

vừa tắc nghẽn đường thở trên, vừa tắc nghẽn đường thở dưới dẫn tới triệu chứng nặng nề hơn, độ bão hòa oxy thấp hơn^{3,4}. Cũng như các nghiên cứu trước, bệnh đồng mắc ở hội chứng chôn lấp cũng cao hơn hẳn, đặc biệt là tăng huyết áp và đái tháo đường⁸.

2. Yếu tố nguy cơ mắc OSA ở bệnh nhân COPD. Khi phân tích các yếu tố nguy cơ mắc OSA ở bệnh nhân COPD chúng tôi nhận thấy BMI cao, chu vi vòng cổ, điểm STOP-BANG, điểm Epworth, điểm CAT càng cao nguy cơ mắc hội chứng chôn lấp càng lớn. Trong đó, BMI cao và điểm STOP-BANG đóng vai trò quan trọng khi tăng nguy cơ lần lượt gấp 5,03 và 4,33 lần, còn chu vi vòng cổ, điểm Epworth và điểm CAT đóng vai trò ít hơn. Cũng như tác giả Soler và cộng sự, bệnh nhân COPD mà BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$ có nguy cơ cao hơn mắc OSA⁶.

Khi phân tích hồi quy logistic sau khi hiệu chỉnh các yếu tố BMI cao, chu vi vòng cổ, điểm Epworth, điểm CAT cho thấy STOP-BANG là yếu tố nguy cơ độc lập mắc OSA ở bệnh nhân COPD. Nhận xét này cũng giống với tác giả Zhang, Soler^{6,8}. Vì vậy chúng tôi cho rằng bệnh nhân COPD có điểm STOP-BANG cao cần được quan tâm bệnh đồng mắc OSA.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân hội chứng chôn lấp OSA-COPD có triệu chứng nặng nề hơn, chất lượng cuộc sống thấp hơn, nhiều triệu chứng buồn ngủ ban ngày hơn so với bệnh nhân mắc COPD đơn thuần. BMI cao, chu vi vòng cổ, điểm STOP-BANG, điểm Epworth, điểm CAT là các yếu tố nguy cơ mắc hội chứng chôn lấp. Điểm STOP-BANG là yếu tố nguy cơ độc lập mắc OSA ở bệnh nhân COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.** Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.; 2019.
- 2. Shawon MSR, Perret JL, Senaratna CV, Lodge C, Hamilton GS, Dharmage SC.** Current evidence on prevalence and clinical outcomes of co-morbid obstructive sleep apnea and chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 2017;32:58-68. doi:10.1016/j.smrv.2016.02.007
- 3. Zamarrón C, Paz VG, Morete E, del Campo Matías F.** Association of chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea consequences. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2008; 3(4):671-682.
- Lavie P, Herer P, Lavie L. Mortality risk factors in sleep apnoea: a matched case-control study. *J Sleep Res.* 2007;16(1):128-134. doi:10.1111/j.1365-2869.2007.00578.x
- 5. Lévy P, Kohler M, McNicholas WT, et al.** Obstructive sleep apnoea syndrome. *Nat Rev Dis Primer.* 2015;1(1):15015. doi:10.1038/nrdp.2015.15
- 6. Soler X, Liao SY, Marin JM, et al.** Age, gender, neck circumference, and Epworth sleepiness scale do not predict obstructive sleep apnea (OSA) in moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): The challenge to predict OSA in advanced COPD. *PLoS ONE.* 2017;12(5). doi:10.1371/journal.pone.0177289
- 7. Berry RB, Budhiraja R, Gottlieb DJ, et al.** Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. Deliberations of the Sleep Apnea Definitions Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 2012;8(5):597-619. doi:10.5664/jcsm.2172
- 8. Zhang P, Chen B, Lou H, et al.** Predictors and outcomes of obstructive sleep apnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease in China. *BMC Pulm Med.* 2022;22(1):16. doi:10.1186/s12890-021-01780-4

TỈ LỆ TỬ VONG VÀ ĐẶC ĐIỂM CÁC TRƯỜNG HỢP TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN COVID-19 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN-3 BÌNH DƯƠNG

Đỗ Văn Trang¹, Đỗ Hà Ngọc Trâm², Nguyễn Thị Thắm³, Nguyễn Đức Cảnh³

TÓM TẮT

¹Trường Cao đẳng Y tế Bình Dương

²Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

³Trung tâm Y tế Bến Cát

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Trang

Email: dovantrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2022

Ngày duyệt bài: 12.10.2022

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tỉ lệ tử vong và đặc điểm các trường hợp tử vong ở bệnh nhân Covid-19 được điều trị tại bệnh viện dã chiến-3 Bình Dương.

