

Nhận xét: Không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ kháng thể và tuổi, giới, cân nặng, BMI.

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ kháng thể kháng SARS-CoV-2 ở nhóm tiêm 2 mũi vaccin AZD1222 vào 2-8 tuần và 8-14 tuần sau tiêm mũi hai trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung cao hơn nghiên cứu của Sanjeeb K. Mishra et al., được thực hiện trên 122 đối tượng nhân viên y tế tình nguyện tham gia nghiên cứu tại Veer Surendra Sai Institute of Medical Sciences and Research, Ấn Độ ⁽²⁾. Nồng độ kháng thể ở nhóm tiêm 2 mũi vaccin AZD1222 lần 1 trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu của Shabir A Madhi et al., 112,3 (61,7-204,4) BAU/mL ⁽³⁾.

Nồng độ kháng thể kháng SARS-CoV-2 ở nhóm tiêm 2 mũi vaccin BNT162b2 trong nghiên cứu của chúng tôi vào thời điểm 2-8 tuần sau tiêm mũi hai là 1955 (1327-3245) BAU/mL, khá tương đồng với kết quả của nghiên cứu của P. Naaber et al. (n=122), nồng độ kháng thể trong nghiên cứu này là 1810 (1168-2463) BAU/mL vào thời điểm 6 tuần sau tiêm vaccin mũi 2 ⁽⁴⁾. Tại thời điểm 8-14 tuần sau tiêm mũi hai, nồng độ kháng thể trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nồng độ kháng thể vào thời điểm 12 tuần trong nghiên cứu của P. Naaber et al., 1080 (848-1985) BAU/mL so với 742 (440-983) BAU/mL. Điều này có thể giải thích do hạn chế của nghiên cứu chúng tôi cỡ mẫu của nhóm tiêm 2 mũi BNT162b2 vào lần 2 là nhỏ, n=30, có thể không có tính khái quát cao so với cỡ mẫu n=122 và sự khác biệt về đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ kháng thể ở nhóm tiêm 2 mũi vaccin BNT162b2 lớn hơn so với nhóm tiêm 2 mũi AZD1222 ở cả 2 lần định lượng kháng thể, điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó ^{(5) (6)}.

Nồng độ kháng thể ở lần 2 thấp hơn lần 1, điều này phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trước đó và cũng phù hợp với diễn tiến của quá trình đáp ứng miễn dịch.

Đối với phương pháp tiêm trộn vaccin (nhóm 3), nồng độ kháng thể lần 1 cao nhất trong 3 nhóm nhưng ở lần 2 thì tương tự với nhóm tiêm 2 mũi BNT162b2, chứng tỏ tỷ lệ và tốc độ giảm nồng độ kháng thể của nhóm này cao hơn nhóm tiêm 2 mũi BNT162b2 nên cần có nghiên cứu sâu hơn để xác định được hiệu quả thực sự của phương pháp tiêm trộn vaccin.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối tương quan giữa nồng độ kháng thể và tuổi, giới, cân nặng, BMI của người tình nguyện tham gia nghiên cứu, kết luận này tương tự với một số nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của Massarweh et al ⁽⁷⁾. Tuy nhiên, một nghiên cứu khác lại có kết luận rằng có mối liên quan đáng kể giữa nồng độ kháng thể và tuổi, giới, BMI ⁽⁸⁾.

