

V. KẾT LUẬN

Nồng độ 25-hydroxyvitamin D huyết tương ở đối tượng có hội chứng chuyển hóa là $21,7 \pm 4,8$ ng/ml, tỷ lệ giảm 25-hydroxyvitamin D huyết tương là 84,7%.

Có mối tương quan nghịch giữa nồng độ 25-hydroxyvitamin D huyết tương với vòng bụng, BMI, cholesterol toàn phần, triglycerid, giảm HDL-C, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và HbA1C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krentz AJ, Scuteri A (2017)**, "Insulin resistance and the metabolic syndrome", *Diabetes in Old Age*, pp. 177-212.
2. **Kunii D, Hung NTK, Sakai T, Yamamoto S et al (2005)**, "The metabolic syndrome: prevalence and risk factors in the urban population of Ho Chi Minh City", *Diabetes research and clinical practice*. 67 (3), pp. 243-250.
3. **Binh TQ, Phuong PT, Nhung BT (2014)**, "Metabolic syndrome among a middleaged population in the Red River Delta region of Vietnam", *BMC endocrine disorders*. 14 (1), pp. 77.
4. **Nguyễn Thị Hường, Đoàn Phước Thuộc, Lê Văn Chí (2018)**, Giá trị của vòng bụng và tỷ vòng bụng/vòng hông trong tiên đoán hội chứng chuyển hóa của người dân tại hai xã của huyện Quảng Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế, *Tạp chí Y Dược học*, tập 8, số 6, tr 27-33.
5. **Assessment UENC for E. Insulin Resistance in Obesity**. Published March 15, 2009. Accessed May 10, 2022. https://hero.epa.gov/hero/index.cfm/reference/details/reference_id/7416341
6. **Szymczak-Pajor I, Śliwińska A (2019)**, "Analysis of Association between Vitamin D Deficiency and Insulin Resistance", *Nutrients*. 11 (4), pp. 794.
7. **Fu J, Han L, Zhao Y, Li G, Zhu Y, Li Y et al (2018)**, "Vitamin D levels are associated with metabolic syndrome in adolescents and young adults: The BCAMS study", *Clinical Nutrition*. 38 (5), pp. 2161-2167.
8. **Mitri J, Nelson J, Ruthazer R, Garganta C, Nathan DM, Hu FB et al (2014)**, "Plasma 25-hydroxyvitamin D and risk of metabolic syndrome: an ancillary analysis in the Diabetes Prevention Program", *European journal of clinical nutrition*. 68 (3), pp. 376.
9. **Gagnon C, Lu ZX, Magliano DJ, Dunstan DW, Shaw JE, Zimmet PZ et al (2012)**, "Low serum 25-hydroxyvitamin D is associated with increased risk of the development of the metabolic syndrome at five years: results from a national, population-based prospective study (The Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study: AusDiab)", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 97 (6), pp. 1953-1961.
10. **Lu Y, Liu M, Pei Y, Li J, Tian H, Cheng X et al (2015)**, "Low levels of serum 25-hydroxyvitamin D and risk of metabolic syndrome in China", *International journal of clinical and experimental medicine*. 8 (8), pp. 13790.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM PHỔI Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐIỆN RỘNG TẠI TRUNG TÂM ĐỘT QUY - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Ngọc Hoà¹, Đào Thanh Lưu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi là biến chứng thường gặp của đột quy não, đặc biệt là nhồi máu não điện rộng và là một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn tới tử vong sau đột quy não. Bởi vậy, việc dự phòng và điều trị viêm phổi cần được chú trọng để cải thiện tiên lượng của bệnh nhân đột quy não. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định một số yếu tố nguy cơ của viêm phổi ở bệnh nhân nhồi máu não điện rộng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 172 bệnh nhân nhồi máu não điện rộng bao gồm 2 nhóm: nhóm viêm phổi (n =

