

tâm Y tế huyện Sông Hình, tỉnh Phú Yên vào năm 2020 trong giai đoạn biến động về cơ cấu tổ chức của trung tâm Y tế huyện. Kết quả chỉ ra tỷ lệ gắn kết của NVYT với Trung tâm Y tế huyện Sông Hình ở mức trung bình. Trong các cấu phần của sự gắn kết, cấu phần niềm tự hào là cấu phần cần được khắc phục nhất.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. O'Reilly C. and Chatman J. (1986), 'Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, internalization of prosocial behaviors', Journal of Applied Psychology, 71, p. 492-499.
2. Allen, N. and J. Meyer. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization. Journal of Occupational Psychology, No. 63, 1-18.
3. Đỗ Phú Trần Tình và Cộng sự (2012), 'Phân tích các nhân tố ảnh hưởng đến sự gắn bó lâu dài của nhân viên trẻ với doanh nghiệp', Tạp chí phát triển và hội nhập, 7, tr. 54 - 60.
4. S.M and Akhtar. N Azeem (2014), "Job satisfaction and organizational commitment among public sector employees in Saudi Arabia. ", International Journal of Business and Social Science, 5(7), p. 128 - 133.
5. Trần Thị Bích Ân (2017), 'Sự gắn bó của điều dưỡng lâm sàng với bệnh viện quận Thủ Đức Thành phố Hồ Chí Minh và một số yếu tố liên quan', Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Hà Nội.
6. Mowday, Richard T, Richard M Steers and Lyman W Porter, (1979). The measurement of organizational commitment. Journal of Vocational Behavior, No.14, pp. 224-247.
7. Trần Kim Dung (2011). Quản trị nguồn nhân lực. Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.
8. Nehrir B., Ebadi Abas, Toufighi Shahram, et al. Relationship of job satisfaction and organizational commitment in hospital nurses. Journal of Military Medicine. 2010.

## ĐẶC ĐIỂM CÁC VÙNG PHỔI THEO THANG ĐIỂM SIÊU ÂM PHỔI Ở BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN ĐƯỢC THÔNG KHÍ XÂM NHẬP

Đỗ Ngọc Sơn<sup>1</sup>, Đặng Thị Xuân<sup>2</sup>, Đặng Duy Hiền<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm các vùng phổi theo bảng điểm siêu âm phổi ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển (Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS) được thông khí xâm nhập. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện trên 24 bệnh nhân ARDS được thông khí xâm nhập tại khoa Cấp cứu và khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2020. Siêu âm được thực hiện trên 12 vùng phổi theo bảng điểm siêu âm phổi điểm cao nhất 3 điểm khi có hình ảnh đồng đặc, thấp nhất là 0 điểm khi có hình ảnh A – line. Phân tích phân bố của hình ảnh siêu âm phổi này theo mức độ nặng của ARDS và theo các vùng của phổi bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện 64 lần siêu âm phổi trên 24 bệnh nhân ARDS được thông khí xâm nhập có tuổi trung bình 44±13 (năm), tỷ lệ nam: nữ là 2:1. Hình ảnh đồng đặc và B – line xuất hiện chủ yếu tại vùng sau, dưới của phổi. Hình ảnh B2 xuất hiện ở 100% bệnh nhân nghiên cứu. Bệnh nhân ARDS nặng có nhiều hình ảnh B2 (75%), C (75%) tuy

nhien điểm siêu âm phổi tổng và từng vùng không tăng dần theo mức độ nặng theo phân loại Berlin 2012. **Kết luận:** Hình ảnh siêu âm phân bố không đều giữa các vùng phổi với hình ảnh đồng đặc, B2 tập trung chủ yếu tại vùng sau, dưới của phổi.

