

- mean platelet volume in pediatric Henoch-Schönlein Purpura: a meta-analysis. *Bioengineered*. 2021; 12(1): 286-295.doi: 10.1080/1741-7015-2-7.
6. **Su D, Yang M, Wang X, et al.**(2025). Risk factors for gastrointestinal bleeding in children with Henoch-Schönlein purpura. *Frontiers in pediatrics*. 2025; 13(1587535).doi: 10.3389/fped.2025.1587535.
 7. **Huber AM, King J, McLaine P, et al.**(2004). A randomized, placebo-controlled trial of prednisone in early Henoch Schönlein Purpura [ISRCTN85109383]. *BMC medicine*. 2004; 2(7).doi: 10.1186/1741-7015-2-7.
 8. **Ronkainen J, Koskimies O, Ala-Houhala M, et al** (2006). Early prednisone therapy in Henoch-Schönlein purpura: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The Journal of pediatrics*. 2006; 149(2): 241-7.doi: 10.1016/j.jpeds.2006.03.024.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHỨC NĂNG HÔ HẤP, PHÁT ÂM VÀ NUỐT KHI SỬ DỤNG ống DUY TRÌ LỖ MỞ KHÍ QUẢN DẠNG ÁP THÀNH MONTGOMERY®

Lý Xuân Quang^{1,2}, Trương Thanh Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các kết quả chức năng ở bệnh nhân (BN) sử dụng ống duy trì Montgomery® trên ba phương diện: (1) Hô hấp, thông qua các giai đoạn thích ứng bít ống; (2) Phát âm, thông qua mức độ giao tiếp do BN báo cáo; và (3) Nuốt, thông qua sự hiện diện của các triệu chứng lâm sàng. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu loạt ca trên 18 BN được đặt ống duy trì Montgomery® dài hạn tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 07/2023 đến 07/2025. Dữ liệu lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án (HSBA), và dữ liệu chức năng được thu thập bằng phỏng vấn qua điện thoại theo các thang đo định sẵn. Số liệu được phân tích bằng thống kê mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 18 BN (61,1% nữ), tuổi trung bình $65,0 \pm 14,38$. Về chức năng hô hấp, 9/18 BN (50,0%) đã đạt Giai đoạn 5 (rút ống thành công), và 7/18 BN (38,9%) đang trong các giai đoạn thích ứng bít ống tích cực (Giai đoạn 1-3). Về chức năng phát âm, 10/16 BN (62,5%) báo cáo đạt mức "Giao tiếp thoải mái". Về chức năng nuốt, 3/16 BN (18,8%) có các triệu chứng nuốt khó và/hoặc nuốt vướng. **Kết luận:** Ống duy trì Montgomery® mang lại sự cải thiện đáng kể về chức năng hô hấp và phát âm cho đa số BN, đóng vai trò là một dụng cụ giá trị trong lộ trình phục hồi chức năng và tiến tới rút ống mở khí quản. Các vấn đề về nuốt vẫn còn tồn tại ở một bộ phận BN, gợi ý sự cần thiết của các can thiệp phục hồi chức năng nuốt chuyên sâu.

Từ khóa: Ống duy trì lỗ mở khí quản dạng áp thành, cannula Montgomery® dài hạn, chức năng hô hấp, chất lượng giọng nói, chức năng nuốt.