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang – Mô tả. **Kết quả:** Từ 05/8/2021 – 31/10/2021, BVDC-3BD đã thu dung điều trị 10711 người bệnh Covid-19 (nam: 5242, chiếm tỉ lệ 48,94%; nữ: 5469, chiếm tỉ lệ 51,06%; Tỉ lệ nam thấp hơn nữ có ý nghĩa thống kê P-Fisher's exact=0,014). Có 32 người bị tử vong (chiếm tỉ lệ 0,3%), trong đó có 20 người nữ và 12 nam; tỉ lệ tử vong ở nữ (0,36%) cao hơn so với nam (0,23%),

không có ý nghĩa thống kê ($P_{\text{Fisher's exact}} = 0,131$). Tuổi tử vong nhỏ nhất là 26, lớn nhất là 75; Nam thường gặp ở nhóm tuổi 46-55, nữ thường gặp trên 56, tuổi trung bình của nữ cao hơn nam không có ý nghĩa thống kê ($P_{\text{T test}} = 0,087$). Về nghề nghiệp: Công nhân 13 ca chiếm tỉ lệ 40,6%, già 10 (chiếm 31,3%), khác 9 (28,1%). Bệnh trở nặng thường vào ngày thứ 7 (5; 9,75). Tử vong thường vào ngày thứ 9 (7; 17), nhưng cũng có ngoại lai đến 38 ngày. Thời điểm tử vong cao nhất là tháng 9/2021. Nguyên nhân tử vong: có 6 ca đột tử; 6 ca thuyên tắc phổi; 17 ca suy hô hấp; 2 ca tai biến mạch máu não; 1 ca đột cấp của suy thận mạn. Đa phần bệnh nhân tử vong chưa được tiêm ngừa (91,6%), 46,9% bị béo, 34,4% có ít nhất 1 bệnh nền, kết quả CT của xét nghiệm RT-PCR trung bình $18,7 \pm 4,5$. **Kết luận:** Tỉ lệ tử vong do Covid-19 được điều trị tại BVDC-3BD là 0,3%, thấp hơn các địa phương khác trong cùng thời điểm. Các ca tử vong: Phần lớn (91,6%) chưa được tiêm ngừa; 46,9% bị thừa cân, béo phì; 34,4% có ít nhất một bệnh lý nền kèm theo.

SUMMARY

DEATH RATES AND SOME FEATURES OF COVID-19 PATIENTS WHO DIED DURING TREATMENT AT BINH DUONG FIELD HOSPITAL-3

Objective: Research the death rates and some features of Covid-19 patients who died during treatment at Binh Duong field hospital-3 (BD.FH-3). **Method:** Cross-sectional study. **Results:** From August 5, 2021 to October 31, 2021, BD.FH-3 treated 10711 Covid-19 patients (male: 5242, rate 48,94%; female: 5469, rate 51,06%); The percentage of men is lower than women with statistical significance, $P_{\text{Fisher's exact}} = 0,014$. There were 32 deaths (rate 0,3%), including 20 women and 12 men; The mortality rates in women (0,36%) was higher than in men (0,23%), not statistically significant ($P_{\text{Fisher's exact}} = 0,131$). Deaths age range: Age 26 is the youngest and age 75 is the oldest. Men are common in the age group 46-55, women are common over age 56, the mean age of women is higher than that of men without statistical significance ($P_{\text{T test}} = 0,087$). About Occupation: 13 workers (40,6%), the elderly 10 (31,3%), the other 9 cases (28,1%); The disease worsens usually on the 7th day (5; 9,75). Death is usually on the 9th day (7; 17), but it can also be up to 38 days. The highest mortality is September 2021. Cause of death: 6 cases of sudden death; 6 cases of acute pulmonary embolism; 17 cases of acute respiratory failure; 2 cases of stroke; 1 case of acute with chronic renal failure. The majority of patients died without vaccinated (91,6%), 46,9% were overweight and obese, 34,4% had at least 1 underlying disease, average CT values of RT-PCR: $18,7 \pm 4,5$. **Conclusions:** Covid-19 death rate at BD.FH-3 was 0,3%, lower than other localities at the same time. Deaths: Most (91,6%) were unvaccinated; 46,9% were overweight and obese; 34,4% had at least one comorbidity.

Keywords: Covid-19 death rates, features of Covid-19 patients, Binh Duong field hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước tình hình Bình Dương là tâm dịch Covid-19 của đợt dịch bùng phát lần thứ tư, Ban chỉ đạo tỉnh đã cho thành lập các bệnh viện dã chiến để thu dung và điều trị bệnh nhân Covid-19 theo mô hình tháp 3 tầng.

