

- "Management of acute trauma", Sabiston Textbook Of Surgery, pp.437.
2. **Boese C. K.(2015)**, "Nonoperative management of blunt hepatic trauma: A systematic review", J Trauma Acute Care Surg,79(4), 654–60.
 3. **Barbier L. (2018)**, "Can we refine the management of blunt liver trauma?", J Visc Surg, 803(1), 1–7.
 4. **Ngô Quang Duy (2013)**, "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn không mổ vỡ gan chấn thương", Y Học TP. Hồ Chí Minh,6(17), tr.166–170.
 5. **Coccolini F., et al.(2016)**, "WSES classification and guidelines for liver trauma", World J Emerg Surg,11(1), 50.
 6. **Zachariah S. K., et al.(2017)**, "Hepatic transaminases as predictors of liver injury in abdominal trauma", 2017,5(1), pp.6.
 7. **Radwan M. M. & Abu-Zidan F. M.(2006)**, "Focussed Assessment Sonograph Trauma (FAST) and CLVT in blunt abdominal trauma: surgeon's perspective", Afr Health Sci,6(3), 187–90.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NHỒI MÁU THẬN CẤP ĐƯỢC PHÁT HIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC PHÚ QUỐC NĂM 2022

Mai Xuân Đạt*, Vũ Đức Định*

TÓM TẮT

Chúng tôi xin trình bày 1 ca lâm sàng nhồi máu thận tại vinmec Phú Quốc. Bệnh nhân nữ 74 tiền sử có tăng huyết áp, suy tim, rung nhĩ vào viện vì đau bụng quanh rốn và hông lưng trái không điển hình. Bệnh nhân được chẩn đoán huyết khối bán phần động mạch thận trái lan một phần vào động mạch chủ bụng đoạn ngang mức. Bệnh nhân sau đó được dùng kháng đông, chuyển đến bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang, bệnh nhân sau đó được can thiệp đặt 1 stent phủ thuốc ở động mạch thận trái, duy trì kháng đông, kháng tiêu cầu kép. Sau 2 tuần bệnh nhân được quay lại tái khám với tình trạng chức năng thận tương đối khả quan. Qua ca lâm sàng này chúng tôi muốn nhấn mạnh được tầm quan trọng của phán đoán lâm sàng trong chẩn đoán các ca bệnh hiếm gặp như nhồi máu thận và mang lại cơ hội điều trị đúng phác đồ, giảm thiểu tổn thương thận cho người bệnh.

SUMMARY

CLINICAL CASE OF RENAL INFARCTION AT VINMEC PHU QUOC INTERNATIONAL

We present a clinical case of renal infarction at Vinmec Phu Quoc international hospital. A 74-year-old female patient with a history of hypertension, heart failure, and atrial fibrillation was admitted to the hospital because of abdominal pain around the navel and left flank pain. The patient was diagnosed with a partial thrombosis of the left renal artery with partial extension into the abdominal aorta. The patient was then given anticoagulation, transferred to Kien Giang Province General Hospital, and then underwent intervention to place a drug-eluting stent in the left renal artery, maintaining anticoagulation and dual antiplatelet therapy. After 2 weeks, the patient was re-examined with relatively good kidney function.

*Bệnh viện ĐKQT Vinmec Phú Quốc
 Chiu trách nhiệm chính: Vũ Đức Định
 Email: drvuducdinh@gmail.com
 Ngày nhận bài: 31/5/2022
 Ngày phản biện khoa học: 24/6/2022
 Ngày duyệt bài: 9/7/2022

