

thuật cắt bè gồm xuất huyết dưới kết mạc và xuất huyết tiền phòng. Biến chứng xuất huyết tiền phòng thường là do phục hồi dòng chảy thông giữa khoang dưới củng mạc và dưới kết mạc với tiền phòng do đó khi nhãn áp xuống thấp máu từ khoang dưới kết mạc trào ngược trở lại tiền phòng, chứ không phải do xuất huyết xuất phát từ mạch máu của các cấu trúc tiền phòng. Và dù là mắt có biến chứng xuất huyết dưới kết mạc hay xuất huyết tiền phòng thì máu cũng tiêu hoàn toàn sau 2 tuần, không để lại di chứng. Trong loạt ca lâm sàng này chúng tôi không gặp những biến chứng có thể gặp trong khi thực hiện sửa sẹo bong bằng kim như kẹt mỡ mắt, bong hắc mạc, thủng sẹo bong.

V. KẾT LUẬN

Sửa sẹo bong bằng kim là kỹ thuật đơn giản, ít biến chứng, có thể thực hiện tại sinh hiển vi. Kỹ thuật này nên được cân nhắc là một lựa chọn điều trị bệnh nhân glôcôm góc mở đã phẫu thuật cắt củng mạc sâu và laser khoan góc tiền phòng nhãn áp không điều chỉnh với tối đa các thuốc điều trị nội khoa mà bệnh nhân có thể dung nạp được. Tuy nhiên do đây là loạt ca lâm sàng với cỡ mẫu nhỏ do đó để kết quả có ý nghĩa thống kê hơn cần tiến hành nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lachkar Y, Neverauskiene J, Jeanteur-Lunel MN, et al.** Nonpenetrating deep sclerectomy: a 6-year retrospective study. *Eur J Ophthalmol.* 2004;14(1):26-36. doi:10.1177/112067210401400105
2. **Anand N, Pilling R.** Nd:YAG laser goniopuncture after deep sclerectomy: outcomes. *Acta Ophthalmol.* 2010;88(1):110-115. doi:10.1111/j.1755-3768.2008.01494.x
3. **Penaud B, Leleu I, Laplace O, Akesbi J, Blumen-Ohana E, Nordmann JP.** Outcomes of Laser Goniopuncture Following Nonpenetrating Deep Sclerectomy With Mitomycin C: A Large Retrospective Cohort Study. *J Glaucoma.* 2019;28(1):51-55. doi:10.1097/IJG.0000000000001104
4. **Di Matteo F, Bettin P, Fiori M, Ciampi C, Rabiolo A, Bandello F.** Nd:Yag laser goniopuncture for deep sclerectomy: efficacy and outcomes. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2016;254(3):535-539. doi:10.1007/s00417-016-3271-8
5. **Mavranakas N, Mendrinou E, Shaarawy T.** Postoperative IOP is related to intrascleral bleb height in eyes with clinically flat blebs following deep sclerectomy with collagen implant and mitomycin. *Br J Ophthalmol.* 2010;94(4):410-413. doi:10.1136/bjo.2008.150318
6. **Koukkoulli A, Musa F, Anand N.** Long-term outcomes of needle revision of failing deep sclerectomy blebs. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2015;253(1):99-106. doi:10.1007/s00417-014-2810-4
7. **Thư viện Đại Học Y.** Accessed March 24, 2022. <http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/bo oks/52d806fa-9ccb-4b2e-8124-7d661880b2b4/2021/07/13/202107131412-b35f1450-810f-49e4-a9ce-88ffea3c70fb/FullPreview&TotalPage=113&ext=jpg#page/1/mode/2up>
8. **Aptel F, Dumas S, Denis P.** Ultrasound biomicroscopy and optical coherence tomography imaging of filtering blebs after deep sclerectomy with new collagen implant. *Eur J Ophthalmol.* 2009;19(2):223-230. doi:10.1177/112067210901900208

