

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NÚT MẠCH BẰNG KEO SINH HỌC TRONG ĐIỀU TRỊ HO RA MÁU DO DI CHỨNG LAO PHỔI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Nguyễn Đức Hiếu³

TÓM TẮT

Tổng số 47 bệnh nhân (BN) có di chứng lao phổi gây ho ra máu được can thiệp nút mạch bằng keo sinh học (NBCA) có tỷ lệ thành công lâm sàng cao (93,7%) với tỷ lệ tái phát thấp (10,3%) sau 6 tháng theo dõi. Trong các nhánh động mạch tổn thương, 90,4% tổn thương từ động mạch (ĐM) phế quản, sau đó là từ các nhánh của ĐM dưới đòn (34,6%). Tỷ lệ NBCA: Lipiodol được sử dụng từ 1:3 đến 1:10 với tỷ lệ thường được sử dụng nhất là 1:6 với 20 BN (42,6%). Biến chứng đau ngực và khó thở xuất hiện ở 45 BN (95,7%), buồn nôn và nôn ở 2 BN (4,3%), 1 BN (2,1%) tử vong sau can thiệp do suy hô hấp bởi ho ra máu nặng gây bí tắc các nhánh phế quản kèm nhiễm khuẩn huyết do viêm phổi, không có biến chứng về thần kinh. Từ đó cho thấy sử dụng keo sinh học trong điều trị ho ra máu do di chứng lao phổi đem lại kết quả tốt cho bệnh nhân tỷ lệ thành công lâm sàng cao, tỷ lệ tái phát sau điều trị sau 6 tháng rất thấp. **Từ khóa:** Ho ra máu, động mạch phế quản, nút mạch.

SUMMARY

EFFECT EVALUATION OF GLUE EMBOLIZATION FOR HEMOPTYSIS DUE TO SEQUELAE OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

In 47 patients with pulmonary TB sequelae causing hemoptysis who underwent endovascular intervention with NBCA, there was a high clinical success rate (93.7%) with a low recurrence rate (10.3%) after 6 months follow-up. 90.4% of lesions were from the bronchial artery, followed by branches of the subclavian artery (34.6%). The NBCA:lipiodol ratio used was from 1:3 to 1:10 with the most commonly used ratio being 1:6 in 20 patients (42.6%). Complications of chest pain and dyspnea appeared in 45 patients (95.7%), nausea and vomiting in 2 patients (4.3%), 1 patient (2.1%) died after intervention due to respiratory failure by severe hemoptysis causing bronchial obstruction with bacteremia due to pneumonia, no neurological complications. Since then, it has been shown that using NBCA in the treatment of hemoptysis due to pulmonary sequelae brings good results for patients

with high clinical success rate, very low recurrence rate after 6 months of treatment.

Keywords: Hemoptysis, bronchial artery, embolization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho ra máu (HRM) là tình trạng chảy máu từ đường hô hấp dưới được ho ra ngoài qua đường miệng, mũi. Đây là một cấp cứu y khoa đe dọa đến tính mạng với tỷ lệ tử vong cao, đòi hỏi được xử lý kịp thời. HRM có nhiều nguyên nhân khác nhau bao gồm các viêm nhiễm trùng đường thở (25,8%) và ung thư (17,4%), giãn phế quản (6,8%)..., tuy nhiên có khoảng 50% các trường hợp không xác định được nguyên nhân¹. Di chứng lao phổi là hậu quả của việc điều trị lao phổi không triệt để gây ra nhiều tổn thương phổi như ho ra máu, giãn phế quản, xơ phổi... Trong khi HRM nhẹ hầu hết tự cầm mà không cần can thiệp, HRM nặng có tiên lượng xấu hơn. Nút tắc động mạch phế quản là phương pháp điều trị không phẫu thuật có hiệu quả cao cho các bệnh nhân bị ho ra máu ổ ạt hoặc tái phát. Nút tắc động mạch phế quản trên bệnh nhân HRM được thực hiện đầu tiên bởi Remy năm 1973² và dần trở thành một phương thức điều trị chính trong các trường hợp ho ra máu nặng hoặc kéo dài. Đồng thời, các biến chứng sau thủ thuật như đau ngực, sốt, nôn, đau tại vị trí can thiệp... đều nhẹ, tự giới hạn, biến chứng nặng như nhồi máu tủy ít gặp. Do đó đây là một phương pháp được lựa chọn ban đầu trong điều trị HRM.