Bệnh viện Dã chiến số 3-Bình Dương (BVDC-3BD) được thành lập trên cơ sở trung dụng 2 khu ký túc xá của Trường Đại học Việt-Đức, với sức chứa khoảng 2100 giường, theo Quyết định số 1898/QĐ-UBND [1]. Thực hiện việc thu dung điều trị, cấp cứu bệnh nhân Covid-19 mức độ nhẹ và không có triệu chứng (Tầng 1 của Tháp điều trị) trên địa bàn tỉnh. Tuy nhiên cũng có rất nhiều bệnh nhân có triệu chứng, bệnh nhân nặng không chuyển viện được (do quá tải tuyến trên): Có 60 giường cấp cứu bệnh trung bình đến nặng.

Nhân viên Y tế phục vụ BVDC-3BD đa phần là các đoàn hỗ trợ nhân lực chống dịch Covid-19 từ các tỉnh, như: Đoàn Quản Trị 1, 2; Đoàn Phú Thọ; Yên Bái; Đoàn 74 TW; Gia Lai; Hà Giang. Và một số ít nhân viên Y tế của TTYTBC.

Trong thời gian hoạt động, khoảng 3 tháng, BVDC-3BD đã thu dung điều trị 10711 người bệnh Covid-19. Chữa khỏi 10636 ca (đạt tỉ lệ 99,3%); Chuyển viện 43 ca chiếm 0,4% (chuyển Tầng-3: 26 ca, chuyển về thường: 12 ca, chuyển các khu khác: 4); Tử vong 32 ca chiếm 0,3%.

Theo báo cáo của Bộ Y tế [2], tích lũy trong đợt dịch thứ 4 (từ ngày 27/4/2021 đến 31/10/2021): Bình Dương ghi nhận 292272 ca mắc Covid-19, 3368 bệnh nhân tử vong (chiếm tỉ lệ 1,15%); Số ca tử vong do Covid-19 của cả nước chiếm tỷ lệ 1,7% so với tổng số ca nhiễm; Tổng số ca tử vong xếp thứ 25/224 vùng lãnh thổ, số ca tử vong trên 1 triệu dân xếp thứ 128/224 quốc gia, vùng lãnh thổ trên thế giới; So với châu Á, tổng số ca tử vong xếp thứ 6/49 (xếp thứ 3 ASEAN), tử vong trên 1 triệu dân xếp thứ 24/49 quốc gia, vùng lãnh thổ châu Á (xếp thứ 4 ASEAN).

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ tử vong và đặc điểm các trường hợp tử vong ở bệnh nhân Covid-19 được điều trị tại bệnh viện dã chiến-3 Bình Dương, nhằm góp phần đúc, rút kinh nghiệm cho việc chăm sóc và điều trị người bệnh Covid-19 được tốt hơn, mục đích cuối cùng là hạn chế tỉ lệ tử vong.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang – Mô tả.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân Covid-19 được điều trị tại BVDC-3.

Dân số chọn mẫu: Tất cả các bệnh nhân tử vong tại BVDC-3.

Các thông tin khảo sát: Thực tế lâm sàng và hồ sơ bệnh án.

Xử lý số liệu. Nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0: tính Tần số, Trung vị, Tứ phân vị, Trung bình, Độ lệch chuẩn, so sánh 2 số trung bình. Phần mềm Minitab 19.11 được sử dụng để so sánh 2 tỉ lệ bằng phép kiểm Fisher's exact. Các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $P \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 05/08/2021 – 31/10/2021, BVDC-3BD tiếp nhận 10711 người bị Covid-19 (trong đó nam: 5242, chiếm tỉ lệ 48,94%; nữ: 5469, chiếm 51,06%; Tỉ lệ nam thấp hơn nữ có ý nghĩa thống kê P-Fisher's exact=0,014). Khi tiếp nhận bệnh nhân được phân vào 2 khu điều trị A và B (Ký túc xá A và B) có sức chứa tương đương nhau (mỗi khu 1050 giường), trong quá trình hoạt động Khu A chăm sóc, điều trị cho 5077 bệnh nhân thấp hơn Khu B 5634 (P-Fisher's exact = 0,001).

Chuyển viện 43 ca chiếm 0,4%, trong đó: chuyển Tầng-3 là 26 ca, chuyển để thường 12 ca, chuyển các khu cách ly khác 4 ca.