**Từ khóa:** suy hô hấp cấp tiến triển, bảng điểm siêu âm phổi.

#### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF LUNG REGIONAL DISTRIBUTION BY LUNG ULTRASOUND SCORE IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME ON INVASIVE VENTILATION

**Objective:** to describe lung regional distribution by lung ultrasound score in patients with Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) on invasive ventilation. **Patients and Methods:** A prospective observational study was carried out on 24 patients with ARDS who were on invasive ventilation at the Emergency Department and Intensive Care Unit of Bach Mai Hospital from October 2019 to October 2020. Lung ultrasound was performed on the 12 regions according to the lung ultrasound score, the highest score was 3 points with consolidation, the lowest was 0 points with the A – line. Analysis of the distribution of the lung ultrasound images by the severity of ARDS and by lung regional areas, using medical statistical software SPSS 20.0. **Results:** 64 lung ultrasounds were performed on 24 ARDS patients on invasive ventilation with an average age of 44 ± 13

<sup>1</sup>Trung tâm Cấp cứu A9- Bệnh viện Bạch Mai,

<sup>2</sup>Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội,

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2021

Ngày duyệt bài: 7.5.2021

(years), the men:women ratio was 2:1. Consolidation and B-line image appeared mainly in the posterior and lower areas of the lung, B2 image appeared in 100% of patients. Majority of patients with severe ARDS showed B2 image on their lungs (75%), C (75%), but the total and regional ultrasound scores did not change accordingly to the severity of ARDS (Berlin 2012). **Conclusion:** Lung ultrasonography showed heterogeneously in distribution between lung areas with consolidation and B-line image appeared mainly in the posterior and lower areas of the lung.

**Keyword:** Acute respiratory distress syndrome, lung ultrasound score.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) rất thường gặp trong các khoa hồi sức cấp cứu có tỷ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề. Đặc trưng của ARDS là tổn thương màng phế nang mao mạch lan tỏa, tăng tính thấm mao mạch phổi, làm cho dịch và các chất có trong lượng phân tử cao từ trong lòng mạch thoát ra ngoài khoảng kẽ vào phế nang dẫn đến mất thể tích thông khí bình thường còn gọi là hiện tượng "phổi nhỏ" (baby lung). Bên cạnh đó tổn thương phổi trong ARDS phân bố không đồng đều mà phụ thuộc theo chiều trọng lực nên hình ảnh đồng đặc tập trung chủ yếu tại vùng đáy sau hai bên<sup>1</sup>. Hiện nay, chụp X quang và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực vẫn là phương pháp chẩn đoán hình ảnh thường dùng để đánh giá tổn thương phổi ở bệnh nhân ARDS. Tuy nhiên, hai phương pháp này tồn tại những nhược điểm nhất định như không chính xác, không phổ biến, giá thành cao, tăng phơi nhiễm với tia X, rủi ro khi vận chuyển bệnh nhân. Gần đây nhiều nghiên cứu về giá trị của siêu âm phổi trong ARDS và thu được những kết quả nhất định. Tương tự như CT, siêu âm phổi có khả năng đánh giá tốt thông khí từng vùng phổi, nên được ứng dụng trong theo dõi đáp ứng khi thực hiện nghiệm pháp huy động phế nang, thông khí nằm sấp, ECMO<sup>2</sup>. Ngoài ra, dựa vào hình ảnh siêu âm thu được có thể phân loại được dạng tổn thương khu trú hay lan tỏa, có giá trị trong việc lựa chọn chiến lược thông khí cũng như tiên lượng tử vong. Bảng điểm siêu âm phổi (Lung Ultrasound Score – LUS) lần đầu được giới thiệu bởi Bouhemad, thực hiện trên 12 vùng phổi, tính toán dựa trên các dấu hiệu A line, B line, đồng đặc phổi, đã được chứng minh là công cụ tốt để đánh giá thông khí các vùng của phổi<sup>3</sup>. Hơn nữa siêu âm phổi có ưu điểm tiện dụng, thực hiện tại giường, chi phí thấp và dễ dàng lập lại. Hiện tại ở Việt Nam siêu âm phổi vẫn còn là vấn đề mới, chưa có nhiều nghiên cứu áp dụng siêu âm phổi trên bệnh nhân ARDS,

vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm các vùng phổi theo bảng điểm siêu âm phổi ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển (Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS) được thông khí xâm nhập.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân ARDS được thông khí xâm nhập điều trị tại khoa Cấp Cứu và khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai thời gian từ 10/2019 – 10/2020.

### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân chẩn đoán ARDS theo tiêu chuẩn Berlin 2012<sup>4</sup>

- Thông khí nhân tạo xâm nhập  $\geq 48$ h

- Tuổi  $\geq 16$

### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Rối loạn huyết động nặng không thể thay đổi tư thế.

- Dị dạng lồng ngực nặng, tràn khí dưới da không thể thăm dò bằng siêu âm

- Bệnh nhân và người nhà từ chối tham gia vào nghiên cứu

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu

#### Phương tiện nghiên cứu

- Máy siêu âm SonoSite Edge 2 hãng Fujifilm có đầu dò cong tần số 3 - 8 MHz và máy siêu âm LOGIQ P7 của hãng G.E có đầu dò cong tần số 1 – 5 MHz.

- Máy phân tích khí máu Stat Profile Phox Ultra của hãng NOVA biomedical

- Máy thở The Puritan Bennett 840 của hãng Medtronic sản xuất tại Ireland

- Máy monitor GE theo dõi tần số tim, tần số thở, SpO<sub>2</sub>, huyết áp không xâm nhập và huyết áp động mạch xâm nhập, áp lực tĩnh mạch trung tâm.

- Các máy xét nghiệm khác: tại labo trung tâm bệnh viện Bạch Mai

#### Quy trình nghiên cứu

- Lựa chọn tất cả những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu

- Điều trị chuẩn theo quy trình điều trị của Khoa cấp cứu và Hồi sức tích cực

- Siêu âm tại 12 vùng phổi, ghi lại hình ảnh thu được mỗi vùng theo bảng điểm siêu âm phổi tại thời điểm t<sub>0</sub> (vào viện), t<sub>0</sub> +24h, t<sub>0</sub> + 48h

- Xử lý và phân tích số liệu theo mục tiêu

#### Quy trình siêu âm phổi.

##### Chuẩn Bị:

\* Người thực hiện: Bác sỹ được đào tạo về siêu âm phổi, một người hỗ trợ, một chuyên gia chẩn đoán hình ảnh.

\* Dụng cụ: Máy siêu âm Sonosite của hãng Fujifilm có đầu dò cong tần số 3 - 8 MHz, máy siêu âm LOGIQ P7 của hãng G.E có đầu dò cong tần số 1 - 5 MHz, máy monitor GE theo dõi, bộ nhớ USB ghi lại video, hình ảnh siêu âm phổi

\* Bệnh nhân: tư thế nằm ngửa, đầu bằng.

#### **Tiến hành.**

**Bước 1:** Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn: Mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, phải đảm bảo tình trạng huyết động ổn định trước khi tiến hành siêu âm. Kiểm tra tình trạng ống nội khí quản, đường truyền catheter.

**Bước 2:** Mỗi bên phổi được chia thành 3 vùng trước, bên, sau bằng các đường giữa xương ức, đường nách trước, đường nách sau. Mỗi vùng này lại được chia làm phần trên và phần dưới bởi đường nằm ngang đi qua khoang liên sườn 5 được đánh dấu bởi bút mực.

**Bước 3:** Siêu âm lần lượt 8 vùng ở phía trước và bên của hai bên phổi.

Tiếp theo, người hỗ trợ nghiêng bệnh nhân, bộc lộ lần lượt vùng phía sau hai bên phổi. Bác sỹ tiến hành siêu âm 4 vùng phổi còn lại phía sau hai bên.

Siêu âm sử dụng lát cắt ngang: đầu dò cắt ngang qua 2 cung sườn và vuông góc với xương sườn. Định hướng đầu dò quay lên phía đầu, chỉ điểm màn hình ở góc bên trái. Hình ảnh của siêu âm phổi được lưu lại trên USB có đánh dấu chú thích vùng phổi và thời điểm được siêu âm (t<sub>0</sub>, t<sub>0</sub> + 24h, t<sub>0</sub> + 48h).