SUMMARY

ASSESSMENT OF FUNCTIONAL OUTCOMES IN RESPIRATION, PHONATION, AND SWALLOWING WITH THE MONTGOMERY® LONG-TERM CANNULA

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 14.10.2025

Objectives: To evaluate the functional outcomes in patients using the Montgomery® cannula across three domains: (1) Respiration, assessed through Stomal Occlusion Adaptation Stages; (2) Phonation, based on patient-reported communication levels; and (3) Swallowing, based on the presence of clinical symptoms. **Methods:** A retrospective case series was conducted on 18 patients who received a Montgomery® Long-Term Cannula at the University Medical Center Ho Chi Minh City from July 2023 to July 2025. Clinical data were collected from medical records, and functional data were gathered through telephone interviews using predefined scales. **Results:** The study included 18 patients (61.1% female), with a mean age of 65.0 ± 14.38 years. Regarding respiratory function, 9 of 18 patients (50.0%) achieved Stage 5 (successful decannulation), while 7 of 18 patients (38.9%) were in active stages of capping trials (Stages 1-3). The median time to successful decannulation was 2.5 months. Among 16 evaluable patients for functional outcomes, 10 (62.5%) reported a "comfortable communication" level, and 3 (18.8%) experienced symptoms of dysphagia and/or food impaction sensation. **Conclusion:** The Montgomery® cannula provides significant improvements in respiratory and phonation functions for the majority of patients, serving as a valuable tool in the rehabilitative pathway toward tracheostomy decannulation. Swallowing issues persist in a subset of patients, suggesting the need for specialized swallowing rehabilitation interventions.

Keywords: Stoma stent, Montgomery® long-term cannula, respiratory function, voice quality, swallowing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc quản lý BN mang canuyn mở khí quản dài hạn đặt ra nhiều thách thức, không chỉ về gánh nặng chăm sóc mà còn về các ảnh hưởng tiêu cực đến các chức năng sinh lý của đường thở. Canuyn mở khí quản, với một phần ống nằm sâu bên trong lòng khí quản, làm thay đổi luồng khí tự nhiên, cản trở cơ chế ho khạc, ảnh hưởng đến khả năng phát âm và có thể gây kích ứng niêm mạc khí quản.^{1,2}

Để giải quyết những nhược điểm này, ống duy trì lỗ mở khí quản dạng áp thành

Montgomery® (sau đây gọi tắt là ống duy trì – Hình 1) đã được giới thiệu như một giải pháp thay thế ưu việt trong giai đoạn phục hồi chức năng. Thiết kế đặc trưng của ống duy trì là không có thành phần nào đi sâu vào lòng khí quản; thay vào đó, nó chỉ có một vành mỏng áp vào mặt trong của thành trước khí quản để giữ cho lỗ mở không bị đóng lại. Về mặt lý thuyết, thiết kế này giúp giải phóng hoàn toàn luồng khí đi qua dây thanh, tạo điều kiện thuận lợi cho việc phục hồi chức năng phát âm và hô hấp sinh lý, đồng thời cải thiện sự thoải mái cho BN.^{2,3}

Nhiều nghiên cứu trước đây đã chứng minh vai trò quan trọng của ống duy trì như một công cụ an toàn trong quy trình tiến tới rút ống mở khí quản. Các nghiên cứu của Ross và cộng sự¹ cũng như Bayan và Hoffman⁴ đã cho thấy việc sử dụng ống duy trì như một "giai đoạn thử nghiệm" an toàn cho những ca rút ống nguy cơ cao, cho phép đánh giá chính xác khả năng tự thở của BN trước khi quyết định đóng lỗ mở vĩnh viễn. Việc này làm giảm đáng kể nguy cơ của việc rút ống thất bại, vì thao tác đặt lại ống qua lỗ mở có sẵn là rất đơn giản và ít sang chấn.

Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc ứng dụng ống duy trì vẫn còn tương đối mới và các báo cáo còn hạn chế. Đặc biệt, chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống về hiệu quả chức năng của dụng cụ này trên cả ba phương diện quan trọng: hô hấp, phát âm và nuốt. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá các kết quả chức năng này dựa trên các tiêu chí và thang đo được định nghĩa rõ ràng, qua đó cung cấp bằng chứng thực tiễn về giá trị của ống duy trì trong việc phục hồi chất lượng cuộc sống cho BN.



Hình 1: Cấu tạo ống duy trì Montgomery® Dài hạn⁵

A: Nút chặn. B: Vòng đệm an toàn. C: Hệ thống vòng và rãnh. D: Vành trong

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh theo phương pháp hồi cứu HSBA kết hợp phỏng vấn qua điện thoại theo một bộ câu hỏi có cấu trúc.

