

TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TĂNG ÁP LỰC Ổ BỤNG Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM TRÙNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Hứa Thanh Tân^{1,2}, Trần Viết An¹, Dương Thiện Phước²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng áp lực ổ bụng (TALOB) là biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân có bệnh cảnh nặng, trong đó có sốc nhiễm trùng, làm gia tăng tỷ lệ tử vong. Việc đánh giá các yếu tố nguy cơ tăng áp lực ổ bụng giúp kiểm soát sớm, đồng thời tiên lượng được mức độ nặng của sốc nhiễm trùng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và phân tích các yếu tố nguy cơ TALOB ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 60 bệnh nhân sốc nhiễm trùng điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 09/2024 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ ~ 1,14, độ tuổi trung bình là $59,25 \pm 17,02$, phần lớn thuộc nhóm từ 50 tuổi trở lên (70%), BMI trung bình là $22,5 \pm 3,96$. Bệnh nền phổ biến nhất là các bệnh lý tim mạch (48,3%). Trung bình áp lực ổ bụng có xu hướng tương đối ổn định qua các lần đo ($p > 0,05$). Tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng là 56,7%. Béo phì làm tăng nguy cơ mắc TALOB, với OR = 1,41 với mỗi 1 kg/m² tăng thêm (KTC 95%: 1,11-1,79), $p = 0,005$. Uống rượu cũng là yếu tố làm TALOB với OR=4,54 (KTC 95%: 1,08-19,04), $p = 0,039$. Với mỗi điểm SOFA tăng thêm 1, ghi nhận OR của TALOB gấp 1,37 lần (KTC 95%: 1,02-1,82). **Kết luận:** Tăng áp lực ổ bụng thường gặp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng. Béo phì, uống rượu và thang điểm SOFA làm tăng nguy cơ tăng áp lực ổ bụng có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng.

Từ khóa: Tăng áp lực ổ bụng (TALOB), yếu tố nguy cơ, sốc nhiễm trùng.

SUMMARY

THE INCIDENCE AND RISK FACTORS OF INTRA-ABDOMINAL PRESSURE IN PATIENTS WITH SEPTIC SHOCK AT CAN THO CENTRAL GENERAL

Background: Increased intra-abdominal pressure (IAP) is a common manifestation in patients with severe conditions, including septic shock, contributing to an increased mortality rate. Evaluating risk factors for increased IAP helps in early management and provides prognostic information on the severity of septic shock. **Objectives:** To determine the incidence and analyze the risk factors of increased IAP in septic shock patients. **Materials and methods:** This was a cross-sectional descriptive study with analysis conducted on 60 septic shock patients treated at Can Tho Central General Hospital from

September 2024 to March 2025. **Results:** Regarding general characteristics, the male/female ratio was approximately 1.14, with a mean age of 59.25 ± 17.02 , and the majority were in the age group of 50 years and older (70%). The average BMI was 22.5 ± 3.96 . The most common underlying condition was cardiovascular disease (48.3%). The mean IAP showed relatively stable readings across measurements ($p > 0.05$). The incidence of increased IAP was 56.7%. Obesity increased the risk of increased IAP, with an OR of 1.41 for each additional 1 kg/m² (95% CI: 1.11-1.79), $p = 0.005$. Alcohol consumption was also a factor associated with increased IAP, with an OR of 4.54 (95% CI: 1.08-19.04), $p = 0.039$. For every increase of 1 point in the SOFA score, the OR of increased IAP was 1.37 times higher (95% CI: 1.02-1.82). **Conclusion:** Increased intraabdominal pressure is frequently observed in septic shock patients. Obesity, alcohol consumption, and SOFA score significantly increase the risk of elevated intraabdominal pressure in septic shock patients. **Keywords:** Intra-abdominal pressure (IAP), risk factors, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng áp lực ổ bụng (TALOB) là một biến chứng nghiêm trọng thường gặp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng, liên quan đến sự gia tăng áp lực nội ổ bụng (IAP) vượt ngưỡng an toàn (≥ 12 mmHg theo WHO). Tình trạng này không chỉ làm nặng thêm suy đa cơ quan mà còn làm tăng tỷ lệ tử vong, đặc biệt khi tiến triển thành hội chứng khoang bụng với IAP > 20 mmHg kết hợp suy chức năng cơ quan [1]. Trong bối cảnh sốc nhiễm trùng, TALOB thường xuất hiện do sự tích lũy dịch bù, phù nề mô, hoặc áp lực trong lồng ngực tăng do thở máy, làm giảm tưới máu ruột và dẫn đến suy thận, suy tim. Nghiên cứu của Malbrain và cộng sự (2007) chỉ ra có 51% bệnh nhân sốc nhiễm trùng phát triển TALOB, tỷ lệ này cao hơn so với các nhóm bệnh nhân khác như hậu phẫu bụng [2]. Điều này đòi hỏi việc xác định các yếu tố nguy cơ để can thiệp sớm, cải thiện tiên lượng.