#### **Đánh dấu các vùng phổi quy ước:**

L1: vùng trước trên trái, L2, vùng trước dưới trái, L3: vùng bên trên trái, L4: vùng bên dưới trái, L5: vùng sau trên trái, L6 vùng sau dưới trái, R1: vùng trước trên phải, R2, vùng trước dưới phải, R3: vùng bên trên phải, R4: vùng bên dưới phải, R5: vùng sau trên phải, R6 vùng sau dưới phải

Bác sỹ thực hiện ghi điểm từng vùng vào mẫu nghiên cứu dựa trên nhận định hình ảnh siêu âm như sau: 0 điểm - đường A hoặc đường B nhưng số lượng ≤ 3, 1 điểm: đường B1: số lượng đường B lớn hơn 3, khoảng cách ngang giữa các đường B > 3mm, 2 điểm: đường B2: số lượng đường B lớn hơn 3 khoảng cách ngang giữa các đường B < 3mm, 3 điểm: hình ảnh đông đặc phổi.

Hình ảnh, video siêu âm phổi của 12 vùng được đánh giá lại bởi chuyên gia chẩn đoán hình ảnh được làm mù, không biết về các dữ liệu lâm sàng của bệnh nhân.

Điểm LUS cuối cùng ghi nhận theo chuyên gia chẩn đoán hình ảnh.

**Lưu ý:** khi bệnh nhân được thông khí nhân tạo nằm sấp, bệnh nhân được siêu âm theo thứ tự vùng sau, vùng bên, vùng trước.

Bước 4. Đưa bệnh nhân về tư thế ban đầu. Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn: M, HA, SpO<sub>2</sub>, kiểm tra tình trạng catheter, ống nội khí quản

**3. Phương pháp xử lý số liệu:** Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 20.0. Các thuật toán sử dụng bao gồm: Mô tả trung bình và độ lệch chuẩn cho biến định lượng phân bố chuẩn và mô tả trung vị và tứ phân vị cho biến không chuẩn. Mô tả tần số và tỉ lệ phần trăm cho biến định tính. Các biến liên tục có phân phối chuẩn được kiểm tra bằng phép thử Kolmogorov-Smirno, so sánh bằng phép thử T-Test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

### **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

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

**Bảng 1.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm nhân khẩu học	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	16	67
Nữ	8	33
Tuổi nghiên cứu (năm) (Trung bình ± SD)	44 ± 13 (năm) Cao nhất: 66, thấp nhất: 16	
<b>Tổng</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm tỷ lệ cao với độ tuổi trung bình tương đối thấp.

**Bảng 1.2. Nguyên nhân ARDS**

Nguyên nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tại phổi	19	79,1
Viêm phổi do vi khuẩn	7	29,2
Viêm phổi do virus	1	4,2
Viêm phổi do nấm	3	12,5
Viêm phổi chưa rõ căn nguyên	8	33,3
Đuối nước	3	12,5
Nhiễm khuẩn ngoài phổi	2	8,3

**Nhận xét:** Nguyên nhân ARDS phần lớn là tại phổi, trong nhóm này có 1/3 bệnh nhân chưa xác được căn nguyên vi sinh gây bệnh

**Bảng 1.3. Tỷ lệ các biện pháp điều trị**

Biện pháp điều trị	Tần số	Tỷ lệ (%)
An thần	24	100
Giãn cơ	20	83
Kháng sinh	24	100
Kháng nấm	3	12,5
Kháng virus	2	8,3

Lọc máu liên tục	16	66,7
Nằm sấp	9	37,5
Mở phổi	3	12,5
Tuần hoàn ngoài cơ thể	1	4,2

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân được sử dụng thuốc an thần, kháng sinh. Tỷ lệ bệnh nhân được lọc máu liên tục 2/3 số bệnh nhân; nằm sấp được triển khai trên nhiều bệnh nhân.

