

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Nguyễn Lâm Hiếu^{1,2}, Nguyễn Duy Thắng^{1,2}, Phan Thu Phương¹

TÓM TẮT

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh thường gặp, có thể có các đợt cấp phải nhập viện. Bệnh có thể kèm theo các bệnh đồng mắc, và có thể dẫn đến tăng áp phổi, suy thất phải và cả suy thất trái. Nghiên cứu được thực hiện trên 103 bệnh nhân (91,26% nam), tuổi trung bình $73,11 \pm 9,51$, nhập viện vì đợt cấp COPD, nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng và kết quả siêu âm tim ở các bệnh nhân này. 95,09% bệnh nhân nhập viện vì khó thở; 95,15% có kèm bội nhiễm. Bệnh đồng mắc hay gặp nhất là bệnh tim mạch (66,02%). 70,84% bệnh nhân có thêm bệnh lý khác. Áp lực động mạch phổi tâm thu trung bình là $40,21 \pm 12,35$ mmHg. 75,73% bệnh nhân có tăng áp phổi, trong đó số tăng áp phổi nhẹ, trung bình, nặng lần lượt là 57,28%; 16,50 và 1,94%. 9,71% bệnh nhân có suy chức năng tâm thu thất phải (FAC < 35% và/hoặc TAPSE < 16mm). 5,83% bệnh nhân có suy chức năng tâm thu thất trái với LVEF < 50%. Áp lực động mạch phổi tâm thu có tương quan tuyến tính nghịch biến với TAPSE với $p=0,037$.

Từ khóa: đợt cấp COPD, Siêu âm tim, tăng áp phổi, bệnh đồng mắc

SUMMARY

CLINICAL AND ECHOCARDIOGRAPHY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a common disease, that involves hospitalized exacerbations. Patients may have comorbidities and be led to pulmonary hypertension, right and even left ventricular heart failure. This study was conducted on 103 patients with exacerbation of COPD (91.26% men; mean age 73.11 ± 9.51) to evaluate their clinical and echocardiography characteristics. Most common reasons of hospitalization were dyspnea (95.09%). Most patients had infection (95.15%). Cardiovascular diseases were the most popular comorbidities (66.02%). 70.84% of patients has one or more other comorbidities. Mean Pulmonary artery systolic pressure (PAPS) was 40.21 ± 12.35 mmHg. 75.73% of patients had pulmonary hypertension, among proportion of mild, medium and severe PH were 57.28%, 16.50 and 1.94%, respectively. 9.71% of cases had Right ventricular systolic dysfunction with

FAC < 35 and/or TAPSE < 16mm. 5.83% of patients had left ventricular systolic dysfunction with LVEF < 50%. There was a linear negative correlation between PAPS and TAPSE, $p=0.005$. **Keywords:** Exacerbation COPD, echocardiography, Pulmonary hypertension, comorbidity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh thường gặp, có thể dự phòng và điều trị được, đặc trưng bởi sự tắc nghẽn luồng khí thở ra không hồi phục hoàn toàn, sự cản trở thông khí này thường tiến triển từ từ và liên quan tới phản ứng viêm bất thường của phổi với các phân tử hoặc khí độc hại mà trong đó khói thuốc đóng vai trò hàng đầu.¹

Đến năm 2010, ước tính có khoảng 384 triệu người, chiếm 11,7% dân số, mắc COPD, trong đó có hơn 65 triệu ca bệnh trung bình đến nặng.^{2,3} Mỗi năm có khoảng 5% số ca tử vong toàn cầu là do COPD, đưa bệnh lý này trở thành nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 5 trên thế giới năm 2002 và dự đoán đến năm 2030, COPD sẽ vươn lên đứng hàng thứ 4 trong danh sách này.^{3,4}