Các yếu tố nguy cơ TALOB đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu, bao gồm bù dịch tích cực, bệnh lý gan, bệnh lý tim mạch, và tình trạng béo phì. Tuy nhiên, cơ chế tác động cụ thể của các yếu tố này vẫn chưa được làm rõ hoàn toàn. Ví dụ, béo phì không chỉ làm tăng mỡ nội tạng mà còn liên quan đến tình trạng viêm hệ thống, làm gia tăng đề kháng mạch máu và suy giảm chức năng tưới máu. Uống rượu mãn tính gây tổn thương gan,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Hứa Thanh Tân

Email: huathanhntan2008@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2025

Ngày duyệt bài: 27.5.2025

giảm khả năng tổng hợp albumin, dẫn đến phù nề và IAP tăng. Thang điểm SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) phản ánh mức độ suy đa cơ quan, trong đó mỗi điểm tăng tương ứng với nguy cơ TALOB cao hơn do tình trạng tuần hoàn vi mô kém [3].

Mục tiêu nghiên cứu này là đánh giá tỷ lệ TALOB và phân tích các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Nghiên cứu này cung cấp dữ liệu có giá trị về thực trạng và các yếu tố liên quan đến TALOB ở Việt Nam, nơi bệnh lý sốc nhiễm trùng có tỷ lệ mắc cao do nguyên nhân nhiễm trùng đường hô hấp, đường tiêu hóa và các bệnh lý nền như đái tháo đường, tim mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm trùng mới vào viện tại Khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng theo SEPSIS-3 (2016) với nhiễm trùng huyết được định nghĩa là có tình trạng nhiễm trùng kèm theo tăng điểm SOFA ≥ 2 điểm và sốc nhiễm trùng được xác định khi bệnh nhân có nhiễm trùng huyết kèm theo tình trạng hạ huyết áp dai dẳng cần sử dụng thuốc vận mạch để duy trì áp lực động mạch trung bình (MAP) ≥ 65 mmHg (trong trường hợp không có giảm thể tích tuần hoàn) và nồng độ lactate huyết thanh > 2 mmol/L (18 mg/dL) [4].

Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

Bệnh nhân hoặc thân nhân bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đặt thông tiểu được.

Bệnh nhân có các bệnh lý liên quan đến đường tiết niệu: viêm bàng quang mạn, tiểu máu, chấn thương bàng quang, các hội chứng

tăng co thắt bàng quang.

Bệnh nhân mắc các bệnh lý nặng khác dẫn đến tử vong ảnh hưởng đến kết quả điều trị như: ung thư, suy thận giai đoạn cuối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 60 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (TB $\pm$ ĐLC), giới tính (nam, nữ), chỉ số khối cơ thể [BMI] (TB $\pm$ ĐLC; ≥ 23 ; < 23), uống rượu (có/không), tiền sử bệnh tim mạch (có/không), tiền sử bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [COPD] (có/không), tiền sử suy thận mạn (có/không).

Tăng áp lực ổ bụng: được xác định khi có ít nhất 1 lần đo trong ngày với giá trị ≥ 12 mmHg [5], [6]. Ghi nhận áp lực ổ bụng (mmHg) mỗi 8 giờ/lần trong 48 giờ tính từ lúc nhập viện.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tăng áp lực ổ bụng bằng hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Kết quả có $p < 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê.