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI TẠI CỘNG ĐỒNG ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Lê Văn Thêm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở khoa Hô hấp bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang **Kết quả nghiên cứu:** Triệu chứng cơ năng thường gặp là ho (98%), khạc đờm (80%), khó thở (66%), sốt (48%), đau ngực (48%).; Đa số bệnh nhân không sốt (52%) tiếp đến là sốt nhẹ (24%), sốt

cao chỉ chiếm 6%; Tính chất sốt chủ yếu là sốt cơn (30%); Đa số bệnh nhân ho có đờm (80%), đờm có màu trắng đục (52,5%); Bệnh nhân có khó thở nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 38%, tiếp theo là không khó thở (32%), khó thở nặng (18%) và khó thở vừa (12%); Các hội chứng gặp ở bệnh nhân là hội chứng đông đặc (30%), hội chứng 3 giảm (18%), tam chứng galliard (4%). **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng thường gặp là ho (98%), khạc đờm (80%), khó thở (66%), sốt (48%), đau ngực (48%). Các hội chứng gặp ở bệnh nhân là hội chứng đông đặc (30%), hội chứng 3 giảm (18%), tam chứng galliard (4%).

*Trường đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.3.2022

Ngày duyệt bài: 7.3.2022

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA PATIENTS TREATED

AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT OF SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

Purpose: To describe the clinical characteristics of community-acquired pneumonia patients treated at the Respiratory Department of Saint Paul General Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study. **Results:** The common physical syndromes were cough (98%), sputum production (80%), shortness of breath (66%), fever (48%), chest pain (48%); most patients had no fever (52%), mild fever (24%), and only 6% high fever; the property of fever is mainly bout of fever (30%); most patients cough with sputum (80%), sputum is milky (52.5%); patients with mild dyspnea accounted for the highest rate with 38%, no dyspnea (32%), severe dyspnea (18%) and moderate dyspnea (12%); The syndromes encountered in the patient were coagulation syndrome (30%), reduced-three syndrome (18%), and galliard triad (4%). **Conclusion:** The common physical symptoms were cough (98%), sputum production (80%), shortness of breath (66%), fever (48%), and chest pain (48%). The syndromes encountered in the patient were coagulation syndrome (30%), reduced-three syndrome (18%), and galliard triad (4%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải từ cộng đồng hay viêm phổi cộng đồng (VPMPTCĐ) là một bệnh thường gặp và hiện tại vẫn là một trong những căn nguyên chính gây tử vong trên thế giới. Tại Mỹ, viêm phổi đứng hàng thứ 6 trong số các căn nguyên gây tử vong và là nguyên nhân tử vong số 1 trong số các bệnh truyền nhiễm [1]. Hàng năm tại Mỹ có từ 2 triệu tới 3 triệu trường hợp viêm phổi, trong đó khoảng 20% các bệnh nhân phải nhập viện, và có tới 14% số bệnh nhân này tử vong [2]. Tại Anh, tỷ lệ viêm phổi mắc phải cộng đồng phải nhập viện dao động trong khoảng 1,1 đến 2,7/1000 dân số trẻ tuổi mỗi năm nhưng tăng lên 13,21/1000 dân số trên 55 tuổi. Tại Nhật Bản hàng năm có từ 57-70/100000 người tử vong do viêm phổi, và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 4. Phần lớn các trường hợp VPMPTCĐ được theo dõi điều trị ngoại trú, nhưng có khoảng 20% số bệnh nhân cần phải nhập viện điều trị. 10% bệnh nhân điều trị nội trú có biểu hiện viêm phổi nặng và cần phải điều trị tại khoa Hồi sức tích cực. Tỷ lệ tử vong của viêm phổi nặng có thể lên tới 50% [8].

Ở Việt Nam, viêm phổi chiếm 12% các bệnh phổi. Trong số 3606 bệnh nhân điều trị tại khoa Hô Hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1996-2000 có 345 (9,57%) bệnh nhân viêm phổi, đứng thứ 4 trong số bệnh nhân đến điều trị tại khoa [2].