Trong nút tắc động mạch phế quản có thể sử dụng nhiều loại vật liệu gây tắc mạch khác nhau, vật liệu thường được sử dụng để làm tắc mạch bao gồm gelfor, hạt Polyvinyl alcohol (PVA), cuộn kim loại (coil), keo sinh học-NBCA (n-Butyl-2-cyanoacrylate). Mỗi loại vật liệu có những ưu nhược điểm khác nhau. Trong những năm gần đây vật liệu keo sinh học đã được sử dụng trong trị gây tắc động mạch phế quản có nhiều ưu điểm với đặc điểm tắc mạch nhanh chóng, có thể tắc các nhánh ở ngoại vi, thực hiện được ngay cả bệnh nhân bị rối loạn đông máu, tắc mạch được kiểm soát bằng cách điều chỉnh tốc độ trùng hợp theo tỉ lệ pha trộn giữa NBCA và Lipiodol, thời gian thủ thuật nhanh.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - ĐHQG Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các BN có ho ra máu nặng do di chứng của lao phổi có chỉ định can thiệp nút động mạch cầm máu có sử dụng keo sinh học tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Thời gian nghiên cứu từ 01/2022 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân HRM/bệnh lao phổi hoặc do di chứng lao phổi, được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực có tiêm thuốc cản quang trước can thiệp, được chỉ định can thiệp nội nút mạch bằng keo sinh học.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, theo dõi dọc, chọn mẫu thuận tiện.

Các bước nghiên cứu gồm: Khám lâm sàng và cận lâm sàng đánh giá tình trạng ho ra máu. Chụp CLVT lồng ngực có tiêm thuốc cản quang để đánh giá tổn thương nhu mô phổi, động mạch tổn thương. BN được can thiệp nút động mạch phế quản và các nhánh ngoài động mạch phế quản cấp máu cho tổn thương dưới chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) bằng keo sinh học NBCA.

Theo dõi và đánh giá: BN được theo dõi và đánh giá ngay sau điều trị và thời điểm 6 tháng sau điều trị bằng khám lâm sàng, chụp CLVT lồng ngực đánh giá tổn thương sau điều trị.

2.3. Các vấn đề liên qua đến đạo đức nghiên cứu. Tất cả các BN trong nhóm nghiên cứu đều được thông báo và giải thích rõ về mục đích, yêu cầu của nghiên cứu và BN hoàn toàn tự nguyện tham gia cũng như hoàn toàn có quyền dừng không tham gia vào nghiên cứu bất cứ lúc nào. Giải thích rõ ràng nội dung và mục đích nghiên cứu cho các đối tượng nghiên cứu.

Các thông tin thu được từ đối tượng nghiên cứu chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu được hội đồng đạo đức thông qua theo quyết định: 2765/QĐ-ĐHYHN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2022 đến tháng 12/2022, nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 47 BN (38 nam, 9 nữ) với độ tuổi trung bình 53,81 ± 15,20 (22 – 78 tuổi), được chẩn đoán HRM do di chứng lao phổi được nút mạch điều trị cầm máu bằng keo sinh học, đặc điểm lâm sàng của nhóm BN được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân ho ra máu

Triệu chứng lâm sàng		n	%	
Mạch (l/p)	> 100	13	27,7	
	60 – 100	34	72,3	
	< 60	0	0	
Huyết áp (mmHg)	Tối đa	> 140	4	8,5
		90 – 140	43	91,5
		< 90	0	0
	Tối thiểu	> 90	4	8,5
		60 – 90	39	83,0
		< 60	4	8,5
Mức độ ho ra máu	Nhẹ (< 50 ml)	19	40,4	
	Trung bình (50 – 100 ml)	19	40,4	
	Nặng (> 100 ml)	9	19,2	