V. KẾT LUẬN

Tại thời điểm 2-8 tuần sau tiêm mũi hai, nồng độ kháng thể lớn nhất ở nhóm tiêm mũi 1 AZD1222 và mũi 2 BNT162b2, kế đến là nhóm tiêm 2 mũi BNT162b2 và thấp nhất ở nhóm tiêm 2 mũi AZD1222. Tại thời điểm 8-14 tuần sau tiêm mũi hai, nồng độ kháng thể ở nhóm tiêm mũi 1 AZD1222 và mũi 2 BNT162b2 tương đương nhóm tiêm 2 mũi BNT162b2, 2 nhóm trên lớn hơn nhóm tiêm 2 mũi AZD1222. Nồng độ kháng thể lần 1 lớn hơn lần 2 ở cả 3 nhóm vaccin và trong toàn bộ nhóm nghiên cứu. Không có mối tương quan giữa nồng độ kháng thể và tuổi, giới, cân nặng, BMI trong nhóm nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế (2021)**, Tình hình dịch bệnh Covid-19 Việt Nam/Thế Giới, Việt Nam, 19/10/2021, web <https://covid19.gov.vn/>.
- S. K. Mishra (2021)**, "Waning of Anti-spike Antibodies in AZD1222 (ChAdOx1) Vaccinated Healthcare Providers: A Prospective Longitudinal Study", *Cureus*. 13(11), e19879.
- S. A. Madhi (2021)**, "Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine against SARS-CoV-2 in people living with and without HIV in South Africa: an interim analysis of a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1B/2A trial", *Lancet HIV*. 8(9), e568-e580.
- P. Naaber (2021)**, "Dynamics of antibody response to BNT162b2 vaccine after six months: a longitudinal prospective study", *Lancet Reg Health Eur*. 10, 100208.
- E. Terpos (2022)**, "Comparison of Neutralizing Antibody Responses at 6 Months Post Vaccination with BNT162b2 and AZD1222", *Biomedicines*. 10(2).
- E. Terpos (2021)**, "Comparison of neutralizing antibody responses against SARS-CoV-2 in healthy volunteers who received the BNT162b2 mRNA or the AZD1222 vaccine: Should the second AZD1222 vaccine dose be given earlier?", *Am J Hematol*. 96(9), E321-E324.
- A. Massarweh (2021)**, "Evaluation of Seropositivity Following BNT162b2 Messenger RNA Vaccination for SARS-CoV-2 in Patients Undergoing Treatment for Cancer", *JAMA Oncol*. 7(8), 1133-1140.
- E. G. Levin (2021)**, "Waning Immune Humoral Response to BNT162b2 Covid-19 Vaccine over 6 Months", *N Engl J Med*. 385(24), e84.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG NGOÀI TIM

Hoàng Văn Sỹ^{1,2}, Nguyễn Minh Kha^{1,2}, Trương Phi Hùng^{1,2},
Nguyễn Nhật Tài¹, Nguyễn Hồng Phúc³, Đặng Tường Vi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tràn dịch màng ngoài tim là một bệnh lý tim mạch thường gặp trên lâm sàng, có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi và chủng tộc khác nhau. Biểu hiện lâm sàng của tràn dịch màng ngoài tim rất thay đổi, từ tràn dịch mức độ nhẹ không triệu chứng đến chèn ép tim cấp. Các dữ liệu liên quan đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân bị tràn dịch màng ngoài tim tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu dựa trên hồ sơ. Nghiên cứu gồm 248 bệnh nhân được chẩn đoán xác định tràn dịch màng ngoài tim điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong 10 năm từ 2010 – 2020. **Kết quả:** Trong 10 năm, có 285 bệnh nhân tràn dịch màng ngoài tim, trong đó 248 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $52,3 \pm 18$, tỉ lệ nam:nữ là 1,61:1. Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất (77%), tiếp theo là đau ngực (11%) và sốt (4%). Có 7,7% bệnh nhân có tụt huyết áp lúc nhập viện, tĩnh mạch cổ nổi là 11,3%, tiếng tim mờ là 18,6% và mạch nghịch là 1,6%. Tràn dịch màng ngoài tim toàn thể chiếm 95,2%, tràn dịch lượng nhiều chiếm 77,4% và 23,8% bệnh nhân có biểu hiện chèn ép tim trên siêu âm tim. Bất thường trên điện tâm đồ có 41,5% có điện thế thấp, 2% có so le điện thế. Có 248 bệnh nhân được thực hiện chọc dịch màng tim, kết quả 98% là dịch tiết. Kết quả tế bào học dịch màng ngoài tim với sự hiện diện của tế bào ác tính chiếm 12,7%. Cây dịch màng ngoài tim dương tính ở 6/232 mẫu, 3 mẫu cấy dương với *Staphylococcus aureus*. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy triệu chứng thường gặp nhất của tràn dịch màng ngoài tim là khó thở. Tiếng tim mờ, tụt huyết áp và tĩnh mạch cổ nổi ít được ghi nhận trong nghiên cứu. Hầu hết tràn dịch màng ngoài tim là toàn thể, lượng nhiều trên siêu âm tim. Dịch màng ngoài tim đa số là dịch tiết, tỉ lệ cấy dương rất thấp, tác nhân được ghi nhận nhiều nhất là *Staphylococcus aureus*.

