

3. **Ronald A.** The etiology of urinary tract infection: traditional and emerging pathogens. *Dis--Mon DM.* 2003; 49(2), 71–82.
4. **Đoàn Văn Thoại.** Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu và sự nhạy cảm của vi khuẩn gây bệnh với kháng sinh ở bệnh nhân nằm điều trị nội trú tại khoa Thận - tiết niệu bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội. 2010.
5. **Vũ Thị Thanh Hà.** Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện ở bệnh nhân hồi sức cấp cứu có đặt ống thông bàng quang, Luận văn tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội. 2004.
6. **Đặng Quỳnh Trang.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ em, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2017.
7. **Morrissey I., Hackel M., Badal R. et al.** A Review of Ten Years of the Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends (SMART) from 2009 to 2011. *Pharm Basel Switz.* 2013; 6(11), 1335–1346.
8. **Bộ y tế và GRAP - VN.** Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện tại Việt Nam năm 2008 – 2009. 2009.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO-NÃO THẤT CẤP TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Thị Vân²

TÓM TẮT

Chảy máu não-não thất là một thể lâm sàng của đột quỵ não, có tỷ lệ tử vong cao hoặc để lại di chứng nặng nề cho người bệnh. Trước một bệnh nhân chảy máu não thất, việc tiên lượng chính xác đóng một vai trò vô cùng quan trọng đối với người thầy thuốc. Những đặc điểm về lâm sàng và hình ảnh học giúp thầy thuốc tiên lượng đúng và có thái độ xử trí kịp thời, theo dõi sát, có phác đồ điều trị hợp lý. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả tiến cứu về đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của các bệnh nhân xuất huyết não-não thất làm cơ sở cho việc tiên lượng các biến chứng, trong đó phổ biến nhất là giãn não thất cấp cần phải xử trí ngoại khoa. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là 60, nam giới chiếm đa số 66,7%. Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là hôn mê chiếm 82% (56,8% BN có GCS ≤ 8 điểm) sau đó là liệt nửa người 29,5%, đau đầu 10,4%, co giật xảy ra với tỷ lệ thấp 7,7% và chủ yếu ở các BN chảy máu não thất đơn thuần. Tỷ lệ BN co giật trong nhóm xuất huyết não thất đơn thuần cao nhất chiếm 35,3%. Tỷ lệ giãn não thất trong NC chúng tôi là 46,3%. Trong nhóm chảy máu não thất đơn thuần, nguyên nhân gặp nhiều nhất là do phình mạch não chiếm 47,1%, dị dạng mạch não chiếm 11,8%. Còn lại do tăng huyết áp 17,7%, chưa rõ nguyên nhân 23,4%. **Kết luận:** chảy máu não-não thất là một biến chứng nặng, cần phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để theo dõi và phát hiện kịp thời các biến chứng.

Từ khóa: Chảy máu não thất, giãn não thất, yếu tổ dự báo, điểm Graeb, mGS, điểm IVH

SUMMARY

DESCRIPTION OF THE CLINICAL SCENARIO AND IMAGING PICTURE OF INTRACRANIAL-INTRAVENTRICULAR HEAMORRHAGE PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT, BACH MAI HOSPITAL

Intracranial-intraventricular heamorrhage is a severe manifestation among the stroke group with high mortality and morbidity rate. The predictors for mortality or poor outcome in patient with intraventricular hemorrhage is very important. We conducted the study on the patient with intraventricular hamorrhage to describe the clinical scenario and imaging picture to predict the progress of the complication. The result showed the mean age was 60. The onset symptom was coma with 82% (56,8% of the patient had the GCS under 8 point), hemiplegia of 29.5%, headache 10,4% and seizure of 7.7% on pure intracventricular haemorrhage. The acute ventricular hydroencephalus complication was 46.3%. The most common cause of intraventricular haemorrhage was aneurysm rupture 47.1%, hypertensive 17.7% and iatrogenic of 23.4%. **Conclusion:** the combination of clinical symptoms and radiology study should be formed to diagnose and monitor the progress of the intraventricular bleeding patient.