Trong nhóm BN nghiên cứu, có 9 BN (19,2%) BN ho ra máu nặng với 4 BN (8,5%) trong tình trạng sốc mất máu mạch nhanh, huyết áp tụt. Trong 47 BN được nút mạch cầm máu, có 5 BN được nút các nhánh động mạch hai bên phổi với các đặc điểm mạch máu tổn thương và phương pháp nút mạch được liệt kê trong bảng 2.

Bảng 2: Đặc điểm động mạch tổn thương và phương pháp nút mạch

Đặc điểm		n	%
Động mạch tổn thương	ĐM phế quản	47	90,4
	Nhánh của ĐM dưới đòn	18	34,6
	Nhánh của ĐM thân sườn cổ	1	1,9
	Nhánh của ĐM thân giáp cổ	3	5,8
	ĐM liên sườn	8	15,4
Vật liệu nút mạch	ĐM dưới hoành	6	11,5
	Keo sinh học	43	91,4
	Keo sinh học và vòng xoắn kim loại	3	6,4
	Keo sinh học và hạt PVA	1	2,1
Thời gian can thiệp trung bình (phút)		49,2 ± 32,1 (22 – 121)	

Hạt PVA: Hạt polyvinyl alcohol

Trong số 47 BN được can thiệp nút mạch cầm máu, phần lớn tổn thương từ ĐM phế quản (90,4%) (Hình 1) hoặc từ các nhánh của ĐM dưới đòn (34,6%). Tỷ lệ NBCA:lipiodol được sử dụng từ 1:3 đến 1:10 với tỷ lệ thường được sử dụng nhất là 1:6 với 20 trường hợp (42,6%), ngoài ra chỉ có 1 trường hợp (2,1%) được nút mạch sử dụng kết hợp với hạt polyvinyl alcohol (PVA) và 3 trường hợp (6,4%) được nút mạch sử dụng kết hợp với vòng xoắn kim loại.

Bảng 3. Kết quả điều trị nút mạch ho ra máu

Mức độ ho ra máu	Ngay sau nút mạch			Sau 6 tháng		
	Hết hoàn toàn	Nhẹ	Trung bình	Hết hoàn toàn	Nhẹ	Trung bình
Nhẹ	19 (40,4%)	0	0	19 (41,3%)	0	0
Trung bình	19 (40,4%)	0	0	17 (37,0%)	2 (4,3%)	0
Nặng	6 (12,7%)	2(4,2%)	1 (2,1%)	5 (10,9%)	3 (6,5%)	0

Trong số các BN sau can thiệp nút mạch, có 1 BN ho ra máu nặng tái phát ngay sau nút mạch với mức độ ho máu trung bình, sau đó BN này tử vong do suy hô hấp bởi HRM nặng gây bít tắc các nhánh phế quản (Hình 2) kèm nhiễm khuẩn huyết do viêm phổi. Các BN còn lại, sau 6 tháng điều trị, có 5 BN (10,3%) tái phát nhưng đều ở mức độ nhẹ, được điều trị nội khoa và cầm máu tốt.



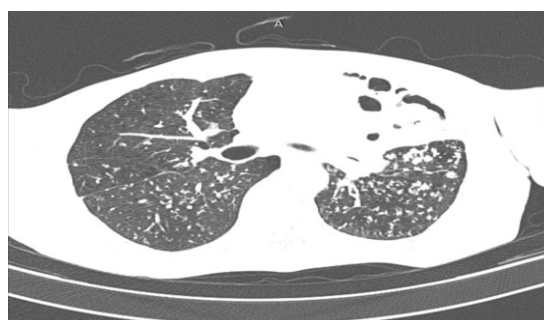
Hình 1. BN 41 tuổi ho ra máu, tăng sinh các nhánh ĐM phế quản phải được nút tắc bằng hỗn hợp NBCA:lipiodol theo tỷ lệ 1:5

A, B. CLVT có tiêm thuốc trên mặt phẳng axial và coronal: ĐM phế quản phải tăng sinh (mũi tên).