101) và nhóm không viêm phổi (n = 71). **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $73,76 \pm 9,54$, điểm Glasgow trung bình và điểm NIHSS trung bình lần lượt là $12,38 \pm 1,72$ và $15,07 \pm 4,50$. Căn nguyên vi sinh của nhóm viêm phổi bao gồm 79,2% không rõ căn nguyên, Klebsiella 6.93%, E. coli 6,94%, Acinetobacter baumannii 4.95%, MRSA 1.98%. Các yếu tố nguy cơ của viêm phổi ở bệnh nhân nhồi máu não điện rộng bao gồm: tuổi ≥ 80 (OR = 9,578, 95%CI 3,58-25,67), điểm Glasgow < 13 (PR = 3,06, 95%CI 2,28-4,12), điểm NIHSS ≥ 12 (PR = 10,87, 95%CI 3,64-32,57), điểm ASPECTS < 6 (PR = 1,62, 95%CI 1,29-2,04), rối loạn nuốt (PR = 16,22, 95%CI 2,37-110,8) và nhồi máu bán cầu não Trái (PR = 3,16, 95%CI 2,17-4,6). **Kết luận:** Các yếu tố như tuổi cao hơn, nhồi máu não có biểu hiện lâm sàng nặng nề hơn, tổn thương rộng hơn trên hình ảnh học và rối loạn nuốt có thể giúp dự báo nguy cơ viêm phổi ở bệnh nhân nhồi máu não điện rộng.

Từ khóa: Viêm phổi, nhồi máu não điện rộng, nhồi máu não, yếu tố nguy cơ.

**Trung tâm Đột quy, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, tỉnh Nghệ An*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Hòa

Email: nguyen.ngochoa.47s@kyoto-u.jp

Ngày nhận bài: 5.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2022

Ngày duyệt bài: 6.6.2022

SUMMARY**RISK FACTORS FOR DEVELOPING PNEUMONIA IN PATIENTS WITH LARGE INFARCTION AT STROKE CENTER, NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL**

Background: Pneumonia is a common complication of stroke, especially in large infarctions and is a leading cause of death after a stroke. As a result, it is crucial to focus on pneumonia prevention and care in order to improve the prognosis of stroke patients. This study aimed to investigate the risk factors of pneumonia following a large infarction. **Methods:** This cross-sectional study involved 172 patients with large infarction, comprising 101 pneumonia patients and 71 non-pneumonia patients. **Results:** The mean age of patients was $73,76 \pm 9,54$, their mean GCS and NIHSS were $12,38 \pm 1,72$ and $15,07 \pm 4,50$, respectively. *Klebsiella* 6.93%, *E. coli* 6.94%, *Acinetobacter baumannii* 4.95%, MRSA 1.98%, and unknown cause 79,2% were the microbial etiologies of pneumonia. Our findings revealed several risk factors for pneumonia in patients with large infarction: age 80 (OR = 9,578, 95% CI 3,58-25,67), GCS 13 (PR = 3,06, 95% CI 2,28-4,12), NIHSS 12 (PR = 10,87, 95% CI 3,64-32,57), ASPECTS 6 (PR = 1,62, 95% CI 1,29-2,04), dysphagia (PR = 16,22, 95% CI 2,37-110). **Conclusions:** Older age, a more severe ischemic stroke, a larger infarct lesion on imaging, and dysphagia may all help predict the incidence of pneumonia after a massive infarction.

Keywords: pneumonia, large infarction, ischemic stroke, risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não, đặc biệt là nhồi máu não diện rộng tiềm ẩn nhiều yếu tố nguy cơ viêm phổi như suy giảm sức đề kháng, rối loạn nuốt, nằm lâu do hạn chế vận động, thông khí cơ học. Theo các thống kê, viêm phổi là biến chứng thường gặp của đột quỵ não, với tỷ lệ mắc phải ước tính từ 5-30% [1]. Viêm phổi không những làm kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng chi phí điều trị mà còn là yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn tới tử vong và tàn phế sau đột quỵ. Bởi vậy, việc tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của viêm phổi ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng sẽ cung cấp các công cụ hữu ích nhằm xác định đối tượng dễ bị ảnh hưởng, giúp phân bổ nguồn lực y tế tương xứng và đề xuất các chiến lược dự phòng cá thể hoá phù hợp, từ đó cải thiện tiên lượng, kết cục của bệnh nhân.