2.2. Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Dữ liệu được hồi cứu từ tất cả BN được đặt ống duy trì lỗ mở

khí quản Montgomery® Dài hạn từ tháng 07/2023 đến tháng 07/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- **Cỡ mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, thỏa tiêu chuẩn chọn vào, với cỡ mẫu cuối cùng là N=18.

- **Tiêu chuẩn chọn vào:** (1) BN từ 18 tuổi trở lên; (2) Đã được đặt ống duy trì tại khoa trong thời gian nghiên cứu; (3) Có HSBA đầy đủ thông tin cần thiết; (4) Có thể liên lạc được qua điện thoại và đồng ý tham gia phỏng vấn.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) HSBA không đầy đủ thông tin; (2) Không thể liên lạc hoặc BN từ chối tham gia phỏng vấn.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- **Thu thập dữ liệu:** Trọng tâm của nghiên cứu này là đánh giá các kết quả chức năng dựa trên các nhóm biến số chính như sau:

- **Chức năng Hô hấp:** Được lượng giá thông qua biến số "Các giai đoạn thích ứng bịt ống", một thang đo thứ tự 6 bậc (từ 0 đến 5) được định nghĩa dựa trên khả năng dung nạp việc bịt ống của BN trong các bối cảnh sinh hoạt khác nhau. (Bảng 1)

Bảng 1: Các giai đoạn thích ứng bịt ống

Độ	Tên gọi và Tiêu chí phân độ	Định nghĩa hoạt động gợi ý
0	Không thích ứng (không bịt được ống)	Không chịu được việc bịt ống liên tục quá 5 phút
1	Thích ứng với sinh hoạt nhẹ: Chịu được bịt ống >1 giờ khi nghỉ ngơi hoặc thực hiện các hoạt động sinh hoạt cơ bản	Hoạt động tĩnh tại và nhẹ: Ngồi nghỉ, đi lại trong nhà, tự vệ sinh cá nhân, làm việc nhà nhẹ.
2	Thích ứng với vận động nâng cao: Chịu được bịt ống trong khi thực hiện các hoạt động đòi hỏi gắng sức hơn	Hoạt động gắng sức/ngoài trời: Đi bộ nhanh, đi lên cầu thang, hoặc thực hiện công việc thường ngày của họ
3	Thích ứng ban ngày: Chịu được việc bịt ống liên tục trong toàn bộ thời gian thức (>8 giờ)	Thời gian dung nạp kéo dài, cho phép sinh hoạt gần như bình thường suốt cả ngày.
4	Thích ứng toàn thời gian: Chịu được việc bịt ống liên tục 24 giờ, bao gồm cả khi ngủ	Mức độ thích ứng cao nhất, chứng tỏ đường thở ổn định ngay cả khi không có sự kiểm soát của ý thức
5	Hoàn tất (Đã rút ống)	Ống duy trì đã được rút bỏ

- **Chức năng Phát âm:** Được đánh giá qua phỏng vấn và phân loại thành 3 mức độ giao tiếp do BN báo cáo: (1) Giao tiếp thoải mái, (2) Giao

tiếp được, và (3) Giao tiếp hạn chế. (Bảng 2)

Bảng 2: Các mức độ giao tiếp (dựa trên báo cáo của BN)