C. Chụp mạch số hóa xóa nền cho thấy ĐM phế quản phải tăng sinh (mũi tên).

D. Chụp kiểm tra sau nút tắc ĐM phế quản phải bằng NBCA thấy không còn nhánh mạch tăng sinh.

Các BN sau can thiệp đều được theo dõi trong thời gian nằm viện và 6 tháng sau điều trị cho thấy kết quả sau điều trị nút mạch như trong bảng 3.



Hình 2. BN nam 54 tuổi, ho ra máu nặng, các nhánh phế quản trái bị bít tắc (mũi tên đen) bởi máu tụ kèm theo các tổn thương dạng nụ trên cành, các nốt đông đặc nhỏ trường phổi hai bên, tràn khí màng phổi (mũi tên trắng giữa) và giãn phế quản phổi trái

Không có biến chứng thần kinh trong và sau khi nút mạch. Đau ngực tạm thời và khó thở trong quá trình tiêm NBCA ở 45 BN (95,7%) và tự hết trong vòng một vài phút. Ở 3 BN, đau ngực và khó thở kéo dài, cần dùng thuốc giảm đau và thở oxy hỗ trợ trong 6-24h đầu. Buồn nôn và nôn cần thiết điều trị chống nôn ở 2 BN.

IV. BÀN LUẬN

HRM là một tình trạng cấp cứu, chảy máu vào đường thở có thể làm tắc nghẽn đường thở gây ngạt thở và tử vong. Mặc dù phổi có hệ thống máu kép, nhưng các ĐM phế quản chịu trách nhiệm cấp máu cho hơn 90% trường hợp HRM³, tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ ĐM phế quản cấp máu cho bên phổi tổn thương chiếm 90,4%. Kể từ báo cáo đầu tiên về can thiệp nút tắc động mạch phế quản để điều trị ho ra máu được Remy xuất bản năm 1973², hiện nay phương pháp can thiệp nội mạch được sử dụng ngày càng phổ biến hơn với cải tiến về mặt kỹ thuật và vật liệu nút mạch cho kết quả thành công cao hơn.

Giảm tuần hoàn phổi chức năng và co mạch do thiếu oxy, huyết khối nội mạch và viêm mạch gây tắc tiểu ĐM trong bệnh phổi cấp hoặc mãn tính, khi đó ĐM phế quản tăng sinh để bù trừ. Vì vậy, bất kỳ nhiễm trùng hoặc viêm nhiễm nào cũng có thể dẫn đến vỡ động mạch. Trong đó, phổ biến nhất là bệnh lao, giãn phế quản, bệnh viêm phổi mãn tính, nấm phổi, áp xe phổi, viêm phế quản mãn tính, xơ kẽ phổi, bệnh bụi phổi, phình động mạch phổi¹... Với độ chính xác cao của CLVT trong các nghiên cứu trước đây trong chẩn đoán mạch máu tổn thương (95,3%)⁴, tất cả các BN trong nhóm nghiên cứu đều được chụp trước khi can thiệp giúp giảm thời gian và lên kế hoạch điều trị chi tiết.

Trước đây, vật liệu gây tắc mạch được ưu tiên phổ biến nhất là PVA và với kích thước được sử dụng phổ biến nhất là 300 – 500 μ m và gelform, không nên sử dụng các hạt PVA nhỏ hơn 300 μ m vì chúng có khả năng đi qua các chỗ nối phế quản-phổi có đường kính trung bình là 325 μ m và gây ra nhồi máu phổi⁵. Tuy nhiên, nhược điểm của PVA bao gồm vón cục trong vi ống thông nên có thể dẫn đến tắc nghẽn ống thông hoặc chỉ gây tắc gốc mạch máu tổn thương. Các chất gây tắc mạch dạng dịch lỏng như NBCA trước đây ít được sử dụng do cần có kinh nghiệm nhiều hơn và nhiều khả năng hoại tử, di chuyển không mong muốn của vật liệu nút mạch và các biến chứng khác... Tuy nhiên, Woo và cs.⁶ gần đây đã công bố một nghiên cứu so sánh tính an toàn và hiệu quả của NBCA so với PVA tương tự như kết quả nghiên cứu của nhóm chúng tôi như trong bảng dưới đây.

