

KẾT QUẢ SỚM NẠO VẾT HẠCH NÁCH THEO PHÂN TẦNG GIẢI PHẪU TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ

Trương Quang Huy¹, Lê Hồng Quang², Đoàn Quốc Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm nạo vét hạch nách theo phân tầng giải phẫu trong phẫu thuật ung thư vú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 96 người bệnh ung thư vú giai đoạn I-IIIa được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú triệt căn có nạo vét hạch nách theo từng chặng giải phẫu từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022 tại bệnh viện K. **Kết quả:** Tỷ lệ di căn hạch nách là 39,6%. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách là kích thước u, độ mô học với $p < 0,05$. Tỷ lệ di căn hạch nách có là 5,3% với hình thái di căn duy nhất là nhảy cóc qua chặng I đến chặng II. Các yếu tố như kích thước, vị trí và độ mô học không cho thấy liên quan đến khả năng di căn hạch nách theo các chặng giải phẫu của tế bào ung thư với $p > 0,05$. Biến chứng sau phẫu thuật cắt toàn bộ vú triệt căn và nạo vét hạch nách là hạn chế vận động cánh tay, chảy máu sau mổ, đờm dịch vết mổ với tỷ lệ lần lượt là 10,4%, 2,1% và 3,1%. **Kết luận:** Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách của khối u là vị trí, kích thước u, độ mô học. Ung thư vú thường di căn tuần tự theo các tầng giải phẫu với tỷ lệ di căn nhảy cóc thấp. Phẫu thuật vét hạch nách có tỷ lệ biến chứng thay đổi tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Từ khóa: Ung thư vú, hạch nách, tầng giải phẫu, biến chứng.

SUMMARY

EARLY RESULT OF AXILLARY LYMPHO NODES DISSECTION ACCORDING TO SURGICAL LEVEL IN BREAST SURGERY

Objectives: Assess early result of axillary lympho node dissection according to surgical level in breast surgery. **Subjects and methods:** Prospective cross-sectional study of 96 stage I-IIIa breast cancer patient who had been performed mastectomy and axillary lympho node dissection at K Hospital during the period from January 2022 to June 2022. **Result:** The rate of axillary lympho nodes metastases was 39,6%. The factors associated nodal involvement were tumor size and histological grade with $p < 0.05$. The rate of skip metastases was 5,3% with the only type which is skipping level I to level II. The factors such as size, location and histological grade showed no statistically correlation with metastasis possibility of cancer cells with $p < 0.05$. The complications after modified radical mastectomy were limitation of arm movement,

bleeding and seroma at the rate of 10,4%, 2,1%, 3,1% respectively. **Conclusion:** The factors associated lympho nodes metastases were tumor size and histological grade. The breast cancer often metastasizes sequentially according to surgical level with a low rate of skip metastasis. Axillary lymph node dissection has variable rates of complications depending on the experience of the surgeons.

Keyword: Breast cancer, axillary lympho node, surgical level, complication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất đối với phụ nữ tại nhiều quốc gia trong đó có Việt Nam theo số liệu của GLOBOCAN năm 2020, với 2,3 triệu ca mắc mới trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc UTV là 41 ca/ 100000 dân. Phẫu thuật luôn là phương pháp điều trị được ưu tiên hàng đầu trong điều trị UTV giai đoạn I-IIIa. Mặc dù đã có sự ra đời của rất nhiều phương pháp phẫu thuật nhưng tất cả các tác giả đều nhấn mạnh vai trò của nạo vét hạch nách trên 3 phương diện: chẩn đoán xác định, đánh giá TNM và tiên lượng sau mổ. Tuy nhiên, khi nạo vét hạch nách triệt để cũng sẽ làm tăng tỷ lệ biến chứng cho người bệnh như yếu, liệt cánh tay, đờm dịch vùng nách và đặc biệt là biến chứng phù bạch mạch.