Mức độ	Tên gọi	Định nghĩa và Tiêu chí Đánh giá	Câu hỏi Gợi ý khi Phỏng vấn
1	Giao tiếp Thoải mái	BN có thể giao tiếp một cách tự nhiên, không cần nỗ lực đáng kể. Lời nói rõ ràng, dễ hiểu và có thể duy trì các cuộc hội thoại dài mà không bị hụt hơi hay mệt mỏi	"Khi nói chuyện, ông/bà có cảm thấy dễ dàng và không cần gắng sức không? Người khác có hiểu rõ những gì ông/bà nói không?"
2	Giao tiếp Được	BN có thể truyền đạt được ý tưởng của mình nhưng đòi hỏi sự gắng sức nhất định. Lời nói có thể bị ngắt quãng, âm lượng không đều, hoặc cần phải dừng lại để lấy hơi. Có thể tham gia các cuộc hội thoại ngắn, nhưng gặp khó khăn với các cuộc trò chuyện kéo dài	"Ông/bà có thể nói thành câu dài không, hay thường phải dừng lại để thở? Khi nói chuyện lâu, ông/bà có cảm thấy mệt không?"
3	Giao tiếp Hạn chế	Việc giao tiếp rất khó khăn và tốn nhiều sức lực. BN chỉ có thể nói được từng từ hoặc các cụm từ rất ngắn. Lời nói khó nghe, khó hiểu, và gần như không thể tham gia vào một cuộc hội thoại thông thường	"Việc nói chuyện có làm ông/bà rất mệt không? Ông/bà thường chỉ nói được từng từ một hay các câu rất ngắn thôi phải không?"

○ Chức năng Nuốt: Được đánh giá bằng cách ghi nhận sự có mặt (Có/Không) của ba triệu chứng lâm sàng: (1) Nuốt đau, (2) Nuốt vướng (cảm giác thức ăn bị mắc kẹt), và (3) Nuốt khó (đòi hỏi nỗ lực nhiều hơn bình thường).

• Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn (hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị). Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 18 BN thỏa các tiêu chuẩn chọn vào, trong đó có 11 nữ (61,1%) và 7 nam (38,9%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $65,0 \pm 14,38$ tuổi. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là $22,20 \pm 2,34$ kg/m². Lý do mở khí quản ban đầu phổ biến nhất là liệt khớp dây thanh hai bên (38,9%), tiếp theo là tiền lượng thở máy kéo dài (27,8%) và hẹp hạ thanh khí quản (22,2%). Đây là nhóm BN có nhiều bệnh lý đi kèm, với 44,4% đối tượng có từ 3 bệnh nền trở lên.

3.2. Kết quả chức năng hô hấp

Bảng 3: Kết quả hô hấp của BN tại thời điểm theo dõi (N=18)

Giai đoạn / Kết cục	Mô tả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn 0	Không bật được ống	0	0
Giai đoạn 1	Thích ứng với sinh hoạt nhẹ	4	22,2
Giai đoạn 2	Thích ứng với vận động gắng sức	1	5,6
Giai đoạn 3	Thích ứng ban ngày	2	11,1
Giai đoạn 4	Thích ứng cả khi ngủ	0	0
Giai đoạn 5	Đã rút ống	9	50,0

Thất bại	Phải thay lại canuyn	1	5,6
Khác	Được phẫu thuật đặt ống T sau đó	1	5,6

Trong nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp thất bại, phải đặt lại canuyn. Một trường hợp đặc biệt khác là BN có tiền căn sẹo hẹp khí quản đã 10 năm và phải mang canuyn liên tục, định kỳ thay mỗi 6-12 tháng. BN này từng được phẫu thuật đặt ống T một lần nhưng thất bại, phải quay lại sử dụng canuyn. Tại cơ sở của chúng tôi, BN được rút canuyn và đặt ống duy trì. Ống duy trì được sử dụng như một giải pháp ngăn hạn trong 4 ngày, trước khi BN được tiến hành phẫu thuật soi treo thanh quản cắt sẹo hẹp hạ thanh môn và đặt ống T thành công sau đó.

3.3. Kết quả chức năng phát âm và nuốt. Trong số 18 BN ban đầu, có 1 ca thất bại phải quay lại sử dụng canuyn và 1 ca chỉ sử dụng ống duy trì ngắn hạn (4 ngày) trước khi được phẫu thuật đặt ống T. Do hai trường hợp này không phản ánh trải nghiệm sử dụng dụng cụ như một giải pháp chức năng dài hạn, các phân tích về chức năng phát âm và nuốt sau đây được thực hiện trên 16 BN còn lại.