Keywords: Intraventricular hemorrhage, hydrocephalus, prognostic indicator, Graeb score, mGS, IVH score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não-não thất là một thể lâm sàng của đột quỵ não, có tỷ lệ tử vong cao hoặc để lại di chứng nặng nề cho người bệnh. Dữ liệu hiện nay cho thấy biến chứng giãn não thất ở bệnh nhân chảy máu não có máu vào não thất dao động trong khoảng 40 - 60%¹.

¹Bệnh Viện Bạch Mai

²Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

Trong thực hành lâm sàng, trước một bệnh nhân chảy máu não thất, việc tiên lượng chính xác đóng một vai trò vô cùng quan trọng đối với người thầy thuốc. Khi chẩn đoán xác định giãn não thất cấp, có nhiều phương án để xử lý, trong đó có việc kết hợp chặt chẽ giữa nội khoa và ngoại khoa, giữa chuyên khoa đột quỵ và chuyên ngành hồi sức thần kinh. Tuy vậy, việc chẩn đoán chính xác và kịp thời giãn não thất cấp thường không dễ dàng, chủ yếu dựa vào kết quả đọc của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Những đặc điểm về lâm sàng và hình ảnh học giúp thầy thuốc tiên lượng đúng và có thái độ xử trí kịp thời, theo dõi sát, có phác đồ điều trị hợp lý. Việc tiên lượng nguy cơ giãn não thất có vai trò quan trọng trong phát hiện sớm và chỉ định dẫn lưu não thất ra ngoài kịp thời, từ đó tránh được các hậu quả gây ra do tăng áp lực nội sọ và tổn thương não gây ra do các sản phẩm giáng hoá của máu trong não thất. Có nhiều thang điểm lượng hóa chảy máu não thất được áp dụng trên thế giới, tuy nhiên chưa được áp dụng phổ biến tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân nhập viện khoa cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai được chẩn đoán xuất huyết não - não thất trong 2 năm 2017-2018.

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xuất huyết não - não thất dựa vào bằng chứng trên chẩn đoán hình ảnh CT hoặc MRI sọ não

❖ Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu với điều kiện chưa có giãn não thất lúc nhập viện được tiến hành ghi chép lại số liệu một cách hệ thống theo mẫu bệnh án nghiên cứu

❖ BN sẽ được theo dõi trên lâm sàng. Nếu GCS tụt điểm từ 2 điểm trở lên sẽ được chụp lại CT sọ lần 2. Nếu diễn biến lâm sàng không tụt điểm GCS từ 2 điểm, BN sẽ được chụp lại 1 phim CT sọ não trong vòng 72h

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định giãn não thất theo Handbook of Neurosurgery²

- Kích thước sừng thái dương > 2mm + các rãnh Sylvius, rãnh cuộn não bị xóa mờ. Hoặc:
- Kích thước sừng thái dương > 2mm + FH/ID > 0,5 (FH: chiều rộng lớn nhất của hai sừng trán, ID: đường kính trong giữa hai bản sọ tại vị trí này)

Tiêu chuẩn gọi ý:

- Hình quả bóng não thất III và/hoặc sừng trán não thất bên tròn (hình tai chuột Mickey)
- Thẩm dịch ra tổ chức xung quanh não thất (Giảm tỷ trọng quanh não thất trên CT hay tăng

tín hiệu quanh não thất trên T2W* của MRI)

- Chỉ số Evan FH/BPD > 0,3 (BPD: Đường kính hai đỉnh lớn nhất)

- MRI mặt cắt đứng dọc giữa có thể thấy thể chai mỏng và/hoặc bị đẩy lên trên.

