

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 Hạnh<sup>1</sup>, Phan Thái Hảo<sup>1</sup>,  
Phan Duy Quang<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thọ<sup>2</sup>, Phan Minh Hoàng<sup>3</sup>,

### 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, SpO<sub>2</sub> giảm, nhóm tử vong so với nhóm khỏi bệnh có nhịp thở trung vị cao hơn (32 so với 24 lần/phút) và SpO<sub>2</sub> 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  $61.7 \pm 13.7$ . 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 SpO<sub>2</sub>, the death group compared with the recovered group had a higher median respiratory rate (32 vs 24 breaths/minute) and a lower SpO<sub>2</sub> (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

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>BV 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

13.4%, severe 32.7%; critical 40.4%. Besides, 73.1% of cases had indication for ICU admission. 84.6% of patients need respiratory support. 30.7% of patients had to switch to invasive mechanical ventilation during follow-up. Median hospital stay was 13 days (interquartile range 10-17.75 days). The rate of intubated patients and mechanical ventilation was 31.7%. The overall mortality rate was 29.8%.

**Keywords:** SARS CoV-2, COVID-19, clinical symptoms, subclinical symptoms

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Coronavirus 2019 (COVID-19) gây ra hội chứng hô hấp cấp nghiêm trọng và là đại dịch lớn trên toàn thế giới. Đây là một cuộc khủng hoảng sức khỏe toàn cầu có hậu quả nặng nề nhất kể từ đại dịch cúm năm 1918. Số liệu ước tính đến nay, cả thế giới có hơn 500 triệu ca nhiễm với hơn 4 triệu trường hợp tử vong [8]. Hiểu biết về những triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của BN COVID-19 có thể giúp bác sĩ chẩn đoán ban đầu, tiên lượng diễn tiến bệnh cũng như tạo điều kiện thuận lợi cho việc áp dụng các biện pháp xử trí sớm và các quy trình làm giảm sự lây lan của vi rút. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN COVID-19 nhập bệnh viện PHCN-ĐTBN (2) 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.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**2.1.1. Dân số đích:** BN COVID-19 được xác định chẩn đoán bằng xét nghiệm real time RT-PCR SARS-CoV-2

**2.1.2. Dân số chọn mẫu:** BN COVID-19 nhập Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp

### 2.1.3. Tiêu chuẩn nhận bệnh:

- BN  $\geq$  18 tuổi
- Nhập viện Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp
- Được chẩn đoán COVID-19 theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế ngày 14 tháng 07 năm 2021 [1]

- Người bệnh có sốt và/hoặc viêm đường hô hấp cấp tính không lý giải được bằng các nguyên nhân khác

- Người bệnh có bất kỳ triệu chứng hô hấp nào VÀ có tiền sử đến/qua/ở/về từ vùng dịch tễ có bệnh COVID-19 trong khoảng 14 ngày trước khi khởi phát các triệu chứng HOẶC tiếp xúc gần với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định COVID-19 trong khoảng 14 ngày trước khi khởi

phát các triệu chứng.

- Và/hoặc bất cứ người nào có xét nghiệm dương tính với vi rút SARS-CoV-2 bằng kỹ thuật Real – time RT-PCR

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

• BN lú lẫn, hôn mê không khai thác được bệnh sử và/hoặc tiền căn

- BN bị mất theo dõi

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Áp dụng công thức ước lượng tỷ lệ

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

d: sai số biên cho phép của ước lượng (0,1)

Z: phân vị tại  $1-\alpha/2$  của phân phối chuẩn = 1,96; p: tỉ lệ tử vong theo tác giả Dinesh Anant [4] là 29,9%

Chúng tôi ước lượng được cỡ mẫu  $\geq$  81 BN

### 2.2.3. Quy trình nghiên cứu

• BN COVID-19 nội trú và ngoại trú tại bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, không có tiêu chuẩn loại trừ

• BN được tiến hành hỏi bệnh sử, tiền căn, khám lâm sàng.

• Ghi nhận kết quả cận lâm sàng. X quang ngực lúc nhập viện sẽ do một bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh và một bác sĩ chuyên khoa hô hấp đọc và tính điểm số X quang Brixia

- Ghi nhận chẩn đoán lúc nhập

• BN được theo dõi đến kết cục: khỏi bệnh hay tử vong

### 2.2.4. Phương pháp phân tích số liệu

• Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS Statitics 20 và phần mềm thống kê Medcalc 20.1.4

• Dùng phép kiểm định Kolmogorov-Smirnov khi cỡ mẫu lớn hơn 50 hoặc phép kiểm Shapiro-Wilk khi cỡ mẫu nhỏ hơn 50.

