

càng lớn tuổi có thể có nhiều kinh nghiệm lâm sàng trong hiệu quả điều trị bệnh cho BN và áp dụng phác đồ điều trị tốt hơn. Giai đoạn có sự can thiệp của DSLS làm tăng tỷ lệ kê đơn hợp lý ( $p < 0,05$ ). Kết quả đáng khích lệ này khẳng định bước đầu vai trò của DSLS trong cải thiện kê đơn hợp lý, là bước đánh dấu quan trọng cho công tác dược lâm sàng tại trung tâm Y tế huyện Bến Lức.

## V. KẾT LUẬN

Tình hình đơn thuốc sử dụng hợp lý ở giai đoạn có sự can thiệp của dược sĩ tăng hơn so với giai đoạn chưa có sự can thiệp của dược sĩ. Do đó, việc tiếp tục triển khai hoạt động của DSLS trong kê đơn thuốc ngoại trú là cần thiết để tăng cường sử dụng thuốc hợp lý tại bệnh viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Kiều My, Cao Thị Hạnh, Nguyễn Thị Tuyết Hà và cộng sự. Tình hình sử dụng thuốc chống tăng huyết áp trên bệnh nhân cao tuổi tại phòng khám tim mạch Bệnh Viện Thống Nhất. Tạp Chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh 2019;23, 3:147-56
2. Trung tâm Y tế huyện Bến Lức. Báo cáo công tác y tế năm 2020 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2021, 2020:6.
3. Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam. Khuyến

cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018. <http://vnha.org.vn/data/Khuyen-Cao-THA-2018.pdf>

4. Hoàng Văn Hùng, Nguyễn Văn Kiên, Đàm Khải Hoàn. Thực trạng tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng Tỉnh Tuyên Quang năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam 2022;516(1) doi: 10.51298/vmj.v516i1.2974.
5. Phạm Thị Thu Hiền, Bùi Thị Hương Quỳnh. Đánh giá hiệu quả của công tác Quản lý Dược trong việc giảm sai sót và giảm xuất toán Bảo hiểm y tế khi kê đơn cho người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất giai đoạn 2018-2020. Tạp chí Y Dược học 2021;21:89-95
6. Trần Thị Lan Anh, Lê Văn Anh, Hoàng Thị Nguyệt Phương. Phân tích thực trạng chỉ định thuốc điều trị tăng huyết áp tại khoa nội tim mạch Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Xô. Tạp chí Y học Việt Nam 2021;501(1) doi: 10.51298/vmj.v501i1.465.
7. Trần Thị Lan Anh, Mai Đức Anh, Lê Thị Thu Hằng. Thực trạng kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp trong điều trị ngoại trú tại BVTW quân đội 108 năm 2019. Tạp chí Y học Việt Nam 2022;514(2) doi: 10.51298/vmj.v514i2.2646.
8. Đông Thị Ngọc Lâm, Nguyễn Thị Bạch Yến. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh Viện Đa Khoa Huyện Lục Ngạn. Tạp chí Y học Việt Nam 2022;509(1) doi: 10.51298/vmj.v509i1.1705

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG SUY HÔ HẤP CẤP THEO KHÍ MÁU Ở TRẺ EM TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Ngô Anh Vinh<sup>1</sup>, Phạm Thị Thu Hiền<sup>2</sup>,  
Bùi Thị Hương<sup>2</sup>, Nguyễn Thúy Quỳnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng suy hô hấp cấp theo khí máu ở trẻ em tại khoa Hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Sản nhi Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện trên 102 bệnh nhân được chẩn đoán suy hô hấp cấp tại khoa Hồi sức tích cực chống độc. **Kết quả:** Bệnh nhân suy hô hấp type 1 chiếm 57,8%, type 2 chiếm 27,5%, type 3 chiếm 14,7%. Về triệu chứng hô hấp, các type suy hô hấp 1,2,3 đều có thở nhanh và rút lõm lồng ngực trong đó type 1 thường có dấu hiệu ran ẩm tại phổi, type 2 có tiếng thở bất thường. Các type suy hô hấp hầu hết đều có triệu chứng nhịp tim nhanh với tỷ lệ từ 89,3% - 100%. Các

