

phương pháp chọn mẫu thuận tiện nên kết quả chưa có tính khái quát đại diện cho quần thể NB có HCCH.

V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân có HCCH tại bệnh viện YHCT TP.HCM và bệnh viện Thống Nhất, trong chín dạng thể chất YHCT, chiếm tỷ lệ cao nhất là thể chất đàm thấp. Nghiên cứu bước đầu ghi nhận mối liên quan giữa thể chất và các yếu tố chuyển hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang Y, Guo S, Yang J, et al.** An Objective Diagnosis Model with Integrated Metabolic and Immunity Parameters for Phlegm-Dampness Constitution. Evidence-based complementary and alternative medicine. 2022;2022:3353549.
2. **Jing HR, Wang J, Wang Q.** Preliminary compiling of English version of constitution in Chinese Medicine Questionnaire. Anhui Zhong Yi Yao Da Xue Xue Bao. 2015 Oct;34(5):21-25. Chinese.
3. **Lin TY, Chien KL, Chiu YH, et al.** Dynamics of detailed components of metabolic syndrome associated with the risk of cardiovascular disease and death. Scientific reports. 2021;11(1):3677.
4. **Shen K, Wang Q, Liang X, et al.** Analysis of influencing factors for predisposition to metabolic syndrome in adult women with phlegm-dampness constitution. Zhong Hua Zhong Yi Yao Za Zhi. 2017;32(03):989-992. Chinese.
5. **Son le NT, Kunii D, Hung NT, et al.** The metabolic syndrome: prevalence and risk factors in the urban population of Ho Chi Minh City. Diabetes research and clinical practice. 2005; 67(3):243-250.
6. **Wang J, Wang Q, Li L, et al.** Phlegm-dampness constitution: genomics, susceptibility, adjustment and treatment with traditional Chinese medicine. The American journal of Chinese medicine. 2013;41(2):253-262.
7. **Wang Q, Jiang CY, Gu Z, et al.** Analyze the Constitutions of Traditional Chinese Medicine in Those Older Subjects with Metabolic Syndrome in the Shanghai Community. Shi Jie Ke Xue Ji Shu – Zhong Yi Yao Xian Dai Hua. 2019;21(12):2909-2914. Chinese.
8. **Wang SY.** Treating Systolic Hypertension with Buzhong Yiqi Decoction. Beijing Zhong Yi. 2003(5):40-41. Chinese.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM CƠ TIM CẤP CÓ HỖ TRỢ OXY HOÁ MÁU QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ PHƯƠNG THỨC ĐỘNG – TĨNH MẠCH

Đặng Tường Vi¹, Nguyễn Minh Kha^{1,2}, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm cơ tim cấp có đặc điểm lâm sàng rất đa dạng, từ không triệu chứng đến suy tim cấp tiến triển nhanh chóng, choáng tim gây đe dọa tính mạng. Oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể phương thức động – tĩnh mạch (VA ECMO) là phương pháp điều trị nền tảng ở những bệnh nhân choáng tim do viêm cơ tim cấp. Tuy nhiên, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm cơ tim cấp hiện nay đã có những thay đổi. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý viêm cơ tim cấp có hỗ trợ VA ECMO tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 2019 – 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ. Nghiên cứu gồm 92 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cơ tim cấp có hỗ trợ VA ECMO nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2019 – 31/03/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận được 92 trường hợp viêm cơ tim cấp có hỗ trợ VA ECMO với độ tuổi trung bình là