• Các biến số định lượng: số liệu sẽ được trình bày với số trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (KTPV) (nếu phân phối không chuẩn). Kiểm định sự khác biệt giữa hai nhóm bằng phép thống kê t test.

• Các biến số định tính: số liệu sẽ được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Kiểm định sự khác biệt dựa vào phép thống kê Chi bình phương nếu tần số lý thuyết lớn hơn 5 và Fisher nếu tần số lý thuyết nhỏ hơn 5

### 2.2.5. Y đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng đạo đức của Đại học Y Dược TP. HCM chấp thuận (quyết định số 2196/QĐ-ĐHYD).

- Nghiên cứu không làm tổn hại đến sức khỏe của các BN và có sự tham gia tự nguyện từ phía BN. Tất cả các thông tin cá nhân đều được giữ bí mật.

- Nghiên cứu không tác động đến chẩn đoán, điều trị và theo dõi BN. Cấu trúc và nội dung bộ câu hỏi không vi phạm y đức hay bất kỳ một chuẩn mực xã hội nào.

### III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**3.1. Đặc điểm lâm sàng dân số nghiên cứu.** Trong thời gian từ tháng 08/2021 đến tháng 10/2021, chúng tôi thu nhận được 104 bệnh nhân (BN) thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ. Nam giới chiếm 42,3%. Tuổi trung bình  $61,7 \pm 13,7$ ; thấp nhất 25 và cao nhất 92 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm tử vong ( $65,9 \pm 11,2$  tuổi) cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p=0,042$ ) so với nhóm khỏi bệnh ( $59,9 \pm 14,4$  tuổi). Không có khác biệt về giới giữa 2 nhóm ( $p > 0,05$ ). BMI trung bình của dân số nghiên cứu là  $23,8 \pm 3,4$  kg/m<sup>2</sup> và BMI trung bình của nhóm khỏi bệnh thấp hơn nhóm tử vong có ý nghĩa thống kê ( $p=0,027$ ). 53,8% BN trong nghiên cứu được chích ngừa SARS-CoV-2. Thời gian trung bình từ lúc chích đến lúc khởi phát bệnh là  $23,9 \pm 16,8$  ngày, gần nhất 1 ngày, lâu nhất 79 ngày. Tỷ lệ tử vong trong nhóm có chích ngừa 23,2% thấp hơn nhóm không chích ngừa 37,5% ( $p=0,043$ ). Ngoài ra, đa số (84,6%) BN có kèm ít nhất 1 bệnh nền. Số bệnh lý đi kèm trung vị là 1, KTPV 1-2 bệnh. Bệnh đi kèm thường gặp nhất là tăng huyết áp (53,8%), kế đến là đái tháo đường (25,9%), viêm dạ dày (19,2%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (15,4%), đột quỵ (9,6%), thoái hóa khớp (9,6%). Số bệnh đi kèm ở nhóm tử vong (trung vị là 2 bệnh) cao hơn nhóm khỏi bệnh (trung vị là 1 bệnh), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p=0,013$ ).

Đa số BN nhập viện vào ngày thứ 7 của bệnh với trung vị 7, KTPV 4 – 8 ngày. Thời gian khởi

phát bệnh ở nhóm tử vong và nhóm khỏi bệnh không khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,615$ ). Thời điểm nhập viện này cũng tương tự ghi nhận của tác giả Davide Ippolito [6] là hầu hết BN nhập viện sau 5 ngày khởi phát bệnh và thời gian diễn biến nặng cần nhập viện thường khoảng ngày 5-10.

Lý do nhập viện thường gặp trong nghiên cứu là khó thở (70,1%), sốt (6,7%), lơ mơ (6,7%), ho khan (4,8%), ho đàm (4,8%). Tác giả Davide Ippolito [6] báo cáo triệu chứng chính là sốt (90,6%), ho (57,7%) và khó thở (56,8%). Sự khác biệt về tỷ lệ các lý do nhập viện là do đặc điểm BN nhập viện trong nghiên cứu chúng tôi là vào thời điểm quá tải của TP.HCM, BN thường vào trong tình trạng nặng (32,7%) hay nguy kịch (40,4%). Do đó lý do nhập viện thường gặp nhất trong nghiên cứu chúng tôi là triệu chứng khó thở (70,1%).