dấu hiệu thay đổi ý thức từ 33,3% - 46,4%. Về nguyên nhân, viêm phế quản phổi có suy hô hấp hay gặp nhất là type 1, tiếp theo là type 2 và type 3. 80% trường hợp có bệnh tim mạch và 60% trường hợp phù phổi cấp có suy hô hấp thuộc type 1. **Kết luận:** suy hô hấp type 1 chiếm tỷ lệ cao nhất. Biểu hiện lâm sàng của suy hô hấp type 1 chủ yếu là ran ẩm tại phổi, type 2 chủ yếu là tiếng thở bất thường. Các type suy hô hấp chủ yếu ảnh hưởng đến cơ quan tim mạch và thần kinh với biểu hiện nhịp tim nhanh và thay đổi ý thức. Về nguyên nhân, suy hô hấp cấp do bệnh lý hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất trong đó viêm phế quản phổi là nguyên nhân phổ biến nhất.

### SUMMARY

**SOME CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE RESPIRATORY DISTRESS IN CHILDREN ACCORDING TO BLOOD GASES AT THE INTENSIVE CARE AND ANTI-TOXIC DEPARTMENT, NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL**

**Objectives:** To describe the clinical

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: vinhinc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

characteristics of acute respiratory distress in children according to blood gases at the Intensive Care and Anti-toxic department of the Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Research subjects and methods:** prospective description, convenience sampling on 102 patients diagnosed with acute respiratory distress in the Intensive Care and Anti-toxic department. **Results:** Patients with respiratory distress type 1 accounted for 57.8%, type 2 accounted for 27.5%, type 3 accounted for 14.7%. Regarding respiratory symptoms, respiratory distress types 1, 2, 3 all have tachypnea and chest indrawing, in which type 1 often has signs of moist rales in the lungs, type 2 has abnormal breathing sounds. Most types of respiratory distress have symptoms of tachycardia with the rates from 89.3% - 100%. Signs of altered consciousness ranged from 33.3% to 46.4%. The most common respiratory distress in bronchopneumonia patients is type 1, followed by type 2 and type 3. 80% of cases have cardiovascular disease and 60% of cases of acute pulmonary edema have respiratory distress of type 1. **Conclusion:** Type 1 respiratory distress accounted for the highest rate. Clinical manifestations of respiratory distress type 1 are mainly moist rales in the lungs, type 2 are mainly abnormal breathing sounds. Types of respiratory distress primarily affect the cardiovascular and nervous systems with tachycardia and altered consciousness. In terms of causes, acute respiratory distress due to respiratory diseases accounts for the highest rate, in which bronchopneumonia is the most common cause.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp cấp là hội chứng gây ra bởi tình trạng cơ thể không cung cấp đủ khí oxy ( $O_2$ ) và đào thải khí carbonic ( $CO_2$ ) phù hợp với nhu cầu chuyển hóa của cơ thể. Ở trẻ em, suy hô hấp cấp do nhiều nguyên nhân và gây ra các triệu chứng khác nhau. Suy hô hấp (SHH) cũng là bệnh lý thường gặp khiến trẻ phải điều trị tại các đơn vị hồi sức và thường có tỷ lệ tử vong cao [1]. Tỷ lệ tử vong chung vì suy hô hấp ở trẻ em dao động khoảng từ 24% đến 33,7% [2], [3].

Chẩn đoán suy hô hấp, ngoài các triệu chứng lâm sàng thì cần dựa vào khí máu động mạch [4]. Khí máu động mạch là một xét nghiệm phổ biến tại các Đơn vị điều trị tích cực, giúp đánh giá nồng độ và áp lực  $O_2$ ,  $CO_2$  và toan - kiềm trong máu [5]. Dựa vào khí máu, suy hô hấp cấp chia làm 3 type gồm: type 1, type 2 và type 3 [1]. Theo Sunil Karande và cộng sự năm 2003, có 68% suy hô hấp do bệnh lý hô hấp, 12% do bệnh lý hệ thần kinh, 10% do nguyên nhân tim mạch và còn lại là do nguyên nhân khác [4]. Việc đánh giá lâm sàng toàn diện kết hợp với đánh giá khí máu động mạch có thể giúp các bác sĩ định hướng chẩn đoán nguyên nhân và có xử trí ban đầu hiệu quả theo từng nhóm suy hô hấp

cấp [1]. Để giúp các bác sĩ nâng cao hiệu quả điều trị tại các đơn vị tiếp nhận bệnh nhân ban đầu khi chưa có đầy đủ kết quả xét nghiệm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng suy hô hấp cấp theo khí máu ở trẻ em tại khoa Hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Sản nhi Nghệ An.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy hô hấp cấp vào Điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực chống độc, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán suy hô hấp cấp dựa vào tiêu chuẩn [5]:

+ Khó thở: thở nhanh hoặc chậm, co kéo cơ hô hấp, rối loạn nhịp thở,...

+ Tím ở môi, lưỡi,  $SpO_2 < 90\%$

+ Kết quả khí máu:  $PaO_2 < 60\text{mmHg}$  hoặc  $PaCO_2 > 50\text{mmHg}$  với  $FiO_2 = 21\%$  hoặc  $PaO_2/FiO_2 < 300\text{mmHg}$  với bệnh nhân được hỗ trợ oxy.

- Tuổi: từ 1 tháng đến 15 tuổi.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân chẩn đoán suy hô hấp cấp nhưng không có xét nghiệm khí máu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện. Chúng tôi lựa chọn tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy hô hấp cấp đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn về lâm sàng và khí máu. Chúng tôi lựa chọn được 102 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

### 2.2.2. Biến số nghiên cứu

Khí máu động mạch: được làm tại thời điểm bệnh nhân vào khoa Hồi sức tích cực. Suy hô hấp cấp chia làm 3 type dựa vào khí máu, bao gồm type 1:  $PaO_2 < 60\text{ mmHg}$ , type 2:  $PaCO_2 > 50\text{ mmHg}$  và type 3:  $PaO_2 < 60\text{ mmHg}$  và  $PaCO_2 > 50\text{ mmHg}$  [1].

### 2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực chống độc, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 6/2021 đến tháng 5/2022.

### 2.4. Xử lý số liệu.

Số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 16.0. So sánh tỉ lệ sử dụng test Chi-square (Mc-Nemar). Các thông số được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.5. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng nghiên cứu khoa học Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và chấp thuận tham gia của người nhà bệnh nhân. Các thông tin

cá nhân của bệnh nhân được bảo mật. Nghiên cứu nhằm mục đích giúp chẩn đoán chính xác và nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong thời gian từ tháng 6/2021 đến tháng 5/2022, chúng tôi lựa chọn được 102 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	1 - 12 tháng	69	67,6%
	>1 - 5 tuổi	21	20,6%
	>5 - 10 tuổi	8	7,9%
	>10 tuổi	4	3,9%
Giới	Nam	62	60,8%
	Nữ	40	39,2%
Tình trạng dinh dưỡng	Không suy dinh dưỡng	70	68,6%
	Suy dinh dưỡng	32	31,4%

**Nhận xét:** Bệnh nhân từ 1 đến 12 tháng

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của các type suy hô hấp cấp**

Đặc điểm		Type 1 n (%)	Type 2 n (%)	Type 3 n (%)
Nhịp thở	Nhanh (n = 95)	58 (98,3%)	23 (82,1%)	14 (100%)
	Chậm (n = 6)	1 (1,7%)	5 (17,9%)	0 (0%)
Rút lõm lồng ngực	Có (n = 94)	54 (91,5%)	26 (92,8%)	14 (93,3%)
	Không (n = 6)	4 (6,8%)	1 (3,6%)	1 (6,7%)
Tím	Có (n=58)	39 (66,1%)	10 (35,7%)	9 (60%)
	Không (n = 44)	20 (33,9%)	18 (64,3%)	6 (40%)
SpO <sub>2</sub>	<90% (n = 55)	35 (55,5%)	11 (45,8%)	9 (60%)
	90 - 99% (n = 47)	28 (44,5%)	13 (54,2%)	6 (40%)
Tiếng thở bất thường	Không (n=34)	22 (37,3%)	5 (17,9%)	7 (46,7%)
	Thở rít (n = 7)	2 (3,4%)	5 (17,9%)	0 (0%)
	Thở rên (n = 9)	5 (8,5%)	4 (14,2%)	0 (0%)
	Khò khè (n = 52)	30 (50,8%)	14 (50%)	8 (53,3%)
Ran phổi	Không ran (n = 11)	7 (11,9%)	3 (10,7%)	1 (6,7%)
	Ran ẩm (n = 50)	32 (54,2%)	10 (35,7%)	8 (53,3%)
	Ran rít (n = 5)	0 (0%)	5 (17,9%)	0 (0%)
	Ran ẩm, rít (n = 36)	20 (33,9%)	10 (35,7%)	6 (40%)