Tác giả	Vật liệu nút mạch	Thành công ngay sau nút mạch	Tái phát
Woo (2013) ⁶	NBCA (1:2 -1:4)	92,2%	29,6%
	PVA & Coils	96,5%	12,8%
Baltacioglu (2010) ⁷	NBCA (1:7)	96%	16%
Kolu(2023) ⁸	NBCA (1:14)	93,8%	8,9%
Chúng tôi	NBCA (1:6), PVA & Coils	93,7%	10,3%

Trong nghiên cứu của Woo và cs., 270 BN thuyên tắc bằng PVA được so sánh với 109 BN thuyên tắc bằng NBCA. Bệnh nhân thuyên tắc bằng NBCA cũng có tỷ lệ sống sau 5 năm không bị HRM cao hơn và NBCA có tỷ lệ kiểm soát ho ra máu tốt hơn PVA, đặc biệt ở BN có giãn phế quản⁶. Điều này được cho là do tỷ lệ tái tạo mạch máu khi sử dụng NBCA thấp hơn so với PVA được thể hiện trong nghiên cứu của Woo và cs⁶ cho thấy kết quả trong các trường can thiệp mạch lại của nút ĐM phế quản: tỷ lệ tái thông mạch máu đã nút cao hơn đáng kể sau khi sử dụng PVA (21,5% - 58/270 BN) so với sau khi sử dụng NBCA (1,8% - 2/109 BN), tương tự với các nghiên cứu của Dong Hyun Yoo và cs⁹ cũng cho thấy tỷ lệ tái thông mạch máu sau khi sử dụng hạt PVA (40%) cao hơn so với sử dụng NCBA (0%). Sự khác biệt về mức độ tái thông có thể giải thích bởi NBCA có tính chất bán lỏng, tồn tại dưới dạng các giọt 1–2 mm từ đầu vi ống thông làm cho nó có thể tiếp cận và nút tắc mạch máu ở xa. Trong khi đó, các hạt PVA, đặc biệt là những hạt có kích thước lớn hơn 500 μ m, có thể bị kết dính và hình thành các nút tắc dẫn đến tắc mạch sớm ở gần hơn mức dự định⁶. Những hạn

chế khác của việc sử dụng các hạt PVA là thời gian quy trình cần thiết để làm tắc mạch hoàn toàn dài và hình ảnh chất gây tắc mạch bằng huỳnh quang không phải là tối ưu⁹. Nghiên cứu của Jae Hwan Lee¹⁰ trên 122 BN cho thấy thời gian thực hiện nút tắc ĐM phế quản ở nhóm NBCA ngắn hơn so với nhóm PVA (36,4 \pm 21,6 so với 56,3 \pm 27,4 phút; p < 0,001), so với nghiên cứu của nhóm chúng tôi, thời gian can thiệp là 49,2 \pm 32,1 phút do nghiên cứu của chúng tôi can thiệp các nhánh ngoài hệ ĐM phế quản. Ngoài ra, khi sử dụng hạt PVA, vật liệu đối quang hòa tan trong nước được sử dụng cho PVA để quan sát được trên DSA có độ nhớt cao có thể gây trào ngược không kiểm soát được khi áp suất ở các nhánh động mạch xa tăng lên trong quá trình nút mạch.