34,2 tuổi, nam giới chiếm 35,9%. Thời gian khởi phát bệnh có trung vị là 3 ngày (2 – 5,5), triệu chứng thường gặp nhất là khó thở chiếm 87%, tiếp theo là sốt 65,2% và đau ngực chiếm 59,8%. Có 9 bệnh nhân ngưng tim trước khi thực hiện ECMO (9,8%) và 4 trường hợp thực hiện ECMO trong điều kiện hồi sinh tim phổi (ECPR) (4,3%). Rối loạn nhịp thất gặp ở 23 trường hợp (25%) và 36 trường hợp block nhĩ thất độ 3 (39,1%). Ghi nhận tại 3 thời điểm: trước ECMO, sau ECMO 24 giờ và sau ECMO 48 giờ, giá trị huyết áp trung bình lần lượt là 68,2 mmHg, 75,3 mmHg và 76,7 mmHg, $p < 0,001$; chỉ số thuốc trợ tim vận mạch (VIS) là 38,4, 18,9 và 14,8, $p < 0,001$; nồng độ lactate máu là 4,8 mmol/L, 2,5 mmol/L và 2 mmol/L, $p < 0,001$. **Kết luận:** Viêm cơ tim cấp chủ yếu xảy ra ở những bệnh nhân trẻ với triệu chứng thường gặp nhất là sốt, khó thở và đau ngực. Viêm cơ tim cấp có thể diễn tiến nhanh với các biến chứng nặng xuất hiện sớm trong những ngày đầu của bệnh. VA ECMO hiệu quả trong hỗ trợ huyết động và tưới máu cơ quan. Thực hiện VA ECMO sớm có thể giúp giảm tỉ lệ ngưng tim trước ECMO, ECPR và giảm mức độ tổn thương cơ quan. **Từ khóa:** viêm cơ tim cấp, choáng tim, oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND LABORATORY FOR ACUTE MYOCARDITIS SUPPORTED BY

¹Đại học Y dược TP. HCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biên khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023

VENOARTERIAL EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION

Background: Acute myocarditis presents with a wide range of clinical features, from asymptomatic to rapidly progressing acute heart failure, resulting in cardiogenic shock and life-threatening conditions. Venoarterial extracorporeal membrane oxygenation (VA ECMO) serves as the cornerstone treatment for patients experiencing cardiogenic shock due to acute myocarditis. However, there have been changes in the clinical characteristics, laboratory findings of acute myocarditis with VA ECMO support. **Objective:** To describe the clinical features and laboratory findings of patients with acute myocarditis who were treated with veno – arterial extracorporeal membrane oxygenation at Cho Ray Hospital from 2019 to 2023. **Patients and methods:** A descriptive cross-sectional retrospective study. This study included 92 patients who diagnosed acute myocarditis and treated with extracorporeal membrane oxygenation at Cho Ray Hospital from January 2019 to March 2023. **Results:** The study recorded 92 cases of acute myocarditis with VA ECMO support, with a mean age of 34.2 years and males accounting for 35.9%. The median onset time of the disease was 3 days (2 - 5.5), with the most common symptoms being dyspnea (87%), followed by fever (65.2%) and chest pain (59.8%). Nine patients experienced cardiac arrest before ECMO implementation (9.8%), and four cases underwent ECMO during cardiopulmonary resuscitation (ECPR) (4.3%). Ventricular arrhythmia occurred in 23 cases (25%), and third-degree atrioventricular block was observed in 36 cases (39.1%). Measurements were recorded at three time points: before ECMO, 24 hours after ECMO, and 48 hours after ECMO. The mean blood pressure values were 68 mmHg, 75.3 mmHg, and 76.7 mmHg, respectively ($p < 0.001$). The vasoactive inotropic score (VIS) was 38.4, 18.9, and 14.8, respectively ($p < 0.001$). Blood lactate levels were 4.8 mmol/L, 2.5 mmol/L, and 2 mmol/L, respectively ($p < 0.001$). **Conclusion:** Acute myocarditis primarily affect young individuals with the most common symptoms including fever, dyspnea, and chest pain. Acute myocarditis can progress rapidly, characterized by the early onset of severe complications within the initial days of the disease. VA ECMO is effective in providing hemodynamic support and organ perfusion. Early initiation of VA ECMO can help reduce the incidence of cardiac arrest before ECMO and ECPR, and decrease organ injury severity.