Through this clinical case, we want to emphasize the importance of clinical judgment in the diagnosis of rare cases such as renal infarction and provide the opportunity for correct treatment, minimizing kidney damage for patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu thận là bệnh lý rất hiếm gặp, chỉ chiếm 0,007% bệnh nhân tới khám cấp cứu [1]. Chẩn đoán thường khó khăn, chậm trễ do biểu hiện lâm sàng của nhồi máu thận thường không điển hình, rất dễ nhầm lẫn với các bệnh lý thông thường khác. Tiêu chuẩn vàng giúp chẩn đoán nhồi máu thận là chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang, đây là biện pháp thăm dò có chi phí cao, không phải cơ sở y tế nào cũng sẵn có, do vậy càng làm khó khăn hơn cho việc chẩn đoán sớm nhồi máu thận. Qua ca lâm sàng này chúng tôi muốn nhấn mạnh tầm quan trọng của phán đoán lâm sàng, nhồi máu thận chỉ chẩn đoán được khi ta nghĩ đến nó.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 74 tuổi có tiền sử tăng huyết áp, suy tim rung nhĩ 5 năm nay, điều trị thuốc không đều. Hơn 1 năm nay bệnh nhân không duy trì thuốc chống đông. Cách nhập viện 3 ngày bệnh nhân xuất hiện đau bụng âm ỉ quanh rốn và hông lưng trái, chán ăn, táo bón, không sốt, không nôn vào khám cấp cứu. Tình trạng bệnh nhân lúc vào viện: Bệnh nhân tỉnh táo, không sốt, đau bụng âm ỉ quanh rốn và hông lưng trái, khám bụng mềm, không có phản ứng thành bụng, điện tim có hình ảnh rung nhĩ tần số thất 78 lần/phút HA 180/100 mmHg, spO2 97%. Bệnh nhân sau đó được chỉ định xét nghiệm máu, siêu âm ổ bụng.

2.1. Cận lâm sàng thời điểm vào viện

	Kết quả	Khoảng tham
--	---------	-------------

chiều		
Công thức máu		
Hồng cầu	4.81 T/L	4.2-5.4 T/L
Hemoglobin	135 g/L	130-160g/L
Tiểu cầu	146G/L	150-450 G/L
Bạch cầu	13G/L	4-10 G/L
BC Trung tính	84%	42.8-75.8%
Sinh hóa máu		
Ure	8.2 mmol/L	2.8-7.2mmol/L
creatinin	93.5 μ mol/L	74-110 μ mol/L
Na	127 mmol/L	133-146mmol/L
K	4.1 mmol/L	3.5-5.1 mmol/L
Glucose	8.9 mmol/L	3.9-5.8 mmol/L
Troponin T	12 pg/ml	<25 pg/ml
ProBNP	1921 pg/ml	<125 pg/ml
CRPhs	0.4 mg/L	<1.0 mg/L

2.2. Siêu âm ổ bụng: Gan nhiễm mỡ độ II, nang gan trái

Sau 2 giờ từ thời điểm vào viện khi có kết quả xét nghiệm máu và siêu âm ổ bụng gần như chưa có gì đặc biệt để nghĩ đến 1 bệnh lý nhất định. Khám kiểm tra lại tình trạng bệnh nhân không nặng lên, vẫn còn đau bụng âm ỉ. Vì bệnh nhân có bệnh lí rung nhĩ, có chỉ định dùng thuốc chống đông, tuy nhiên 1 năm nay bệnh nhân không sử dụng thuốc kháng đông. Do vậy chúng tôi nghĩ đến liệu bệnh nhân có bị bệnh lý tắc mạch hay không. Sau đó bệnh nhân được làm thêm xét nghiệm với kết quả khí máu: PH 7.29 PCO₂ 24 HCO₃ 17 lactat 2.98 , D-dimer 800. Do có lactat máu tăng và D-dimer tăng càng giúp chúng tôi nghi ngờ liệu bệnh nhân có tắc mạch treo hay mạch thận hay không. Ngay sau đó bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc. Kết quả có huyết khối bán phần gần như hoàn toàn động mạch thận trái, lan một phần vào động mạch chủ bụng đoạn ngang mức gây thiếu máu thận trái, thận trái còn ngấm thuốc ít thì tĩnh mạch, không thấy bài xuất thì muện. Bệnh nhân sau đó được dùng lovenox tiêm tĩnh mạch và chuyển ngay đến bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang trong cùng ngày. Ở ngày thứ 10 bệnh nhân được đi can thiệp hút huyết khối, đặt 1stent phủ thuốc động mạch thận trái, duy trì kháng đông và kháng tiểu cầu kép. Sau 2 tuần tái khám thì tình trạng bệnh nhân hoàn toàn ổn định, xét nghiệm creatinin máu ở thời điểm đó là 150 μ mol/L có tăng so với thời điểm vào viện là 93.5 μ mol/L. Bệnh nhân đang được tiếp tục theo dõi và điều trị tại BV ĐKQT Vinmec Phú Quốc cho đến thời điểm hiện tại.