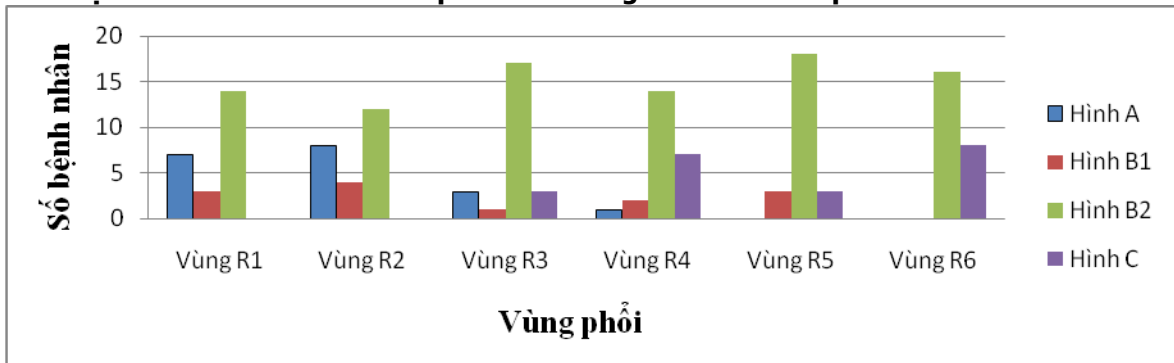
**Bảng 1.3. Chỉ số lâm sàng ngày thứ nhất**

Chỉ số	Trung bình ± độ lệch chuẩn
--------	----------------------------

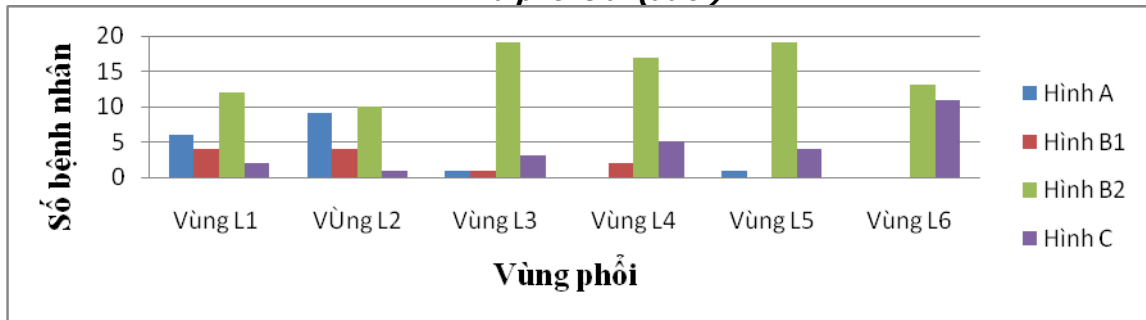
SOFA	9 ± 5
LIS	2,8 ± 0,5
Độ giãn nở phổi (mL/cm H <sub>2</sub> O)	25,8 ± 7,5
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mmHg)	171 ± 67
LUS	21,9 ± 4,2

**Nhận xét:** Chỉ số SOFA, LIS, LUS của nhóm nghiên cứu trong ngày thứ nhất tương đối cao, trong khi đó có sự giảm mạnh về độ giãn nở phổi và chỉ số PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>