Bảng 1: So sánh tỉ lệ chuyển tầng-3 giữa Khu A và B

| | Khu A (5077 người) | Khu B (5634 người) | P-Fisher's exact |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Chuyển tầng-3 (26 người) | 14 | 12 | 0,559 |
| Tử vong tại tầng-3 (13 người) | 6 | 7 | 0,695 |

Nhận xét: Tỉ lệ chuyển tầng-3 của hai Khu A và B tương tự nhau, tử vong sau đó cũng tương tự nhau. Tỉ lệ tử vong ở những bệnh nặng chuyển tầng-3 là 13/26 (50%).

Tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân Covid-19 được điều trị tại BVDC-3BD. Tổng số bệnh nhân bị tử vong tại BVDC-3BD là 32 (chiếm tỉ lệ 0,3%), trong đó: Khu A tử vong là 9 người, Khu B là 23 người. Tỉ lệ tử vong ở khu A (9/5077) thấp hơn so với khu B (23/5634), có ý nghĩa thống kê (P-Fisher's exact =0,021).

Đặc điểm của các trường hợp tử vong tại BVDC-3BD

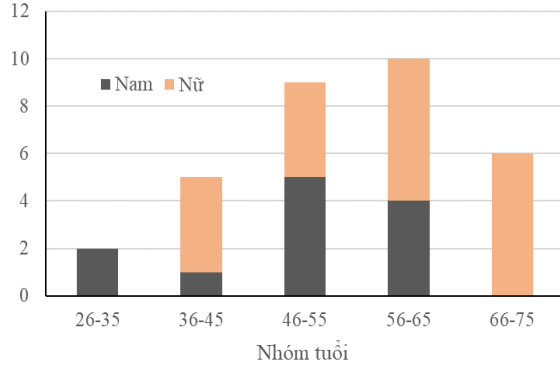
Đặc điểm chung

Về giới tính: nữ là 20 ca, nam 12 ca. Tỉ lệ tử vong ở nữ (20/5469: 0,36%) cao hơn so với tỉ lệ tử vong ở nam (12/5242: 0,23%), không có ý nghĩa thống kê (P_Fisher's exact =0,131).

Về tuổi: Tuổi tử vong nhỏ nhất là 26, lớn nhất là 75.

Tuổi trung bình ở nam là: $49,3 \pm 10,8$, ở nữ là $56,7 \pm 11,6$, khác nhau không có ý nghĩa

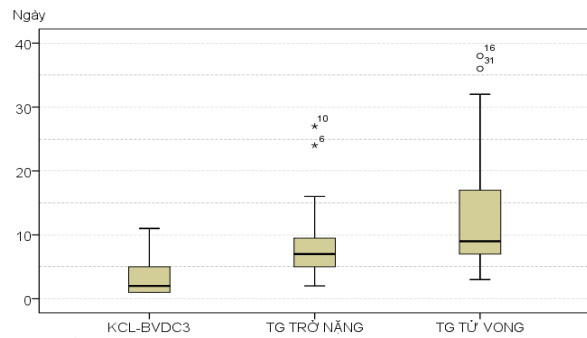
thống kê (P_T test = 0,087).



Biểu đồ 1: Số lượng bệnh nhân tử vong theo từng nhóm tuổi của hai giới

Về nghề nghiệp: Công nhân 13 ca chiếm tỉ lệ 40,6%, già 10 (chiếm 31,3%), khác 9 (28,1%).

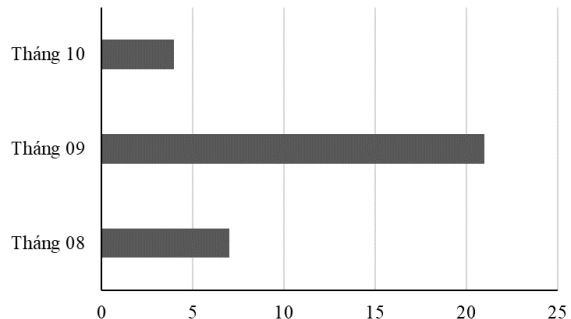
Về các mốc thời gian liên quan:



Biểu đồ 2: Thời gian liên quan đến những người bệnh tử vong tại BVDC-3BD

KCL-BVDC3: thời gian ở khu cách ly đến khi được chuyển vào bệnh viện đã chẩn 3 Bình Dương; TG trở nặng: thời gian từ khi phát hiện đến khi bệnh trở nặng; TG tử vong: thời gian từ khi phát hiện bệnh đến khi tử vong.

Nhận xét: Thời gian từ khi phát hiện bệnh đến khi tử vong rất thay đổi, trung vị là 9(7; 17) nhưng có trường hợp ngoại lai đến 38 ngày (vị trí thứ 16).



Biểu đồ 3: Số ca tử vong theo từng thời điểm trong đợt dịch thứ tư tại BVDC-3BD.