Tại Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, bên cạnh các kỹ thuật điều trị tái thông tiên tiến, công tác hồi sức và chăm sóc bệnh nhân, trong đó có dự phòng và điều trị viêm phổi được xem là công tác cần chú trọng và quan tâm nhằm tăng cường hiệu quả và chất lượng điều trị cho các bệnh nhân nhồi máu não diện rộng, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào

cung cấp các thông tin về yếu tố nguy cơ của viêm phổi ở nhóm đối tượng này. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ viêm phổi ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng tại Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu được tiến hành trên bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não diện rộng điều trị nội trú tại Trung tâm Đột quỵ, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 04/2020 đến tháng 08/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nhồi máu não diện rộng là bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ não theo định nghĩa đột quỵ não của Tổ chức Y tế Thế giới [7]; thể tích ổ nhồi máu > 145ml hoặc hơn 50% khu vực cấp máu của động mạch não giữa trên phim CT scanner hoặc MRI sọ não.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân viêm phổi: Có ít nhất 1 trong số 3 tiêu chuẩn sau: Sốt > 38 độ C, bạch cầu tăng > 10 G/L hoặc giảm < 4 G/L, thay đổi ý thức mà không do nguyên nhân khác (đối với người ≥ 70 tuổi).

Và ít nhất 2 trong số các dấu hiệu: Sự xuất hiện mới của đờm mủ, hoặc tăng tiết, thay đổi màu sắc đờm; xuất hiện mới triệu chứng ho, hoặc khó thở hoặc thở nhanh (nhịp thở > 25 lần/phút); có rale ở phổi mới xuất hiện; trao đổi khí khó khăn hơn (giảm độ bão hòa Oxy máu, PaO₂/FiO₂ ≤ 240 , cần sử dụng oxy hỗ trợ)

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tử vong hoặc xin về trong vòng 48 giờ sau nhập viện; lao phổi, u phổi; tiền sử đột quỵ não có mRS > 3 điểm; đang có bệnh lý nội khoa nặng đi kèm như: suy gan, suy thận nặng, ung thư, đợt cấp COPD, suy hô hấp do các nguyên nhân khác, đái tháo đường...

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu.

Chọn mẫu thuận tiện: 172 bệnh nhân.

Nghiên cứu viên thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, qua hỏi bệnh, thăm khám bệnh nhân; quan sát, đánh giá và sử dụng các thông tin về xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh; phỏng vấn bệnh, người nhà khi trong quá trình theo dõi.

Mẫu bệnh án nghiên cứu, các máy xét nghiệm: máy xét nghiệm sinh hóa – miễn dịch Roche Cobas 6000 (Thụy Sĩ), các máy xét nghiệm sinh hóa Beckman Coulter AU-640/AU-680 (Hoa Kỳ), máy xét nghiệm huyết học Sysmex XN-1000 (Nhật Bản); máy chụp CLVT Philips MX 16 dãy (Hà Lan),

máy chụp CHT Philips Ingenia 1,5T (Hà Lan)

2.3. Xử lý số liệu. Nhập số liệu, xử lý số liệu và phân tích thống kê sử dụng phần mềm IBM SPSS Statistics phiên bản 25.0.

2.4. Vấn đề y đức. Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi nhận được sự thông qua của Hội đồng khoa học và đạo đức Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Mọi thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $73,76 \pm 9,54$, tuổi cao nhất 97, tuổi thấp nhất 50. Điểm Glasgow trung bình và điểm NIHSS trung bình lần lượt là $12,38 \pm 1,72$ và $15,07 \pm 4,50$. Căn nguyên vi sinh của nhóm viêm phổi bao gồm 79,2% không rõ căn nguyên, Klebsiella 6.93%, E. coli 6,94%, Acinetobacter baumannii 4.95%, MRSA 1.98%.