III. BÀN LUẬN

Như ban đầu đã trình bày nhồi máu thận là 1 bệnh rất hiếm gặp. Các dấu hiệu lâm sàng

thường gặp không điển hình bao gồm: Đau hông lưng chiếm 50% số ca, đau bụng 53%, buồn nôn 16,9%, nôn 13%. Các dấu hiệu lâm sàng trên thường kèm theo cơn tăng huyết áp cấp mà nghi ngờ do giải phóng renin. Các dấu hiệu cận lâm sàng bao gồm: Hồng cầu niệu 32%, protein niệu 12%, nồng độ creatinine thường tăng khi nhồi máu thận nặng 1 bên hoặc bệnh thận 2 bên, LDH huyết thanh tăng cao (2-4 lần giới hạn bình thường) kèm theo ít hoặc không tăng AST, ALT với bối cảnh lâm sàng phù hợp là dấu hiệu mạnh nghĩ đến nhồi máu thận. Siêu âm thường rất khó đánh giá với độ nhạy chỉ là 11%, CLVT có tiêm thuốc là tiêu chuẩn vàng, ngoài ra có thể sử dụng MRI , và chụp đồng vị phóng xạ là phương tiện thay thế [2]. Quay lại ca lâm sàng của chúng tôi, ở thời điểm bệnh nhân vào viện có cơn tăng huyết áp khẩn cấp với huyết áp 180/100mmHg, đau hông lưng trái là 2 dấu hiệu lâm sàng quan trọng các dấu hiệu lâm sàng đã kể ở trên. Creatinin ở thời điểm vào viện là 93,5 μ mol/L có thể do tại thời điểm vào viện tình trạng tổn thương thận trái chưa tiến triển nặng. Ngoài ra chúng tôi chưa làm xét nghiệm LDH huyết thanh mà theo các tác giả là dấu hiệu rất tốt cho chẩn đoán nhồi máu thận. Tuy nhiên chúng tôi có 1 gợi ý cho chẩn đoán tắc mạch là lactat máu tăng và tăng D-dimer, đó cũng là 1 trong những phương tiện thăm dò tốt khi nghi ngờ bệnh nhân có bệnh lí tắc mạch thận hay không. Hơn nữa tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán là chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc. Do vậy một lần nữa chúng tôi nhấn mạnh lại, nhìn chung các dấu hiệu lâm sàng đều khá khó để nghĩ đến nhồi máu thận, chẩn đoán chỉ được thực hiện khi chúng ta nghĩ đến nó.

Nguyên nhân thường gặp của nhồi máu thận bao gồm: Nguyên nhân tim mạch là thường gặp nhất trong đó rung nhĩ chiếm phần lớn số bệnh nhân, ngoài ra có thể gặp nhồi máu thận do tổn thương động mạch thận, trạng thái tăng đông và nhồi máu thận vô căn.