Các yếu tố liên quan đến tiên lượng, điều trị và nguyên nhân tử vong tại BVDC-3BD

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến tiên lượng (N=32)

| | Tần số (%) hoặc Trung bình ± ĐLC |
|----------------------|----------------------------------|
| BMI | 22,4 ± 2,7 |
| ≥ 23: Béo [3] | 15 (46,9%) |
| 23-24,9 (Có nguy cơ) | 4 (12,5%) |
| 25-29,9 (Béo độ 1) | 11 (34,4%) |
| ≥ 30 (Béo độ 2) | 0 |
| Tiêm ngừa | 3 (9,4%) |
| Có bệnh nền* | 11 (34%) |
| CT/RT-PCR | 18,7 ± 4,5 |

ĐLC: Độ lệch chuẩn; BMI: Body Mass Index (chỉ số khối cơ thể); CT/RT-PCR: Cycle Threshold/ Realtime-Polymerase Chain Reaction (chu kỳ ngưỡng của RT-PCR). * Bệnh nền: Có ít nhất một trong các bệnh như: Tăng HA, đái tháo đường, bệnh tim, bệnh thận, bệnh phổi, lupus,...

Nhận xét: Đa số các ca tử vong chưa được tiêm ngừa Covid-19: 91,6%.

Bảng 3: Các thuốc điều trị (N=32)

| | Tần số sử dụng (%) |
|--|--------------------|
| Remdesivir | 7 (21,9) |
| Molnupiravir | 4 (12,5) |
| Levonox | 20 (62,5) |
| Rivaroxaban | 7 (21,9) |
| Aspirin | 10 (31,3) |
| Corticoid | 26 (81,3) |
| Dexamethason | 16 (50) |
| Methylprednisolone tấn công theo phác đồ | 18 (56,3) |
| Prednison | 2 (6,3) |

Bảng 4: Các nguyên nhân tử vong* (N=32)

| | Tần số (%) |
|-----------------|------------|
| Đột tử | 7 (21,88) |
| Thuyên tắc phổi | 5 (15,63) |
| Suy hô hấp | 17 (53,13) |
| TBMMN | 2 (6,25) |
| Suy thận mạn† | 1 (3,13) |

*Theo giấy báo tử. Đột tử: người bệnh không triệu chứng đang theo dõi trên buồng bệnh đột ngột tử vong; Nghĩ do Thuyên tắc phổi: khi bệnh đột ngột suy hô hấp nặng; Suy hô hấp: bệnh nhân khó thở diễn tiến từ nhẹ đến nặng dần, không đáp ứng điều trị, sau đó tử vong. TBMMN: trong quá trình điều trị xuất hiện liệt 1/2 người, sau đó tử vong. †Bệnh nhân bị suy thận mạn nhiễm covid-19 không chuyển viện được, sau đó tử vong.

Nhận xét: Số ca được chẩn đoán Đột tử

chiếm tỉ lệ khá cao 21,88%: tử vong tại buồng bệnh thường không có triệu chứng. Trong đó có 1 ca được dùng Rivaroxaban 10mg uống trong 5 ngày và 3 ca dùng aspirin 81mg uống 8±4 ngày.

Đặc điểm khác nhau của các trường hợp tử vong giữa Khu A và Khu B. Chúng tôi đã phân tích, so sánh tất cả các đặc điểm của Mẫu nghiên cứu giữa Khu A và Khu B: hầu hết là không có sự khác biệt.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của các trường hợp tử vong tại BVDC-3BD

Đặc điểm chung

Về giới tính: Có 20 nữ tử vong (chiếm tỉ lệ 0,36%) cao hơn nam 12 (0,23%), nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P_{\text{Fisher's exact}} = 0,131$). Điều này khác với kết quả nghiên cứu tại Trung Quốc của tác giả Jian-Min Jin và cộng sự [4]: Tác giả này phân tích dữ liệu từ Cơ quan y tế Trung Quốc đã thông báo tổng số mắc 76936 trường hợp và 2442 người đã chết vì Covid-19 tính đến ngày 23/02/2020. Trong số 2442 bệnh nhân tử vong 2/3 là nam giới, mặc dù dữ liệu chi tiết chưa được công bố.

Về tuổi: Thấp nhất là 26, cao nhất là 75. Nam thường gặp ở nhóm tuổi 46-55, nữ thường gặp ở nhóm tuổi trên 56. Tuy nhiên tuổi trung bình của nữ cao hơn nam không có ý nghĩa thống kê ($P_{\text{T test}} = 0,087$).