**Nhận xét:** Hầu hết bệnh nhân SHH type 1, type 2 và 3 đều có thở nhanh và rút lõm lồng ngực (hơn 90%). SHH type 1 có 66,1% bệnh nhân có tím và 55,5% bệnh nhân có SpO<sub>2</sub> < 90%, 88,1% bệnh nhân phát hiện ran tại phổi trong đó ran ẩm hay gặp nhất. SHH type 2: tiếng thở bất thường gặp trên 82,1% bệnh nhân,

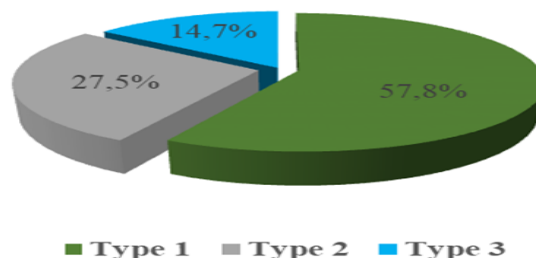
**Bảng 3. Ảnh hưởng của suy hô hấp lên tim mạch và thần kinh**

Đặc điểm		Type 1 n (%)	Type 2 n (%)	Type 3 n (%)
Tần số tim	Bình thường (n = 4)	3 (5,1%)	1 (3,6%)	0 (0%)
	Nhanh (n =96)	56 (94,9%)	25 (89,3%)	15 (100%)
	Chậm (n = 2)	0 (0%)	2 (7,1%)	0 (0%)

chiếm tỷ lệ cao nhất (67,6%), trong đó tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1, tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng là 31,4%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng suy hô hấp cấp theo khí máu**

**3.2.1. Phân loại suy hô hấp cấp theo khí máu**



**Biểu đồ 1. Phân bố type suy hô hấp cấp**

**Nhận xét:** Có 59 bệnh nhân (57,8%) suy hô hấp type 1 chiếm hơn 1/2 tổng số bệnh nhân, 28 bệnh nhân (27,5%) suy hô hấp type 2, suy hô hấp type 3 ít nhất là 15 bệnh nhân (14,7%).

**3.2.2. Đặc điểm lâm sàng của các type suy hô hấp cấp**

nhiều nhất là khò khè và thở rít. Ran rít ở phổi chỉ gặp ở SHH type 2. SHH type 3 có triệu chứng thường gặp nhất là thở nhanh và rút lõm lồng ngực. Tỷ lệ bệnh nhân tím và có SpO<sub>2</sub> < 90% chiếm 60%. Có 93,3% bệnh nhân phát hiện ran tại phổi nhiều nhất là ran ẩm.

<b>Rifill</b>	Bình thường (n=82)	47 (79,7%)	22 (78,6%)	13 (86,7%)
	Giảm (n = 20)	12 (20,3%)	6 (21,4%)	2 (13,3%)
<b>Ý thức</b>	Kích thích	20 (33,9%)	9 (32,1%)	2 (13,3%)
	Li bì	7 (11,9%)	3 (10,7%)	3 (20%)
	Hôn mê	0 (0%)	1 (3,6%)	0 (0%)

**Nhận xét:** Suy hô hấp type 1 có 94,9% bệnh nhân nhịp tim nhanh, 45,8% thay đổi ý thức (kích thích và li bì). Suy hô hấp type 2: có 89,3% bệnh nhân có nhịp tim nhanh, 46,4% thay đổi ý thức gặp nhiều nhất là kích thích, có 1 bệnh nhân hôn mê, 7,1% bệnh nhân mạch chậm. Suy hô hấp type 3 có 100% bệnh nhân có nhịp tim nhanh; 33,3% thay đổi ý thức hay gặp nhất là li bì.