Các thông số lâm sàng chính được phân tích: Tuổi, giới, bệnh phổi hợp, điểm Glasgow lúc nhập viện, tụt điểm Glasgow ≥ 2 điểm, mạch, huyết áp.

Các thông số lâm sàng chính được phân tích: Tuổi, giới, bệnh phổi hợp, điểm Glasgow lúc nhập viện, tụt điểm Glasgow ≥ 2 điểm, mạch, huyết áp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

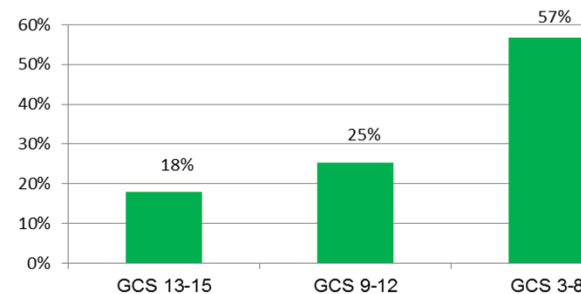
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (N = 183)

	Nhóm NC chung (N = 183)
Tuổi	59.9±14.3 (18 – 90)
Giới nam	126 (66,7%)
Huyết áp trung bình	114±27 (27 – 193)
Glasgow nhập viện ≤8	104 (56,8%)
Bất thường phản xạ đồng tử	51 (27%)
Giãn đồng tử 1 bên	18 (9,5%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 59,9 ± 14,3, nhỏ nhất là 18 tuổi, cao nhất là 90 tuổi. Nam giới chiếm đa số 66,7%. Hầu hết BN vào viện trong tình trạng hôn mê sâu, tỷ lệ BN có GCS nhập viện ≤ 8 chiếm 56,8%. Có 27% BN vào viện có bất thường phản xạ đồng tử (phản xạ ánh sáng yếu hoặc âm tính) trong khi giãn đồng tử 1 bên chỉ có 9,5%

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng khởi phát

Lâm sàng	N	Tỷ lệ %
Hôn mê	150	82
Cơ giật	14	7,7
Đau đầu	19	10,4
Nôn	8	4,4
Liệt nửa người	54	29,5



Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm đối tượng NC theo phân độ hôn mê theo thang điểm Glasgow

Nhận xét: Hầu hết nhóm NC của chúng tôi nhập viện trong tình trạng hôn mê sâu, 56,8%

Bảng 3.3. Các thông số trên phim CT sọ não liên quan đến hiệu ứng khối

	n	Tỷ lệ %
Di lệch đường giữa >5mm	46	27,9
Phù não	105	57,1

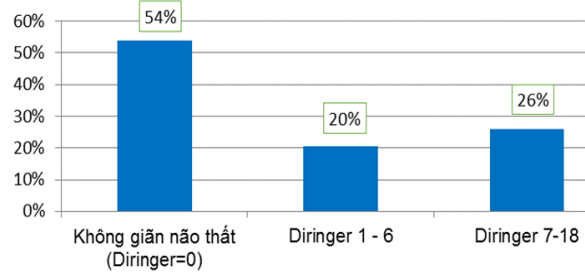
Nhận xét: Tỷ lệ BN có di lệch đường giữa > 5mm chiếm 27,9%, phù não chiếm tới 57,1%

Bảng 3.4. Các bệnh lý nền phối hợp

	Tần suất n	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	74	41,3
Bất thường mạch máu	37	20,4
Dị dạng mạch não	12	6,6
Phình động mạch não	28	15,5
Suy tim	8	4,4
Suy thận	6	3,3
ĐTĐ	14	7,7

Đặc điểm hình ảnh học của nhóm BN nghiên cứu

Phân độ giãn não thất theo Diringe



Biểu đồ 3.2. Phân bố nhóm đối tượng nghiên cứu theo mức độ giãn não thất dựa vào điểm Diringe

Nhận xét: Tỷ lệ giãn não thất trong NC chúng tôi là 46,3%, trong đó nhóm giãn não thất nhẹ (Diringe 1 – 6 điểm) chiếm 20,4%, nhóm giãn não thất vừa (Diringe 7 – 18 điểm) chiếm 25,9%, không có BN nào có giãn não thất mức độ nặng.