Về nghề nghiệp: Nhiều nhất là công nhân (40,6%). Dù ta biết rằng công nhân là lực lượng sản xuất, có sức khỏe, tuy nhiên do ở Bình Dương công nghiệp phát triển có rất nhiều công nhân, hơn nữa công nhân thường ở các khu nhà trọ rất dễ lây bệnh Covid-19 nên số lượng mắc nhiều dẫn đến tỉ lệ tử vong cao hơn so với các đối tượng khác.

Về các mốc thời gian: Khi test nhanh Covid-19 trong cộng đồng dương tính, người bệnh được đưa vào các khu cách ly tập trung và cho làm RT-PCR, sau khi có kết quả RT-PCR dương tính bệnh nhân được chuyển vào BVDC-3BD, thời gian này có trung vị là 2 (1; 5) ngày. Trong quá trình điều trị có một số bệnh nhân trở nặng thường vào ngày thứ 7 (5; 9,75): Phù hợp với diễn tiến của bệnh [5], điều này cho thấy bệnh nhân được phát hiện sớm do tầm soát rộng trong cộng đồng.

Các ca nặng được điều trị theo phác đồ đồng thuận ở Bình Dương [6] và xin chuyển tuyến, nhưng thường không chuyển viện được do quá tải tuyến trên nên chúng tôi tiếp tục điều trị theo phác đồ. Có một số bệnh không qua khỏi và tử

vong vào ngày trung vị thứ 9 (7; 17), nhưng cũng có ngoại lai đến 38 ngày. Chưa có số liệu của các nơi khác để so sánh.

Thời điểm tử vong cao nhất tại BVDC-3BD là tháng 9/2021, trùng với đỉnh thứ nhất của đợt dịch thứ tư tại Việt Nam (Biểu đồ 4) [7]. Trước thời điểm này, Bình Dương chưa tiêm vaccin đầy đủ, chưa có Molnupiravir uống.

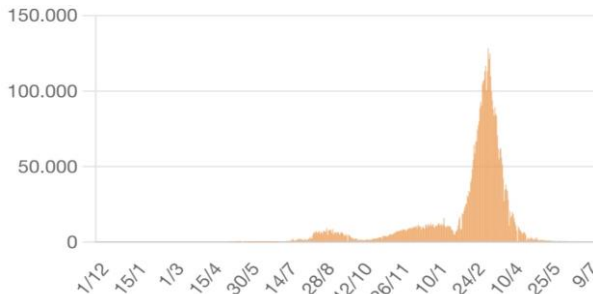
Các yếu tố liên quan đến tiên lượng, điều trị và nguyên nhân tử vong tại BVDC-3BD. Trong tổng số 32 ca tử vong: có 6 ca đột tử (không triệu chứng, đang theo dõi điều trị tại khoa); 6 ca thuyên tắc phổi; 17 ca suy hô hấp; 2 ca TBMMN; 1 ca đợt cấp của suy thận mạn. Các chẩn đoán tử vong này chủ yếu dựa vào kinh nghiệm lâm sàng.

Đa phần bệnh nhân tử vong chưa được tiêm ngừa (91,6%). Có đến 46,9% bị béo theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế [3], tỉ lệ này cao hơn nhiều so với tỉ lệ người trưởng thành bị thừa cân, béo phì ở Việt Nam chiếm khoảng 25% dân số (theo Cục Y tế dự phòng, năm 2015). Trong số bệnh nhân tử vong có đến 34,4% mắc ít nhất 1 bệnh nền (Tăng HA, Đái tháo đường, COPD, Lupus,...). Và kết quả CT của xét nghiệm RT-PCR trung bình $18,7 \pm 4,5$.

Về điều trị: BVDC-3BD điều trị theo phác đồ đồng thuận ở Bình Dương phiên bản 1.4 [6] với đặc điểm nổi bật là những trường hợp suy hô

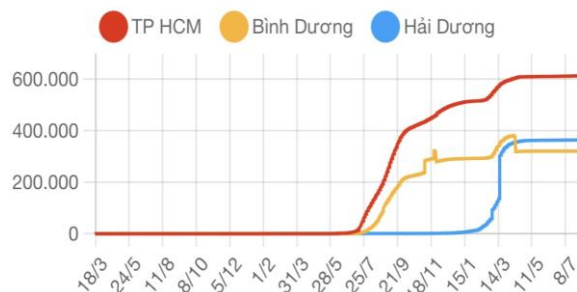
hấp nặng phải thở ô xy mask túi mà SpO₂ < 93% hoặc có chỉ định thở HFNC hoặc thở máy không xâm nhập thì sử dụng sớm corticosteroid liều cao (mini-pulse hay semi-pulse: Methylprednisolone 250mg hoặc 500mg/ngày x 3 ngày, tùy theo nhịp thở <25 hoặc >25 lần/phút) để ngăn chặn cơn bão cytokine. Ngoài ra, BVDC-3BD còn có đầy đủ thuốc kháng đông (Levonox, Rivaroxaban, Aspirin), ô xy trung tâm, thuốc kháng virus (Remdesivir, Molnupiravir-từ 10/9/2021), kháng viêm corticoid (Dexamethason, Methylprednisolone, Prednison), kháng sinh dùng để điều trị cho người bệnh.

Tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân Covid-19 được điều trị tại BVDC-3BD. Tổng số tử vong tại BVDC-3BD là 32 (chiếm tỉ lệ 0,3%), trong đó tỉ lệ tử vong ở khu A là 9/5077 (0,18%) thấp hơn so với khu B 23/5634 (0,4%), có ý nghĩa thống kê (P-Fisher's exact=0,021). Tuy nhiên, chúng tôi đã phân tích, so sánh tất cả các đặc điểm của Mẫu nghiên cứu giữa Khu A và Khu B: hầu hết là không có sự khác biệt. Như vậy, tỉ lệ tử vong khác nhau có thể liên quan những yếu tố sau: Khu A nhận bệnh ít hơn Khu B (5077 so với 5634, P-Fisher's exact=0,001) nên chăm sóc theo dõi tốt hơn; Khu A được trọn một đoàn hỗ trợ chăm sóc nên tính kỷ luật, tuân thủ phác đồ điều trị, sự phối hợp làm việc có thể tốt hơn; Khu B do 2-3 đoàn (ở các địa phương khác nhau) hỗ trợ.



Biểu đồ 4: Số ca mắc theo ngày ngoài cộng đồng [7]

Theo biểu đồ 4 [7], Trong đợt dịch thứ tư tại Việt Nam (từ 27/04/2021 đến 22/8/2022) cả nước trải qua 3 đỉnh dịch: đỉnh thứ nhất là tháng 8-9/2021, đỉnh nhì tháng 12/2021, đỉnh thứ ba vào tháng 3/2022. Đỉnh thứ nhất số mắc thấp hơn 2 đỉnh dịch sau nhưng số lượng tử vong cao hơn (tại thời điểm 03/9/2021 cả nước số mắc tích lũy là 501649, số tử vong là 12446 chiếm tỉ lệ 2,5%). Sau 31/10, khi độ bao phủ vaccin cao, bỏ giãn cách xã hội tạo đỉnh dịch thứ hai và đặc biệt đỉnh thứ ba số mắc trong ngày rất cao nhưng số tử vong thấp làm cho tỉ lệ tử vong



Biểu đồ 5: So sánh theo tỉnh thành số ca nhiễm cộng đồn [7]

chung giảm thấp chỉ còn 0,38% (tính đến ngày 22/8/2022: số mắc tích lũy 11386016, số tử vong là 43106). Điều này cho ta thấy rõ vai trò của vaccin Covid-19.

Biểu đồ 5 [7], cho thấy Bình Dương và thành phố Hồ Chí Minh là 2 địa phương bị ảnh hưởng nặng nề nhất của đỉnh dịch đầu tiên trong đợt dịch thứ tư tại Việt Nam, do đó tỉ lệ tử vong ở 2 nơi này rất cao. Tính đến 22/8/2022: tỉ lệ tử vong do Covid-19 của TP. Hồ Chí Minh là 3,24% (số mắc 617100, số tử vong 19984), của Bình Dương là 1,09% (số mắc 321607, số tử vong

3518). Cao hơn rất nhiều so với các tỉnh bị ảnh hưởng bởi dịch thời gian sau, khi mà độ bao phủ vaccin đã nhiều, như: Hải Dương (tính đến 22/8/2022) tổng số ca mắc 365290, số tử vong 114, tỉ lệ tử vong chỉ 0,03%.

BVDC-3BD được thành lập và thu dung điều trị Covid-19 Tầng 1 của Tháp điều trị 3 tầng trên địa bàn tỉnh Bình Dương vào thời điểm đỉnh dịch đầu tiên trong đợt dịch thứ tư. Trong quá trình điều trị có tỉ lệ tử vong 0,3%. Nếu so sánh cùng thời điểm đến 31/10/2021, thì tỉ lệ tử vong do covid-19 tại BVDC-3BD thấp hơn so với tỉ lệ tử vong do Covi-19 tại tỉnh Bình Dương là 1,15% và của cả nước là 1,7% [2]. Nếu tính luôn cả những ca tử vong sau khi chuyển tuyến-3 là 45 (chiếm tỉ lệ 0,42%) vẫn còn thấp. Có thể do điều kiện cơ sở vật chất BVDC-3BD tốt, được theo dõi sát, thuốc men, oxy đầy đủ. Nếu Tầng-3 không quá tải, chuyển viện được và kịp thời, thì tỉ lệ tử vong có thể còn thấp hơn. Mặt khác, đối tượng thu dung điều trị phần lớn là công nhân (40,6%) người trong độ tuổi lao động, ít bệnh nền, nên góp phần làm tỉ lệ tử vong thấp.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tử vong do Covid-19 được điều trị tại BVDC-3BD là 0,3%, thấp hơn các địa phương khác trong cùng thời điểm.

