, đường hầm từ da vào dạ dày không được bịt kín hoàn toàn hoặc khi có áp lực cao trong dạ dày làm dịch tràn ra ngoài. Thủng dạ dày hoặc thành ruột xảy ra do chọc kim vào vị trí không phù hợp hoặc tổn thương thành dạ dày trong quá trình cố định ống PEG. Ống PEG bị rút

ra hoặc di lệch quá sớm trước khi đường hầm giữa thành bụng và dạ dày hình thành hoàn toàn, dịch dạ dày có thể rò rỉ vào ổ phúc mạc, gây viêm nhiễm nặng. Ở bệnh nhân của chúng tôi, PEG bị tuột làm cho dịch thức ăn, dịch dạ dày thoát ra giữa các lớp cơ trong thành bụng và thoát vào phúc mạc.³

Có nhiều yếu tố làm tăng nguy cơ viêm phúc mạc sau PEG. Bệnh nhân lớn tuổi có mô liên kết yếu, làm tăng nguy cơ rò rỉ dịch tiêu hóa. Bệnh nhân suy dinh dưỡng khiến quá trình lành vết thương chậm hơn, dễ dẫn đến rò rỉ dịch và nhiễm trùng. Đái tháo đường, suy giảm miễn dịch làm giảm khả năng chống nhiễm trùng, khiến bệnh nhân dễ bị biến chứng hơn. Sử dụng corticosteroid hoặc thuốc chống đông làm tăng nguy cơ xuất huyết và cản trở quá trình lành thương của đường tiêu hóa. Bệnh nhân của chúng tôi nhiều tuổi, suy dinh dưỡng nên cũng có thể là yếu tố nguy cơ gây nên biến chứng.^{6,7} Viêm phúc mạc sau PEG có thể biểu hiện từ nhẹ đến nặng, tùy thuộc vào mức độ rò rỉ và đáp ứng viêm của bệnh nhân. Các triệu chứng thường gặp bao gồm: đau bụng cấp, thường ở vùng thượng vị hoặc quanh rốn. Bụng chướng, căng cứng và có dấu hiệu phản ứng phúc mạc. Sốt cao, nhịp tim nhanh, huyết áp tụt, dấu hiệu sốc nhiễm trùng nếu bệnh tiến triển nặng. Xét nghiệm cho thấy bạch cầu tăng cao, xét nghiệm tình trạng nhiễm trùng tăng, toan chuyển hóa. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có thể phát hiện hơi tự do trong ổ bụng, dịch quanh gan hoặc dấu hiệu rò rỉ dịch cản quang. Chẩn đoán phân biệt cần loại trừ các nguyên nhân khác như viêm tụy cấp, thủng dạ dày do loét, hoặc viêm túi mật cấp.³ Trong trường hợp này, vai trò của điều dưỡng chăm sóc trong quản lý biến chứng viêm phúc mạc sau PEG là vô cùng quan trọng. Giám sát và phát hiện sớm bằng việc theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. Điều dưỡng cần kiểm tra định kỳ huyết áp, nhịp tim, nhiệt độ và nhịp thở của bệnh nhân để phát hiện sớm các dấu hiệu của nhiễm trùng hoặc sốc nhiễm trùng. Đánh giá vùng đặt ống PEG. Việc kiểm tra thường xuyên vị trí ống PEG, tình trạng da quanh chỗ đặt ống (đỏ, sưng, nóng hay có dịch tiết bất thường) giúp phát hiện sớm các dấu hiệu viêm hoặc rò rỉ dịch dạ dày. Các triệu chứng lâm sàng như đau bụng cấp, cảm giác khó chịu, sốt cao hoặc dấu hiệu phản ứng phúc mạc cần được ghi nhận và báo cáo ngay cho bác sĩ để can thiệp kịp thời. Phải đảm bảo quy trình vô trùng khi thay băng vùng đặt ống thông nhằm ngăn ngừa nhiễm trùng. Điều dưỡng cần bàn giao cụ thể cách

chăm sóc vết thương. Theo dõi chế độ dinh dưỡng với bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng. Điều dưỡng cần phối hợp với chuyên gia dinh dưỡng để đảm bảo bệnh nhân nhận đủ dưỡng chất, đồng thời tuân thủ hướng dẫn về thời gian cho ăn sau PEG (thường là sau 24 giờ) để tạo điều kiện cho đường hầm ổn định. Giám sát quá trình truyền dịch, dùng kháng sinh và các liệu pháp hỗ trợ khác, đảm bảo bệnh nhân luôn trong tình trạng ổn định.¹