Bảng 3.5. Các thông số trên phim CT sọ não liên quan đến giãn não thất

	Mean±SD	Min	Max
Chỉ số FH/ID	0,36±0,07	0,21	0,49
Chỉ số Evan	0,30±0,06	0,17	0,42
Kích thước sừng thái dương	7,6±5,2	2	25
Thể tích máu tụ trong nhu mô	24,9±18,5	0	59,5
Thể tích máu tụ trong não thất	26,8±27,4	1,2	97,5

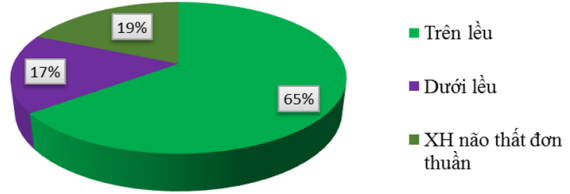
Nhận xét: Thể tích máu tụ trong nhu mô trung bình là 24,9 ± 18,5 và thể tích máu trong não thất trung bình là 26,8 ± 27,4

Bảng 3.6. Các thông số trên phim CT sọ não liên quan đến hiệu ứng khối

	n	Tỷ lệ %
Di lệch đường giữa >5mm	46	27,9
Phù não	105	57,1

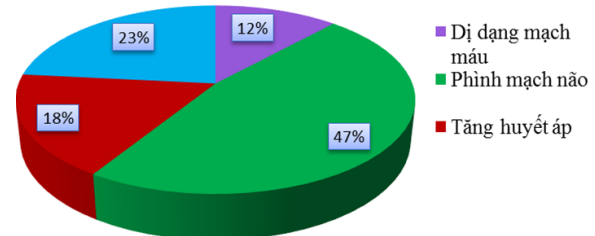
Nhận xét: Tỷ lệ BN có di lệch đường giữa > 5mm chiếm 27,9% , phù não chiếm tới 57,1%

Vị trí khối máu tụ



Biểu đồ 3.3. Phân bố nhóm đối tượng NC theo vị trí khối máu tụ

Nhận xét: Hầu hết các BN có vị trí máu tụ trên lều chiếm tới 64,7%, chỉ có 16,8% là khối máu tụ dưới lều và 18,5% BN có chảy máu não thất đơn thuần



Biểu đồ 3.4. Nguyên nhân chảy máu não trong nhóm xuất huyết não thất đơn thuần

Nhận xét: Trong nhóm chảy máu não thất đơn thuần, nguyên nhân gặp nhiều nhất là do phình mạch não chiếm 47,1%, dị dạng mạch não chiếm 11,8%. Còn lại do tăng huyết áp 17,7%, chưa rõ nguyên nhân 23,4%

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng NC của chúng tôi là 59,9 ± 13,8. Đây là độ tuổi có nhiều yếu tố nguy cơ của xuất huyết não, trong đó tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu, nhóm NC chúng tôi có 42% BN có tăng huyết áp. Nam giới chiếm đa số 66,7% tương đồng với các NC của các tác giả khác. Do đặc điểm về sinh lý và thói quen có hại hay gặp ở nam giới như uống nhiều rượu, hút thuốc lá, ăn uống sinh hoạt không điều độ, căng thẳng trong công việc, cuộc sống... nên tỷ lệ mắc rối loạn chuyển hóa lipid máu, tăng huyết áp ở nam cao hơn. Bên cạnh đó, hầu hết các nghiên cứu đều ghi nhận nữ có tỷ lệ bị bệnh tăng huyết áp thấp hơn, nhận thức tốt hơn, tỷ lệ điều trị và kiểm soát huyết áp cao hơn nam giới

Hầu hết BN của chúng tôi khởi phát đột ngột, triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là hôn mê chiếm 82%, sau đó là liệt nửa người 29,5%, đau đầu 10,4%, co giật xảy ra với tỷ lệ

thấp 7,7%.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với NC của Đinh Văn Thắng³, tỷ lệ co giật ở BN chảy máu não - não thất chiếm 6,7%.