Từ khóa: Tràn dịch màng ngoài tim, khó thở, chèn ép tim.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH PERICARDIAL EFFUSION

¹Đại học Y dược TP. HCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Thành Phố Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022

Background: Pericardial effusion is a common clinical condition that can occur in all ages and populations. The clinical presentation of pericardial effusion varies widely, from a clinically irrelevant, incidental finding to life – threatening cardiac tamponade. Data regarding the clinical and subclinical profiles of pericardial effusion in Vietnam are limited.

Objectives: To describe clinical and subclinical in patients with pericardial effusion at Cho Ray Hospital.

Patients and methods: A retrospective cross – sectional descriptive study. This study included 248 patients with confirmed diagnosis of pericardial effusion treated at Cho Ray hospital in 10 years between 2010 to 2020. **Results:** For 10 years, there were 285 patients with pericardial effusions, of which 248 patients who met the inclusion criteria in our study. The mean age was 52.3 ± 18 , the male:female ratio was 1.61:1. Dyspnea was the most common symptom (77%), followed by chest pain (11%) and fever (4%). There were 7.7% patients with hypotension on admission, jugular venous distension was recorded in 11.3%, muffled heart sounds were 18.6%, and pulsus paradoxus was 1.6%. Circumferential distribution accounted for 95.2%, large effusion accounted for 77.4%, and 23.8% of patients showed signs of cardiac tamponade on echocardiography. Low QRS voltage and electrical alternans were 41.5% and 2%, respectively. There were 248 patients who underwent pericardiocentesis, 98% of the results were exudates. The presence of malignant cells in pericardial fluid cytology results was 12.7%. Pericardial fluid culture was positive 6/232 samples, 3 samples were positive for *Staphylococcus aureus*. **Conclusions:** The study revealed that the most common symptom of a pericardial effusion was dyspnea. Muffled heart sounds, hypotension, and jugular venous distension were rarely reported in the study. Circumferential distribution and large effusion were major. The pericardial fluid was mostly exudate, the positive culture rate was very low, and the most recognized agent was *Staphylococcus aureus*.

Keywords: pericardial effusion, dyspnea, cardiac tamponade.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng ngoài tim là tình trạng tụ dịch bất thường trong khoang màng ngoài tim. Dịch có thể là dịch thấm, dịch tiết, mủ hay là máu. Tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều gây tăng áp lực bên trong khoang màng ngoài tim, giảm đổ đầy thất, giảm cung lượng tim với biểu hiện là mạch nhanh và tam chứng Beck với tụt huyết áp, tiếng tim mờ và tĩnh mạch cổ nổi thường gặp trong chèn ép tim cấp [1]. Biểu hiện lâm sàng thường gặp của tràn dịch màng ngoài tim bao

gồm khó thở, thở nhanh, đau ngực, mạch nhanh, mạch nghịch. Biểu hiện cận lâm sàng của tràn dịch màng ngoài tim thay đổi theo các đặc điểm nhân trắc học như tuổi tác, địa lý và các đặc điểm lâm sàng nguyên nhân và các bệnh đi kèm.