Bảng 8: *Mối liên quan giữa tuổi và nguy cơ viêm phổi*

Nhóm tuổi	Viêm phổi		Không viêm phổi		Tổng	P	POR, CI 95%
	n	%	n	%			
< 70	38	66,7	19	33,3	57	P12 < 0,0001	3,28 (1,59 – 6,78)
70 – 79 (2)	28	37,8	46	62,2	74	p32 < 0,001	9,57 (3,58 – 25,67)
≥ 80 (3)	35	85,4	6	14,6	41	P31 < 0,05	2,91 (1,05 – 8,14)

Nhóm bệnh nhân tuổi cao (≥ 80 tuổi) có nguy cơ mắc viêm phổi cao hơn hẳn so với nhóm tuổi thấp hơn POR 3,2 = 9,578 và POR 3,1 = 2,917, p < 0,05. Tuy nhiên ở nhóm tuổi dưới 70 tỷ lệ mắc viêm phổi (66.7%) lại cao hơn so với ở nhóm tuổi từ 70-79 (37,8%).

Bảng 9: *Mối liên quan giữa điểm NIHSS với tỷ lệ viêm phổi*

Điểm NIHSS	Viêm phổi		Không viêm phổi		Tổng	p, PR, CI 95%
	n	%	n	%		
≥12 (1)	3	7	40	93	57	P < 0,001 10,88 (3,64 – 32,57)
< 12 (2)	98	76	31	24	129	

Những bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có điểm NIHSS ≥ 12 có nguy cơ mắc viêm phổi cao hơn so với nhóm có điểm NIHSS < 12, PR = 10,87 (95%CI 3,64-32,57).

Bảng 10: *Mối liên quan giữa điểm Glasgow với tỷ lệ viêm phổi*

Nhóm điểm Glasgow	Viêm phổi		Không viêm phổi		Tổng	P	POR, CI 95%
	n	%	n	%			
< 13 (1)	70	95,9	3	4,1	73	p < 0,001	3,06 (2,28 – 4,12)
≥ 13 (2)	31	31,3	68	68,7	99		

Nhóm bệnh nhân nhồi máu não diện rộng có điểm Glasgow < 13 điểm có nguy cơ viêm phổi cao hơn so với nhóm có ý thức tốt hơn, PR = 3,06 (95%CI 2,28-4,12).

Bảng 11: *Mối liên quan giữa rối loạn nuốt và tỷ lệ viêm phổi*

Yếu tố nguy cơ	Viêm phổi		Không viêm phổi		Tổng	P	POR, CI 95%
	n	%	n	%			
Rối loạn nuốt	100	67,6	48	32,4	148	p32	16,22
Không rối loạn nuốt	1	4,2	23	95,8	24	< 0,001	(2,37 – 110,8)

Nguy cơ viêm phổi tăng lên ở những bệnh nhân có rối loạn nuốt, PR = 16,22 (95%CI 2,37-110,8).

Bảng 12: *Mối liên quan giữa một số đặc điểm hình ảnh học sọ não với tỷ lệ viêm phổi*

Đặc điểm hình ảnh học	Viêm phổi		Không viêm phổi		Tổng	P	POR, CI 95%
	n	%	n	%			
ASPECTS < 6	45	78,9	12	21,1	57	p < 0,001	1,62 (1,29 – 2,04)
ASPECTS ≥ 6	56	48,7	59	51,3	115		
Tổn thương bán cầu trái	80	85,1	14	14,9	94	p < 0,001	3,16 (2,17 – 4,6)
Tổn thương bán cầu phải	21	26,9	57	73,1	78		