Ở châu Á, trong 1 nghiên cứu trên 12 nước được công bố năm 2003, có trung bình 6,5% dân số mắc COPD, trong đó tỉ lệ người mắc ở Việt Nam thuộc hàng cao nhất (6,7%).⁷ Một báo cáo khác của Ngô Quý Châu và cộng sự cho thấy ở một thành phố phía Bắc Việt Nam, tỉ lệ mắc COPD chung hai giới là 5,65%, trong đó nam là 7,91% và nữ là 3,63%.⁸

Các bệnh nhân COPD thường có các bệnh đồng mắc, đặc biệt là bệnh lý tim mạch, có thể do có nhiều yếu tố nguy cơ chung như tuổi, giới, thuốc lá... Việc đồng mắc các bệnh lý tim mạch có thể là yếu tố nguy cơ làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỉ lệ tái nhập viện. Bản thân COPD có thể ảnh hưởng đến giường mạch máu phổi, dẫn đến tăng áp phổi, suy thất phải và cả suy chức năng thất trái. Siêu âm tim là một phương pháp chẩn đoán không xâm lấn, tin cậy, đơn giản giúp ích cho việc phát hiện và có hướng điều trị các bất thường trong cấu trúc, chức năng và huyết động nói trên ở bệnh nhân COPD. Phần lớn các nghiên cứu về các bệnh đồng mắc trên bệnh nhân COPD hiện nay thực hiện trên các bệnh nhân ngoại trú hoặc nội trú ở giai đoạn ổn định.^{1,2} Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Thắng

Email: thangnguyenhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023

Ngày duyệt bài: 10.7.2023

này nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng và kết quả siêu âm tim ở bệnh nhân đợt cấp COPD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Bao gồm các bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên, được khám, chẩn đoán và điều trị đợt cấp COPD Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ 1/2022 đến 1/2023.

Về tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp COPD:

Theo GOLD 2020, đợt cấp COPD được định nghĩa là tình trạng nặng lên cấp tính của các triệu chứng hô hấp đòi hỏi điều trị bổ sung³. Các biểu hiện lâm sàng của đợt cấp COPD đa dạng như khó thở tăng, ho tăng, khạc đờm tăng và hoặc thay đổi màu sắc của đờm.⁴ Đợt cấp COPD được phân thành mức độ nhẹ (chỉ cần điều trị bằng thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn - SABDs), trung bình (điều trị bằng SABDs và kháng sinh và/hoặc corticosteroids đường uống) và nặng (bệnh nhân cần nhập viện hoặc vào phòng cấp cứu). Trong đó, đợt cấp mức độ nặng có thể có suy hô hấp.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân hoặc gia đình đã được chẩn đoán rối loạn nhịp di truyền như Hội chứng Brugada, QT kéo dài bẩm sinh, QT ngắn, bệnh cơ tim thất phải gây rối loạn nhịp...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân không có đủ thông tin theo mẫu bệnh án

2.2. Phương pháp

o Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca bệnh, được tiến hành tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ 1/2022 đến 1/2023

o Mẫu nghiên cứu: trường hợp đợt cấp COPD được nghiên cứu. Với cách chọn mẫu toàn bộ

o Các biến số nghiên cứu chính:

- Các đặc điểm cá nhân: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng
- Tiền sử bệnh lý: tăng huyết áp, suy tim, bệnh động mạch vành (mức độ hẹp động mạch vành hoặc có can thiệp, có đau ngực hay không), bệnh van tim, rối loạn nhịp, hen phế quản...

- Lối sống: hút thuốc lá, rượu, caffein

- Mức độ nặng của COPD

+ Khí máu: pH, PaO₂, PaCO₂, HCO₃⁻, SaO₂.

- Bệnh lý nền:

+ Công thức máu: hồng cầu, bạch cầu, Hb, tiểu cầu.