Hiện nay, sinh thiết hạch cửa đối với các khối u giai đoạn sớm chưa phát hiện hạch nách trên lâm sàng đã ngày càng trở nên phổ biến hơn so với nạo vét hạch nách thường quy tại các nước phát triển. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn tồn tại những hạn chế như cần đội ngũ phẫu thuật viên, chuyên gia y học hạt nhân, bác sĩ giải phẫu bệnh có kinh nghiệm, các điều kiện hóa chất, máy móc đầy đủ và đặc biệt là luôn có tỷ lệ âm tính giả tùy vào nghiên cứu. Một trong những nguyên nhân gây âm tính giả đó là do tế bào ung thư đã nhảy cóc qua chặng hạch đầu tiên tiếp nhận dẫn lưu bạch huyết từ khối u đến. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét khả năng di căn hạch nách theo các phân tầng giải phẫu của tế bào ung thư vú và kết quả các biến chứng sau phẫu thuật nạo vét hạch nách.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 96 người bệnh được chẩn đoán xác định UTV đã được phẫu thuật cắt toàn bộ vú triệt căn cải biên tại

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quốc Hưng

Email: hung.doanquoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 24/6/2022

Ngày duyệt bài: 10/7/2022

bệnh viện K từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022.

Tiêu chuẩn chọn:

- Có chẩn đoán xác định là ung thư vú trước mổ qua kết quả giải phẫu bệnh khẳng định là ung thư vú qua sinh thiết kim hoặc sinh thiết tức thì trong mổ.

- Người bệnh được đánh giá lâm sàng trước mổ là I, II, IIIA mà không có chỉ định hóa chất tiền phẫu.

- Người bệnh được cắt toàn bộ tuyến vú và nạo vét hạch nách theo từng tầng giải phẫu.

- Có hồ sơ đầy đủ dữ liệu phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư vú tiến triển tại chỗ ở giai đoạn có chỉ định điều trị hóa chất tân bổ trợ.

- Người bệnh có tiền sử phẫu thuật hay xạ trị trước vùng nách hoặc những người bệnh ung thư vú đã điều trị bảo tồn trước đó hiện tái phát.

- Ung thư vú ở nam giới hoặc phụ nữ có thai.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu

Cỡ mẫu: thuận tiện

2.3. Phương pháp thu thập số liệu.

Sau khi người bệnh được khám, chẩn đoán xác định UTV thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sẽ được ghi nhận thông tin vào bệnh án nghiên cứu.

Trong mổ, phẫu thuật viên trong quá trình nạo vét hạch nách sẽ lấy hạch theo từng chặng giải phẫu:

- Chặng I: Từ đuôi vú đến bờ ngoài cơ ngực nhỏ

- Chặng II: phía sau cơ ngực nhỏ

- Chặng III: từ bờ trong cơ ngực nhỏ đến dưới xương đòn

Các nhóm hạch sẽ được phẫu tích riêng để gửi khoa Giải Phẫu Bệnh Bệnh viện K

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng khối u: vị trí, kích thước

+ Kết quả giải phẫu bệnh khối u: thể giải phẫu bệnh, độ mô học

+ Kết quả giải phẫu bệnh hạch nách: số hạch lấy được, số hạch di căn theo từng chặng

+ Biến chứng sau phẫu thuật: chảy máu, nhiễm trùng, yếu cơ cánh tay, đờm dịch, phù bạch mạch.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch nách theo các phân tầng giải phẫu được đưa vào phân tích logistic hồi quy đơn biến với giá trị P<0.05 có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022, 96 người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu với đặc điểm như sau:

Bảng 1. Tỷ lệ di căn hạch nách (N=96)

	Số ca	Tỷ lệ	Số hạch vét được	Số hạch di căn
Không di căn hạch	58	60,4	15,3 ±5,7	1,72±4,75
Có di căn hạch	38	39,6		
pN1	27	28,1		
pN2	8	8,3		
pN3	3	3,1		

Bảng 2. Phân tích tỷ lệ di căn hạch nách theo một số yếu tố liên quan tới u(N=96)

Yếu tố	Số người bệnh N (%)	pN(+) n(%)	pN(-) n(%)	P
Vị trí u:	Trên trong	16(16,7)	5(31,3)	0,447
	Trên ngoài	39(40,6)	19(48,7)	
	Dưới ngoài	30(31,3)	12(40)	
	Dưới trong	7(7,3)	1(14,3)	
	Đa ổ	4(4,2)	1(25)	
Kích thước:	≤2cm	60(62,5)	18(30)	0,027
	>2cm và ≤5cm	32(33,3)	17(53,1)	
	>5cm	4(4,2)	3(75)	
Mô bệnh học	Carcinoma xâm nhập tấp không đặc hiệu	73(76)	39(53,4)	0,46
	Tiểu thùy xâm nhập	9(9,4)	6(66,7)	
	Thể nhày	2(2,1)	1(50)	
	Thể dị sản	2(2,1)	1(50)	
	Thể vi nhú	3(3,1)	1(33,3)	