Bệnh nhân nhồi máu não diện rộng có điểm ASPECTS < 6 có nguy cơ viêm phổi cao hơn những bệnh nhân có điểm ASPECTS cao hơn, PR = 1,62 (95%CI 1,29-2,04). Ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng có tổn thương chính nằm ở

bán cầu trái, nguy cơ viêm phổi cao hơn những bệnh nhân có tổn thương chính nằm ở bán cầu phải, PR = 3,16 (95%CI 2,17-4,6).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về tuổi. Khi đánh giá nguy

cơ về tuổi, trong nghiên cứu nhận thấy, nhóm bệnh nhân tuổi cao (≥ 80 tuổi) có nguy cơ mắc viêm phổi cao hơn hẳn so với nhóm tuổi thấp hơn $POR = 9,578$ và $POR = 2,917$, $p < 0,05$. Điều này cũng phù hợp với nhận xét của các tác giả khác [1,2,5]. Tuy nhiên ở nhóm tuổi dưới 70 tỷ lệ mắc viêm phổi (66.7%) lại cao hơn so với ở nhóm tuổi từ 70-79 (37,8%) với $POR 3,286$, $p < 0,05$. Điều này có thể là do những bệnh nhân nhồi máu não diện rộng gặp ở lứa tuổi thấp hơn chủ yếu thường gặp nguyên nhân thuyên tắc do huyết khối từ tim, vì vậy tổn thương thường rộng và nặng nề hơn so với nhóm tuổi từ 70-79 tổn thương chính là tắc mạch trên nền xơ vữa mạch, có sự hẹp mạch từ từ nên có thời gian phát triển bàng hệ đi kèm, vì vậy tổn thương thường ít nghiêm trọng hơn.

4.2. Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng.

Bệnh nhân có rối loạn ý thức có thể dẫn đến tăng nguy cơ rối loạn nuốt, giảm khả năng ho khạc đờm. Trong nghiên cứu, những bệnh nhân giảm ý thức vừa và nặng, điểm Glassgow < 13 có nguy cơ mắc viêm phổi cao với $PR = 3,06$ (khoảng tin cậy 95% 2,28-4,12, $p < 0,001$), cùng những bệnh nhân trên lâm sàng có điểm NIHSS > 12 làm tăng nguy cơ viêm phổi với $PR = 10,87$ (khoảng tin cậy 95% 3,64-32,57, $p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với các nghiên cứu của tác giả khác như trong nghiên cứu của Đỗ Quyết và cộng sự: điểm NIHSS cao là nguyên nhân tăng nguy cơ viêm phổi với $OR = 16,4$ (khoảng tin cậy 95% 8,2-32,5, $p < 0,001$) [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tỷ lệ khá cao bệnh nhân có rối loạn nuốt - 148/172 (86,05%) bệnh nhân. Tỷ lệ này cao hơn nhiều trong các nghiên cứu về viêm phổi trên bệnh nhân đột quỵ nói chung như trong nghiên cứu của Sarah Hoffmann và cộng sự trên 15335 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ gặp rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ nói chung chỉ 22,9% [3]. Tuy nhiên khi phân tích giữa 2 nhóm viêm phổi và không viêm phổi chúng tôi nhận thấy ở nhóm có rối loạn nuốt, tỷ lệ viêm phổi (67,6%) cao hơn hẳn so với nhóm không có rối loạn nuốt (4,2%), nguy cơ mắc viêm phổi tăng lên rất nhiều ở bệnh nhân có rối loạn nuốt so với bệnh nhân không có rối loạn nuốt $PR = 16,22$ (khoảng tin cậy 95% 2,37-110,8, $p < 0,001$). Kết quả này khá phù hợp với các nghiên cứu trước đây về rối loạn nuốt trên bệnh nhân đột quỵ như nghiên cứu của Zhang và cộng sự năm 2016 trên 1149 bệnh nhân bị nhồi máu não cũng thấy rằng rối loạn nuốt là một nguy cơ làm tăng viêm phổi trên

bệnh nhân đột quỵ với $OR = 16,68$ (95%CI 10,28-27,07) [8]. Sari và cộng sự (2017) khi nghiên cứu tình hình viêm phổi trên bệnh nhân đột quỵ ở Indonesia và Nhật cũng có kết quả cho thấy rối loạn nuốt là nguy cơ độc lập gây viêm phổi với $OR = 12,62$ ($p = 0,001$) [6].