Về điều trị nhồi máu thận, cũng như các nhồi máu tạng khác, việc chẩn đoán và điều trị sớm là tối quan trọng. Điều trị ban đầu quan trọng nhất là liệu pháp tái tưới máu bao gồm: Tiêu sợi huyết tại chỗ hoặc toàn thân, can thiệp mạch hút huyết khối, nong mạch và đặt stent mạch thận hoặc phẫu thuật làm cầu nối. Nhóm bệnh nhân có lợi ích của liệu pháp tái tưới máu bao gồm:

1. Tắc động mạch thận chính hoàn toàn (hoặc đoạn nhánh chính) thời gian < 6giờ hoặc tắc nghẽn hoàn toàn động mạch thận chính (hoặc nhánh chính) trên 1 thận duy nhất, hoặc

khí giảm chức năng thận đáng kể (MLCT <50ml/phút/1.73m²)

2. Tắc nghẽn 1 phần động mạch thận hoặc nhánh chính trong thời gian <24 giờ

3. Tắc nghẽn 1 phần động mạch thận hoặc nhánh chính trong thời gian \geq 24h cùng với sự xuất hiện của suy thận tiến triển, tăng huyết áp mới hoặc tiến triển, hoặc triệu chứng của cơn quặn thận, tiểu máu và sốt

4. Nhồi máu thận do nguyên nhân lóc tách động mạch thận [3].

Ca lâm sàng của chúng tôi bệnh nhân được can thiệp ở ngày thứ 10 của bệnh là hơi chậm trễ so với khuyến cáo, nguyên nhân khách quan do bệnh nhân tại khoa tim mạch tỉnh Kiên Giang rất đông và nhiều bệnh nhân cần can thiệp ưu tiên hơn như nhồi máu cơ tim...vv. Tuy nhiên kết quả xét nghiệm cận lâm sàng sau 2 tuần quay lại tái khám tình trạng lâm sàng bệnh nhân ổn định, không còn đau hông lưng, xét nghiệm creatinine là 150 μ mol/L cao hơn thời điểm vào viện là 93,5 μ mol/L. Tuy nhiên thời điểm này vẫn nằm trong pha tổn thương thận cấp, do vậy chúng tôi tin rằng chức năng thận của bệnh nhân có thể cải thiện tốt sau vài tháng.

Chúng tôi xin điểm qua một số nghiên cứu về can thiệp tái tưới máu ở bệnh nhân nhồi máu thận cấp từ trước đến nay. Năm 1993 Blum và cộng sự nghiên cứu trên 14 bệnh nhân tắc động mạch thận. Chẩn đoán trong 36 giờ chỉ ở 8 BN, còn các BN còn lại được chẩn đoán trong vòng 8 ngày

1. Tắc hoàn toàn ĐM thận 5 BN, tắc 1 phần ở 8 bệnh nhân (ĐM thận chính 4, và nhánh chính 4 BN), 1 bệnh nhân tắc 2 bên ĐM thận

2. Tất cả được tiêu sợi huyết tại chỗ liều thấp
Tái thông mạch thành công ở 13 bệnh nhân . Theo dõi chức năng thận sau trung bình 27 tháng, chức năng thận không cải thiện ở bệnh nhân tắc hoàn toàn động mạch thận, trái lại chức năng thận cải thiện trở về mức như trước can thiệp ở nhóm bệnh nhân tắc nghẽn không hoàn toàn. Không có bệnh nhân nào có chức năng thận trở về bình thường [4].

Cùng năm 1993, Ann Vasc Surg và cộng sự báo cáo 1 loạt ca lâm sàng với 10 bệnh nhân tắc động mạch thận hoặc nhánh chính động mạch thận (3 ca huyết khối tại chỗ, 2 ca thuyên tắc và 1 ca liên quản đến tắc động mạch chủ còn lại là biến chứng của nông mạch thận). Tất cả được nhận tiêu sợi huyết tại chỗ bằng Urokinase or streptokinase. Liệu pháp được bắt đầu 24h chỉ ở 3 bệnh nhân, còn lại điều trị trong 6 ngày kể từ thời điểm khởi phát triệu chứng, 1 ca sau 5 tuần. Tái thông mạch 7 /10 bệnh nhân, hồi phục chức

năng thận xảy ra ở 3 bệnh nhân (người được chẩn đoán sau 1,2, 6 ngày) [4], [5].