Keywords: acute myocarditis, cardiogenic shock, extracorporeal membrane oxygenation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cơ tim là tình trạng viêm kèm hoại tử tế bào cơ tim có nguyên nhân thường gặp nhất là do vi-rút. Ngoài ra, SAR-CoV-2 và các vắc-xin ngừa SAR-CoV-2 hiện nay đã được công nhận là nguyên nhân gây viêm cơ tim cấp mới¹. Bệnh cảnh lâm sàng của viêm cơ tim rất đa dạng, từ không triệu chứng đến suy tim cấp tiến triển nhanh chóng, choáng tim và rối loạn nhịp đe dọa

tính mạng. Oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể phương thức động – tĩnh mạch (VA ECMO) là một liệu pháp điều trị nền tảng đối với những trường hợp choáng tim do viêm cơ tim cấp với tỉ lệ sống sót của bệnh nhân dao động từ 61,2 – 71,9%². Tại nước ta, VA ECMO cũng đã được áp dụng để điều trị cho bệnh nhân viêm cơ tim cấp nặng có biến chứng choáng tim. Tuy nhiên, trong 5 năm trở lại đây chưa có nghiên cứu nào được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý này, nhất là trong bối cảnh có sự thêm mới về tác nhân gây bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án và được tiến hành tại bệnh viện Chợ Rẫy. Chúng tôi lựa chọn hồ sơ bệnh án theo các mã ICD I40, I40.0, I40.1, I40.8, I40.9, I41, I41.1, I41.2, I41.8, và I51.4 nhập viện trong thời gian từ 01/01/2019 – 31/03/2023, sau đó đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau: (1) tuổi ≥ 18 ; (2) thời gian khởi phát bệnh trong vòng 2 tuần; (3) có triệu chứng nhiễm trùng hô hấp trên hoặc nhiễm trùng tiêu hóa gần đây; (4) chẩn đoán có khả năng viêm cơ tim cấp với bệnh cảnh lâm sàng có thể tổn thương cơ tim kèm triệu chứng tim mạch và có ít nhất một trong các biểu hiện sau: (i) dấu ấn sinh hóa của tổn thương tim tăng; (ii) ECG gợi ý tổn thương tim; (iii) bất thường chức năng tim trên siêu âm tim hoặc cộng hưởng từ tim; (5) rối loạn huyết động và được hỗ trợ VA ECMO. Nghiên cứu loại trừ những bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành cấp trong lần nhập viện này (bao gồm: cơn đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên, nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên), bệnh nhân có tiền sử hẹp/tắc động mạch vành có ý nghĩa, tiền sử tái thông động mạch vành, bệnh cơ tim, bệnh tim bẩm sinh, bệnh van tim đã biết.

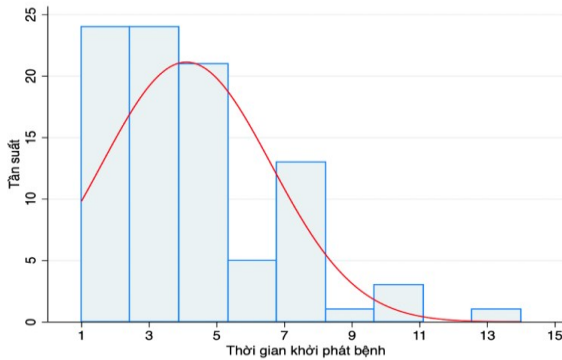
Định nghĩa và các biến số trong nghiên cứu. Các biến số về đặc điểm nhân trắc (tuổi, giới, BMI), đặc điểm lâm sàng (triệu chứng lâm sàng, thời gian bệnh, mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, huyết áp trung bình, chỉ số thuốc trợ tim vận mạch), các thông số cận lâm sàng (điện tâm đồ, siêu âm tim, xét nghiệm chức năng gan, thận, men tim). Trong đó chỉ số thuốc trợ tim vận mạch (VIS) được tính bằng liều dopamine ($\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$) + liều dobutamine ($\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$) + 100 x liều epinephrine ($\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$) + 100 x liều norepinephrine ($\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$) + 10 x liều milrinone ($\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$)

+ 10000 x liều vasopressin ($\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$).