Hầu hết BN vào viện trong tình trạng hôn mê sâu, tỷ lệ BN có GCS nhập viện ≤ 8 chiếm 56,8%. Do đó khó đánh giá được liệt nửa người, vì vậy tỷ lệ khám phát hiện liệt nửa người chỉ có 29,5%, thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu khác.

Có 27% BN vào viện có bất thường phản xạ đồng tử (phản xạ ánh sáng yếu hoặc âm tính) trong khi giãn đồng tử 1 bên chỉ có 9,5%. Tỷ lệ giãn đồng tử 1 bên thấp có thể do NC chúng tôi đã loại trừ các trường hợp tụ máu lớn trong nhu mô với thể tích máu tụ trong nhu mô $> 60\text{ml}$, do đó ít gặp các trường hợp giãn đồng tử 1 bên do hiệu ứng khối gây chèn ép.

Theo Giray và cộng sự (2009) nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh nhân chảy máu não thất nguyên phát: 16,7% bệnh nhân rối loạn ý thức ngay tại thời điểm khởi phát, đau đầu 25%, nôn 41,2%, co giật 8,3%⁴.

Có thể thấy nhóm đối tượng của chúng tôi lâm sàng nặng hơn các NC khác có thể vì đặc thù khoa cấp cứu và là bệnh viện tuyến cuối nên thường xuyên tiếp nhận các trường hợp xuất huyết não - não thất nặng được chuyển lên từ tuyến dưới.

Tỷ lệ BN có tăng huyết áp chiếm 41,3%, bất thường mạch máu não chiếm 20,4%, trong đó có 15,5% BN có phình động mạch não, 6,6% BN có dị dạng mạch não (AVM). Tỷ lệ BN có suy tim, suy thận, ĐTĐ đều thấp dưới 10%.

NC của Hughes⁴, tỷ lệ BN có tăng huyết áp 56,2% cao hơn NC của chúng tôi 41,3%, điều này có thể do nhóm đối tượng của chúng tôi có tăng huyết áp nhưng không đi khám nên không phát hiện được tăng huyết áp tiềm ẩn.

Ngoài ra tỷ lệ BN có bất thường mạch máu (phình mạch, dị dạng mạch...) trong NC Hughes là 3,8%⁵, trong NC chúng tôi nhóm nguyên nhân này lên tới 20,5%, có thể do nhóm NC của chúng tôi khi vào viện hầu hết được chụp MSCT để tìm nguyên nhân bất thường mạch máu nên tỷ lệ phát hiện dị dạng mạch/phình mạch cao hơn.

Tỷ lệ giãn não thất trong NC chúng tôi là 46,3%, kết quả này phù hợp so với NC của Diringer 1998, tỷ lệ này là 49,4%⁶, NC của Hughes 2015 cũng cho thấy tỷ lệ giãn não thất là 41,9%⁵.

Trong NC của chúng tôi, nhóm giãn não thất nhẹ (Diringer 1 - 6 điểm) chiếm 20,4%, nhóm giãn não thất vừa (Diringer 7 - 18 điểm) chiếm 25,9%, không có BN nào có giãn não thất mức

độ nặng.

Hầu hết các BN có vị trí máu tụ trên lều chiếm tới 64,7%, chỉ có 16,8% là khối máu tụ dưới lều và 18,5% BN có chảy máu não thất đơn thuần. Tỷ lệ chảy máu não thất nguyên phát của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác. Tỷ lệ chảy máu não thất nguyên phát ở nhóm BN xuất huyết não - não thất trong NC của Hughes JD là 14,3%⁵.