Các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là sốt 76,9%, khó thở 74%, mệt mỏi 53,8%. Ít gặp hơn là chán ăn (36,3%), ho đàm (31,7%), ho khan (30,8%). Mất vị giác, khứu giác và hắt hơi, chảy mũi, nghẹt mũi chiếm tỉ lệ bằng nhau 20,2%. Triệu chứng cơ năng ít gặp nhất là đau bụng, mề đay, dát, sản hồng ban (1%). Những ghi nhận trong nghiên cứu cũng tương tự tác giả Davide Ippolito [6]

Đa số BN trong nghiên cứu có mạch nhanh, trung bình  $99,8 \pm 13,9$ ; nhịp thở tăng với trung vị 26 lần/phút (KTPV 22-30); SpO<sub>2</sub> giảm với trung vị 87,5% (KTPV 77%-92,5%). Nhóm tử vong so với nhóm khỏi bệnh có nhịp thở cao hơn (32 so với 24 lần/phút) và SpO<sub>2</sub> thấp hơn (78% so với 91%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Ngoài ra, các dấu hiệu bất thường khi thăm khám như thở co kéo cơ hô hấp phụ, bất thường âm phế bào đều có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm với phép kiểm Fisher's exact. Kết quả này cũng giống những ghi nhận của y văn về nhịp thở, SpO<sub>2</sub> là những yếu tố giúp phân độ nặng của bệnh nhân COVID-19 [1]

### 3.2. Đặc điểm về cận lâm sàng

**Bảng 3.1.** Xét nghiệm huyết học

Công thức máu		Khỏi bệnh	Tử vong	p
Bạch cầu 10 <sup>9</sup> / L	Trung vị-KTPV	11400 (8100-14700)	10000 (7900-16600)	0,555*
		10700 (8000-14900)		
Neutrophil 10 <sup>9</sup> / L	Trung vị-KTPV	9200 (5900-13300)	8300 (6400-14400)	0,994*
		9050 (6000-13300)		
% Neutrophil	Trung vị-KTPV	82,7 (75,9-87,0)	84,7 (81-91,7)	0,072*
		83,1 (76,8-88,6)		
Lymphocyte 10 <sup>9</sup> /L	Trung bình ±ĐLC	1501,4 ± 669,7	1083 ± 1611	<b>0,004**</b>
		1376,7 ± 677,7		

% Lymphocyte	Trung vị-KTPV	12,9 (8,9-18,8)	10,4 (5,5-14,3)	<b>0,018*</b>
		11,9 (7,5-17,6)		
Hồng cầu 10 <sup>12</sup> /L	Trung bình ±ĐLC	4,7 ± 0,7	4,6 ± 0,7	0,860**
		4,7 ± 0,7		
Hb (g/dL)	Trung bình ±ĐLC	14,4 ± 1,7	14,4 ± 2,2	0,412**
		14,3 ± 1,8		
Hct (%)	Trung bình ±ĐLC	41,8 ± 5,1	40,6 ± 6,4	0,338**
		41,4 ± 5,5		
Tiểu cầu 10 <sup>9</sup> /L	Trung bình ±ĐLC	242,0 ± 87,4	186,7 ± 93,7	<b>0,005**</b>
		225,5 ± 94,4		

\*Kiểm định Mann-Whitney, \*\*Kiểm định t

Số lượng hồng cầu, lượng Hemoglobin và Hematocrit trung bình trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm khỏi bệnh và tử vong (p>0,05).

Bạch cầu trong dân số nghiên cứu đa số tăng trong đó Neutrophil chiếm đa số. Không có sự khác biệt về số lượng bạch cầu, số lượng Neutrophil, phần trăm Neutrophil giữa nhóm COVID-19 khỏi bệnh và tử vong (p>0,05). Số lượng bạch cầu lympho trung bình trong giới hạn bình thường, phần trăm lympho giảm nhẹ. Trong nhóm tử vong, trung bình lympho và phần trăm

số lượng lympho trung vị thấp hơn nhóm khỏi bệnh (p<0,05). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Zachary Illg [5].