Tràn dịch màng ngoài tim là bệnh lý tim mạch thường gặp trên thế giới, đặc biệt tại các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Bên cạnh các đặc điểm lâm sàng, các kết quả xét nghiệm về sinh hóa, tế bào học và vi trùng có vai trò then chốt trong chẩn đoán nguyên nhân và điều trị. Với sự phát triển của phương tiện hình ảnh học, sinh hoá, vi trùng học, vấn đề chẩn đoán và điều trị bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim đã có sự thay đổi đáng kể theo thời gian [1]. Trên thế giới, ở các nước phát triển đã có nhiều báo cáo cập nhật về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim [2]. Tuy nhiên hiện nay tại Việt Nam nói chung, dữ liệu gần đây khảo sát về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim vẫn còn hạn chế [3]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả biểu hiện lâm sàng và đặc điểm cận lâm sàng của bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng. Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, được tiến hành tại bệnh viện Chợ Rẫy. Chúng tôi chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng ngoài tim theo mã ICD I30, I31 và I32 và được chọc dò dịch màng ngoài trong thời gian 10 năm từ 01/01/2010 – 31/12/2020. Dữ liệu hồ sơ bệnh án được ghi nhận gồm: giới tính, tuổi, tiền căn bệnh lý, triệu chứng lâm sàng, sinh hiệu, kết quả xét nghiệm, điện tâm đồ, siêu âm tim, xét nghiệm khảo sát dịch màng ngoài tim. Nghiên cứu nhận vào những bệnh nhân đủ 18 tuổi, được chẩn đoán xác định tràn dịch màng ngoài tim bằng siêu âm tim và loại trừ những bệnh án hồi cứu không đủ thông tin cần thiết theo protocol nghiên cứu.

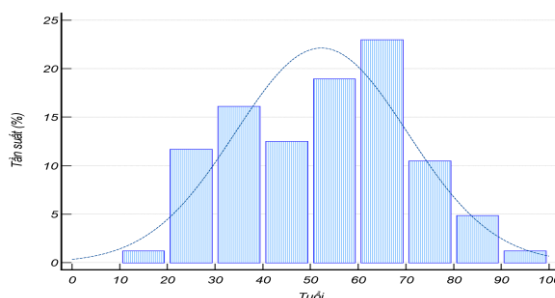
Biên số nghiên cứu. Các biến số về đặc điểm nhân trắc (tuổi, giới), đặc điểm lâm sàng (lý do nhập viện, tiền căn bệnh lý, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể) và các thông số cận lâm sàng (điện tâm đồ, siêu âm tim, xét nghiệm khảo sát dịch màng ngoài tim). Mức độ tràn dịch màng ngoài tim được phân loại theo Hội Tim châu Âu [1] dựa vào khoảng trống siêu âm trong thì tâm trương: lượng ít < 10mm; lượng trung bình từ 10 – 20 mm, lượng nhiều > 20 mm. Dịch

màng ngoài tim là dịch tiết khi thỏa tiêu chuẩn Light 1972 [4]. Điện thế thấp được định nghĩa biên độ QRS ở các chuyển đạo ngoại biên ≤ 5 mm hoặc biên độ QRS ở các chuyển đạo trước ngực ≤ 10 mm. So le điện thế là hình ảnh các phức bộ QRS liên tiếp có biên độ thay đổi thấp cao xen kẽ trên cùng một bản ghi điện tâm đồ.

Xử lý số liệu. Các biến liên tục được thể hiện bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân bố chuẩn và trung vị - khoảng tứ phân vị nếu phân bố không chuẩn. Biểu danh định được trình bày dưới dạng tần suất (phần trăm). Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.2 trên hệ điều hành Window (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong khoảng thời gian nghiên cứu có 248 bệnh nhân tràn dịch màng ngoài tim thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Trong đó, có 153 bệnh nhân nam (61,7%) và 95 bệnh nhân nữ (38,3%), tỉ lệ nam:nữ là 1,61:1. Tuổi mắc bệnh trung bình $52,3 \pm 18$ tuổi (Hình 1), tuổi nhỏ nhất là 18 và tuổi lớn nhất là 96.



Hình 1. Phân bố tuổi của dân số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Tiền căn bệnh lý

Tiền căn	Số lượng (n)	Tần suất (%)
Bệnh lý tim mạch	72	29
Ung thư	31	12,5
Lao	22	8,9
Suy thận mạn	16	6,5
Bệnh hệ thống – tự miễn	12	4,8
Bệnh lý tuyến giáp	5	2,0
Xạ trị	5	2,0
Xơ gan	4	1,6
Bệnh lý khác	2	0,8

Đứng đầu là tiền căn bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ và tiền căn phẫu thuật tim) với tỉ lệ 29%, thứ hai là ung thư chiếm 12,5% với 2% bệnh nhân có tiền

căn xạ trị. Tiền căn lao là 8,9%, suy thận mạn và bệnh hệ thống – tự miễn lần lượt là 6,5% và 4,8% (**Bảng 1**).