Về chức năng phát âm, kết quả phỏng vấn cho thấy sự cải thiện đáng kể ở đa số trường hợp. Cụ thể, có 10/16 BN (62,5%) đạt mức "Giao tiếp thoải mái", 2 BN (12,5%) ở mức "Giao tiếp được", và 4 BN (25%) còn lại ở mức "Giao tiếp hạn chế".

Đối với chức năng nuốt, không có BN nào báo cáo triệu chứng nuốt đau. Ghi nhận có 3/16 BN (18,8%) có triệu chứng nuốt khó và 3/16 BN (18,8%) có cảm giác nuốt vướng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là một trong

những báo cáo đầu tiên tập trung đánh giá hiệu quả trên các phương diện chức năng quan trọng sau khi chuyển từ canuyn mở khí quản sang sử dụng ống duy trì. Các kết quả thu được đã cung cấp những bằng chứng thực tiễn, củng cố giá trị của dụng cụ này không chỉ như một giải pháp thay thế mà còn là một công cụ phục hồi chức năng có giá trị trong thực hành lâm sàng.

Trọng tâm của nghiên cứu này là đánh giá chức năng hô hấp, và kết quả nổi bật nhất là bức tranh phục hồi rất tích cực. Với 50% BN được rút ống thành công và 38,9% đang trong các giai đoạn thích ứng bịt ống tích cực, kết quả này ủng hộ mạnh mẽ vai trò của ống duy trì như một công cụ "giảm bậc" trong quy trình rút ống mở khí quản. Phát hiện này hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu của Bayan và Hoffman⁴, cũng như của Ross và cộng sự¹, vốn xem việc sử dụng ống duy trì là một "bước trung gian" an toàn cho các trường hợp rút ống nguy cơ cao. Trong thực hành tại cơ sở của chúng tôi, thang đo các giai đoạn thích ứng này còn đóng vai trò như một công cụ tiên lượng lâm sàng: những BN đạt đến Giai đoạn 4 (Thích ứng toàn thời gian, bao gồm cả khi ngủ), kết hợp với nội soi đánh giá đường thở thông thoáng, được xem là những ứng cử viên tiềm năng cho việc rút ống thành công. Cơ sở lý luận cho sự thành công này nằm ở chính thiết kế của dụng cụ. Việc không có thành phần nằm trong lòng khí quản cho phép mô phỏng chính xác nhất tình trạng hô hấp sinh lý sau khi rút ống, giúp đánh giá khả năng tự thở của BN một cách khách quan hơn so với việc bịt một canuyn thông thường vốn vẫn gây cản trở đường thở. Điều này tạo ra một "giai đoạn thử nghiệm" an toàn, trong khi vẫn duy trì một lỗ mở sẵn có để có thể can thiệp lại một cách nhanh chóng và không sang chấn nếu cần.^{1,4}

Về chức năng phát âm, việc đa số BN (62,5%) đạt được mức "Giao tiếp thoải mái" đã củng cố bằng chứng thực tiễn cho ưu điểm lý thuyết về mặt thiết kế của ống duy trì. Việc giải phóng hoàn toàn luồng khí đi qua thanh môn cho phép BN phát âm một cách tự nhiên mà không cần đến van tập nói hay thao tác bịt ống phức tạp như khi dùng canuyn truyền thống. Sự cải thiện về giao tiếp, cùng với sự thoải mái và cấu hình gọn nhẹ của dụng cụ, là những yếu tố chính góp phần vào sự hài lòng của BN như đã được ghi nhận trong nghiên cứu của Bayan và Hoffman⁴. Đây là một mục tiêu quan trọng trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống cho nhóm BN mang mở khí quản dài hạn.