Hướng điều trị viêm phúc mạc sau PEG phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của tình trạng bệnh nhân. Trong trường hợp rò rỉ nhẹ và chưa có viêm phúc mạc lan tỏa, có thể áp dụng điều trị nội khoa bao gồm: nhịn ăn hoàn toàn để giảm áp lực trong dạ dày. Dùng kháng sinh phổ rộng có tác dụng trên vi khuẩn gram âm và kỵ khí. Truyền dịch và hỗ trợ dinh dưỡng tĩnh mạch để duy trì cân bằng điện giải. Khi có viêm phúc mạc lan tỏa hoặc sốc nhiễm trùng, cần phẫu thuật cấp cứu ngay để ngăn ngừa diễn tiến nặng hơn. Các can thiệp có thể bao gồm: mở bụng thăm dò để xác định vị trí rò rỉ hoặc thủng. Khâu phục hồi vị trí thủng hoặc thay thế ống PEG bằng phương pháp phẫu thuật mở dạ dày nếu cần. Rửa ổ bụng bằng dung dịch sát khuẩn và dẫn lưu dịch nhiễm trùng.

Viêm phúc mạc sau PEG có thể được hạn chế thông qua các biện pháp như thực hiện thủ thuật đúng kỹ thuật, đảm bảo ống PEG được đặt chính xác trong lòng dạ dày. Không cho ăn quá sớm sau PEG, đặc biệt ở bệnh nhân nguy cơ cao. Khuyến nghị thường là sau 24 giờ để đường hầm hình thành ổn định. Kiểm tra vị trí ống thường xuyên, tránh tình trạng lệch ống hoặc tuột ống quá sớm. Lựa chọn bệnh nhân phù hợp, cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của PEG đối với từng bệnh nhân.^{8,9}

Tóm lại, trong bối cảnh viêm phúc mạc sau PEG, vai trò của điều dưỡng không chỉ dừng lại ở việc chăm sóc thông thường mà còn bao gồm việc phát hiện sớm biến chứng, thực hiện quy trình chăm sóc đúng chuẩn, giáo dục và hỗ trợ tinh thần cho bệnh nhân. Sự phối hợp chặt chẽ giữa các thành viên trong đội chăm sóc bệnh nhân và sự chủ động của điều dưỡng chính là chìa khóa giúp giảm thiểu rủi ro và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Viêm phúc mạc sau PEG là một biến chứng hiếm nhưng có tỷ lệ tử vong cao nếu không được xử trí kịp thời. Chẩn đoán sớm bằng lâm sàng và hình ảnh học là chìa khóa giúp cải thiện tiên lượng. Việc lựa chọn bệnh nhân cẩn thận,

tuan thủ quy trình kỹ thuật đúng cách và công tác điều dưỡng theo dõi sát sau thủ thuật là những yếu tố quan trọng giúp giảm nguy cơ biến chứng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Choi IH, Cho YK.** Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: Procedure, Complications and Management. *Brain Neurorehabil.* Mar 2022; 15(1):e2. doi:10.12786/bn.2022.15.e2
2. **Wei M, Ho E, Hegde P.** An overview of percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in the intensive care unit. *J Thorac Dis.* Aug 2021;13(8):5277-5296. doi:10.21037/jtd-19-3728
3. **Casas Deza D, Monzon Baez RM, Lamuela Calvo LJ, et al.** Complications and survival following percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement. *Rev Esp Enferm Dig.* Oct 2024;116(10): 526-531. doi:10.17235/reed.2024.10335/2024
4. **Tae CH, Lee JY, Joo MK, et al.** Clinical practice guidelines for percutaneous endoscopic gastrostomy. *Clin Endosc.* Jul 2023;56(4):391-408. doi:10.5946/ce.2023.062
5. **Vũ Hồng Anh, Đỗ Nguyệt Ánh, Vũ Đức Định.** Đánh giá kết quả mở thông dạ dày ra da bằng nội soi (PEG) tại Bệnh viện E Trung Ương. *Y học Việt Nam.* 2017;452(2)
6. **Limpas Kamiya KJL, Hosoe N, Takabayashi K, et al.** Factors predicting major complications, mortality, and recovery in percutaneous endoscopic gastrostomy. *JGH Open.* May 2021;5(5):590-598. doi:10.1002/jgh3.12538
7. **Shehata M, Al Hosani I, Ahmed I, et al.** Factors Associated With Short-Term Complications After Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube Insertion: A Retrospective Cohort Study. *Cureus.* Mar 2024;16(3): e55741. doi:10.7759/cureus. 55741
8. **Boeykens K, Duysburgh I, Verlinden W.** Prevention and management of minor complications in percutaneous endoscopic gastrostomy. *BMJ Open Gastroenterol.* Jul 2022;9(1)doi:10.1136/bmjgast-2022-000975
9. **Trần Mạnh Bắc, Nguyễn Đình Quân, Bùi Văn Dũng và CS.** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả mở thông dạ dày bằng phương pháp đẩy trên người cao tuổi tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương. *Y học Việt Nam.* 2022;Tập 516 Số 2 (2022) doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v516i2.3045