Carcinoma xâm nhập trội nội ống	7(7,3)	3(42,9)	4(57,1)	
Thể khác (thể tủy, thể kết hợp,...)	2(2,1)	1(50)	1(50)	
Độ mô học:				
Độ I	17(17,7)	4(30,8)	13(69,2)	0,036
Độ II	53(55,2)	19(35,9)	34(64,1)	
Độ III	26(27,1)	15(57,7)	11(42,3)	

Bảng 3. Liên quan giữa kích thước u (đại thể) với tầng hạch di căn(N=38)

Kích thước u đại thể	Tầng hạch di căn						P
	I		I+II		I+II+III		
	N	Tỷ lệ%	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	
T1	12	66,7	6	33,3	0	0	0,089
T2	10	58,9	6	35,3	1	5,9	
T3	0	0	2	66,7	1	33,3	
Tổng số	22	57,8	14	36,8	2	5,4	38

Bảng 4. Liên quan giữa vị trí u với di căn hạch nách theo phân tầng giải phẫu(N=38)

Vị trí khối u	Tầng hạch di căn						P
	I		I+II		I+II+III		
	N	Tỷ lệ%	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	
¼ trên ngoài	10	52,6	8	42,1	1	5,3	0,254
¼ dưới ngoài	9	75	2	16,7	1	8,3	
¼ trên trong	1	20	4	80	0	0	
¼ dưới trong	1	100	0	0	0	0	
Nhiều u ở hai ¼ trở lên	1	100	0	0	0	0	
Tổng số	22	57,8	14	36,8	2	5,4	38

Bảng 5. Liên quan giữa độ mô học với di căn hạch nách theo phân tầng giải phẫu (N=38)

Độ mô học	Tầng hạch di căn						P
	I		I+II		I+II+III		
	N	Tỷ lệ%	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	
Độ I	4	100	0	0	0	0	0,252
Độ II	12	63,2	6	31,6	1	5,2	
Độ III	6	40	8	53,3	1	6,7	
Tổng số	22	57,8	14	36,8	2	5,4	38

Bảng 6. Kết quả di căn hạch nhày cóc

Hình thái nhày cóc	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Bỏ qua chặng I	2	5,3
Bỏ qua chặng II	0	0
Bỏ qua chặng I,II	0	0
Tổng số di căn hạch	38	

Bảng 7. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật cắt toàn bộ vú và nạo vét hạch nách

Biến chứng	Cắt vú triệt căn cải biên	
	N	Tỷ lệ %
Chảy máu sau mổ	2	2,1
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Yếu cơ	10	10,4
Động dịch	3	3,1
Phù bạch mạch	0	0

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu là 39,6%. Kết quả này cũng không có sự khác biệt với các nghiên cứu trước đây của Saleh năm 2018 là 35,5%[1]. Trong nhóm có di căn hạch nách nhóm hay gặp nhất là pN1 chiếm 28,1%, tiếp theo sau là pN2 và pN3 với tỷ lệ lần lượt là 8,3%

và 3,1% [bảng 1]. Tỷ lệ hạch vét được trong mỗi ca mổ của chúng tôi là khá cao với kết quả là 15,3±5,7. Tỷ lệ hạch di căn trung bình là 1,72±4,75 hạch.

Trong nghiên cứu này, 2 đặc điểm của khối u là kích thước u và độ mô học đã cho thấy có sự liên quan đến tỷ lệ di căn hạch nách với $p < 0,05$ [bảng 2]. Tác giả Legha năm 2005 cũng có kết quả tương tự khi cho thấy tỷ lệ di căn hạch nách của khối u tăng dần theo kích thước T1a, T1b, T1c, T2 và T3 lần lượt là 5%, 16%, 28%, 47% và 86% [2]. Tác giả Tạ Văn Tờ cũng cho rằng tỷ lệ di căn hạch có liên quan đến sự tăng dần của mô bệnh học khi tỷ lệ di căn hạch nách tương ứng với 3 độ mô học I, II, III là 33,8%, 57,2% và 84,9% [3]. 2 yếu tố khác của khối u là vị trí u và thể mô bệnh học chưa cho thấy sự liên quan đến tỷ lệ di căn hạch nách khi tỷ lệ $P > 0,05$. Nhiều tác giả cho rằng khối u ở vị trí trên ngoài thường cho thấy tỷ lệ di căn hạch nách cao nhất như Prem Chand (2020) [4]. Trong nghiên cứu này tỷ lệ di căn hạch nách của khối u trên ngoài cũng cao nhất là 48,7% nhưng