**2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm phổi theo bảng điểm siêu âm phổi**

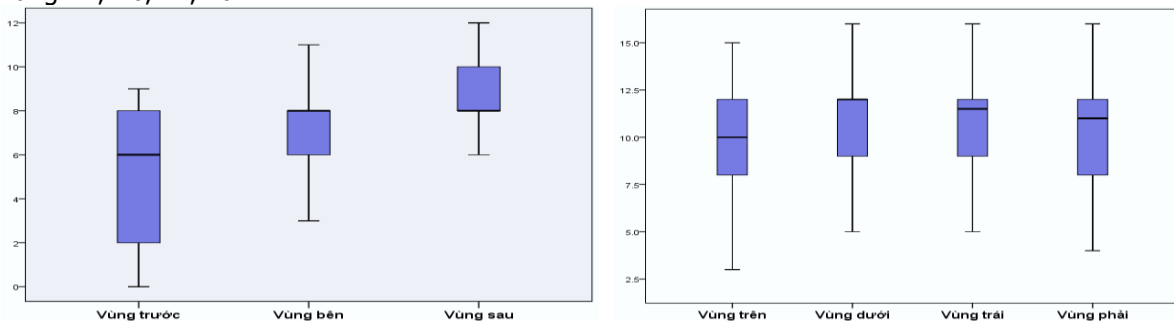


**Biểu đồ 2.1. Phân bố hình ảnh siêu âm phổi theo các vùng của phổi phải (trên) và phổi trái (dưới)**



**Biểu đồ 2.2. Điểm siêu âm phổi theo các vùng của phổi**

**Nhận xét:** Hình A chủ yếu xuất hiện ở vùng R1, R2, L1,L2, ít hơn ở vùng L3, R3 và không xuất hiện tại vùng R6, L6. Hình đồng đặc xuất hiện chủ yếu tại vùng phổi bên và sau đặc biệt nhiều tại vùng R4, R6, L4, L6

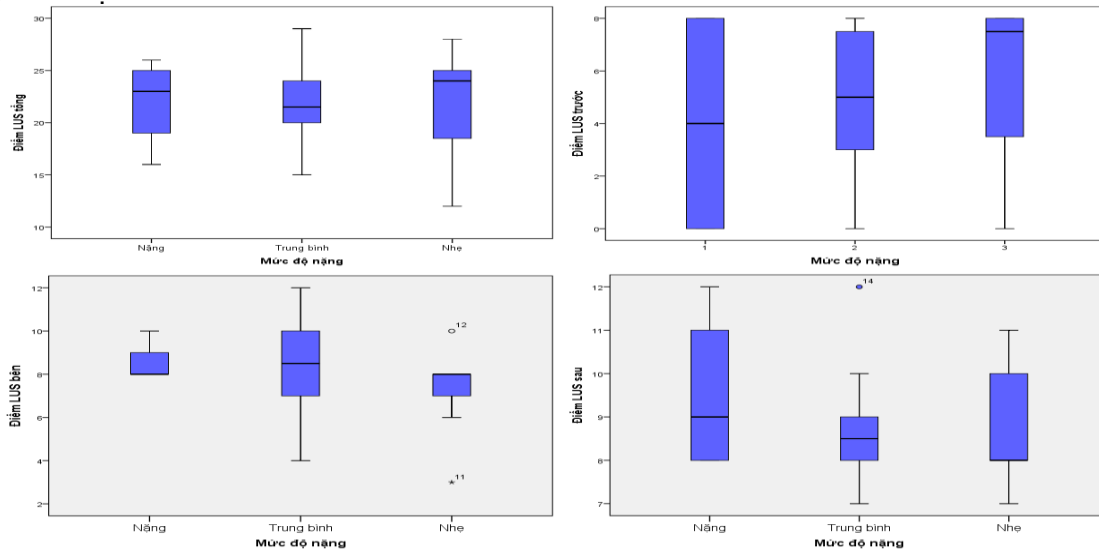


**Nhận xét:** Điểm siêu âm phổi tăng dần theo vị trí vùng phổi theo chiều từ trước ra sau, từ trên xuống dưới. Điểm siêu âm phổi của vùng phổi phải và trái cũng khác nhau. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**Bảng 2.1. Phân bố hình ảnh siêu âm phổi theo mức độ nặng (Berlin 2012)**

Phân nhóm	Hình ảnh siêu âm phổi n (%)			
	A	B1	B2	C
Nhẹ (n = 8)	4 (50)	3 (37,5)	8 (100)	3 (37,5)
Vừa (n = 12)	8 (66,7)	10 (83,3)	12 (100)	9 (75)
Nặng (n = 4)	2 (50)	0 (0)	4 (100)	3 (75)

**Nhận xét:** Hình ảnh B2 xuất hiện trên tất cả bệnh nhân nghiên cứu, hình ảnh đồng đặc xuất hiện ít ở bệnh nhân ARDS nhẹ, nhiều hơn ở nhóm ARDS nặng và trung bình. Nhóm ARDS nặng không thấy xuất hiện hình ảnh B1