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (24.179.HV/PCT-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 09/2023 đến tháng 06/2025, có tổng cộng 60 bệnh nhân sốc nhiễm trùng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu theo giới tính (N=60)

Đặc điểm		Nam (N=32)	Nữ (N=28)	Tổng	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Nhóm tuổi	Nhóm 1: <30 tuổi	1 (3,1)	1 (3,6)	2 (3,3)	0,552 ^a
	Nhóm 2: 30 - <50 tuổi	11 (34,4)	5 (17,9)	16 (26,7)	
	Nhóm 3: 50 - <70 tuổi	12 (37,5)	12 (42,9)	24 (40)	
	Nhóm 4: ≥ 70 tuổi	8 (25)	10 (35,7)	18 (30)	
BMI	TB $\pm$ ĐLC	57,47 $\pm$ 17,45	61,29 $\pm$ 16,6	59,25 $\pm$ 17,02	0,391 ^b
	TB $\pm$ ĐLC	21,88 $\pm$ 3,43	23,21 $\pm$ 4,45	22,5 $\pm$ 3,96	0,197 ^b
Béo phì	Có	6 (18,8)	4 (14,3)	10 (16,7)	0,737 ^a
	Không	26 (81,3)	24 (85,7)	50 (83,3)	

Rượu bia	Có	19 (59,4)	7 (25)	26 (43,3)	0,007 ^a
	Không	13 (40,6)	21 (75)	34 (56,7)	
Bệnh tim	Có	11 (34,4)	18 (64,3)	29 (48,3)	0,021 ^a
	Không	21 (65,6)	10 (35,7)	31 (51,7)	
COPD	Có	0 (0)	2 (7,1)	2 (3,3)	0,214 ^a
	Không	32 (100)	26 (92,9)	58 (96,7)	
Suy thận mạn	Có	2 (6,3)	1 (3,6)	3 (5)	1 ^a
	Không	30 (93,8)	27 (96,4)	57 (95)	

^aPearson Chi-Square hoặc Fisher exact test, ^bIndependent Samples Test

Nhận xét: Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ ~ 1,14, độ tuổi trung bình là 59,25 ± 17,02, phần lớn thuộc nhóm từ 50 tuổi trở lên (70%), BMI trung bình là 22,5 ± 3,96. Bệnh nền phổ biến nhất là các bệnh lý tim mạch (48,3%). Tỷ lệ uống rượu bia tương đối cao, chiếm 43,3%.

Bảng 2. Áp lực ổ bụng qua các lần đo

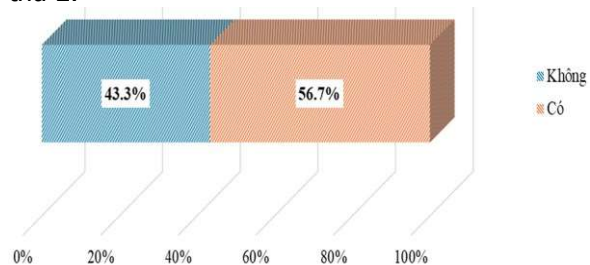
Áp lực ổ bụng		n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Phạm vi	p
Ngày 1	Lần 1	60	9,13	4,12	2-17	-
	Lần 2	60	9,13	3,78	1-17	1,000
	Lần 3	58	9,34	3,89	2-21	0,325
Ngày 2	Lần 4	50	9,64	4,05	2-19	0,862
	Lần 5	50	9,44	3,89	3-18	0,426
	Lần 6	47	9,57	3,70	3-18	0,730

Nhận xét: Trung bình áp lực ổ bụng không có sự khác biệt qua các lần đo ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Biến thiên áp lực ổ bụng qua các lần đo

Nhận xét: Xét trên biểu đồ biến thiên trong phạm vi hẹp (9,1-9,7mmHg), có thể thấy áp lực ổ bụng trung bình tăng dần và đạt đỉnh ở ngày thứ 2.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng

Nhận xét: Tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng trong 60 bệnh nhân sốc nhiễm trùng ghi nhận là 56,7%.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tăng áp lực ổ bụng