Bảng 2. Lý do nhập viện

Lý do nhập viện	Số lượng (n)	Tần suất (%)
Khó thở	190	77
Đau ngực	27	11
Sốt	9	4
Khác	22	9

Lý do nhập viện hàng đầu là khó thở, chiếm 77% các trường hợp, sau đó là đau ngực và sốt với tỷ lệ lần lượt là 11% và 4%. Các lý do nhập viện khác bao gồm ho, phù, đau bụng và ngất (**Bảng 2**).

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tần suất (%)
Tụt huyết áp	19	7,7%
Tĩnh mạch cổ nổi	28	11,3%
Tiếng tim mờ	46	18,6%
Mạch nghịch	4	1,6%

Tụt huyết áp tại thời điểm nhập viện là 7,7%, tĩnh mạch cổ nổi và tiếng tim mờ là 11,3% và 18,6%, không có trường hợp nào hiện diện cả 3 triệu chứng. Mạch nghịch là triệu chứng hiếm gặp trong nghiên cứu với tỉ lệ 1,6% (**Bảng 3**).

Đặc điểm cận lâm sàng

Siêu âm tim và ECG. Tràn dịch màng ngoài tim toàn thể gặp ở 95,2% bệnh nhân, lượng nhiều chiếm 77,4%, trong đó 23,8% trường hợp ghi nhận có biểu hiện chèn ép tim trên siêu âm tim (**Bảng 4**). Điện thế thấp là biểu hiện đặc trưng của tràn dịch màng ngoài tim trên điện tâm đồ. Điện thế thấp ghi nhận được ở 41,5% bệnh nhân và so le điện thế chiếm 2%.

Bảng 4. Đặc điểm siêu âm tim

Siêu âm tim	Số lượng (n)	Tần suất (%)
Dịch màng ngoài tim		
Khu trú	12	4,8
Toàn thể	236	95,2
Mức độ tràn dịch màng ngoài tim		
Ít	6	2,4
Trung bình	50	20,2
Nhiều	192	77,4
Chèn ép tim cấp		
Có	59	23,8
Không	189	76,2
Tổng	248	100

Xét nghiệm dịch màng ngoài tim. Có 248 bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm dịch màng ngoài tim, 5 trường hợp kết luận là dịch thấm, 243 trường hợp là dịch tiết (98%). Khi phân tích

giá trị ADA và PCR lao dịch màng ngoài tim ghi nhận 213 bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm ADA, kết quả ADA < 40 U/L chiếm 80,3%, ADA 40 – 70 U/L chiếm 11,7% và ADA > 70 U/L chiếm 8,0%; và có 207 bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm PCR lao dịch màng ngoài tim, trong đó tỉ lệ dương tính là 6,9% (**Bảng 5**).

Bảng 5. ADA và PCR lao dịch màng ngoài tim

Xét nghiệm	Số lượng (n)	Tần suất (%)
ADA (U/L)		
< 40	171	80,3
40 – 70	25	11,7
> 70	17	8,0
PCR lao		
Âm	190	76,6
Dương	17	6,9
Không thực hiện	41	16,5

Cell bloc. Trong 189 mẫu dịch màng ngoài tim được thực hiện xét nghiệm cell bloc 24 trường hợp ghi nhận có hiện diện của tế bào ác tính, chiếm 12,7%.

Vi sinh. Cây dịch màng ngoài tim dương tính ở 6/236 mẫu cấy, tác nhân vi sinh ghi nhận lần lượt là Burkholderia pseudomallei (kháng Colistin, Amikacin, Gentamicin, Netilmicin), Moraxella osloensis, Escherichia coli tiết ESBL đa kháng, 3 trường hợp là Staphylococcus aureus trong đó ghi nhận 1 trường hợp là MRSA.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Về sự phân bố giới tính trong tràn dịch màng ngoài tim, kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nam:nữ là 1,61:1, gần tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Thủy thực hiện tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định thì tỉ lệ nam:nữ là 1,65:1 [3] hay trong nghiên cứu tại Ả Rập Xê Út là 1,3:1 [2]. Độ tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu của chúng tôi là 52,3 ± 18 tuổi, tương đồng với nghiên cứu tại Ả Rập Xê Út, độ tuổi trung bình là 52 tuổi [2], và nghiên cứu của Nguyễn Việt Đăng Quang độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 53,2 tuổi [5], cho thấy tràn dịch màng ngoài tim thường xảy ra ở thập kỷ thứ tư hoặc thứ năm của cuộc đời.

Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có tiền căn bệnh lý tim mạch bao gồm tăng huyết áp, bệnh mạch vành mạn, suy tim và tiền căn phẫu thuật tim trước đây là 29%. Theo sau là tiền căn bệnh lý ung thư, lao và bệnh thận mạn với tỉ lệ 12,5%, 8,9%, 6,5%. Trong đó, một bệnh nhân có thể đồng

thời có bệnh lý tim mạch và ung thư hoặc bệnh lý tim mạch và bệnh thận mạn cũng như có những bệnh nhân khỏe mạnh không ghi nhận tiền căn bệnh lý trước đây. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Saad Albugami với tiền căn bệnh lý tim mạch chiếm đa số, tăng huyết áp 35,9%, suy tim 18%, bệnh thận mạn và ung thư phổi cùng chiếm tỉ lệ 20,5% [2]. Tiền căn là một yếu tố lâm sàng quan trọng trong việc định hướng chẩn đoán tràn dịch màng ngoài tim.

Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất khiến bệnh nhân đến khám và là lí do nhập viện của hơn 3/4 các trường hợp. Những trường hợp không có than phiền chính là khó thở thì đau ngực và sốt hai triệu chứng thường gặp thứ 2 và 3 với tỉ lệ lần lượt 11% và 4%. Các triệu chứng khác cũng được ghi nhận trong nghiên cứu là phù, ho, đau bụng và ngất với tỉ lệ nhỏ. Kết quả này phù hợp với biểu hiện lâm sàng thường gặp đã được mô tả theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý màng ngoài tim của Hội Tim châu Âu 2015 [1]. Điểm khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu đã được thực hiện trước đây là có 7/253 trường hợp nhập viện vì đau bụng. Đau bụng là triệu chứng hiếm thấy mô tả trong các nghiên cứu về tràn dịch màng tim. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp đến khám vì đau bụng và được phát hiện có tràn dịch màng ngoài tim, đây là những bệnh nhân có tiền căn lần lượt là ung thư buồng trứng, loét dạ dày kèm nang giả tụy, thalassemia và cường giáp. Y văn thế giới cũng đã ghi nhận hai trường hợp bệnh nhân nữ nhập viện vì đau bụng và phát hiện tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều có dấu hiệu chèn ép tim cấp trên siêu âm tim [6]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của khám lâm sàng và hỏi bệnh sử một cách kỹ lưỡng và có hệ thống nhằm tránh bỏ sót các bất thường của người bệnh cũng như chậm trễ trong chẩn đoán.

Tam chứng Beck bao gồm tụt huyết áp, tĩnh mạch cổ nổi và tiếng tim mờ là triệu chứng lâm sàng kinh điển giúp chẩn đoán chèn ép tim cấp. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tụt huyết áp tại thời điểm nhập viện là 7,7%, tĩnh mạch cổ nổi và tiếng tim mờ là 11,3% và 18,6%, không có trường hợp nào hiện diện đủ tam chứng Beck, tỉ lệ mạch nghịch là 1,6%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Văn Minh Trí đánh giá 18 bệnh nhân tràn dịch màng ngoài tim, tỉ lệ tụt huyết áp, tĩnh mạch cổ nổi và tiếng tim mờ, mạch nghịch lần lượt là 16,7%, 33,3%, 61,1% và 22,2% [7]. Sự khác biệt này đến từ sự khác biệt của 2 nhóm dân số nghiên cứu. Nghiên cứu

của Văn Minh Trí lựa chọn những bệnh nhân tràn dịch màng ngoài tim có chỉ định điều trị phẫu thuật mở cửa sổ màng tim vì vậy tràn dịch màng ngoài tim có biểu hiện nặng nhiều hơn.