Mặt khác, kết quả về chức năng nuốt lại cho thấy một bức tranh phức tạp hơn. Mặc dù đa số

BN không gặp vấn đề, vẫn có một tỷ lệ (3/16 có nuốt khó và 3/16 có nuốt vướng) báo cáo các triệu chứng còn tồn tại. Điều này gợi ý rằng, dù ống duy trì đã loại bỏ được yếu tố cản trở cơ học trực tiếp tại khí quản, nó không giải quyết được triệt để các rối loạn nuốt vốn có của BN. Nguyên nhân của các triệu chứng này có thể bắt nguồn từ chính bệnh lý nền đã dẫn đến việc phải mở khí quản (như các tổn thương thần kinh), hoặc do sự yếu cơ và mất phối hợp của các cấu trúc thanh quản-hầu họng sau một thời gian dài không tham gia vào quá trình nuốt sinh lý. Phát hiện này nhấn mạnh rằng việc phục hồi cho BN mở khí quản đòi hỏi một cách tiếp cận đa chuyên khoa. Bên cạnh việc lựa chọn dụng cụ đường thở phù hợp, sự tham gia của các chuyên gia ngôn ngữ trị liệu để đánh giá và xây dựng chương trình phục hồi chức năng nuốt chuyên biệt là cần thiết.

Nghiên cứu có hạn chế về cỡ mẫu nhỏ tại một trung tâm và việc dựa trên dữ liệu chủ quan, làm hạn chế khả năng khái quát hóa. Do đó, cần có các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và các công cụ đo lường khách quan để củng cố các kết quả này.

V. KẾT LUẬN

Qua hồi cứu loạt ca, ống duy trì lỗ mở khí quản dạng áp thành đã chứng tỏ là một dụng cụ hiệu quả và an toàn, mang lại lợi ích chức năng đáng kể cho BN cần mở khí quản dài hạn.

Về chức năng hô hấp, dụng cụ này đóng vai trò là một công cụ "giảm bậc" giá trị, giúp 50% BN được rút ống thành công và phần lớn các trường hợp còn lại đều trên lộ trình phục hồi tích cực. Về phát âm, đa số BN (62,5%) đã phục hồi khả năng giao tiếp ở mức độ thoải mái, khẳng định ưu điểm của thiết kế không có thành phần trong lòng khí quản. Trong khi đó, các vấn đề về nuốt vẫn còn tồn tại ở một bộ phận BN, cho thấy sự cần thiết của các biện pháp phục hồi chức năng chuyên biệt đi kèm.

Tóm lại, ống duy trì là một lựa chọn quan trọng trong phục hồi chức năng cho BN mở khí quản, giúp cải thiện đáng kể chức năng hô hấp, phát âm và chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ross J, McMurray K, Cameron T, Lanteri C.** Use of a Silicon Stoma Stent as an Interim Step in High-Risk Tracheostomy Decannulation. *OTO open*. 2019;3(1):2473974x19836432.
2. **Montgomery WW, Montgomery SK.** Manual for use of Montgomery laryngeal, tracheal, and esophageal prostheses: update 1990. *The Annals of otology, rhinology & laryngology Supplement*. 1990;150:2-28.

3. Lavelle WG, Montgomery WW, Jacobs EE, Jr. Silicone tracheal cannula. Update. The Annals of otology, rhinology, and laryngology. 1987; 96(4):446-448.
4. Bayan S, Hoffman HT. Indications and outcomes for use of Montgomery cannulas. JAMA

otolaryngology-- head & neck surgery. 2015;141(2):142-147.

5. Boston Medical Products, Inc. Montgomery Long-Term Cannula: Instructions for Use. Boston Medical Products; 2022. Accessed July 25, 2025.