ĐẶC ĐIỂM ĐAU Ở NGƯỜI CAO TUỔI MẮC SA SÚT TRÍ TUỆ

Cao Thanh Ngọc^{1,2}, Hoàng Thị Thanh²,
Nguyễn Minh Đức², Bùi Đăng Khoa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau là một trong những vấn đề sức khỏe thường gặp và quan trọng đối với bệnh nhân sa sút trí tuệ. Tuy nhiên, do khả năng giao tiếp hạn chế nên nỗi đau của họ thường bị đánh giá thấp và không được điều trị đúng mức. Ở những bệnh nhân sa sút trí tuệ với khả năng báo cáo hoặc diễn đạt cơn đau bằng lời nói khó khăn, dẫn đến cơn đau không được phát hiện và không được điều trị, hệ quả là rối loạn giấc ngủ, giảm cảm giác thèm ăn, giảm tương tác xã hội và làm giảm chất lượng cuộc sống. Hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu về đau ở người bệnh cao tuổi sa sút trí tuệ. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm trả lời cho câu hỏi đặc điểm đau ở người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ như thế nào. **Mục tiêu:** Đặc điểm và tỷ lệ đau ở người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả thực hiện trên 390 bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) sa sút trí tuệ đến khám tại phòng khám thần kinh của bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh và phòng khám sa sút trí tuệ của bệnh viện Thống Nhất từ tháng 8 /2023 tới tháng 05/2024. Người bệnh được thu thập các thông tin về

nhân trắc học, các đặc điểm bệnh lý, đa bệnh đa thuốc theo mẫu hồ sơ bệnh án có sẵn, đánh giá tình trạng đau, vị trí đau, mức độ đau theo thang điểm PAINAD. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 390 bệnh nhân, trong đó nữ chiếm 51%, tuổi trung bình là $75,8 \pm 7,98$. Về bệnh đồng mắc thì tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (khoảng 88,2%), kế đến là thoái hóa khớp (57,2%) và loãng xương (49,5%). Bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ đồng mắc đái tháo đường, bệnh thận mạn lần lượt là 49,2% và 48,2%. Những bệnh lý và tiền căn khác với tỷ lệ thấp hơn là đột quỵ cũ (31,2%), bệnh mạch vành mạn (27,9%), rối loạn giấc ngủ (22,8%), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (13,8%) và bệnh lý chiếm tỷ lệ thấp nhất là suy tim với 5,1%. Nghiên cứu ghi nhận 211 bệnh nhân bị đau chiếm tỷ lệ là 54,1% và 179 bệnh nhân ghi nhận không đau với tỷ lệ là 45,9%. Trong đó đau thì mức độ đau nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (30,5%), kế đến là mức độ đau trung bình (14,9%) và chiếm tỷ lệ thấp nhất là mức độ đau nặng (8,7%). Và đau khớp (đau khớp vai, khớp gối, khớp bàn...) chiếm tỷ lệ cao nhất (31%), kế đến là đau đầu (12,1%), đau lưng (8,2%), đau sau zona (1,5%) và các lý do đau khác chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,3%. **Kết luận:** Tỷ lệ đau trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ là 54,1%. Trong đó 8,7% là mức độ đau nặng, 14,9% là mức độ đau trung bình và mức độ đau nhẹ là 30,5%. Đau khớp (đau khớp vai, khớp gối, khớp bàn...) chiếm tỷ lệ cao nhất (31%), kế đến là đau đầu (12,1%), đau lưng (8,2%), đau sau zona (1,5%) và các lý do đau khác chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,3%. **Từ khóa:** Đau, sa sút trí tuệ

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đăng Khoa

Email: khoa.bd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025