Gần đây, với các nghiên cứu của Baltacioglu và cs.⁷ đã cho thấy tỷ lệ tái phát sau nút mạch HRM của 25 BN được theo dõi trung bình trong 14 tháng là 16% khi sử dụng keo loãng (tỷ lệ NCBA:lipiodol là 1:7), và khi sử dụng keo với tỷ lệ loãng hơn trong nghiên cứu của M. Kolu và cs.⁸ với 48 BN được theo dõi trong trung bình 27,5 tháng đã cải thiện tỷ lệ tái phát còn 8,9% cho thấy việc sử dụng keo loãng hơn có thể cho kết quả tốt hơn so với tỷ lệ tái phát ho ra máu của nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 10,3% khi sử dụng tỷ lệ NCBA:lipiodol là 1:6.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, đau ngực và khó thở tạm thời xuất hiện ở phần lớn BN (95,7%) và phần lớn trong số này được tự thuyên giảm trong vòng vài ngày sau nút. Có 3 BN (6,4%), những triệu chứng này kéo dài, cần dùng thuốc giảm đau và hỗ trợ điều trị oxy trong 6-24 giờ đầu. Không có biến chứng thần kinh được quan sát ở nhóm BN nghiên cứu.

Một số hạn chế đối với nghiên cứu này: số lượng BN chưa nhiều nên không thể so sánh được hiệu quả điều trị bằng keo sinh học theo các tỷ lệ pha loãng với Lipiodol khác nhau và thời gian theo dõi cần kéo dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nút tắc động mạch phế quản và các nhánh động mạch ngoài hệ động mạch phế quản ở bệnh nhân ho ra máu do di chứng lao phổi bằng keo sinh học là phương pháp an toàn, không có biến chứng nặng gây tử vong, tỷ lệ thành công lâm sàng cao và tỷ lệ tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ittrich H, Bockhorn M, Klose H, Simon M.** The Diagnosis and Treatment of Hemoptysis. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(21):371-381.

- doi:10.3238/arztebl.2017.0371
- Remy J, Voisin C, Ribet M, et al.** [Treatment, by embolization, of severe or repeated hemoptysis associated with systemic hypervascularization]. *Nouv Presse Med.* 1973;2(31):2060.
 - Yoon W, Kim JK, Kim YH, Chung TW, Kang HK.** Bronchial and Nonbronchial Systemic Artery Embolization for Life-threatening Hemoptysis: A Comprehensive Review. *RadioGraphics.* 2002; 22(6):1395-1409. doi:10.1148/rq.226015180
 - Panda A, Bhalla AS, Goyal A.** Bronchial artery embolization in hemoptysis: a systematic review. *Diagn Interv Radiol Ank Turk.* 2017;23(4):307-317. doi:10.5152/dir.2017.16454
 - Sopko DR, Smith TP.** Bronchial artery embolization for hemoptysis. *Semin Interv Radiol.* 2011;28(1):48-62. doi:10.1055/s-0031-1273940
 - Woo S, Yoon CJ, Chung JW, et al.** Bronchial artery embolization to control hemoptysis: comparison of N-butyl-2-cyanoacrylate and polyvinyl alcohol particles. *Radiology.* 2013; 269(2):594-602. doi:10.1148/radiol.13130046
 - Baltacıoğlu F, Cimsit NC, Bostanci K, Yüksel M, Kodalli N.** Transarterial microcatheter glue embolization of the bronchial artery for life-threatening hemoptysis: technical and clinical results. *Eur J Radiol.* 2010;73(2):380-384. doi:10.1016/j.ejrad.2008.10.017
 - Kolu M, Kurtuluş Ş, Dere O, Yurttutan N, Yıldırım IO.** Embolization with more diluted glue-lipiodol in patients with massive hemoptysis: single center experience results. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2022;26(5):1543-1548. doi:10.26355/eurrev_202203_28219
 - Yoo DH, Yoon CJ, Kang SG, Burke CT, Lee JH, Lee CT.** Bronchial and Nonbronchial Systemic Artery Embolization in Patients With Major Hemoptysis: Safety and Efficacy of N-Butyl Cyanoacrylate. *Am J Roentgenol.* 2011;196(2): W199-W204. doi:10.2214/AJR.10.4763
 - Lee JH, Yoon CJ, Jung YS, Choi WS, Lee C ho, Lee GM.** Comparison of n-butyl-2-cyanoacrylate and polyvinyl alcohol particles for bronchial artery embolisation in primary lung cancer: a retrospective cohort study. *Respir Res.* 2022;23(1):257. doi:10.1186/s12931-022-02183-7