**Bảng 4. Phân bố bệnh chính của các type suy hô hấp cấp**

<b>Bệnh lý</b>		<b>n (%)</b>	<b>Type 1 n (%)</b>	<b>Type 2 n (%)</b>	<b>Type 3 n (%)</b>
<b>Hô hấp</b>	Viêm phế quản phổi	64 (62,7%)	42 (65,6%)	12 (18,8%)	10 (15,6%)
	Viêm tiểu phế quản	3 (2,9%)	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)
	Hen phế quản	1 (0,9%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
	Khó thở thanh quản	2 (2%)	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)
	Phù phổi cấp	3 (2,9%)	2 (66,7%)	0 (0%)	1 (33,3%)
	Dị dạng đường thở	2 (2%)	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)
<b>Bệnh lý tim mạch</b>		10 (9%)	8(80%)	1(10%)	1(10%)
<b>Bệnh lý thần kinh - cơ</b>		10 (9%)	1 (10%)	7 (70%)	2 (20%)
<b>Shock nhiễm khuẩn</b>		6 (5,9%)	5 (83,3%)	0 (0%)	1(16,7%)
<b>Thiếu máu nặng</b>		1 (0,9%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Tổng số</b>		<b>102 (100%)</b>	<b>59 (57,8%)</b>	<b>28 (27,5%)</b>	<b>15 (14,7%)</b>

**Nhận xét:** Bệnh nhân viêm phế quản phổi có suy hô hấp hay gặp nhất là type 1, tiếp theo là type 2 và type 3. Tất cả bệnh nhân viêm tiểu phế quản, hen phế quản, khó thở thanh quản, dị dạng đường thở và 70% bệnh nhân có bệnh lý thần kinh-cơ có suy hô hấp đều thuộc type 2. Hầu hết các bệnh nhân shock nhiễm khuẩn, thiếu máu nặng có suy hô hấp đều thuộc type 1. 80% trường hợp có bệnh tim mạch và 60% trường hợp phù phổi cấp có suy hô hấp thuộc type 1.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu, bệnh nhân độ tuổi từ 1-12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,7%. Các nghiên cứu trong nước và ngoài nước khác cũng cho thấy độ tuổi suy hô hấp cấp ở trẻ em chủ yếu gặp ở trẻ dưới 12 tháng [1], [6], [7]. Kết quả này được giải thích bởi ở độ tuổi này do sự chưa trưởng thành về thành ngực, cơ hô hấp và đường thở nhỏ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 1,55/1, tương tự như các nghiên cứu khác [6], [7].

Tỷ lệ suy dinh dưỡng của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 33,1%. Tình trạng dinh dưỡng và bệnh tật có mối liên quan mật thiết. Bệnh tật là nguyên nhân trực tiếp gây suy dinh dưỡng và ngược lại suy dinh dưỡng làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, nguy cơ tử vong cũng như biến chứng bệnh. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi là những trẻ bệnh nặng do vậy tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn so với tỷ lệ này ở cộng đồng.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng suy hô hấp cấp theo khí máu.** Trong số 102 bệnh nhân nghiên cứu, suy hô hấp type 1 được đặc trưng bởi PaO<sub>2</sub> <60 mm Hg là phổ biến nhất chiếm 57,8%, type 2 (27,5%) và type 3 ít nhất với 14,7% (Biểu đồ 1). Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác, cho thấy số bệnh nhân suy hô hấp type 1 chiếm đa số, tiếp theo là type 2 và type 3. Kết quả này phù hợp với tỷ lệ bệnh nhân viêm phế quản phổi trong các nghiên cứu chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất và bệnh cảnh này gặp suy hô hấp type 1 là chính [1], [7], [8].