Trong nhóm chảy máu não thất đơn thuần, nguyên nhân gặp nhiều nhất là do phình mạch não chiếm 4,1%, dị dạng mạch não chiếm 11,8%. Còn lại do tăng huyết áp 17,7%, chưa rõ nguyên nhân 23,4%. Như vậy trong nhóm chảy máu não thất nguyên phát thì nguyên nhân do bất thường mạch máu não khá cao 58,9%. Theo Giray và cộng sự (2009) NC trên nhóm chảy máu não thất nguyên phát thấy nguyên nhân do AVM chiếm 20,1%, tăng huyết áp 37,5%, rối loạn đông máu 4,2%, còn lại 37,5% là chưa phát hiện được nguyên nhân⁴.

Tỷ lệ BN có phù não chiếm tới 57,1%, đây là 1 trong những lí do giải thích cho tỷ lệ BN với GCS nhập viện ≤ 8 chiếm tới 56,8%. Tỷ lệ BN có di lệch đường giữa $> 5\text{mm}$ chiếm 27,9%; Di lệch đường giữa liên quan đến hiệu ứng khối và kết quả này là phù hợp khi đối chiếu với tỷ lệ 27% BN vào viện có bất thường phản xạ đồng tử (phản xạ ánh sáng yếu hoặc âm tính) và tỷ lệ giãn đồng tử 1 bên 9,5%.

Có thể nhận thấy nhóm đối tượng trong NC của Hughes có thể tích máu trong nhu mô và tỷ lệ BN có di lệch đường giữa $> 5\text{mm}$ cao hơn so với NC của chúng tôi. Điều này do khi lựa chọn BN chúng tôi đã loại trừ các BN có thể tích máu trong nhu mô $> 60\text{ml}$.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là $59,9 \pm 14,3$, nam giới chiếm đa số 66,7%.

Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là hôn mê chiếm 82% (56,8% BN có GCS ≤ 8 điểm) sau đó là liệt nửa người 29,5%, đau đầu 10,4%, co giật xảy ra với tỷ lệ thấp 7,7% và chủ yếu ở các BN chảy máu não thất đơn thuần. Tỷ lệ BN co giật trong nhóm xuất huyết não thất đơn thuần cao nhất chiếm 35,3%.

41,3% BN có tăng huyết áp, bất thường mạch máu não chiếm 20,4%, trong đó có 15,5% BN có phình động mạch não, 6,6% BN có dị dạng mạch não (AVM).

Tỷ lệ giãn não thất là 46,3%.

Hầu hết các BN có vị trí máu tụ trên lều chiếm tới 64,7%, chỉ có 16,8% là khối máu tụ dưới lều và 18,5% BN có chảy máu não thất đơn thuần.

Trong nhóm chảy máu não thất đơn thuần, nguyên nhân gặp nhiều nhất là do phình mạch não chiếm 47,1%, dị dạng mạch não chiếm 11,8%. Còn lại do tăng huyết áp 17,7%, chưa rõ nguyên nhân 23,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kamran Aghayev Filis Andreas K, Frank D Vrionis**, Cerebrospinal fluid and hydrocephalus: physiology, diagnosis, and treatment. *Cancer Control*, 2017. Jan: p. 6+.
2. **R. O. Carare, C. A. Hawkes, and R. O. Weller**, Afferent and efferent immunological pathways of the brain. *Anatomy, function and failure. Brain. Behav Immun*, 2014. 36.
3. **Đình Văn Thắng**. Nghiên cứu đặc điểm lâm

sàng, hình ảnh học của chảy máu não tràn máu não thất tại Bệnh Viện Thanh Nhân. *Y học Việt Nam*, 2016. 67(7). p 57-62.