Số lượng tiểu cầu trung bình trong nghiên cứu trong giới hạn bình thường, tuy nhiên trung bình số lượng tiểu cầu ở nhóm COVID-19 tử vong thấp hơn đáng kể so với nhóm khỏi bệnh (p=0,005). Kết quả tương tự báo cáo của tác giả Davood Bashash [2] phân tích 19 nghiên cứu, 3383 BN COVID-19 và kết luận giảm số lượng tiểu cầu thường kết hợp với COVID-19 nặng.

**Bảng 4.2.** So sánh kết quả sinh hóa máu và real time RT-PCR giữa 2 nhóm khỏi bệnh và tử vong

Sinh hóa máu và real time RT-PCR		Khỏi bệnh	Tử vong	p
Đường huyết (mmol/L) n=102	Trung vị-KTPV	7,8 (6,4-11,7)	8,3(6,3-12,4)	0,766*
		7,7 (6,2-12,2)		
Ure (mmol/L) n= 103	Trung vị-KTPV	4,8(3,5-6,3)	8,7(4,9-11,6)	<b>&lt; 0,001*</b>
		5,3 (4,1-7,5)		
Creatinine (μmol/L) (n= 104)	Trung vị-KTPV	72,7 (63,3-87,4)	96,1(76,6-128,6)	<b>&lt; 0,001*</b>
		78,7 (65,5-99,3)		
eGFR theo MDRD n=104 (mL/phút /1,73 m <sup>2</sup> )	Trung bình ±ĐLC	79,2 ± 20,6	56,6 ± 24,0	<b>&lt; 0,001**</b>
		72,5 ± 23,9		
Na (mmol/L) n=104	Trung vị-KTPV	134 (130-137)	131 (125-134,3)	<b>0,008*</b>
		133 (128-136)		
AST (U/L) n=102	Trung vị-KTPV	40,3 (27,2-59,6)	66,7(52,7-101,0)	<b>&lt; 0,001*</b>
		50,6 (32,3-81,5)		
ALT (U/L) n=102	Trung vị-KTPV	39 (23,6-68,8)	36,8 (27,7-68,0)	0,904*
		38 (24,6-70,1)		
D-Dimer (ng/ml) n=104	Trung vị-KTPV	488 (295-860)	1227 (748-3306)	<b>&lt; 0,001*</b>
		657 (366,8-1405,3)		
Ferritin (ng/ml) n=98	Trung vị-KTPV	470 (286-824)	1000 (700-1228)	<b>&lt;0,001*</b>
		576,7 (326,5-1000)		
CRP (mg/L) n=95	Trung vị-KTPV	54,3(24,4-105,7)	109,6(52-162,6)	<b>0,004*</b>
		62,7 (32,3-124)		
Chu kỳ ngưỡng RT PCR (n=103)	Trung bình ±ĐLC	24 ± 4,8	22,1 ± 4,5	0,071**
		23,4 ± 4,8		

\* Kiểm định Mann-Whitney

\*\*Kiểm định t

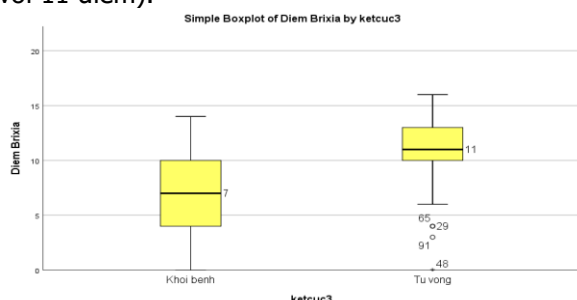
Các xét nghiệm sinh hóa máu như đường huyết đói, ure, creatinine, eGFR, Na, ALT có giá trị trung bình trong giới hạn bình thường, riêng AST tăng nhẹ, Ferritin, CRP, D Dimer trung bình của mẫu nghiên cứu đều tăng. Chu kỳ ngưỡng trung bình (CT) của xét nghiệm real time RT-PCR là 23,4 ± 4,8. Khi so sánh 2 nhóm, chúng tôi

nhận thấy Ure, Creatinine, eGFR, AST, D Dimer, Ferritin, CRP của nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm khỏi bệnh (p<0,05). Ghi nhận này tương tự nghiên cứu của tác giả Fen Lan [7]

Nồng độ Natri trung vị trong nghiên cứu chúng tôi ở nhóm tử vong thấp hơn nhóm khỏi

bệnh ( $p=0,008$ ). Tác giả Andrea Berni [3] cũng có báo cáo tương tự và kết luận hạ natri máu là một yếu tố dự báo độc lập của tử vong khi nhập viện (tăng 2,7 lần so với Na bình thường) và mỗi mEq /L Natri huyết thanh giảm có liên quan đến tăng 14,4% nguy cơ tử vong.