Cơ chế quan trọng nhất trong SHH type 1 là bất tương xứng thông khí tưới máu và shunt trong phổi. Các biểu hiện lâm sàng chủ yếu là tình trạng giảm oxy máu và triệu chứng tổn thương phổi. Do vậy trên lâm sàng bệnh nhân thường có khó thở, tím và có ran ở phổi. Hầu hết bệnh nhân suy hô hấp type 1 trong nghiên cứu chúng tôi đều có thở nhanh và rút lõm lồng ngực (hơn 90%). Giảm oxy máu gây ra tím, số lượng bệnh nhân có tím ở SHH type 1 cao nhất chiếm 66,1%. Có 88,1% bệnh nhân phát hiện ran tại phổi trong đó ran ẩm hay gặp nhất phù hợp với cơ chế bệnh sinh SHH type 1. Trong số 59 bệnh nhân suy hô hấp type 1, bệnh lý hay gặp nhất là viêm phế quản phổi với 42 bệnh nhân chiếm 65,6%, ngoài ra có 5 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, 8 bệnh nhân bệnh lý tim mạch.

Suy hô hấp type 2 xảy ra khi hệ thống hô

hấp không thể loại bỏ đầy đủ CO<sub>2</sub> ra khỏi cơ thể, dẫn đến tăng CO<sub>2</sub> máu, và có thể do suy bơm hô hấp và tăng sản xuất CO<sub>2</sub>. Bơm hô hấp bao gồm thành ngực, đường dẫn khí, nhu mô phổi, các cơ hô hấp, cũng như hệ thống thần kinh trung ương và ngoại vi. Do đó, suy hô hấp type 2 gặp ở bệnh nhân có bệnh lý thần kinh cơ, dị dạng đường thở, tắc nghẽn đường hô hấp, khó thở thanh quản... Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân là triệu chứng của bệnh chính và tình trạng tăng PaCO<sub>2</sub> trong máu.

Bệnh nhân suy hô hấp có triệu chứng thường gặp vẫn là thở nhanh và rút lõm lồng ngực. Đặc biệt ở suy hô hấp type 2, tiếng thở bất thường gặp trên 82,1% bệnh nhân, nhiều nhất là thở khò khè (50%) và thở rít (17,9%). Nghe phổi có ran rít chỉ gặp ở type 2. Trong suy hô hấp type 2, khí máu nổi bật là tình trạng tăng PaCO<sub>2</sub>, trong khi PaO<sub>2</sub> chưa bị ảnh hưởng. PaCO<sub>2</sub> tăng làm bệnh nhân giãn mạch nên da, niêm mạc đỏ còn triệu chứng tím thường xuất hiện muộn. Tỷ lệ bệnh nhân có tím trong SHH type 2 thấp hơn SHH type 1 và type 3. Bệnh nhân suy hô hấp cấp type 2 bao gồm cả nguyên nhân thần kinh cơ, do đó có thể gặp triệu chứng thở chậm và rối loạn ý thức. Trong số các bệnh nhân rối loạn ý thức, bệnh nhân hôn mê chỉ gặp ở suy hô hấp type 2.

Suy hô hấp type 3 hay hỗn hợp nghĩa là giảm oxy máu và giảm thông khí, biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân nặng và phổi hợp triệu chứng của hai type trên. Bệnh nhân suy hô hấp type 3 triệu chứng hay gặp nhất cũng là thở nhanh và rút lõm lồng ngực. Tỷ lệ bệnh nhân tím và có SpO<sub>2</sub> < 90% chiếm cao nhất với 60%. Có 93,3% bệnh nhân phát hiện ran tại phổi nhiều nhất là ran ẩm, các bệnh nhân có tổn thương Xquang đều là tổn thương nhu mô.

Các triệu chứng lâm sàng theo từng type được đánh giá chủ quan, do đó để định hướng chính xác type suy hô hấp cần thăm khám kỹ lưỡng. Hơn thế nữa, cần tổng hợp các triệu chứng lâm sàng của rất nhiều nhóm bệnh khác nhau, từ đó gợi ý cho các nhà lâm sàng khi thăm khám bệnh nhân giúp định hướng nguyên nhân suy hô hấp.

Cần nguyên suy hô hấp là khác nhau theo các type khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có suy hô hấp type 1 chủ yếu ở nhóm bệnh nhân shock nhiễm khuẩn (83,3%), bệnh lý tim mạch (80%), phù phổi cấp (66,7%) và viêm phế quản phổi (65,6%), trong đó viêm phế quản phổi có số lượng bệnh nhân SHH type 1 nhiều nhất (42/102 bệnh nhân) chiếm 65,6%. Có 1 bệnh nhân thiếu máu nặng cũng có biểu

hiện SHH type 1. Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của SHH type 1 giảm oxy máu do bất tương xứng thông khí - tưới máu và shunt. Shunt là nguyên nhân gây ra thiếu oxy, cơ chế chủ yếu trong viêm phổi, xẹp phổi và phù phổi nguồn gốc tại tim hoặc không phải tại tim.