+ Sinh hóa máu: CRP, glucose, điện giải đồ, chức năng gan, thận, proBNP, Troponin T

+ Điện tâm đồ 12 chuyển đạo

+ Siêu âm tim: Dd, Ds, LVEF, Áp lực ĐMP,

nhĩ trái, thất phải, hẹp hở van tim, màng ngoài tim, rối loạn vận động vùng (nếu có), chức năng thất phải (TAPSE, FAC)

Tăng áp phổi được xác định khi áp lực tâm thu ĐMP \geq 30mmHg. Tăng áp phổi được phân thành 3 mức: nhẹ (30-49mmHg), trung bình (50-70mmHg) và nhiều (>70mmHg)⁵

+ Siêu âm ổ bụng: đánh giá hình ảnh gan, thận

+ Chẩn đoán hình ảnh về hô hấp: Xquang tim phổi, CT ngực (nếu cần)

o Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epicollect5 và xử lý bằng phần mềm thống kê STATA 14.1.

2.3. Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu này tiến hành ở đối tượng bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị thường quy tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

- Đề cương được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 480/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 103 bệnh nhân (nam/nữ = 94/9), tuổi trung bình $73,11 \pm 9,51$, đáp ứng đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu (Bảng 1). Hầu hết bệnh nhân (70/103, 67,96%) có tiền sử hút thuốc là hoặc thuốc lá nhiều năm, trong số đó có 11,43% bệnh nhân vẫn còn đang hút.

Hầu hết bệnh nhân nhập viện vì khó thở tăng, chiếm 95,09%. Có 47,57% bệnh nhân có ho khạc đờm tăng hoặc đờm đục, có kèm sốt hoặc không. Có 95,15% bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD có bội nhiễm, phải sử dụng kháng sinh.

Có 68/103 bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh lý tim mạch, chiếm 66,02%, trong đó phổ biến nhất là tăng huyết áp (50,49% bệnh nhân). Tiền sử suy tim hay bệnh động mạch vành gặp ở lần lượt 7,77% và 13,59%. Hầu hết bệnh nhân có thêm bệnh lý nội khoa khác, chiếm 70,84%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=103)

Đặc điểm chung	Giá trị (n=103)
Tuổi (năm)	73,11 \pm 9,51
Nam giới	94 (91,26%)
Tiền sử	
Hút thuốc lá	60 (58,25%)
Hút thuốc lá hoặc thuốc lá	23 (22,33%)
Hút thuốc lá hoặc thuốc lá	70 (67,96%)
Lý do vào viện	
Khó thở	97 (95,09%)
Ho khạc đờm	49 (47,57%)
Sốt	12 (11,65%)

Đợt cấp COPD bội nhiễm	98 (95,15%)
Bệnh đồng mắc	93 (90,29%)
Bệnh tim mạch	68 (66,02%)
Rung nhĩ	21 (20,39%)
Tăng huyết áp	52 (50,49%)
Bệnh động mạch vành	14 (13,59%)
Suy tim	8 (7,77%)
Đái tháo đường	15 (14,56%)
Suy thận	8 (7,77%)
Bệnh nội khoa khác kèm theo	73 (70,84%)

Về kết quả xét nghiệm máu lúc vào viện, hầu hết có tình trạng tăng CO₂ trong khí máu động mạch. Phần lớn bệnh nhân có tình trạng đợt cấp COPD bội nhiễm với bạch cầu và CRP tăng.

Bảng 2. Đặc điểm kết quả xét nghiệm máu

Chỉ số	Giá trị (n=103)	Khoảng giá trị
Khí máu động mạch		
PaO ₂	93,54 ± 34,81	40-250
PaCO ₂	45,66 ± 16,28	25-114
pH	7,42 ± 0,06	7,24-7,55
SaO ₂	95,71 ± 4,92	72-100
HCO ₃ ⁻	27,34 ± 5,58	16,9 – 52,9
Xét nghiệm máu		
Creatinin (μmol/L)	80,90 ± 70,91	23 - 740
FT4 (pmol/L)	16,65 ± 3,06	9,78 – 21,90
TSH (μU/L)	1,64 ± 2,21	0,114 – 11,51
Hemoglobin (g/L)	136,81 ± 19,95	83 - 180
Số lượng bạch cầu (G/L)	12,11 ± 5,47	4,07 – 30,0
CRP	5,93 ± 8,28	0,1 – 41,81