Đặc điểm cận lâm sàng. Dựa vào kết quả siêu âm tim, có 77,4% bệnh nhân được phân loại tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều, 20,2% tràn dịch màng ngoài tim lượng trung bình, 23,8% bệnh nhân có dấu hiệu chèn ép tim trên siêu âm tim. Chèn ép tim có thể gây ra bởi lượng dịch màng ngoài tim khác nhau và phụ thuộc vào thời gian thành lập dịch màng tim. Trong các trường hợp bệnh nhân sau phẫu thuật tim, dịch màng ngoài tim được thành lập nhanh chóng trong vòng vài phút đến vài giờ thì chỉ với 200 mL dịch màng ngoài tim cũng có thể gây ra chèn ép tim cấp. Trái lại khi tràn dịch màng ngoài tim tiến triển từ từ, chủ yếu do nguyên nhân bệnh nội khoa, áp lực trong khoang màng ngoài tim tăng dần qua nhiều ngày đến nhiều tuần, lượng dịch 200 – 1000 mL là cần thiết để gây chèn ép tim cấp. Nghiên cứu của Văn Minh Trí cũng ghi nhận kết quả tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều, không có dấu hiệu chèn ép tim cấp là thường gặp nhất ở những bệnh nhân nhập viện [7].

Xét nghiệm dịch màng ngoài tim ghi nhận 98% là dịch tiết dựa theo tiêu chuẩn Light 1972. Tương tự với nghiên cứu được thực hiện tại Trung Quốc với 131/140 bệnh nhân (93,6%) có kết quả phân tích dịch màng ngoài tim là dịch tiết [8]. Có 232 mẫu dịch màng ngoài tim được thực hiện nuôi cấy vi, kết quả dương tính ở 6 mẫu cấy, tác nhân vi sinh ghi nhận lần lượt là *Burkholderia pseudomallei* (kháng Colistin, Amikacin, Gentamicin, Netilmicin), *Moraxella osloensis*, *Escherichia coli* tiết ESBL đa kháng, 3 trường hợp là *Staphylococcus aureus* trong đó ghi nhận 1 trường hợp là MRSA. Hai trường hợp có mũ màng ngoài tim, một trường hợp xảy ra trên bệnh nhân K dạ dày đã phẫu thuật nhiễm *Escherichia coli*, một trường hợp xảy ra trên bệnh nhân 22 tuổi không ghi nhận tiền căn bệnh lý, tràn mũ màng ngoài tim do MRSA trong bệnh cảnh viêm căn mạc hoại tử cẳng chân, nhiễm trùng huyết, suy đa cơ quan. Như vậy, màng ngoài tim cũng có thể là cơ quan bị "di căn ổ nhiễm" trong bệnh cảnh nhiễm trùng huyết.

Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu mô tả, hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án sẽ không tránh khỏi các sai lệch thông tin lâm sàng trong khai thác bệnh sử, đánh giá các triệu chứng. Cỡ mẫu của nghiên cứu nhỏ, thực hiện tại một trung tâm, vì vậy cần tiến hành nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm với

cỡ mẫu lớn để đưa ra cái nhìn toàn vẹn hơn về bệnh lý tràn dịch màng ngoài tim tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Tràn dịch màng ngoài tim thường xảy ra ở thập kỷ thứ tư hoặc thứ năm của cuộc đời. Triệu chứng thường gặp nhất của tràn dịch màng ngoài tim là khó thở. Tiếng tim mờ, tụt huyết áp và tĩnh mạch cổ nổi ít được ghi nhận trong nghiên cứu. Hầu hết tràn dịch màng ngoài tim là toàn thể, lượng nhiều trên siêu âm tim. Dịch màng ngoài tim đa số là dịch tiết, tỉ lệ cấy dương rất thấp, tác nhân được ghi nhận nhiều nhất là Staphylococcus aureus.