Suy hô hấp cấp do bệnh lý thần kinh cơ là nguyên nhân gây suy bơm hô hấp, do đó, cơ chế suy hô hấp cấp là giảm thông khí nên khí máu chủ yếu là tăng PaCO<sub>2</sub>. Trong nghiên cứu này có 7/10 bệnh nhân suy hô hấp do bệnh lý thần kinh cơ thuộc type 2, kết quả tương đồng với tác giả Sumil Karande và cộng sự [4]. Các bệnh nhân có bệnh lý gây hẹp hay co thắt đường thở cũng gây ra ứ đọng CO<sub>2</sub> làm tăng PaCO<sub>2</sub> trong máu, phù hợp với kết quả nghiên cứu là tất cả bệnh nhân viêm tiểu phế quản, hen phế quản, khó thở thanh quản, dị dạng đường thở có suy hô hấp thuộc type 2.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, suy hô hấp cấp do bệnh lý hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (73,5%), bệnh lý tim mạch và bệnh lý thần kinh cơ cùng chiếm 9,8%. Trong bệnh lý hô hấp, viêm phế quản phổi là nguyên nhân phổ biến nhất với 62,7%. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác cũng đưa ra nhận định tương tự chúng tôi. Cụ thể, tác giả Nguyễn Quang Hưng khi nghiên cứu tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy nguyên nhân suy hô hấp do bệnh lý hệ hô hấp chiếm 79,2% (trong đó có 67,9% viêm phế quản phổi); bệnh lý tim mạch chiếm 14,7%; bệnh lý thần kinh chiếm 4,1% [9]. Trong khí đó, Jatinder Sighn và cộng sự cho thấy trong các bệnh nhân suy hô hấp, bệnh lý hô hấp chiếm đa số (62,6%), tiếp theo là hệ thần kinh (23,50%), nhiễm trùng huyết (9,56%) và các bệnh lý hệ tim mạch (4,34%) [1].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 102 bệnh nhân suy hô hấp tại Khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện sản nhi Nghệ An, chúng tôi đưa ra kết luận: suy hô hấp type 1 chiếm tỷ lệ cao nhất. Biểu hiện lâm sàng của suy hô hấp type 1 chủ yếu là ran ẩm tại phổi, type 2 chủ yếu là tiếng thở bất thường. Các type suy hô hấp chủ yếu ảnh hưởng đến cơ quan tim mạch và thần kinh với biểu hiện nhịp tim nhanh và thay đổi ý thức. Về nguyên nhân, suy hô hấp cấp do bệnh lý hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất trong đó viêm phế quản phổi là nguyên nhân phổ biến nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singh J, Bhardwar V, Sobia P, et al. (2014). Clinical Profile and Outcome of Acute Respiratory

- Failure in Children: A Prospective Study in a Tertiary Care Hospital. *Int J Clin Pediatr*, 3(2), 46-54.
- Judith Ju-Ming Wong, Mark Jit, Rehena Sultana, et al** (2019). Mortality in Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Intensive Care Med*, 34(7):563-571.
  - Laura R A Schouten, Floor Veltkamp, Albert P Bos, et al** (2016). Incidence and Mortality of Acute Respiratory Distress Syndrome in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*, 44(4):819-29.
  - Karande S, Murkey R, Ahuja S, et al.** (2003). Clinical profile and outcome of acute respiratory failure. *Indian J Pediatr*, 70(11), 865-869.
  - Trần Quy, Trần Thị Hồng Vân** (2009). Suy hô hấp cấp tính ở trẻ em. Bài giảng Nhi Khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 416-421.
  - Trần Kiên Hào, Phạm Kiều Lộc.** (2014). Rối loạn khí máu trong suy hô hấp cấp tính ở trẻ em. *Tap chí Y học Việt Nam*, 447(2), 83-88.
  - Phạm Thị Quế, Phạm Văn Thắng** (2018). Đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân, phân loại suy hô hấp cấp ở trẻ em theo khí máu. *Tap chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Y Dược*, 34 (2), 105-109.
  - Nagaram PP** (2021). Clinical Profile and Outcome of Acute Respiratory Failure in Children: A Prospective Study in a Tertiary Care Hospital, Nellore, Andhra Pradesh. *International Journal of Health and Clinical Research*, 2021;4(3):187-190.
  - Nguyễn Quang Hưng, Lê Thanh Hải** (2012). Phân loại nguyên nhân suy hô hấp cấp ở trẻ em tại khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Trung ương. *Tap chí Y học Việt Nam*, 381 (2), 52-56.