Về đặc điểm điện tâm đồ, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận hơn một nửa BN có ít nhất một bất thường trên ECG, trong đó rối loạn nhịp và bất thường sóng T thường gặp nhất chiếm 15,7% và 14,7%. Hầu hết BN trong nghiên cứu đều có tổn thương trên X quang ngực dạng mô kẽ, lưới nốt 71,2%, mờ phế nang chiếm 61,5%, đông đặc phổi 31,7%, kính mờ 23,1%. Đa số BN có tổn thương cả 2 bên phổi 97,1%, chủ yếu tập trung 1/3 ngoài ( $> 90\%$ ). Hầu hết (98%) có mờ kiểu lan tỏa và không đồng nhất. Hơn 90% các trường hợp tập trung ở 1/3 dưới cả hai bên phổi. Kết quả nghiên cứu chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Davide Ippolito [6]. 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 so với 11 điểm).



**Biểu đồ 3.1.** So sánh tổng điểm Brixia giữa 2 nhóm khỏi bệnh và tử vong

**3.3. Tỷ lệ nhập chăm sóc tích cực, đặt nội khí quản thở máy và tử vong của BN COVID-19.** Tỷ lệ COVID-19 nhẹ và trung bình là 13,4%, nặng 32,7%, nguy kịch 40,4%.

73,1% BN có chỉ định nhập ICU. 88/104 (84,6%) BN cần hỗ trợ hô hấp bao gồm thở oxy cannula, thở oxy mask có túi, thở HFNC, thở máy không xâm lấn và thở máy xâm lấn.

27 (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), ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 36 ngày. Tỷ lệ BN đặt nội khí quản thở máy 31,7%. Tỷ lệ tử vong chung là 29,8% (31/104).

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập BN trong giai đoạn cao điểm của đại dịch tại TP.HCM, các bệnh viện quá tải, chưa có đủ thuốc đặc trị, thiếu trang thiết bị y tế.... Các BN thật sự nặng mới

được nhập viện, các trường hợp nhẹ, trung bình thường được khuyến cáo tự theo dõi tại nhà dưới hướng dẫn của các tổ y tế từ xa. Do vậy, sự phân tầng mức độ nặng và nguy kịch trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao và đa số BN lúc nhập viện cần được sự hỗ trợ hô hấp. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi gần giống nghiên cứu của tác giả Anant Dinesh [4] với tỷ lệ nhập viện 21,26%, tỷ lệ tử vong tại các bệnh viện công ở Brooklyn là 29,9%, Queens 28,1%, Manhattan 20,4%.

#### IV. KẾT LUẬN

Trong 104 BN được thu nhận vào nghiên cứu, nam chiếm 42,3%. Tuổi trung bình  $61,7 \pm 13,7$ . Lý do nhập viện thường gặp nhất là khó thở (70,1%). Các triệu chứng cơ năng thường gặp là sốt (76,9%), khó thở (74%), mệt mỏi (53,8%). Bệnh đi kèm thường gặp là tăng huyết áp (53,8%), đái tháo đường (25,9%), viêm dạ dày (19,2%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (15,4%), đột quỵ (9,6%), thoái hóa khớp (9,6%). 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, eGFR, AST, D Dimer, Ferritin, CRP của nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê 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. 88/104 (84,6%) BN cần hỗ trợ hô hấp. 27 (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%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2021)**, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2) ban hành kèm quyết định 14/07/2021".
- Bashash Davood, Hosseini-Baharanchi Fatemeh Sadat, Rezaei tavirani Mostafa, et al.** (2020), "The Prognostic Value of