Việc xác định các triệu chứng lâm sàng giúp chẩn đoán sớm bệnh VPMPTCĐ, giúp đưa ra phương pháp điều trị hiệu quả và kịp thời. Vì vậy

chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở khoa Hô hấp bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

***Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở khoa Hô hấp bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

***Tiêu chuẩn chẩn đoán VPMPTCĐ:** Theo Hội nghị đồng thuận giữa hội lồng ngực Mỹ và Nhiễm trùng Mỹ.

– Một tổn thương mới xuất hiện trên phim chụp X-quang ngực, tổn thương một hoặc hai bên phổi.

– Bệnh nhân có kèm theo một hoặc nhiều các biểu hiện cấp tính của đường hô hấp như:

+ Ho mới xuất hiện hoặc gia tăng, có thể ho khan hoặc ho có đờm.

+ Khạc đờm với sự thay đổi tính chất và màu sắc của đờm (đục, xanh, vàng).

+ Khó thở

+ Sốt trên 38^oC hoặc có thể kèm theo hạ nhiệt độ (36^oC).

+ Có hội chứng đông đặc hoặc có ral ẩm hoặc ral nổ

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

– Trên 18 tuổi.

– Được chẩn đoán xác định viêm phổi mắc phải tại cộng đồng trong 48h đầu nhập viện.

– Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

– Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

– Các bệnh nhân có rối loạn tâm thần, cảm điếc, không thể trả lời phỏng vấn

– Các bệnh nhân nằm viện trong khoảng thời gian 14 ngày trước khi có biểu hiện triệu chứng bệnh.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

– Nghiên cứu được thực hiện tại khoa nội Hô hấp tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

– Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2021 đến tháng 4/2021.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 50 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu

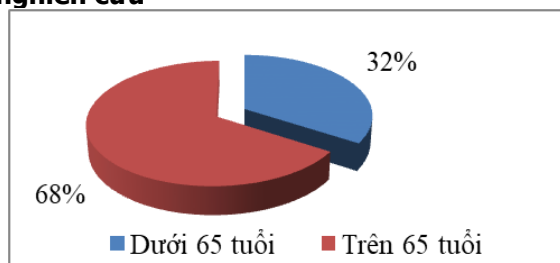
2.3.3. Kỹ thuật thu thập thông tin: Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh và ghi lại theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.3.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu

được nhập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trong số 50 bệnh nhân VPMPTCĐ, nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 68%.

Bảng 3.1: Thông tin chung về giới tính của ĐTN

Giới tính	n (người)	Tỷ lệ (%)
Nam	25	50
Nữ	25	50
Tổng	50	100

Nhận xét: Tỷ lệ về giới tính của các đối tượng tham gia nghiên cứu là ngang bằng nhau.

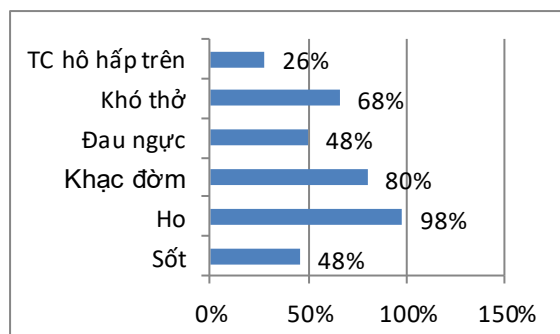
Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Học sinh, sinh viên	3	6
Tự do	4	8
Công nhân	3	6
Người già (cán bộ hưu trí)	34	68
Nông dân	6	12
Tổng	50	100

Nhận xét: Theo bảng 3.2, cho thấy nghề nghiệp chủ yếu trong VPMPTCĐ là người già (66%).

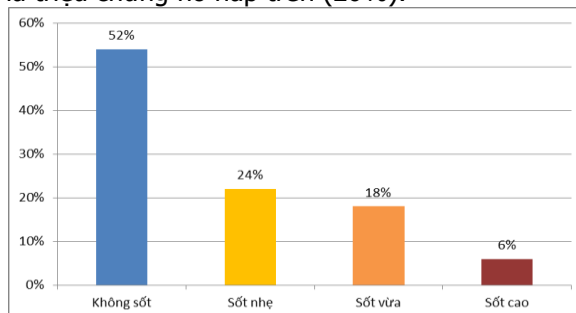
3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân VPMPTCĐ

3.2.1. Triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 3.2: Các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân VPMPTCĐ

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp nhất là ho chiếm tỉ lệ cao nhất 98%, tiếp theo lần lượt là các triệu chứng khạc đờm (80%), khó thở (68%), sốt (48%), đau ngực (48%) và thấp nhất là triệu chứng hô hấp trên (26%).