4.3. Đặc điểm về hình ảnh học. Tổn thương não được phát hiện trên hình ảnh học là một trong các yếu tố tiên lượng nguy cơ nặng trên lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não diện rộng, từ đó gián tiếp đánh giá được nguy cơ mắc viêm phổi trên những bệnh nhân này.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng các bệnh nhân nhồi máu não diện rộng trong nghiên cứu có tổn thương chính nằm ở bán cầu trái có nguy cơ viêm phổi cao hơn những bệnh nhân có tổn thương chính nằm ở bán cầu phải với $PR = 3,16$ (khoảng tin cậy 95% 2,17-4,6, $p < 0,001$). Điều này có thể được giải thích bởi bán cầu não trái thường là bán cầu ưu thế trên đại bộ phận dân số, nó phụ trách nhiều chức năng vận động hơn kể cả các chức năng ngôn ngữ, nói, nuốt và các vận động bên tay thuận, chính vì vậy tổn thương não bán cầu trái mức độ nặng khiến mức độ tàn tật của bệnh nhân cao hơn.

Trong nghiên cứu, khi so sánh nhóm bệnh nhân có điểm ASPECT trên phim chụp hình ảnh học sọ não (cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính) < 6 tương ứng với tổn thương $\geq 50\%$ vùng phân bố động mạch não giữa với nhóm bệnh nhân có điểm ASPECT ≥ 6 thì kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân có điểm ASPECT < 6 có nguy cơ viêm phổi cao hơn nhóm bệnh nhân có điểm ASPECT ≥ 6 với $PR = 1,62$ (khoảng tin cậy 95% 1,29-2,04, $p < 0,001$).

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố như tuổi cao hơn, nhồi máu não có biểu hiện lâm sàng nặng nề hơn, tổn thương rộng hơn trên hình ảnh học và rối loạn nuốt có thể giúp dự báo nguy cơ viêm phổi ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng. Ở bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ này, cần thực hiện nghiêm ngặt quy trình đánh giá chức năng nuốt, theo dõi sát tình trạng bệnh nhân và lăn trở, phục hồi chức năng sớm nhằm dự phòng biến chứng viêm phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dang P. D. et al. A Comparison of the National Institutes of Health Stroke Scale and the Gugging Swallowing Screen in Predicting Stroke-Associated Pneumonia. Ther Clin Risk Manag. 2020;16:445-450.
2. Hannawi Y. et al. Stroke-Associated Pneumonia: Major Advances and Obstacles. Cerebrovascular Diseases. 2013; 35(5):430-443.
3. Hoffmann S. et al. Development of a Clinical

- Score (A2DS2) to Predict Pneumonia in Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. 2012;43(10):2617-2623.
4. **Ji R. et al.** Novel Risk Score to Predict Pneumonia After Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. 2013;44(5):1303-1309.
 5. **Quyết D. et al.** Risk Factors for Stroke Associated Pneumonia. *Open access Macedonian journal of medical sciences*. 2019;7(24):4416-4419.
 6. **Sari I. M. et al.** Comparison of Characteristics of Stroke-Associated Pneumonia in Stroke Care Units in Indonesia and Japan. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2017;26(2):280-285.
 7. **World Health Organization. Noncommunicable D. và Mental Health, C.** WHO STEPS stroke manual : the WHO STEPwise approach to stroke surveillance / Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization, Geneva.2005.
 8. **Zhang X. et al.** The A2DS2 Score as a Predictor of Pneumonia and In-Hospital Death after Acute Ischemic Stroke in Chinese Populations. *PLOS ONE*. 2016;11(3): e0150298.