Đặc điểm	Đơn vị	Đơn biến		Đa biến	
		OR (KTC 95%)	Giá trị p	OR (KTC 95%)	Giá trị p
Tuổi	>60	1,01 (0,98-1,04)	0,694	-	-
Giới tính	nam	1,8 (0,64-5,08)	0,267	-	-
BMI	+1	1,28 (1,06-1,55)	0,010	1,41 (1,11-1,79)	0,005
Tiền sử uống rượu	Có	4,76 (1,52-14,88)	0,007	4,54 (1,08-19,04)	0,039
Bệnh tim	Có	1,17 (0,42-3,24)	0,768	-	-
Nồng độ Creatinin tối đa (mg/dL)	+1	1,00 (0,99-1,00)	0,104	-	-
Điểm SOFA	+1	1,37 (1,09-1,71)	0,006	1,37 (1,02-1,82)	0,034

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy béo phì làm tăng nguy cơ mắc TALOB, với OR = 1,41 với mỗi 1 kg/m² tăng thêm (KTC 95%: 1,11-1,79), $p = 0,005$. Uống rượu cũng là yếu tố làm TALOB với OR=4,54 (KTC 95%: 1,08-19,04), $p = 0,039$. Với mỗi điểm SOFA tăng thêm 1, ghi nhận OR của TALOB gấp 1,37 lần (KTC 95%: 1,02-1,82).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 60 bệnh nhân sốc nhiễm trùng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025 cho

thấy tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng là 56,7%. Đồng thời, béo phì, uống rượu và điểm SOFA là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng tăng áp lực ổ bụng.

Bệnh nhân sốc nhiễm trùng trong nghiên cứu này có đặc điểm lâm sàng điển hình: độ tuổi trung bình 59,25 tuổi, nam/nữ ~ 1,14, và phần lớn (70%) thuộc nhóm tuổi từ 50 trở lên. Điều này phù hợp với xu hướng toàn cầu về tỷ lệ mắc sốc nhiễm trùng cao ở nhóm tuổi lớn do suy giảm miễn dịch và tích tụ bệnh lý nền [7]. Bệnh nền phổ biến nhất là tim mạch (48,3%). yếu tố này thường liên quan đến suy tuần hoàn và tăng

đề kháng mạch máu, làm gia tăng nguy cơ TALOB. Tỷ lệ béo phì (BMI trung bình 22,5) trong nghiên cứu này thấp hơn so với các nghiên cứu ở khu vực Tây phương, nhưng vẫn đủ để gây ra tác động đáng kể do đặc điểm giải phẫu và sinh lý học của mỡ nội tạng [1].

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ TALOB là 56,7%, tương đồng với kết quả của Malbrain và cộng sự (2007) ở nhóm sốc nhiễm trùng là 51% [2]. Tương tự, tác giả Annika Reintam Blaser và cộng sự thực hiện nghiên cứu tiền cứu đa trung tâm về tỷ lệ hiện mắc và yếu tố nguy cơ của TALOB ở bệnh nhân nặng. Nghiên cứu thực hiện ở 15 Trung tâm điều trị ICU phân bố nhiều nơi trên thế giới và 491 bệnh nhân được đo ALOB tối thiểu 8 giờ/lần. Bệnh nhân có ALOB trung bình $\geq 12\text{mmHg}$ được xác định chẩn đoán TALOB. Tình trạng này xuất hiện ở 34% bệnh nhân điều trị ICU từ ngày đầu tiên và ở 48,9% bệnh nhân trong cả quá trình nghiên cứu [8]. Gần đây, Pereira B và Dorigatti A tiến hành nghiên cứu tình trạng TALOB trên những bệnh nhân sốc nhiễm trùng do các nguyên nhân khác nhau, kết quả ghi nhận tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng là 43,5% [9]. Sự khác biệt này có thể do phương pháp đo IAP (thường xuyên 6 giờ/lần và 8 giờ/lần) và thời điểm đánh giá (trong 48-72 giờ đầu tiên).