Trên hình ảnh siêu âm tim được thể hiện trong bảng 3, có 6,82% bệnh nhân có tình trạng suy chức năng tâm thu thất phải với FAC <35% và/hoặc TAPSE <16mm. Áp lực động mạch phổi tâm thu trung bình là 40,11 ± 12,83mmHg. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng áp phổi là 86,32%. Có 1 bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm với LVEF 25% và 1 bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm nhẹ LVEF 41%.

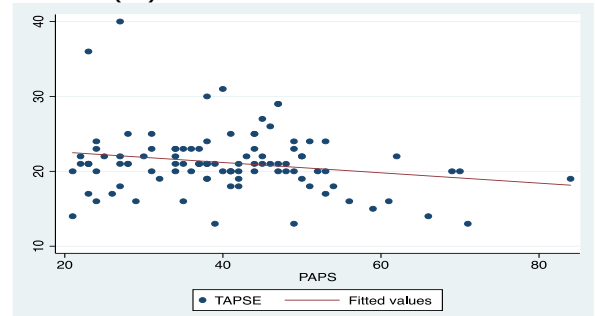
Bảng 3. Kết quả siêu âm tim

Chỉ số	Giá trị (n=103)	Khoảng giá trị
Dd (mm)	43,19 ± 5,91	34 – 61
Ds (mm)	27,29 ± 5,74	14 – 45
LVEF (%)	65,43 ± 9,54	34 – 89
LA (mm)	30,18 ± 4,88	18 – 48
FAC (%)	42,05 ± 6,12	28 – 59
FAC <35%	7 (6,79%)	
TAPSE (mm)	21,20 ± 4,11	13 – 40
TAPSE <16mm	6 (5,83%)	
Áp lực động mạch phổi	40,21 ± 12,35	21 – 84

tâm thu (mmHg)		
Tăng áp phổi	78 (75,73%)	
Tăng áp phổi nhẹ (30-49mmHg)	59 (57,28%)	
Tăng áp phổi trung bình (50-70mmHg)	17 (16,50%)	
Tăng áp phổi nhiều (>70mmHg)	2 (1,94%)	

Có mối tương quan nghịch tuyến tính giữa TAPSE và áp lực động mạch phổi tâm thu với p=0,037 và được biểu thị bằng công thức:

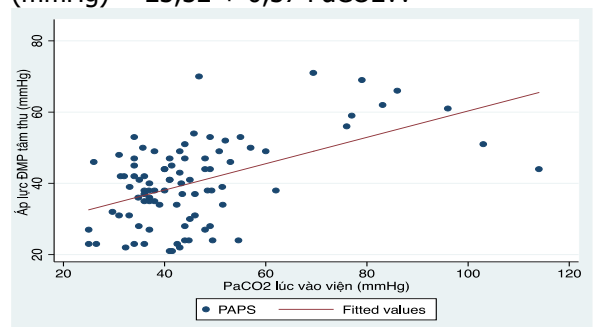
TAPSE= 23,94 – 0,07 áp lực động mạch phổi tâm thu (%)



Hình 1. Mối tương quan giữa TAPSE và áp lực động mạch phổi tâm thu

Mặt khác, trên siêu âm, khi đánh giá chức năng thất phải, nếu chỉ số TAPSE <16mm thì làm tăng đáng kể khả năng FAC <35% với OR=32,5 (p=0,0024).