- Thrombocytopenia in COVID-19 Patients; a Systematic Review and Meta-Analysis", Archives of academic emergency medicine. 8, p. e75.
3. **Berni Andrea, Malandrino Danilo, Corona Giovanni, et al. (2021)**, "Serum sodium alterations in SARS CoV-2 (COVID-19) infection: impact on patient outcome", European Journal of Endocrinology. 185(1), pp. 137-144.
  4. **Dinesh Anant, Mallick Taha, Arreglado Tatiana M., et al. (2021)**, "Outcomes of COVID-19 Admissions in the New York City Public Health System and Variations by Hospitals and Boroughs During the Initial Pandemic Response", Frontiers in Public Health. 9.
  5. **Illg Z., Muller G., Mueller M., et al. (2021)**, "Analysis of absolute lymphocyte count in patients with COVID-19", Am J Emerg Med. 46, pp. 16-19
  6. **Ippolito D., Maino C., Pecorelli A., et al. (2020)**, "Chest X-ray features of SARS-CoV-2 in the emergency department: a multicenter experience from northern Italian hospitals", Respir Med. 170, p. 106036
  7. **Lan Fen, Zhu Chen, Jin Rui, et al. (2021)**, "Clinical characteristics of COVID-19 patients with complications: implications for management", Therapeutic Advances in Chronic Disease. 12, p. 20406223211041924.
  8. **World Health Organization (2020)**, World Health Organization Declares COVID-19 a 'Pandemic.', accessed, from <https://time.com/5791661/who-coronavirus-pandemic-declaration/>

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA CHẤN THƯƠNG GAN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Nguyễn Quang Huy\*, Đặng Khải Toàn\*

### TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 140 bệnh nhân chấn thương gan được cấp cứu và điều trị bảo tồn không phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2020. Chấn thương gan trong chấn thương bụng kín thường gặp ở độ tuổi 21–49. Độ tuổi trung bình là 33,5. Số bệnh nhân nam gặp nhiều hơn nữ. Nguyên nhân chính là tai nạn giao thông. Đau bụng là triệu chứng cơ năng hằng định nhất. Mất máu thường ở mức độ nhẹ đến trung bình. Tất cả các trường hợp bệnh nhân vỡ gan nhập viện đều có men gan tăng, mức độ tổn thương gan càng nặng thì men gan càng cao. Về vị trí tổn thương gan trên chụp cắt lớp vi tính, phần lớn tổn thương vị trí gan phải, tổn thương hạ phân thùy VI chiếm tỷ lệ cao nhất. Đối với thùy gan trái, tổn thương hạ phân thùy IV thường gặp nhất. Về mức độ tổn thương theo AAST thì độ III thường gặp nhất.

**Từ khóa:** Chấn thương gan, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị bảo tồn

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF LIVER INJURY TREATED CONSERVATIVELY

Through a study of 140 patients with liver injury who were treated conservatively at 115 People's Hospital from January 2016 to December 2020. Liver injury in blunt abdominal trauma is common at the age of 21–49. The average age is 33.5. Male patients are more common than female. The main cause is traffic accidents. Abdominal pain is the most constant

physical symptom. Blood loss is usually mild to moderate. All cases of liver rupture patients admitted to the hospital have elevated liver enzymes, the more severe the liver damage, the higher the liver enzymes. Regarding the location of liver damage on computed tomography, most of the lesions were located in the right liver, with the highest percentage of lower segment VI lesions. For the left lobe of the liver, segment IV lesions are most common. Regarding the level of damage according to AAST, grade III is the most common.

**Keywords:** Liver injury, clinical, subclinical characteristics treatment conservatively.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, chấn thương sẽ là nguyên nhân đứng hàng đầu hoặc hàng thứ hai trở thành gánh nặng tử vong hằng năm trên toàn thế giới. Trong chấn thương bụng kín thì chấn thương gan là một trong những chấn thương thường gặp đứng hàng thứ hai sau chấn thương lách (chiếm 15%–20%) [1].

Trước đây chấn thương gan chủ yếu được can thiệp bằng phẫu thuật để kiểm soát chảy máu và ngăn ngừa các biến chứng đường mật. Tuy nhiên tỷ lệ tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật còn khá cao đôi khi phẫu thuật còn làm nặng thêm tình trạng bệnh. Theo Michael Bartels và David J. Gillet [2] tỷ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật chấn thương gan trên 85%, không những vậy thời gian nằm viện còn kéo dài và gia tăng chi phí điều trị.

Trong những thập niên gần đây quan điểm điều trị chấn thương gan đã bắt đầu có sự thay đổi [2], các nghiên cứu cho thấy khoảng 50% – 80% các trường hợp chấn thương gan ngừng

\*Bệnh viện Nhân dân 115, TP. Hồ Chí Minh  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy  
 Email: huyphat.vn115@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 27/5/2022  
 Ngày phản biện khoa học: 18/6/2022  
 Ngày duyệt bài: 5/7/2022