Xử lý thống kê. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.0 trên hệ điều hành MacOS (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP). Các biến liên tục phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn, nếu các phân phối không chuẩn được mô tả trung vị (tứ phân vị 25th – 75th). Các biến chỉ danh và thứ hạng được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %. So sánh sự khác biệt về trung bình giữa các nhóm dùng phép kiểm t-test nếu biến số phân phối chuẩn, dùng Mann – Whitney U test cho biến số phân phối không chuẩn. So sánh sự khác biệt về tần số các biến chỉ danh bằng phép kiểm Chi bình phương (χ^2) hoặc Fisher's exact. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

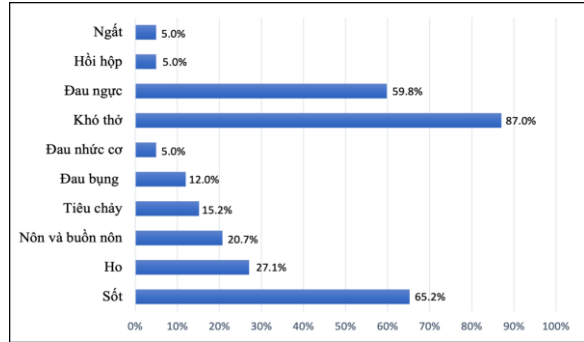
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 3 năm 2023 chúng tôi ghi nhận có 92 trường hợp được chẩn đoán viêm cơ tim cấp có hỗ trợ VA ECMO thoả tiêu chuẩn chọn vào của nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là $34,2 \pm 1,1$ tuổi, nam giới chiếm 35,9% ($n = 33$), tỉ lệ nam/nữ là 1:1,8 và BMI trung bình là $21,6 \pm 2,7 \text{ kg}/\text{m}^2$ ($16,4 - 28,4$).



Biểu đồ 1. Thời gian khởi phát bệnh (ngày)

Đặc điểm lâm sàng. Thời gian khởi phát bệnh có trung vị là 3 ngày ($2 - 5,5$) và lên đến 14 ngày (**Biểu đồ 1**). Các triệu chứng lâm sàng của viêm cơ tim cấp trong nghiên cứu có thể chia thành 3 nhóm chính bao gồm: (1) nhóm triệu chứng nhiễm siêu vi như sốt, ho, nôn và buồn nôn, tiêu chảy, đau bụng, và đau nhức cơ; (2) nhóm triệu chứng gợi ý tổn thương tim mạch như khó thở, đau ngực, hồi hộp và ngất; (3) nhóm triệu chứng rối loạn huyết động bao gồm mạch và huyết áp. Trong đó, khó thở gặp ở 87,5%, sốt 65,2%, đau ngực 59,8%, ho 27,1%, buồn nôn và nôn 20,7%. Tỉ lệ các triệu chứng được liệt kê chi tiết tại biểu đồ 2



Biểu đồ 2. Triệu chứng lâm sàng của viêm cơ tim cấp trong nghiên cứu

Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận mạch và huyết áp trước ECMO lần lượt có giá trị là $121,4 \pm 35,9$ lần/phút và 68 ($50 - 73,3$)mmHg với chỉ số thuốc trợ tim vận mạch (VIS) được sử dụng trước ECMO là $38,4$ ($20,3 - 90,4$). Có 9 bệnh nhân ngưng tim trước ECMO (9,8%) và 4 trường hợp thực hiện ECMO trong điều kiện hồi sinh tim phổi (ECPR) (4,3%) (Bảng 1)