Có mối tương quan tuyến tính đồng biến giữa mức PaCO₂ khí máu động mạch lúc vào viện và áp lực động mạch phổi tâm thu trên siêu âm với p<0,001 và có thể được biểu thị bằng công thức: Áp lực động mạch phổi tâm thu (mmHg) = 23,32 + 0,37 PaCO₂vv



Khi đánh giá ảnh hưởng của áp lực ĐMP hay chức năng thất phải hay thất trái với sự xuất hiện của rung nhĩ, chúng tôi không nhận thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 103, tỉ lệ nam/nữ là 94/9. Độ tuổi

trung bình các bệnh nhân là $73,11 \pm 9,51$. Đây cũng là độ tuổi phổ biến trong các nghiên cứu trên bệnh nhân COPD. Tương tự như trong hầu hết các nghiên cứu khác ở bệnh nhân COPD, nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn, có thể do liên quan tới tỉ lệ và mức độ hút thuốc lá nhiều hơn ở nam giới ở phần lớn các quốc gia. Những báo cáo gần đây ở các nước phát triển cho thấy sự khác biệt này đã giảm rõ rệt và trở nên tương đối cân bằng giữa hai giới, gợi ý ảnh hưởng của những thay đổi trong thói quen hút thuốc lá gia tăng ở phụ nữ các nước này.^{6,7}

Tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc lá hoặc thuốc lào trong nghiên cứu này là 72,34% ở nam giới, trong khi con số này ở nữ giới chỉ là 22,22% ($p=0,005$). Trong cộng đồng, ở người Việt Nam, nghiên cứu của Hoàng Văn Minh và cộng sự cũng cho thấy có tới 45,3% nam giới và chỉ 1,1% nữ giới hút thuốc.⁸ Điều này phần nào giải thích cho tỉ lệ cao bệnh nhân nam trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tỉ lệ bệnh nhân có bệnh đồng mắc lên tới 90,29%, trong đó bệnh lý tim mạch là phổ biến nhất, chiếm 66,02% tổng số bệnh nhân với tỉ lệ tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, suy tim lần lượt là 50,49%, 13,59% và 7,77% và có 16,28% bệnh nhân mắc đái tháo đường. Trong nghiên cứu của Vanfleteren và cộng sự,⁹ có tới 97,7% bệnh nhân COPD có ít nhất một bệnh đồng mắc. Còn trong nghiên cứu trên các bệnh nhân COPD tại ICU của Ongel và cộng sự,¹⁰ bệnh lý tim mạch là nhóm bệnh đồng mắc hay gặp nhất với 35% tăng huyết áp và 13% có bệnh mạch vành. Các tác giả cũng chỉ ra rằng tăng huyết áp và bệnh mạch vành là hai yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ tử vong ở các bệnh nhân này với OR lần lượt là 2,9 và 2,2 lần.

Tăng áp phổi và suy tim phải là một trong những biến chứng tim mạch của COPD. Tình trạng thiếu oxy máu và giảm thông khí mạn tính được cho là yếu tố thúc đẩy, đưa đến các biến đổi ở thành các nhánh động mạch phổi với hiện tượng dày lớp nội mạc và phì đại lớp trung mạc, cùng với đó là sự gia tăng tình trạng co thắt mạch máu phổi, suy giảm giường mạch phổi, từ đó làm tăng sức cản mạch phổi và tăng áp lực động mạch phổi. Đến lượt mình, áp lực động mạch phổi cao làm tăng hậu gánh thất phải, dẫn đến phì đại và suy thất phải.⁵ Trong nghiên cứu này, có 75,73% bệnh nhân có tăng áp động mạch phổi trên siêu âm tim, trong đó, có 57,28% tăng mức độ nhẹ, 16,50% tăng trung bình và 1,94% tăng nặng. Về chức năng thất phải, có 6,79% bệnh nhân có FAC<35% và