## NGHIÊN CỨU TỶ LỆ RỐI LOẠN TRẦM CẢM, LO ÂU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Đỗ Đình Tùng<sup>1</sup>, Phạm Văn Dương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thúy Hằng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 khuyến cáo phát hiện sớm, sàng lọc, chẩn đoán và quản lý điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích 143 người đái tháo đường và sử dụng thang điểm Beck để đánh giá trầm cảm, thang điểm Hamilton để đánh giá rối loạn lo âu. **Kết quả:** Trên thang điểm trầm cảm BECK, số BN trầm cảm chiếm 42% (60 bệnh nhân). Trên thang điểm lo âu Hamilton, số BN lo âu chiếm 56,6% (81 bệnh nhân). Theo điểm số thang Beck: Nhóm trầm cảm nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó lần lượt là các nhóm trầm cảm vừa, ít nhất là trầm cảm nặng. Theo điểm số thang Hamilton: Nhóm lo âu nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó lần lượt đến các nhóm lo âu nhẹ/lo âu vừa và thấp nhất là nhóm lo âu nặng. Có tới 76,5% BN có biểu hiện trầm cảm, lo âu sau khi phát hiện mắc ĐTD hoặc sau khi có diễn biến nặng lên của bệnh lý ĐTD; 23,5% có biểu hiện trầm cảm tự nhiên. **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu ở bệnh nhân ĐTD type 2 rất cao, nhưng đa số là mức độ nhẹ và vừa; tuy nhiên tỉ lệ mức độ nặng cần phải điều trị lần lượt là 8,3% và 21%.

**Từ khóa:** Đái tháo đường, trầm cảm, Rối loạn lo âu, type 2

### SUMMARY

#### RESEARCH ON DEPRESSION AND ANXIETY PROBLEM AMONG TYPE 2 DIABETES

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinh tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 9.5.2023

### PATIENTS AT SAINTPAUL GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** To determine the prevalence of depression and anxiety disorders in patients with type 2 diabetes, recommending early detection, screening, diagnosis, and treatment management. **Methods:** The study used a cross-sectional descriptive study, analyzed 143 people with diabetes, and used the Beck score to assess depression and the Hamilton score to assess anxiety disorders. **Results:** On the BECK depression score, the number of depressed patients accounted for 42% (60 patients). On the Hamilton anxiety score, the number of anxious patients accounted for 56.6% (81 patients). According to the Beck score: The mild depression group accounted for the highest rate, followed by the moderate depression group, with at least severe depression. According to the Hamilton scale score: The mild anxiety group accounted for the highest percentage, followed by the mild anxiety/moderate anxiety group and the lowest severe anxiety group. Up to 76.5% of patients have symptoms of depression and anxiety after being diagnosed with diabetes or after the progression of diabetes; 23.5% had natural depression. **Conclusion:** The rate of depression and anxiety disorders in patients with type 2 diabetes is very high, but most are mild and moderate; however, the severity requiring treatment was 8.3% and 21%, respectively.

**Keywords:** Diabetes, depression, Anxiety disorder, type 2

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ bệnh đái tháo đường (ĐTD), chủ yếu là bệnh ĐTD type 2 đang ngày càng gia tăng trên thế giới, nhất là các nước phát triển trong đó có Việt Nam. Bệnh xảy ra do cơ thể thiếu hụt việc tiết ra insulin, do đề kháng với insulin hoặc cả hai nguyên nhân này. Người bệnh khi mắc phải