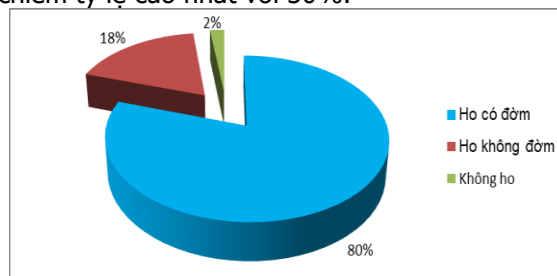
Biểu đồ 3.3: Triệu chứng sốt của bệnh nhân VPMPTCĐ

Nhận xét: Triệu chứng không sốt chiếm tỉ lệ cao nhất là 52% và thấp nhất là triệu chứng sốt cao (6%).

Bảng 3.3: Tính chất sốt của bệnh nhân VPMPTCĐ

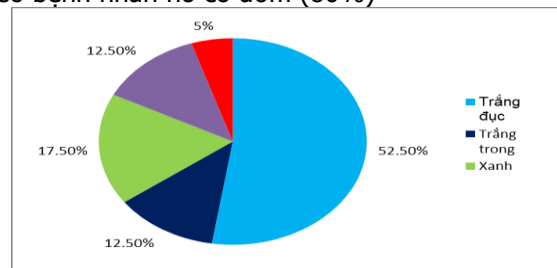
Kiểu sốt	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt cơn	15	30
Sốt liên tục	6	12
Sốt chu kì	3	6
Không sốt	26	52
Tổng	50	100

Nhận xét: Theo bảng trên, kiểu sốt cơn chiếm tỷ lệ cao nhất với 30%.



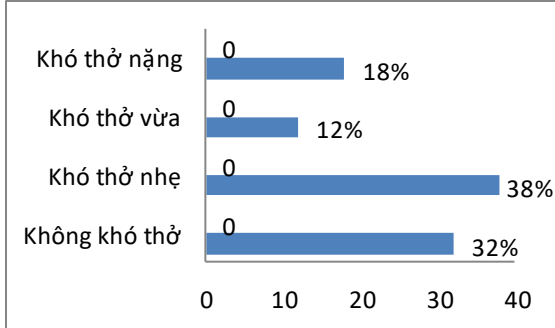
Biểu đồ 3.4: Tính chất ho của bệnh nhân VPMPTCĐ

Nhận xét: Trong 50 bệnh nhân VPMPTCĐ đa số bệnh nhân ho có đờm (80%)



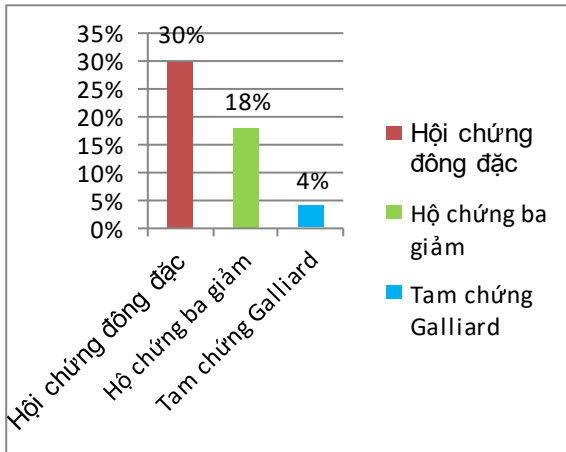
Biểu đồ 3.5: Tính chất đờm của bệnh nhân VPMPTCĐ

Nhận xét: Trong số 40 bệnh nhân có triệu chứng ho có đờm, thì màu sắc đờm có màu trắng đục chiếm tỷ lệ cao nhất 52.5%, màu đờm gỉ sắt chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5%.