NGUYÊN NHÂN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THANH BA

Lê Quốc Tuấn¹, Đinh Công Tiếp²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nguyên nhân và đánh giá các yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến mức độ nặng của viêm tụy cấp (VTC) tại Trung tâm Y tế huyện Thanh Ba. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 36 bệnh nhân VTC từ 02/2023 đến 11/2024. Chẩn đoán dựa theo tiêu chuẩn Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG). Các yếu tố tiên lượng gồm tuổi, giới, xét nghiệm sinh hóa và thang điểm BISAP. **Kết quả:** Nguyên nhân chính: Rượu (38,9%), sỏi mật (27,9%), tăng triglycerid (16,6%). Mức độ nặng: 19,4% bệnh nhân có BISAP ≥ 3 . Yếu tố tiên lượng: Tuổi ≥ 60 , giới nam, bạch cầu > 15 G/L, CRP ≥ 150 mg/L liên quan đến VTC nặng ($p < 0,05$). Biến chứng: Suy thận cấp (11,1%), suy hô hấp cấp (8,3%), hoại tử tụy (5,6%). **Kết luận:** Rượu là nguyên nhân hàng đầu gây VTC. Các yếu tố tiên lượng như tuổi, giới tính, bạch cầu và CRP giúp đánh giá mức độ nặng VTC. **Từ khóa:** Viêm tụy cấp, nguyên nhân, tiên lượng, BISAP.

SUMMARY

CAUSES AND PROGNOSTIC FACTORS OF ACUTE PANCREATITIS PATIENTS AT THANH BA MEDICAL CENTER

Objective: To determine the causes and evaluate prognostic factors affecting the severity of acute pancreatitis (AP) at Thanh Ba Medical Center. **Subjects and Methods:** A prospective cross-sectional study on 36 AP patients from February 2023 to November 2024. Diagnosis was based on the American College of Gastroenterology (ACG) criteria. Prognostic factors included age, gender, biochemical tests, and the BISAP score. **Results:** Main causes: Alcohol (38.9%), gallstones (27.9%), hypertriglyceridemia (16.6%). Severity: 19.4% of patients had BISAP ≥ 3 . Prognostic factors: Age ≥ 60 , male gender, white blood cell count > 15 G/L, and CRP ≥ 150 mg/L were associated with severe AP ($p < 0.05$). Complications: Acute kidney injury (11.1%),

acute respiratory distress syndrome (8.3%), pancreatic necrosis (5.6%). **Conclusion:** Alcohol is the leading cause of AP. Prognostic factors such as age, gender, white blood cell count, and CRP are valuable in assessing AP severity. **Keywords:** Acute pancreatitis, causes, prognosis, BISAP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là bệnh lý viêm cấp tính của tuyến tụy, thường gặp trong cấp cứu tiêu hóa. Tỷ lệ mắc VTC dao động từ 13-45 ca trên 100.000 dân mỗi năm [1]. Tại Việt Nam, VTC chiếm khoảng 10-20% số ca nhập viện cấp cứu tiêu hóa [2]. Bệnh có thể diễn tiến từ mức độ nhẹ, tự hồi phục đến thể nặng, gây suy đa tạng.

Tỷ lệ tử vong phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh. VTC nhẹ có tỷ lệ tử vong dưới 1%, nhưng thể nặng có thể lên đến 20-30% [3]. Nếu xuất hiện nhiễm trùng hoại tử tụy, tỷ lệ tử vong có thể lên đến 50% [4]. Biến chứng thường gặp gồm suy thận cấp (11,1%), suy hô hấp cấp (8,3%) và hoại tử tụy (5,6%) [5].

Nguyên nhân VTC chủ yếu là sỏi mật (35-40%), rượu (30%) và tăng triglycerid máu [6]. Việc xác định nguyên nhân giúp điều trị hiệu quả và phòng ngừa tái phát. Các thang điểm tiên lượng như Ranson, BISAP có vai trò quan trọng trong đánh giá mức độ nặng của bệnh [7]. Điểm BISAP ≥ 3 có độ nhạy 78% và độ đặc hiệu 90% trong tiên lượng VTC nặng [8]. Nghiên cứu này góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: "Xác định các nguyên nhân thường gặp của viêm tụy cấp tại Trung tâm Y tế Thanh Ba. Đánh giá một số yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh nhân viêm tụy cấp."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 36 bệnh nhân được chẩn đoán là VTC điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Thanh Ba từ tháng 2/2023 đến tháng 11/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 18

¹Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Tỉnh Phú Thọ

²Trung tâm Y tế huyện Thanh Ba

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: tuanpk103ck@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025