sự khác biệt này là chưa có ý nghĩa thống kê [bảng 2]. Các thể mô bệnh học khác nhau thường có tiên lượng khác nhau. Kết quả bảng 2 cho thấy tỉ lệ di căn hạch nách của thể tiểu thùy xâm nhập là cao nhất với tỉ lệ 66,7%. Tuy nhiên, khi so sánh với các thể mô bệnh học khác tỉ lệ di căn này không có sự khác biệt trong ý nghĩa thống kê. Trong các nghiên cứu khác với cỡ mẫu lớn hơn như của Saleh (2018) theo dõi trên 774 ca UTV có 35,5% (275 ca) có di căn hạch nách cũng không cho thấy được sự khác biệt trong tỉ lệ di căn hạch nách giữa các típ mô bệnh học [1].

Mối tương quan giữa các chặng hạch nách với các tính chất của khối u như kích thước u, độ mô học hay vị trí u đều đã được thể hiện ở 3 bảng 3,4,5. Với các khối u ở giai đoạn sớm, tỷ lệ di căn hạch cao nhất là chỉ đến chặng I chiếm 57,8%, tiếp theo là chặng I+II chiếm 36,8%. Khối u có thể di căn đến hạch chặng III chiếm tỷ lệ khoảng 5,4%. Tỉ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Vũ Hồng Thăng khi đánh giá khối u giai đoạn I-III khi tỷ lệ di căn hạch 3 chặng I, II, III lần lượt là 60%, 28%, 12% [5]. Mặc dù về tương quan có thể thấy rằng khối u kích thước nhỏ T1 và có độ mô học thấp thường di căn hạch chặng I nhất, khối u lớn (T2, T3) có độ mô học cao có tỷ lệ di căn hạch chặng II, III cao hơn nhưng sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê khi $p > 0,05$. Một yếu tố khác là vị trí u cũng không cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về sự ảnh hưởng đến khả năng đi xa của tế bào ung thư theo các chặng giải phẫu khi $p > 0,05$. Điều này có lẽ do nghiên cứu này có cỡ mẫu chưa đủ lớn để có thể xác định sự khác biệt có ý nghĩa giữa các đặc điểm khối ung thư ảnh hưởng đến khả năng di căn hạch nách của tế bào ác tính.

Trong 38 ca di căn hạch nách chỉ có 2 ca có di căn hạch nách chiếm tỷ lệ 5,4% [bảng 6]. Hình thái hạch nách ghi nhận được duy nhất chỉ có hạch nách qua chặng I đến trực tiếp chặng II. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới khi tỉ lệ di căn hạch nách có trong UTV được ghi nhận từ 1,5-19,2%. Cơ chế sinh bệnh của hiện tượng này vẫn còn nhiều tranh cãi tuy nhiên giả thuyết chính được nêu lên đó là sự xuất hiện của protein Gli1. Các nghiên cứu trước đây cho thấy ung thư biểu mô tuyến vú có cơ chế liên quan đến các yếu tố chuyển dạng trung biểu mô mà protein Gli1 đóng 1 vai trò quan trọng. Souzaki (2011) đã báo cáo 149 ca UTV có bộc lộ phân tử protein Gli1 cho kết quả là có sự liên quan giữa khả năng xâm lấn/ di căn và sự xuất hiện của protein Gli1 trên màng nhân của tế bào ung thư [6]. Tác giả này cũng xác nhận rằng

con đường tín hiệu Hedgehog có ảnh hưởng đến khả năng xâm lấn và di căn của khối u qua các yếu tố chuyển dạng trung biểu mô. Nghiên cứu của Wang 2012 cho thấy rằng sự xuất hiện của protein Gli1 là một yếu tố nguy cơ độc lập gây nên tình trạng di căn hạch nách có qua chặng 1 [7]. Tuy nhiên cơ chế thực sự vẫn cần các nghiên cứu sâu hơn để hiểu rõ về hiện tượng này.