Nguồn tài trợ: Nghiên cứu được thực hiện với sự tài trợ kinh phí từ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adler Y, Charron P, Imazio M, et al.** 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for

Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2015;36(42):2921-2964.
 2. **Albugami S, Al-Husayni F, AlMalki A, et al.** Etiology of Pericardial Effusion and Outcomes Post Pericardiocentesis in the Western Region of Saudi Arabia: A Single-center Experience. Cureus. 2020; 12(1).
 3. **Nguyễn Thị Ngọc Thủy.** Tràn dịch màng tim bệnh lý có chèn ép tim chẩn đoán và kết quả điều trị mở cửa sổ màng tim. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2008;12(1).
 4. **Light RW, Macgregor MI, Luchsinger PC, et al.** Pleural effusions: the diagnostic separation of transudates and exudates. Ann Intern Med. 1972;77(4):507-513.
 5. **Nguyễn Việt Đăng Quang.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật mở cửa sổ màng tim trong điều trị tràn dịch màng tim ác tính. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010;14(1).
 6. **McGinley A, Gribbin G.** A delayed diagnosis of cardiac tamponade. BMJ Case Rep. 2013; 2013: bcr2012007255.
 7. **Vân Minh Trí.** Kết quả điều trị ngoại khoa tràn dịch màng tim. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2007;1(11).
 8. **Ma W, Liu J, Zeng Y, et al.** Causes of moderate to large pericardial effusion requiring pericardiocentesis in 140 Han Chinese patients. Herz. 2012; 37(2):183-187.

KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH KẾT HỢP VỚI MỔ MỞ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI ĐA TẦNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY 2018 - 2019

Trịnh Vũ Nghĩa*, Nguyễn Văn Khôi*, Nguyễn Hoàng Định**

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh lý động mạch chi dưới nhiều tầng, nhiều vị trí đang là thách thức với các bác sĩ lâm sàng. Các phương pháp kinh điển như phẫu thuật đơn thuần hoặc can thiệp nội mạch đơn thuần trên toàn bộ các tổn thương không phải lúc nào cũng thực hiện được. Xu hướng trên thế giới hiện nay là áp dụng phối hợp phẫu thuật và can thiệp trên một bệnh nhân nhằm làm giảm độ khó của phẫu thuật/ can thiệp nội mạch, tận dụng tối đa các ưu điểm của phẫu thuật và can thiệp nội mạch, giảm chi phí y tế và giảm tác động có hại trên sức khỏe bệnh nhân. **Mục tiêu:** 1. Nhận xét chỉ định áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch kết hợp với mổ mở điều trị bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng; 2. Đánh giá kết quả áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch kết hợp với mổ mở trong

điều trị bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt bệnh nhân BLDMCDMT, có tổn thương động mạch từ 2 tầng phổi trở lên trong 3 tầng động mạch thuộc một chi dưới, được điều trị tái lập lưu thông mạch máu bằng phương pháp can thiệp nội mạch kết hợp với mổ mở trong 1 thì tại khoa Phẫu thuật mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** 94,7% bệnh nhân là nam giới, các yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp (63.2%), hút thuốc lá (26.3%) và đái tháo đường (26.3%). 68.4% bệnh nhân có vết loét hoặc hoại tử đầu chi, Các tổn thương phần lớn thuộc giai đoạn TASC II C và D. 13/19 bệnh nhân có tổn thương ở cả 3 tầng nhưng không có bệnh nhân nào được tái thông tầng dưới gối. 73,7% bệnh nhân can thiệp được vô cảm bằng tê tại chỗ. 73,7% bệnh nhân được tạo hình động mạch đùi chung, 36,8% được lấy huyết khối và 10,5% được làm cầu nối đùi đùi phối hợp với can thiệp nội mạch các tổn thương phổi hợp. Thời gian mổ trung bình là 193+ 34 p. Chỉ có 5,3% bệnh nhân có biến chứng chu phẫu. Kết quả can thiệp sau 6 tháng 89,6% bệnh nhân có kết quả tốt. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật kết hợp can thiệp nội mạch ít biến chứng, đã cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tắc hẹp động mạch chi dưới đa tầng. Chỉ

*Bệnh viện Chợ Rẫy
 **Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM
 Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Vũ Nghĩa
 Email: trinhvunghia@gmail.com
 Ngày nhận bài: 2.6.2022
 Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022
 Ngày duyệt bài: 1.8.2022