5,83% bệnh nhân có TAPSE <16mm và có 9,71% bệnh nhân có hoặc FAC<35% hoặc TAPSE<16. Có 2,91% bệnh nhân có đồng thời TAPSE<16mm và FAC<35%. Trong nghiên cứu của Gupta và cộng sự,⁵ có 42,5% bệnh nhân COPD có tăng áp phổi trên siêu âm, trong đó tỉ lệ tăng mức độ nhẹ cũng chiếm phần lớn (25%), cao hơn so với các mức trung bình, nặng (lần lượt là 10% và 7,5%). Còn trong một nghiên cứu khác trên 50 bệnh nhân COPD cho thấy tỉ lệ suy thất phải là 16%. Chúng tôi nhận thấy có mối tương quan tuyến tính nghịch biến giữa áp lực động mạch phổi tâm thu và TAPSE, với $p=0,037$, gợi ý chức năng tâm thu thất phải càng giảm khi áp lực động mạch phổi càng tăng.

Mức tăng áp phổi được coi là một yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân COPD. Tỉ lệ tăng áp phổi cao hơn ở nhóm bệnh nhân COPD mức độ nặng hơn. Một nghiên cứu theo dõi 5 năm cho thấy tỉ lệ sống sót ở nhóm tăng áp phổi mức độ nhẹ (20-30mmHg) là 50%, giảm xuống còn 30% ở nhóm áp lực phổi 30-50mmHg và còn 0% ở nhóm áp lực phổi > 50mmHg.⁵

Tỉ lệ suy chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm trong nghiên cứu này là 5,83%. Tỉ lệ này trong các nghiên cứu là thay đổi khá nhiều, một số không ghi nhận trong khi một số tác giả khác lại ghi nhận với tỉ lệ từ 4-32% ở bệnh nhân COPD ổn định.⁵ Tỉ lệ này có thể lên đến 19,51% trong một nghiên cứu ở bệnh nhân đợt cấp COPD.¹ Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn xác định suy chức năng tâm thu thất trái khác nhau giữa các tác giả. Suy chức năng thất trái xuất hiện ở các bệnh nhân COPD có thể do nhiều yếu tố khác nhau, từ tình trạng thiếu oxy máu, toan hoá, bệnh động mạch vành, do thất phải giãn gây chèn ép sang thất trái.⁵ Suy tim là yếu tố thúc đẩy rối loạn nhịp ở bệnh nhân COPD, bao gồm rối loạn nhịp thất và rung nhĩ. Mặc dù vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa suy tim và sự xuất hiện của rung nhĩ. Điều này có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu này còn nhỏ và số lượng bệnh nhân suy tim không nhiều.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy hầu hết bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện vì khó thở và tình trạng bội nhiễm, tăng CO₂ máu, đa số có kèm ít nhất một bệnh lý nền, trong đó bệnh lý tim mạch là phổ biến nhất. Trên hình ảnh siêu âm tim, 75,73% bệnh nhân có tình trạng tăng áp phổi với mức độ từ nhẹ đến nặng, 9,71% bệnh nhân có suy chức năng tâm thu thất phải. Có mối