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trước ECMO

Yếu tố lâm sàng	Giá trị
Tuổi, năm	34(25,5 – 41)
Giới nam (n, %)	33 (35,9)
BMI, kg/m^2	$21,6 \pm 2,7$
Số ngày bệnh, ngày	3 (2 – 5,5)
Mạch, lần/phút	$121,4 \pm 35,9$
Huyết áp trước ECMO	
Tâm thu, mmHg	90 (70 – 100)
Tâm trương, mmHg	56 (40 – 60)
Trung bình, mmHg	68 (50 – 73,3)
VIS	38,4(20,3 – 90,4)
ECPR (n, %)	4 (4,3)
Ngưng tim trước ECMO (n, %)	9 (9,8)

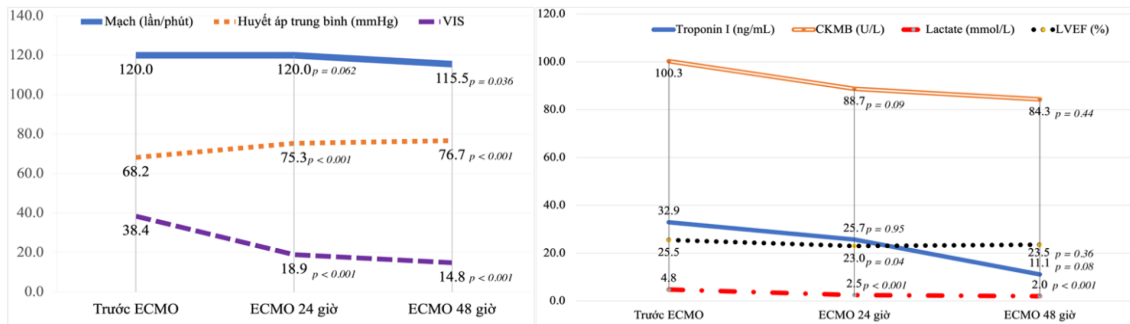
Đặc điểm cận lâm sàng. Các giá trị cận lâm sàng trước ECMO trong nghiên cứu được mô tả chi tiết ở bảng 2 với hầu hết bệnh nhân có tổn thương gan, thận và giảm chức năng cơ bóp của tim.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng trước ECMO

Yếu tố cận lâm sàng	Số quan sát (N)	Giá trị
Lactate, mmol/L	85	5 (3 – 8,9)
Troponin I, ng/mL	67	31,4(8,8–50)
CKMB, U/L	67	101,2 (64,8–182,1)
BUN, mg/dL	88	24(17–34,5)
Creatinin, mg/dL	88	1,2(0,8–1,7)
AST, U/L	85	252 (137–1124)
ALT, U/L	85	169(69–775)
Rối loạn nhịp thất (n, %)	92	23 (25)
Blốc nhĩ thất độ 3 (n, %)	92	36 (39,1)

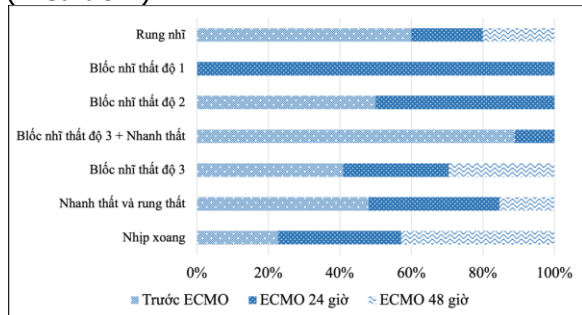
Siêu âm tim trước ECMO		
LVEF, %	86	27,6 ± 10,6
LVIDd, cm	74	46,4 (42-50,6)

Diễn biến lâm sàng và cận lâm sàng sau ECMO Như được mô tả ở Biểu đồ 3 huyết áp trung bình đã được cải thiện một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) với liều thuốc vận mạch



Biểu đồ 3. Diễn tiến một số thông số lâm sàng và cận lâm sàng trước và sau khởi động ECMO

Tỉ lệ của các rối loạn nhịp nguy hiểm như nhanh thất và rung thất, bloc nhĩ thất độ 3 giảm dần sau khởi động ECMO, trong đó tỉ lệ nhanh thất và rung thất trước ECMO là 25% giảm còn 21% và 9% sau 24 giờ, 48 giờ hỗ trợ ECMO, tỉ lệ bloc nhĩ thất độ 3 giảm từ 39% trước ECMO còn 15% và 14% sau hỗ trợ ECMO 24 giờ, 48 giờ (**Biểu đồ 4**).