Các ca tử vong: Phần lớn (91,6%) chưa được tiêm ngừa; 46,9% bị thừa cân, béo phì; 34,4% có ít nhất một bệnh lý nền kèm theo.

KIẾN NGHỊ

1. Nên chích ngừa Covid-19 đầy đủ;
2. Cần có trung tâm hồi sức đủ lớn để điều trị bệnh nhân nặng, tránh bị động, quá tải như

đợt dịch vừa qua;

3. Tập trung theo dõi và chăm sóc tốt cho những bệnh nhân chưa chích ngừa Covid-19, bệnh nhân béo phì, bệnh nhân có bệnh nền để phát hiện sớm các dấu hiệu trở nặng, điều trị kịp thời và tích cực nhằm giảm thiểu tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UBND tỉnh Bình Dương (2021)**, "Quyết định về việc thành lập Bệnh viện dã chiến số 3 - Bình Dương điều trị bệnh nhân Covid-19 tỉnh Bình Dương", Quyết định số: 1898/QĐ-UBND, ngày 29 tháng 7 năm 2021.
2. **Bộ Y tế (2022)**, Cổng thông tin điện tử: https://moh.gov.vn/tin-lien-quan/-/asset_publisher/vjYyM7O9aWnX/content/sang-24-1-hon-4-700-ca-covid-19-nang-ang-ieu-tri-binh-duong-co-f0-au-tien-nhiem-bien-chung-omicron.
3. **Bộ Y tế (2005)**, "Tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân, béo phì dựa vào BMI và số đo vòng eo áp dụng cho người trưởng thành khu vực châu Á (theo IDF, 2005)", Ban hành kèm theo Quyết định số: 3280/QĐ-BYT, ngày 09 tháng 9 năm 2011.
4. **Jian-Min Jin et al (2020)**, "Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality", *Frontiers Public Health*, 8:152.doi: 10.3389/fpubh.2020.00152.
5. **Bộ Y tế (2022)**, "hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Covid-19 do chủng v rút Corona mới (SARS-COV-2)", Ban hành kèm theo Quyết định số: 3416/QĐ-BYT, ngày 14 tháng 7 năm 2021.
6. **Đồng thuận điều trị bệnh nhân Covid-19 tại các cơ sở tầng 1 điều trị Covid-19 ở Bình Dương Phiên bản 1.4 - cập nhật 16/8/2021**. Dựa theo Hướng dẫn được ban hành kèm theo Quyết định số 3416 - QĐ/BYT của Bộ Y tế về chẩn đoán và điều trị COVID-19, ngày 14/7/2021 và các cập nhật mới nhất trên thế giới.
7. **Dữ liệu Covid-19**. Trung tâm công nghệ, Phòng chống dịch Covid-19 quốc gia. Trung tâm Giám sát an toàn không gian mạng quốc gia (NCSC). <https://covid19.ncsc.gov.vn/dulieu/graph>

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HUYẾT ĐỘNG ĐO BẰNG PHƯƠNG PHÁP PICCO Ở BỆNH NHÂN SỐC TIM DO NHỒI MÁU CƠ TIM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Huy Ngọc*, Nguyễn Quang Ân**, Đinh Văn Trung***

TÓM TẮT

*Sở Y Tế Phú Thọ

**Trường Cao Đẳng Y Tế Phú Thọ

***Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: huyngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 11.10.2022

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm huyết động đo bằng phương pháp PiCCO ở bệnh nhân sốc tim do nhồi máu cơ tim tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả, theo dõi dọc 45 bệnh nhân nhồi máu cơ tim biến chứng sốc tim điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 02/2019 đến 12/2021. **Kết quả:** Nam giới chiếm tỷ lệ 66,7%, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 65,5±12,4 (từ 39 – 92 tuổi). Tỷ lệ tử vong là 46,7%. Không có sự khác biệt về chỉ số thể tích cuối tuần tương toàn bộ GEDI. Có sự khác biệt