Biểu đồ 3.6. Mức độ khó thở của bệnh nhân VPMPTCĐ

Nhận xét: Bệnh nhân có khó thở nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 38%, tiếp theo là không khó thở (32%), khó thở nặng (18%) và khó thở vừa (12%) có tỷ lệ thấp nhất.



Biểu đồ 3.7: Các hội chứng hô hấp

Nhận xét: Hội chứng đông đặc chiếm tỉ lệ cao nhất là 30%, thấp nhất là tam chứng galliard với tỉ lệ 4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu. Về tuổi, trong số 50 bệnh nhân VPMPTCĐ được chọn vào nghiên cứu, các bệnh nhân trên 65 tuổi chiếm đa số (68%), cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân trong các nhóm tuổi khác (bảng 3.1) và tỉ lệ giới tính là như nhau đều chiếm 50%. Các kết quả nghiên cứu gần đây đều cho thấy tỷ lệ người già mắc VPMPTCĐ đang ngày càng gia tăng và đây là vấn đề hiện đang được đặc biệt quan tâm. Tình trạng bệnh lí nền, vấn đề dinh dưỡng và các rối loạn về ruột liên

quan đến tuổi già được cho là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mới mắc VPMPTCĐ.

Trong một nghiên cứu VPMPTCĐ ở các bệnh nhân trên 65 tuổi tại Mỹ, tỷ lệ mắc viêm phổi là 18,3/1000 người, tỷ lệ này tăng lên theo tuổi (từ 8,4/1000 dân ở độ tuổi từ 65-69 tuổi tăng lên 48,5/1000 dân ở độ tuổi trên 90) [8].

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Trịnh Trung Hiếu trên 649 bệnh nhân VPMPTCĐ ở 16 bệnh viện trên toàn quốc năm 2011, phần lớn bệnh nhân là người già, tuổi trung vị là 68 tuổi. Một nghiên cứu khác của Takahashi K, nghiên cứu về VPMPTCĐ tại Khánh Hòa, Việt Nam năm 2009-2010 cho thấy, tỷ lệ mới mắc VPMPTCĐ ở nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi là 4,6/1000dân/năm, cao gấp 10 lần so với nhóm bệnh nhân trẻ tuổi [7].

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng thường gặp của viêm phổi là ho (98%), khạc đờm (80%), khó thở (68%), sốt (48%), đau ngực (48%). Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch Mai với các triệu chứng thường gặp của VPMPTCĐ là ho (94,7%), khạc đờm (86,8%), sốt (86,8%) và đau ngực (47,4%) [3]; cũng tương tự kết quả của Tạ Thị Diệu Ngân (2016) tại bệnh viện Nhiệt đới trung ương với các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong VPMPTCĐ là ho (93,66%), sốt (83,1%), khạc đờm (76,76%), rét run (62,14%), đau ngực (57,45%) [5] và cũng tương tự kết quả của nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm phổi trên 65 tuổi điều trị tại khoa hô hấp bệnh viện Bạch Mai năm 2008 của Trần Hoàng Thành với ho (87%), khạc đờm (62%), khó thở (73%), đau ngực (39%) [6].

Trong triệu chứng ho (98%) phần lớn là ho có đờm chiếm 80%, kết quả này có sự khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Trần Hoàng Thành là ho là 87% phần lớn ho khạc đờm (62%), ho khan (25%) [6]

Trong triệu chứng khó thở (68%), thì khó thở nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (38%) tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Hoàng Thành là khó thở (73%) trong đó khó thở nhẹ là (41%) [6].

Trong triệu chứng sốt (48%) thì sốt nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 24% thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Hoàng Thành là sốt 76% [6].

Tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng đông đặc (30%), hội chứng 3 giảm (18%), kết quả nghiên cứu này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi [3] và Nguyễn Đăng Tổ cùng cộng sự [4].

Hội chứng đông đặc được xem như điển hình trong viêm phổi thùy, sau đó là các tổn thương như ral ẩm, ral nổ, một số trường hợp do phản ứng viêm có thể tiết dịch và gây tràn dịch màng phổi. Điều này có thể do nhóm vi khuẩn không điển hình gây ra ngày càng gia tăng, do vậy những biểu hiện điển hình của viêm phổi cũng không còn đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

- Triệu chứng cơ năng thường gặp trong VPMPCTĐ ho (98%), khạc đờm (80%), khó thở (66%), sốt (48%), đau ngực (48%).