Phẫu thuật cắt vú triệt căn và nạo vét hạch có thể gây một số biến chứng sau mổ. Kết quả bảng 7 cho thấy biến chứng hay gặp nhất là yếu cơ với nguyên nhân chủ yếu do vết hạch và cầm máu kĩ vùng đỉnh hố nách gây tổn thương các nhánh thần kinh vận động cánh tay xuất phát từ đám rối cánh tay. Tỉ lệ của biến chứng này trong nghiên cứu là 10,4%. Tỷ lệ này cũng thay đổi theo kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên. Trong một nghiên cứu khác của Warmuth, tỉ lệ của biến chứng này 8% [8]. Tuy có sự khác biệt về tỉ lệ nhưng phần lớn các nghiên cứu đều cho rằng đây thường là biến chứng nhẹ đến vừa không làm giảm chất lượng sống của người bệnh đi quá nhiều. Các trường hợp tổn thương thần kinh nặng có thể phục hồi bằng vật lí trị liệu và bổ sung vitamin B. Các biến chứng khác như chảy máu sau mổ hay đờm dịch đều có tỷ lệ thấp lần lượt là 2,1% và 3,1%. Nguyên nhân của chảy máu sau mổ phần lớn là chảy từ các nhánh xiên từ động mạch ngực trong không được cầm máu kĩ trong mổ. Đờm dịch vết mổ thường do rút dẫn lưu quá sớm, xử trí bằng cách chọc hút 2-3 đợt có thể cải thiện triệu chứng rõ rệt. Trong nghiên cứu này chưa phát hiện biến chứng phù bạch mạch và nhiễm trùng vết mổ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch nách là 39,6%. Kích thước u và độ mô học là 2 yếu tố có liên quan đến tỷ lệ di căn hạch. Khối ung thư thường di căn tuần tự theo các chặng giải phẫu khi tỷ lệ di căn hạch hạch nách chỉ là 5,3% với hình thái di căn duy nhất là hạch nách qua chặng I tới thẳng chặng II. Các đặc điểm khối u như vị trí, kích thước, độ mô học đều chưa cho thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ di căn hạch theo các tầng giải phẫu. Phẫu thuật vét hạch nách có tỷ lệ biến chứng thay đổi phụ thuộc vào kinh nghiệm phẫu thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sandoughdaran S., Malekzadeh M., và Mohammad Esmaeil M.E. (2018). Frequency and Predictors of Axillary Lymph Node Metastases in Iranian Women with Early Breast Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, **19**(6), 1617–1620.

2. **Legha MP (2005). Carcinoma breast:** Correlation study between tumor size, number of lymph nodes and metastasis. *Int J Gen Can*, 1–8.
3. **Tạ Văn Tờ (2004),** Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
4. **Chand P., Singh S., Singh G. và cộng sự. (2020).** A study correlating the tumor site and size with the level of axillary lymph node involvement in breast cancer. *Nigerian Journal of Surgery*, 26, 9–15.
5. **Vũ Hồng Thăng** So sánh đặc điểm lâm sàng với tổn thương giải phẫu bệnh, mức độ di căn hạch nách giai đoạn I, II, III, Luận văn tốt nghiệp nội trú các bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
6. **Souzaki M., Kubo M., Kai M. và cộng sự. (2011).** Hedgehog signaling pathway mediates the progression of non-invasive breast cancer to invasive breast cancer. *Cancer Sci*, **102(2)**, 373–381.
7. **Wang H., Mao X.-Y., Zhao T.-T. và cộng sự. (2012).** Study on the skip metastasis of axillary lymph nodes in breast cancer and their relation with Gli1 expression. *Tumour Biol*, **33(6)**, 1943–1950.
8. **Warmuth M.A., Bowen G., Prosnitz L.R. và cộng sự. (1998).** Complications of axillary lymph node dissection for carcinoma of the breast: a report based on a patient survey. *Cancer*, **83(7)**, 1362–1368.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BN COVID-19 NHẬP VIỆN