4. **Giray S, Sen O, Sarica FB, et al**. Spontaneous primary intraventricular hemorrhage in adults: clinical data, etiology and outcome. *Turk Neurosurg*. 2009. 19(4):338-44.
5. **J. D. Hughes, R. Puffer, and A. A. Rabinstein**, Risk factors for hydrocephalus requiring external ventricular drainage in patients with intraventricular hemorrhage. *J Neurosurg*, 2015. 123(6): p. 1439-46.
6. **Dringer MN, Edwards DF, Zazulia AR**. Hydrocephalus: a previously unrecognized predictor of poor outcome from supratentorial intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 1998 Jul; 29(7):1352-7.

KẾT QUẢ PHÁC ĐỒ PHỐI HỢP KETAMIN VÀ BENZODIAZEPIN TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CAI RƯỢU NẶNG

Lương Quốc Chính^{1,2,3}, Dương Vương Trung⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị hội chứng cai rượu nặng bằng phác đồ phối hợp ketamin và diazepam tại Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu 25 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cai rượu nặng tại Trung tâm Chống độc từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2022. **Kết quả:** Phác đồ thành công kiểm soát hội chứng cai ở 92% số bệnh nhân, 8% thất bại, không có bệnh nhân tử vong. Điểm CIWA-Ar cao nhất vào ngày đầu tiên và giảm dần vào các ngày sau đó khi thực hiện phác đồ. Liều ketamin ở 2 nhóm cắt cơn thất bại lớn hơn so với nhóm cắt cơn thành công, chủ yếu được sử dụng trong ngày đầu tiên nhập viện. Liều diazepam cao nhất trong ngày đầu và giảm dần trong các ngày sau đó khi phối hợp với ketamin. **Kết luận:** Phác đồ phối hợp ketamin và diazepam có hiệu quả trong điều trị bệnh nhân có hội chứng cai rượu nặng.

Từ khóa: hội chứng cai rượu, ketamin, diazepam

SUMMARY

THE RESULT OF USE KETAMINE AND BENZODIAZEPINE IN TREATING FOR SEVERE ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME

Objective: Describe the results of treatment for

severe alcohol withdrawal syndrome with a combination of ketamine and diazepam at the Poison Control Center - Bach mai Hospital. **Subjects and methods:** Prospectively describe 25 patients diagnosed with severe alcohol withdrawal syndrome at the Poison Control Center from August 2021 to August 2022. **Results:** The regimen successfully controlled withdrawal syndrome in 92% of patients, 8% failed, no patient died. The CIWA-Ar score was highest on the first day and gradually decreased on the following days when implementing the regimen. The dose of ketamine of failed controlling on withdrawal syndrome group was larger than that of successful group, mainly used on the first day of hospitalization. The highest dose of diazepam in the first day and gradually decreased in the following days. **Conclusion:** The combination regimen of ketamine and diazepam is effective in the treatment of patients with severe alcohol withdrawal syndrome.

Keywords: severe alcohol withdrawal syndrome, ketamine, diazepam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cai rượu là dạng bệnh lý xuất hiện trên nền một người nghiện rượu đột ngột bỏ rượu. Cơ chế gây ra tình trạng này liên quan đến sự mất cân bằng giữa hai hệ thống receptor GABA (Gamma Aminobutyric Acid) và NMDA (N-Methyl-D-Aspartat), nghiêng về hệ NMDA có tác dụng kích thích thần kinh trung ương¹. Có đến 25% bệnh nhân nhập viện có lạm dụng rượu bị hội chứng cai rượu cấp, trong đó có khoảng 16-31% bệnh nhân có tình trạng nặng cần phải điều trị tại đơn vị chăm sóc tích cực (ICU), tỷ lệ tử vong của bệnh nhân có hội chứng cai rượu không được điều trị là 15% còn bệnh nhân được

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia

⁴Bệnh viện Bưu Điện

Chịu trách nhiệm chính: Lương Quốc Chính

Email: luongquocchinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023