Năm 2014, Chondros K và cộng sự báo cáo 1 ca tiêu sợi huyết đường toàn thân cho tắc động mạch thận cấp. Bệnh nhân nam 50 tuổi có tắc đoạn động mạch thận cấp / Bệnh nền có kiểu đa hình gen tăng đông. Bệnh nhân được tiêu sợi huyết đường toàn thân bằng Tenecteplase với liều 0,53mg/kg. Sau 30 phút triệu chứng được giải quyết hoàn toàn và chức năng thận sau 8 tuần điều trị ở mức chấp nhận được.

Năm 2016, Silverberg và cộng sự nghiên cứu hồi cứu trên 42 bệnh nhân tắc mạch thận: 13 bệnh nhân được tiêu sợi huyết nội mạch (CDT). 29 bệnh nhân được điều trị bằng theo dõi quan sát. Thời gian chẩn đoán trung bình 42 giờ ở nhóm tiêu sợi huyết và 32h ở nhóm quan sát. Thời gian theo dõi ở nhóm CDT là 30 tháng và mức lọc cầu thận giảm từ 74.3ml/phút xuống 54.6ml/phút (giảm 27%, P =0.032). Thời gian theo dõi ở nhóm quan sát là 13 tháng và mức lọc cầu thận cũng giảm từ 66.1 -> 60 ml/phút (9%, P =0.04). Không có biến chứng nào xảy ra ở nghiên cứu [4], [7].

Nhóm bệnh nhân nhồi máu thận không có lợi ích của tái tưới máu bao gồm nhồi máu thận cũ: Thường gặp ở những bệnh nhân không có triệu chứng thường tình cờ được phát hiện bằng chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh thận nhỏ, teo thận hoặc khiếm khuyết tưới máu nhu mô hình nêm và nhồi máu thận mới tiến triển gần đây thường gặp ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng gần đây và chẩn đoán hình ảnh ghi ngờ 1 cơn nhồi máu thận gần đây[1],[2]. Đa phần nhóm bệnh nhân tắc mạch thận liên quan đến nhánh nhỏ động mạch thận thường không có chỉ định can thiệp tái tưới máu trừ duy nhất trường hợp nhồi máu thận liên quan đến loạn sản xơ cơ động mạch thận hoặc lóc tách động mạch nên can thiệp hoặc phẫu thuật.

Quản lý điều trị lâu dài nhồi máu thận bao gồm sử dụng kháng đông tối thiểu 6 tháng sau đó duy trì aspirin liều thấp suốt đời (thông thường 81mg/ngày). Với trường hợp có bệnh nền tăng đông hoặc rung nhĩ, kháng đông được điều trị theo tình trạng bệnh nền. Với nhóm bệnh nhân có đặt stent động mạch thận: Nên duy trì aspirin 81mg kết hợp clopidogrel 75mg tối thiểu 3-6 tháng sau đó aspirin suốt đời.

V. KẾT LUẬN

Nhồi máu thận là 1 bệnh rất hiếm gặp, chẩn đoán thường chậm trễ và khó khăn. Chúng ta chỉ chẩn đoán được khi nghĩ đến nó, đặc biệt trên

những bệnh nhân có dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ kết hợp tình trạng bệnh nền nghi ngờ đặc biệt là rung nhĩ. Điều trị nhồi máu thận cần được tiến hành sớm ngay sau khi có chẩn đoán, giúp giảm tiến triển tổn thương thận sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paris B, Bobrie G et al** (2006), "Blood pressure and renal outcomes in patients with kidney infarction and hypertension", *J Hypertens*, 24: 1649.
2. **Oh YK, Yang CW, Kim YL, et al** (2016), "Clinical Characteristics and outcomes of Renal Infarction", *Am J Kidney Dis*.
3. **Jai Radhakrishnan, MD, MS et al** (2021), "Renal infarction", *Uptodate*.
4. **Blum U, Billmann P, Krause T, et al** (1993), "Effect of local low -dose thrombolysis on clinical outcome in acute embolic renal artery occlusion", *Radiology*, 189:549.
5. **Salam TA, Lumsden AB, Martin LG** (1993), "Local infusion of fibrinolytic agents for acute renal artery thromboembolism: report of ten cases", *Ann Vasc Surg*, 7:21.
6. **Chondros K, Karpathakis N, Tsetis D, et al** (2014), "Systemic thrombolysis with the use of Tenecteplase for segmental acute renal infarction potentially associated with multiple thrombophilic gene polymorphisms", *Hippokratia* 18:67.
7. **Silverberg D, Menes T, Rimon U, et al** (2016), "Acute renal artery occlusion: Presentation, treatment, and outcome", *J Vasc Surg*, 64:1026.