Béo phì được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập với OR = 1,41 (KTC 95%: 1,11-1,79), $p = 0,005$ trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương đồng với phân tích của tác giả Swetha Mohan và cộng sự, cho thấy bệnh nhân béo phì có nguy cơ tăng áp lực ổ bụng gấp 8,5 lần ($p < 0,001$). Cơ chế có thể liên quan đến sự tích tụ mỡ nội tạng làm tăng áp lực cơ học, cùng với tình trạng viêm nhiễm do adipokine gây suy giảm tưới máu. Uống rượu có OR = 4,54 (KTC 95%: 1,08-19,04), $p = 0,039$, phản ánh tác động đa chiều của rượu: gây tổn thương gan, suy giảm tổng hợp protein, và kích hoạt hệ thống miễn dịch quá mức. Trong nghiên cứu của Malbrain, bệnh lý gan cũng là yếu tố dự báo TALOB mạnh [10]. Ngoài ra, mỗi điểm SOFA tăng làm tăng nguy cơ TALOB 1,37 lần (OR = 1,37), phù hợp với kết quả của nghiên cứu tiền cứu của De Waele và cộng sự (2011) cho thấy mối liên hệ giữa suy đa cơ quan và TALOB [3]. SOFA phản ánh mức độ suy tuần hoàn vi mô, suy thận, và suy hô hấp - các yếu tố trực tiếp dẫn đến tăng IAP. Trong nghiên cứu này, SOFA trung bình có xu hướng tăng tương ứng với mức độ TALOB, cho thấy giá trị của thang điểm này trong tiên lượng.

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi có một số

hạn chế cần được thảo luận. Nghiên cứu này có ưu điểm trong việc xác định các yếu tố nguy cơ (béo phì, uống rượu, SOFA), nhưng cần mở rộng về các yếu tố khác như bệnh lý phổi, thời gian bù dịch, và loại vi khuẩn gây nhiễm. Hơn nữa, việc không phân tích mối liên hệ giữa TALOB và tiên lượng tử vong hạn chế giá trị ứng dụng lâm sàng. Các nghiên cứu tiếp theo nên kết hợp đánh giá TALOB với các biomarker như lactate, procalcitonin để tối ưu hóa chẩn đoán và điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tăng áp lực ổ bụng là một biến chứng nghiêm trọng ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng, với tỷ lệ 56,7% và liên quan chặt chẽ đến béo phì, uống rượu, và mức độ suy đa cơ quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Almottowa H. A., Nasser M. E., Altamimi M. G., Alfodari F. A., Alsherbi R. K., et al.** Intra-abdominal compartment syndrome: risk factors, complications and treatment. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2022. 9(10), 3937-3941. doi:https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20222386.
2. **Regueira T., Hasbun P., Rebollo J., Galindo J., Aguirre M., et al.** Intraabdominal hypertension in patients with septic shock. *Am Surg*. 2007. 73(9), 865-70.
3. **Pereira B., Dorigatti A., Melek M., Dos Santos J., Ferreira M., et al.** Septic shock patients admitted to the intensive care unit with higher SOFA score tend to have higher incidence of abdominal compartment syndrome - a preliminary analysis. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2019. 51(5), 370-372. doi:10.5114/ait. 2019. 88184.
4. **Singer M., Deutschman C. S., Seymour C. W., Shankar-Hari M., Annane D., et al.** The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Jama*. 2016. 315(8), 801-10. doi:10.1001/jama.2016.0287.
5. **Malbrain M. L., Cheatham M. L., Kirkpatrick A., Sugrue M., Parr M., et al.** Results from the International Conference of Experts on Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. I. Definitions. *Intensive Care Med*. 2006. 32(11), 1722-32. doi:10.1007/s00134-006-0349-5.
6. **Malbrain M. L., Chiumello D., Pelosi P., Wilmer A., Brienza N., et al.** Prevalence of intra-abdominal hypertension in critically ill patients: a multicentre epidemiological study. *Intensive Care Med*. 2004. 30(5), 822-9. doi:10.1007/s00134-004-2169-9.
7. **Peksöz R., Ağırman E., Şentürk F., Albayrak Y., Atamanalp S. S.** A Focus on Intra-Abdominal Sepsis with Biomarkers: A Literature Review. *Eurasian J Med*. 2022. 54(Suppl1), 66-70. doi:10.5152/eurasianjmed.2022.22296.
8. **Reintam Blaser A., Regli A., De Keulenaer B., Kimball E. J., Starkopf L., et al.** Incidence, Risk Factors, and Outcomes of Intra-Abdominal Hypertension in Critically Ill Patients-A Prospective Multicenter Study (IROI Study). *Crit Care Med*.