**Biểu đồ 2.3. Điểm siêu âm phổi vùng trước, bên, sau và tổng theo mức độ nặng của ARDS (Berlin 2012)**

**Nhận xét:** Điểm siêu âm phổi vùng và siêu âm phổi tổng không liên quan với mức độ nặng của ARDS theo phân loại Berlin. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 24 bệnh nhân ARDS được thông khí xâm nhập có độ tuổi trung bình là  $44 \pm 13$  (năm), nam giới chiếm đa số với tỷ lệ nam/nữ: 2/1 (Bảng 1.1). Trong các yếu tố nguy cơ dẫn đến ARDS, căn nguyên chủ yếu vẫn là viêm phổi (79%). Trong ngày thứ nhất, chỉ số LIS, SOFA cao còn PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> và độ giãn nở phổi giảm nhiều (Bảng 1.3). Hầu hết các phương pháp điều trị đều đã được áp dụng trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu từ điều trị nền tảng (an thần, giãn cơ, thở máy theo ARDSnet, kháng sinh) cho đến điều trị cứu vãn (mở phổi, nằm sấp, ECMO), tuy nhiên tỷ lệ tử vong vẫn cao (67%) (Bảng 1.2)

**2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm phổi theo bảng điểm siêu âm phổi**

**2.1. Phân bố hình ảnh theo mức độ nặng.** Hình ảnh B2 xuất hiện trên tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu (Bảng 2.1), khác với nghiên cứu của Sanjan khi hình ảnh B2 chỉ xuất

hiện ở 25%, 70% và 92% trên nhóm bệnh nhân nhẹ, vừa và nặng<sup>5</sup>. Hình ảnh B2 thể hiện sự giảm thông khí phổi mức độ nặng, khi có nước, dịch rỉ viêm, fibrin xâm nhập vào mô kẽ phổi. Có sự khác biệt như vậy có thể do thời gian từ khi chẩn đoán ARDS đến thời điểm lấy vào nghiên cứu của hai nghiên cứu khác nhau. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi (71%) có thời gian từ khi chẩn đoán ARDS đến khi lấy vào nghiên cứu trên 48 giờ, trong khi đó nghiên cứu của Sanjan thực hiện trên bệnh nhân ARDS tại khoa Cấp cứu nên đa số trong giai đoạn sớm.

**2.2. Phân bố hình ảnh theo vùng của phổi.** Kiểu hình phân bố trên siêu âm phổi trong nghiên cứu của chúng tôi giống nghiên cứu của Sanjan, hình ảnh phân bố không đều với hình ảnh B2, C tập trung chủ yếu tại vùng phổi phụ thuộc trọng lực vùng sau và dưới, hình ảnh A tập trung ở vùng phổi trước không phụ thuộc trọng lực (Biểu đồ 2.1). Kiểu hình này tương tự như phân bố của tổn thương phổi ARDS khảo sát trên phim cắt lớp vi tính. Điểm siêu âm phổi tăng

dẫn theo thứ tự trước, bên, sau, từ trên xuống dưới sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Biểu đồ 2.2). Hơn nữa điểm siêu âm phổi vùng sau đóng góp nhiều nhất trong tổng điểm siêu âm của cả phổi giống với nghiên cứu của Luigi Pisani (2019)<sup>6</sup>. Điều này được có thể giải thích do ngoài tác dụng của trọng lực, vùng phổi này còn chịu tác động của lực bên ngoài như áp lực ổ bụng, dịch màng phổi, áp lực ổ bụng và kích thích tim.

Điểm siêu âm phổi tổng và ba vùng trước, bên, sau ở ba phân nhóm mức độ nhẹ, vừa, nặng theo phân loại Berlin khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  (Biểu đồ 2.3) khác với nghiên cứu của Luigi Pisani (2019) khi điểm siêu âm phổi vùng sau tăng dần theo mức độ nặng của ARDS.