TỈ LỆ TRẦM CẢM TRÊN BỆNH NHÂN MSM ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS TẠI TRUNG TÂM BỆNH NHIỆT ĐỚI, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đoàn Thu Trà¹, Đỗ Duy Cường^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trầm cảm là một trong những vấn đề sức khỏe ngày càng phổ biến trên bệnh nhân HIV/AIDS, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân nam quan hệ đồng giới. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá tỉ lệ xuất hiện triệu chứng trầm cảm theo thang đo BDI-II (Beck Depression Inventory-II instrument) trên các bệnh nhân nam quan hệ đồng giới (MSM) điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên các bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS từ 18 tuổi trở lên, có báo cáo quan hệ tình dục đồng giới hoặc cả hai giới và đăng ký khám và điều trị tại Phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu (6/2018 – 12/2018). Thang đo BDI-II là công cụ được sử dụng để đo lường các triệu chứng trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu. Bộ công cụ này bao gồm 21 câu hỏi do bệnh nhân tự trả lời, trong đó, tương ứng với mỗi câu hỏi là một thang điểm từ 0 – 3 điểm (0- tương ứng với không có triệu chứng và 3- tương ứng với triệu chứng nặng). Tổng điểm của 21 câu hỏi dao động từ 0 đến 63 điểm, với 14-19 điểm là trầm cảm nhẹ, 20-28 điểm

là trầm cảm mức độ trung bình và từ 28 điểm trở lên là trầm cảm nặng. **Kết quả nghiên cứu:** Tổng cộng có 56 bệnh nhân MSM đồng ý tham gia vào nghiên cứu, trong đó phần lớn ở độ tuổi trẻ (tỉ lệ bệnh nhân từ 18 – 35 tuổi chiếm trên 80% mẫu nghiên cứu). Ước tính có trên 1/2 bệnh nhân không chia sẻ hành vi tình dục và tình trạng nhiễm HIV với gia đình hoặc bạn bè (tỉ lệ lần lượt là 55,3% và 42,8%). Lý giải nguyên nhân phần lớn cho tình trạng không công khai trên các bệnh nhân là lo sợ ảnh hưởng đến gia đình (chiếm 67,9%) và lo sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử (chiếm 48,2%). Sử dụng thang đo BDI-II, kết quả nghiên cứu cho thấy có 10,7% bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm, trong đó có 5,4% có triệu chứng trầm cảm nặng. Điểm trung vị của BDI-II là 6,5 (IQR=3,5 – 11). Các triệu chứng trầm cảm đáng chú ý ở bệnh nhân bao gồm, chán nản (66,1%), mất hứng thú tình dục (57,1%), cảm thấy mệt mỏi (46,4%), lo sợ về tương lai (42,9%), cảm thấy tội lỗi (42,9%), thất vọng (41,1%) và cảm thấy như bị trừng phạt (41,1%). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ có triệu chứng trầm cảm trên bệnh nhân MSM nhiễm HIV/AIDS ở mức trung bình. Kết quả này gợi ý lồng ghép liệu pháp tâm lý và chăm sóc sức khỏe tâm thần là cần thiết để cải thiện sức khỏe của đối tượng MSM nhiễm HIV/AIDS.

Từ khóa: HIV/AIDS; Nam tình dục đồng giới; MSM; trầm cảm; BDI-II

SUMMARY

PREVALENCE OF DEPRESSION SYMPTOMS AMONG HIV-INFECTED MEN WHO HAVE SEX WITH MEN UNDER TREATMENT

¹Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thu Trà

Email: thutraart@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023