KHẢO SÁT TỶ LỆ MỘT SỐ BIỂU HIỆN TỔN THƯƠNG MẮT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Nguyễn Bảo Hiền¹, Đoàn Văn Đạt², Nguyễn Văn Đàm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ một số biểu hiện tổn thương mắt ở bệnh nhân (BN) đái tháo đường típ 2 (ĐTĐT2). **Đối tượng và phương pháp:** 395 BN ĐTĐT2 điều trị tại Bệnh viện Nội tiết trung ương được khảo sát một số biểu hiện tổn thương mắt dựa vào triệu chứng lâm sàng và soi đáy mắt. Những BN không soi được đáy mắt như đục thủy tinh thể (TTT) mức độ vừa đến nặng đã được loại trừ khỏi đối tượng nghiên cứu. Khám và soi đáy mắt xác định các triệu chứng lâm sàng, biểu hiện tổn thương do bác sĩ chuyên khoa mắt Bệnh viện Quân y 103 thực hiện. **Kết quả:** Bệnh võng mạc đái tháo đường (BVMĐTĐ) gặp 45,8%, chủ yếu là BVMĐTĐ không tăng sinh (90,6%), phân bố ở cả 3 mức độ nhẹ, vừa, nặng trong đó mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (43,9%). Khi soi đáy mắt phát hiện được nhiều tổn thương trong đó có một số biểu hiện gặp với tỷ lệ cao như vi phình mạch (42,3%), xuất tiết cứng (22,5%), xuất huyết trong võng mạc (22,0%). Đục TTT gặp với tỷ lệ cao (73,4%), trong đó đục vùng nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (47,05%) sau đó đến vùng vỏ (25,69%), đục hỗn hợp (13,54%), đục bao sau chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,51%). **Kết luận:** Ở BN ĐTĐT2 phát hiện nhiều tổn thương mắt trong đó đục TTT và BVMĐTĐ đều gặp với tỷ lệ cao. Nếu không có chống chỉ định thì soi đáy mắt vẫn là phương pháp để thực hiện song phát hiện được nhiều tổn thương đảm bảo độ tin cậy.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, bệnh võng mạc đái tháo đường, đục thủy tinh thể

SUMMARY

SURVEY ON THE PROPORTION OF SOME MANIFESTATIONS OF EYE DAMAGE IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS

Objective: To survey on the proportion of some

manifestations of eye damage in type 2 diabetes patients. **Subject and method:** 395 type 2 diabetes patients treated at the National Hospital of Endocrinology were surveyed for some manifestations of eye damage based on clinical symptoms and ophthalmoscopy. Patients who did not received ophthalmoscopy such as moderate to severe cataracts were excluded from the study population. Ophthalmoscopy to identify clinical symptoms and lesions performed by an ophthalmologist at Military Hospital 103. **Results:** The proportion of diabetic retinopathy was 45,8%, mainly non-proliferative retinopathy (90,6%), distributed in all 3 levels: mild, moderate and severe, in which mild level accounts for the highest proportion (43,9%). During ophthalmoscopy, many lesions were detected, including some common manifestations with a high rate such as microaneurysms (42,3%), hard exudate (22,5%), intra-retinal hemorrhage (22,0%). Cataracts were encountered with a high rate (73,4%), in which the nucleus opacity accounted for the highest rate (47,05%) followed by the cortical region (25,69%), mixed opacities (13,54 %), posterior capsular opacities accounted for the lowest rate (4,51%). **Conclusion:** In patients with type 2 diabetes, many eye lesions were detected, in which cataract and retinopathy were both encountered with a high rate. If there are no contraindications, ophthalmoscopy is still an easy method to perform and detect many lesions while still ensuring reliability.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, diabetic retinopathy, cataracts

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 là bệnh chuyển hóa mạn tính, gặp trên 90% trường hợp trong số BN ĐTĐ. Bệnh ĐTĐT2 gây nhiều biến chứng mạch máu nhỏ và mạch máu lớn. Trong số các biến chứng mạch máu nhỏ thì biến chứng mắt là một trong các biến chứng hay gặp và xuất hiện sớm, điển hình là BVMĐTĐ có thể dẫn đến giảm thị lực hoặc mù lòa. Ngoài BVMĐTĐ thì ĐTĐT2 còn nhiều tổn thương khác đặc biệt là đục thủy tinh

¹Bệnh viện Nội tiết Trung Ương

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Hiền

Email: baohien.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2022

Ngày duyệt bài: 6.6.2022