**3. Hạn chế của nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế nhất định. Kết quả siêu âm phổi có được phụ thuộc chủ quan của người nghiên cứu, chúng tôi cũng chưa đưa đánh giá được độ lặp lại (Repeatability/Test-retest reliability), sự nhất quán của người chẩn đoán cũng như giữa những người chẩn đoán (intraobserver và interobserver). Cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, cần có những nghiên cứu bổ sung để đưa ra những kết luận có thể đại diện tốt cho quần thể nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN

Hình ảnh siêu âm phân bố không đều giữa các vùng phổi với hình ảnh đồng đặc, B2 tập trung chủ yếu tại vùng sau, dưới của phổi

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gattinoni L, Pesenti A.** The concept of "baby lung." *Intensive Care Med.* 2005;31(6):776-84.
2. **Mongodi S, Pozzi M, Orlando A et al.** Lung ultrasound for daily monitoring of ARDS patients on extracorporeal membrane oxygenation: preliminary experience. *Intensive Care Med.* 2018;44(1):123-124.
3. **Bouhemad B, Brisson H, Le-Guen M et al.** Bedside ultrasound assessment of positive end-expiratory pressure-induced lung recruitment. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;183(3):341-7.
4. **Ferguson N. D, Fan E, Camporota L.** The Berlin definition of ARDS: an expanded rationale, justification, and supplementary material. *Intensive Care Med.* 2012;38(10):1573-82.
5. **A. Sanjan, S. Vimal Krishnan, Siju V.** Abraham, Babu Urimese Palatty. Utility of Point-of-Care Lung Ultrasound for Initial Assessment of Acute Respiratory Distress Syndrome Patients in the Emergency Department. *J Emerg Trauma Shock.* 2019;12(4):248-253.
6. **Luigi P et al.** The diagnostic accuracy for ARDS of global versus regional lung ultrasound scores - a post hoc analysis of an observational study in invasively ventilated ICU patient. *Intensive Care Medicine Experimental.* 2019;7(Suppl 1):44.

## ĐẶC ĐIỂM TRẦM CẢM TRÊN THANG ĐIỂM PHQ-9 Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Tuyết Mai<sup>1</sup>, Nguyễn Tiên Quang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm trầm cảm trên thang điểm PHQ-9 ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa tại bệnh viện K. **Đối tượng:** 124 bệnh nhân đã chẩn đoán xác định ung thư đường tiêu hóa và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 8/2020 đến tháng 10/2020. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 2,6/1, tuổi trung bình là  $57,9 \pm 9,65$ . Đa số có trình độ dưới lớp 10 (57,3%) và độc thân/góa (93,5%). Trầm cảm thường gặp nhất ở ung thư đại trực tràng (52,4%), tiếp theo là ung thư thực quản (27,4%) và ít nhất ở ung thư dạ dày (20,2%), đa số bệnh nhân ở giai đoạn III-IV (64,5%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa

trầm cảm với ung thư thực quản ( $p < 0,001$ ; OR = 1,009, 95% CI = 0,359-2,838) và ung thư đại trực tràng ( $p < 0,05$ ; OR = 0,901, 95%CI = 0,358-2,273). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trầm cảm với giai đoạn IV với  $p < 0,05$  (OR = 0,196; 95%CI = 0,058-0,660). Theo thang điểm PHQ-9 có 45,2% bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có biểu hiện trầm cảm và 17,8% có trầm cảm mức độ trung bình trở lên cần được can thiệp. **Kết luận:** Trầm cảm thường gặp ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trầm cảm với ung thư thực quản, đại trực tràng và giai đoạn muộn.

**Từ khóa:** Trầm cảm, ung thư đường tiêu hóa, đặc điểm, PHQ-9.

### SUMMARY

#### THE CHARACTERISTICS OF DEPRESSION WITH THE PHQ-9 IN GASTROINTESTINAL CANCER PATIENTS AT K HOSPITAL

**Objective:** To assess the characteristic of depression with PHQ-9 in patients with gastrointestinal cancers at K hospital. **Subject:** 124 patients were

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuyết Mai

Email: bsdotuyetmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2021

Ngày duyệt bài: 6.5.2021