- Đa số bệnh nhân không sốt (52%) tiếp đến là sốt nhẹ (24%), sốt cao chỉ chiếm 6%

- Tính chất sốt chủ yếu là sốt cơn (30%)

- Đa số bệnh nhân ho có đờm (80%), đờm có màu trắng đục (52,5%)

- Bệnh nhân có khó thở nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 38%, tiếp theo là không khó thở (32%), khó thở nặng (18%) và khó thở vừa (12%)

- Các hội chứng gặp ở bệnh nhân là hội chứng đông đặc (30%), hội chứng 3 giảm (18%), tam chứng galliard (4%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Đạt Anh và cộng sự (2012)**, Viêm phổi, Nhà xuất bản Y học, p 14-41.
2. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Thanh Hội, Trần Thu Thủy (2005)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại khoa hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học thực hành, số 513/2005, p 126-131.
3. **Nguyễn Thanh Hội (2003)** Nghiên cứu đặc điểm

lâm sàng và vi khuẩn học của viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn hiếu khí điều trị tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Nguyễn Đăng Tố, Nguyễn Văn Chi, Đỗ Ngọc Sơn (2017)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của thang điểm CURB 65 trong bệnh nhân phân tầng nguy cơ bệnh nhân VPMPCTĐ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 7, số 2 –tháng 4/2017.
5. **Tạ Thị Diệu Ngân (2016)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của Viêm phổi mắc phải cộng đồng, truy cập ngày 12/11/2018 tại trang web: <http://luanvan123.info/threads/nghien-cuu-dac-diem-lam-sang-can-lam-sang-va-can-nguyen-cua-viem-phoi-mac-phai-tai-cong-dong.66635/>
6. **Trần Hoàng Thành (2008)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm phổi trên 65 tuổi tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch Mai, truy cập ngày 20/11/2018 tại trang web: <https://123doc.org/document/1974191-nghien-cuu-dac-diem-lam-sang-can-lam-sang-o-benh-nhan-viem-phoi-tren-65-tuoi-dieu-tri-tai-khoa-ho-hap-benh-vien-bach-mai-nam-2008.htm>
7. **H. T. Trinh, P. H. Hoang, M. Cardona-Morrell và cộng sự (2015)**, Antibiotic therapy for inpatients with community-acquired pneumonia in a developing country, Pharmacoepidemiol Drug Saf, 24 (2), 129-136.
8. **V. Kaplan, D. C. Angus, M. F. Griffin và cộng sự (2002)**, Hospitalized community-acquired pneumonia in the elderly: age- and sex-related patterns of care and outcome in the United States, Am J Respir Crit Care Med, 165 (6), 766-772.
9. **W .S. Lim, S. V. Baudouin, R. C. George và cộng sự (2009)**, BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009, Thorax, 64 Supply, p 55.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH SỢ NÃO CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ BỆNH LÝ TIM MẠCH

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Lê Thị Thúy Hồng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não hay gặp nhất chiếm tới 85% Đột quỵ não. Nhồi máu não do bệnh lý tim mạch khoảng 15%. Đối với bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch đặc điểm lâm sàng cũng như hình ảnh học càng phong phú hơn. **Mục tiêu:** Mô tả một

số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não của bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thu nhận được 86 bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch điều trị nội trú tại khoa Thần kinh và Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch mai từ tháng 08 năm 2014 đến tháng 08 năm 2015. Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân từ 50 đến 70 tuổi có bệnh lý tim mạch mắc nhồi máu não chiếm 43%, trong đó tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ. Thời gian mắc bệnh tim trung bình là 3,64 năm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân đến viện trong tuần đầu bị bệnh, chiếm 98,8%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là: liệt nửa người 89,7%, nhức đầu 81,4% và rối loạn ý thức 57%. Triệu chứng ít gặp là nôn, có 8 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 9,3%.

¹Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược ĐHYQG HN.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 10.3.2022