THỰC TRẠNG VỀ SỰ HÀI LÒNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI - NĂM 2021

Trương Văn Hiếu*, Lê Thị Liên*, Nguyễn Thị Lan Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú và xác định một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành từ tháng 9 – 12/2021 ở 405 bệnh nhân tuổi từ 18 tuổi trở lên tại các khoa lâm sàng và sử dụng thang điểm đánh giá hài lòng người bệnh năm 2019 của Bộ Y tế. **Kết quả:** Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh điều trị nội trú là 91,11%. Điểm trung bình hài lòng chung đạt 4,52/5 điểm. Điểm trung bình hài lòng thấp nhất thuộc nhóm C về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh (4,39 điểm). Điểm trung bình hài lòng cao nhất thuộc nhóm D về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (4,62 điểm). Người bệnh tại Hà Nội có tỷ lệ hài lòng cao hơn so với người bệnh đến từ các tỉnh thành khác. Người bệnh có thời gian nằm viện dưới 7 ngày có tỷ lệ hài lòng cao hơn so với người bệnh có thời gian nằm viện trên 7 ngày, có nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

Từ khóa: Hài lòng người bệnh nội trú. bệnh viện răng hàm mặt trung ương.

SUMMARY

EVALUATION OF INPATIENT SATISFACTION ABOUT QUALITY OF SERVICES IN NATIONAL HOSPITAL OF ONDONTO-STOMATOLOGY IN 2021

Objectives: The aim of this study was to observe the current status of inpatient satisfaction and analyze

the possible factors influencing patient satisfaction during hospitalization. **Subjects and method:** A cross-sectional investigation was conducted to obtain basic information about inpatient satisfaction, and statistical methods were used to describe and analyze the data. A total of 32 questionnaires were included in this study. A 5-point Likert scale rating was employed to assess items related to hospitalization care. Regression analysis was used to explore the relationship between predictors and the inpatients' overall satisfaction. **Results:** The ratio of inpatients' satisfaction was 91.11%. Mean score of inpatients' satisfaction was 4.52 (5 is the highest score). The most satisfying aspect of patient was behavior of staff (4.62 score). The least satisfying aspect of patient was hospital facilities (4.39 score). The two strongest predictors of satisfaction for all dimensions were inpatient's residence and length of stay. **Conclusion:** continuing to correct hospital totally to improve levels of patients' satisfaction is needed.

Keywords: Satisfaction inpatient, national hospital of odontostomatology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người bệnh là tiêu chí quan trọng dùng để đo lường sự đáp ứng của cơ sở y tế đối với những mong đợi của người bệnh đối với các dịch vụ y tế. Chất lượng chăm sóc, điều trị đáp ứng được kỳ vọng của người bệnh sẽ tăng chỉ số hài lòng người bệnh và gia tăng sức cạnh tranh của cơ sở y tế trong giai đoạn hiện nay. Để đáp ứng nhu cầu của người bệnh, có cơ sở khoa học giúp lãnh đạo có kế hoạch cụ thể cải tiến phương cách phục vụ và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, tạo cơ sở để cán bộ y tế có thể thay đổi phong cách phục vụ người bệnh

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội;

Chịu trách nhiệm: Trương Văn Hiếu

Email: truonghieugmhs@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/5/2022

Ngày phản biện khoa học: 27/5/2022

Ngày duyệt bài: 9/6/2022