tương quan tuyến tính nghịch biến giữa áp lực ĐMP và chỉ số TAPSE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Groff P, Petrelli G, Giorgini P, Pilotti R, Parato VM, Fabbri A. Clinical heterogeneity of a population of patients admitted to the Emergency Department with a diagnosis of COPD-exacerbation: Relevance of cardiovascular comorbidities. *Emerg Care J.* 2021;17(1). doi:10.4081/ecj.2021.9502
2. Agusti A, Calverley PM, Celli B, et al. Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. *Respir Res.* 2010;11(1):122. doi:10.1186/1465-9921-11-122
3. Alvar Agusti, Richard Beasley, Bartolome R. Celli, et al.. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2020 REPORT. Published 2020. Accessed October 8, 2020. <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-Pocket-Guide-2020-final-wms.pdf>
4. Ngô Quý Châu. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. In: *Bệnh Học Nội Khoa. Vol Tập 1.* ; 2020:trang 20-49.
5. Gupta NK, Agrawal RK, Srivastav AB, Ved ML. Echocardiographic evaluation of heart in chronic obstructive pulmonary disease patient and its co-relation with the severity of disease. *Lung India Off Organ Indian Chest Soc.* 2011; 28(2):105-109. doi:10.4103/0970-2113.80321
6. Gut-Gobert C, Cavaillès A, Dixmier A, et al. Women and COPD: do we need more evidence? *Eur Respir Rev.* 2019;28(151). doi:10.1183/16000617.0055-2018
7. Landis SH, Muellerova H, Mannino DM, et al. Continuing to Confront COPD International Patient Survey: methods, COPD prevalence, and disease burden in 2012-2013. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014;9:597-611. doi:10.2147/COPD.S61854
8. Van Minh H, Giang KB, Ngoc NB, et al. Prevalence of tobacco smoking in Vietnam: findings from the Global Adult Tobacco Survey 2015. *Int J Public Health.* 2017;62(Suppl 1):121-129. doi:10.1007/s00038-017-0955-8
9. Vanfleteren LEGW, Spruit MA, Groenen M, et al. Clusters of comorbidities based on validated objective measurements and systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;187(7):728-735. doi:10.1164/rccm.201209-1665OC
10. Ongel EA, Karakurt Z, Salturk C, et al. How do COPD comorbidities affect ICU outcomes? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014;9:1187-1196. doi:10.2147/COPD.S70257

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U ĐẶC GIÁ NHÚ CỦA TUY Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG: NHÂN 15 TRƯỜNG HỢP

Phạm Duy Hiền¹, Vũ Mạnh Hoàn¹, Nguyễn Công Sơn¹,
Trần Đức Tâm¹, Nguyễn Thọ Anh¹, Trần Xuân Nam¹, Phan Hồng Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị u đặc giá nhú của tụy ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, hồi cứu 15 bệnh nhân được chẩn đoán u đặc giá nhú tụy, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 01/2021 đến 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình mắc bệnh ở trẻ em là $10,8 \pm 2$ (8-15 tuổi), chủ yếu gặp ở trẻ nữ (93,4%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau bụng thượng vị và hạ sườn trái (86,6%), sờ thấy khối vùng bụng (6,6%), không có triệu chứng (6,6%). Đặc điểm cắt lớp vi tính thấy u phân bố ở đầu tụy 7/15 bệnh nhân (46,7%), ở thân đuôi tụy 8/15 bệnh nhân (53,3%); kích thước trung bình của u $4,7 \pm 0,5$ cm (2,3-9,7 cm); cấu trúc u dạng hỗn hợp chiếm chủ yếu 13/15 bệnh nhân (86,7%). Tất cả bệnh nhân của

chúng tôi đều được phẫu thuật mổ mở, trong đó: cắt khối tá tụy 1/15 (6,6%), cắt u đầu tụy bảo tồn tá tràng 6/15 (40%), cắt tụy trung tâm 3/15 (20%), cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách 4/15 (26,6%) và cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách 1/15 (6,6%). 7/15 bệnh nhân (46,7%) được làm HMMD kháng định u đặc giá nhú. Tất cả 15 bệnh nhân được khám lại định kỳ, không có trường hợp nào tái phát sớm, tử vong sau mổ. **Kết luận:** U đặc giá nhú là một khối u hiếm gặp của tụy, mức độ ác tính thấp, khả năng xâm lấn ít, tỷ lệ di căn và tái phát thấp vì vậy đối với trẻ em phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả với tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: U đặc giá nhú của tụy, trẻ em.

SUMMARY

RESULTS SURGICAL TREATMENT FOR SOLID PSEUDOPAPILLARY NEOPLASMS OF PANCREAS IN CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL: A REPORT OF 15 CASES

Objectives: Evaluate results surgical treatment for solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas in children at Vietnam National Children's Hospital. **Subjects and methods:** A case-series study on 15 patients diagnosed with SPN who were operated at

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Sơn

Email: drson.nhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.6.2023

Ngày duyệt bài: 11.7.2023