2019. 47(4), 535-542. doi:10.1097/ccm.0000000000003623.
9. **Dorigatti A., Pereira B., Melek M., Dos Santos J., Teramoto F., et al.** Clinical warning signs for intra-abdominal hypertension in septic shock patients. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2019. 51(3), 200-204. doi:10.5114/ait.2019. 87330.
10. **Pereira R., Buglevski M., Perdigoto R., Marcelino P., Saliba F., et al.** Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome in the critically ill liver cirrhotic patient: prevalence and clinical outcomes. A multicentric retrospective cohort study in intensive care. *PLoS One.* 2021. 16(5), e0251498. doi:10.1371/journal.pone.0251498.

THAY ĐỔI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2024

Lưu Thị Hương Liên¹, Nguyễn Mạnh Khánh¹,
Đỗ Quang Tuyền², Nguyễn Huy Thiệp¹, Nguyễn Văn Học¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau 1 tháng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước tại khoa Phẫu thuật chi trên và y học thể thao, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang 2 thời điểm trước và sau phẫu thuật 1 tháng ở toàn bộ người bệnh phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu từ 02/2024 đến tháng 8/2024. Chất lượng cuộc sống được đánh giá dựa trên bộ câu hỏi KOOS-12 một biểu mẫu ngắn gồm 12 mục cung cấp điểm số theo nội dung cụ thể bao gồm bốn mục Đau, bốn mục Chức năng và bốn mục chất lượng cuộc sống. **Kết quả:** Sau mổ 1 tháng điểm trung bình các mục về đau, chức năng vận động và chất lượng cuộc sống đều tăng, cụ thể là $79,579 \pm 11,339$, $84,746 \pm 11,561$, $83,849 \pm 12,161$ (sự khác biệt điểm trung bình trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$). **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước 1 tháng tại khoa Phẫu thuật chi trên và y học thể thao, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức đã tăng lên so với trước phẫu thuật.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, tái tạo dây chằng chéo trước, sau phẫu thuật

SUMMARY

CHANGES IN THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS BEFORE AND AFTER ARTHROSCOPIC ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2024

Objective: Compare the quality of life of patients before and after 1 month of arthroscopic anterior

cruciate ligament reconstruction at the Department of Upper Limb Surgery and Sports Medicine, Viet Duc University Hospital in 2024. **Research subjects and methods:** Prospective, cross-sectional descriptive study of 2 time points before and after 1 month of surgery in all patients who underwent arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction meeting the criteria during the study period from February 2024 to August 2024. Quality of life was assessed using the KOOS-12 questionnaire, a new 12-item short form that provides content-specific scores including four Pain items, four Function items, and four Quality of Life items. **Results:** 1 month after surgery, the average scores of the items on pain, motor function, and Quality of Life all increased, the subject was $79,579 \pm 11,339$, $84,746 \pm 11,561$, $83,849 \pm 12,161$ (the difference in average scores before and after surgery was statistically significant with $p < 0.01$). **Conclusion:** The quality of life of patients after ACL reconstruction surgery 1 month has increased compared to before surgery. **Keywords:** quality of life, ACL reconstruction, after surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây chằng chéo trước (DCCT) gây mất vững khớp gối, đi lại khó khăn, làm giảm khả năng lao động cũng như các hoạt động thể thao của người bệnh (NB). Nếu không được điều trị kịp thời sẽ gây ra các tổn thương thứ phát như rách sụn chêm, vỡ sụn khớp, gây thoái hoá khớp sớm, hậu quả làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của NB. Vấn đề CLCS và nâng cao CLCS người dân là nội dung chủ yếu trong chiến lược phát triển con người, đã trở thành mục tiêu hàng đầu trong chiến lược phát triển kinh tế xã hội của mọi quốc gia, là vấn đề được quan tâm trên thế giới cũng như Việt Nam [1]. Chính vì vậy, đối với những người bệnh có nhu cầu vận động mạnh, tham gia các hoạt động thể thao, chỉ định phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước là cần thiết. Đặc biệt là những người bệnh dưới 40 tuổi [2].

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Thị Hương Liên

Email: luuhuonglien@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025

Ngày duyệt bài: 28.5.2025