Đoàn Lê Minh Hạnh¹, Phan Thái Hảo¹,
Phan Duy Quang¹, Nguyễn Văn Thọ², Phan Minh Hoàng³,

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ nhập chăm sóc tích cực, đặt nội khí quản thở máy và tử vong của BN COVID-19 nhập bệnh viện PHCN-ĐTBN. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 104 BN. **Kết quả và kết luận:** 42,3% là nam giới. Tuổi trung bình $61,7 \pm 13,7$. Các triệu chứng cơ năng thường gặp là sốt (76,9%), mệt mỏi (53,8%). Đa số BN trong nghiên cứu có mạch nhanh, nhịp thở tăng, SpO₂ giảm, nhóm tử vong so với nhóm khỏi bệnh có nhịp thở trung vị cao hơn (32 so với 24 lần/phút) và SpO₂ thấp hơn (78% so với 91%), ($p < 0,001$). Ure, Creatinine, AST, D-Dimer, Ferritin, CRP của nhóm tử vong cao hơn so với nhóm khỏi bệnh ($p < 0,05$). Nồng độ Natri trung vị ở nhóm tử vong thấp hơn nhóm khỏi bệnh ($p = 0,008$). Tổn thương trên X quang ngực thường gặp dạng mô kẽ, lưới nốt, mờ phế nang và đông đặc phổi. Đa số BN có tổn thương cả 2 bên phổi, chủ yếu tập trung 1/3 ngoài. Hầu hết (98%) có mờ kiểu lan tỏa và không đồng nhất. Hơn 90% tập trung ở 1/3 dưới hai bên phổi. Điểm số X quang Brixia trung vị 8, khoảng tứ phân vị 5-11. Nhóm khỏi bệnh có điểm Brixia trung vị thấp hơn đáng kể ($p < 0,001$) so với nhóm tử vong (7 điểm so với 11 điểm). Tỷ lệ COVID-19 nhẹ và trung bình là 13,4%, nặng 32,7%; nguy kịch 40,4%. 73,1% trường hợp có chỉ định nhập ICU. 84,6% BN cần hỗ trợ hô hấp. 30,7% BN phải chuyển sang thở máy xâm lấn trong quá trình theo dõi. Thời gian nằm viện trung vị là 13 ngày (KTPV 10-

17,75 ngày). Tỷ lệ BN đặt nội khí quản thở máy 31,7%. Tỷ lệ tử vong chung là 29,8%.

Từ khóa: SARS CoV-2, COVID-19, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS HOSPITAL ADMITTED COVID-19 PATIENTS

Objectives: Describe the clinical and subclinical characteristics and determine the rate of admission to intensive care, mechanical ventilation and death of COVID-19 patients admitted to hcmc hospital for rehabilitation-professional diseases. **Subjects and methods:** We conducted a cross sectional descriptive study on 104 COVID-19 patients. **Results and conclusion:** 42.3% was male. Mean age 61.7 ± 13.7 . The common symptoms were fever (76.9%), shortness of breath (74%), fatigue (53.8%). Common comorbidities were hypertension (53.8%), diabetes (25.9%), gastritis (19.2%), ischemic heart disease (15.4%). Most of the patients in the study had tachycardia, increased respiratory rate, decreased SpO₂, the death group compared with the recovered group had a higher median respiratory rate (32 vs 24 breaths/minute) and a lower SpO₂ (78% vs. 91%), ($p < 0.001$). Urea, Creatinine, AST, D-Dimer, Ferritin, CRP were higher in the mortality group than in the recovered group ($p < 0.05$). The median sodium concentration in the death group was lower than in the recovered group ($p = 0.008$). Abnormal features on chest xray were usually interstitial, nodular reticular, alveolar opacities, and pulmonary consolidation. Most of them had on both lungs, mainly focusing on the outer third. Most (98%) have diffused and heterogeneous opacity. More than (90%) concentrated in the lower third of the lungs. Median Brixia radiographic score was 8, interquartile range 5-11. The recovered group had a significantly lower median Brixia score ($p < 0.001$) than the death group (7 vs 11 points). The rate of mild and moderate COVID-19 was

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³BV PHCN-Điều trị bệnh nghề nghiệp

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Lê Minh Hạnh

Email: hanhdm@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 1/6/2022

Ngày phản biện khoa học: 24/6/2022

Ngày duyệt bài: 10/7/2022