Biểu đồ 4. Diễn tiến ECG trước và sau khởi động ECMO

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 34,2 ± 1,1 tuổi (18 – 62), tỉ lệ nam/nữ là 1:1,8. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trong nước và ngoài nước với độ tuổi trung bình qua các nghiên cứu từ 30 – 45 tuổi². Điều này cho thấy viêm cơ tim cấp chủ yếu gặp ở những bệnh nhân trẻ.

Thời gian khởi phát bệnh trung vị là 3 ngày (2 – 5,5), dài nhất là 14 ngày. Hơn 75% bệnh nhân xuất hiện các biến chứng nặng và nhập viện trong 5 ngày đầu của bệnh (Biểu đồ 1). Đặc

được sử dụng (chỉ số VIS) giảm đáng kể qua từng thời điểm trước ECMO, 24 giờ và 48 giờ sau ECMO ($p < 0,001$). Các giá trị của men tim và phân suất tổng máu thất trái (LVEF) thay đổi không có ý nghĩa thống kê khi so sánh tại 3 thời điểm. Ngược lại, nồng độ lactate máu được ghi nhận giảm đáng kể ở cả 24 và 48 giờ sau hỗ trợ ECMO với $p < 0,001$.

điểm này chưa được mô tả trong các nghiên cứu trước đây tại nước ta, nhưng phù hợp với đồng thuận về chẩn đoán và điều trị viêm cơ tim tối cấp, thể lâm sàng có diễn tiến nhanh của viêm cơ tim, của các tác giả Trung Quốc³. Triệu chứng sốt, khó thở và đau ngực gặp ở phần lớn các bệnh nhân, tương tự với các nghiên cứu trước đây. Nhóm triệu chứng nhiễm siêu vi đường hô hấp hoặc tiêu hoá gặp ở khoảng 1/5 trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong các nghiên cứu khác, nhóm triệu chứng này có tỉ lệ khá dao động, từ 20 – 80%, vì các triệu chứng này thường ít được quan tâm và dễ bỏ sót, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân viêm cơ tim cấp diễn tiến nhanh và có biến chứng nặng¹. Đối với biến chứng rối loạn huyết động, so với nghiên cứu của tác giả Lê Nguyên Hải Yến⁴, nghiên cứu của chúng tôi có giá trị trung vị của huyết áp trung bình trước ECMO cao hơn (68 mmHg so với 50 mmHg) và giá trị VIS trước ECMO thấp hơn (38,4 so với 125,4). Tỉ lệ ngưng tim trước ECMO là 9,8%, trong đó tỉ lệ bệnh nhân được ECPR là 4,3%, giảm đáng kể so với một nghiên cứu trong nước thực hiện vào năm 2018 là 37,5% và 27,5%⁴. Đây là một tín hiệu đáng khích lệ, cho thấy sự tiến bộ của đội ngũ nhân viên y tế trong công tác tiếp nhận, đánh giá và hồi sức bệnh nhân ban đầu.

Về đánh giá chức năng các cơ quan trước ECMO, nhìn chung nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu đã được thực hiện trong và ngoài nước vì tiêu chuẩn chọn mẫu là những bệnh nhân có biến chứng choáng tim cần hỗ trợ tuần hoàn cơ học nên đều có tổn

thương gan, thận kèm theo⁴⁻⁶. Tuy nhiên, mức độ tổn thương cơ quan giữa các nghiên cứu có sự khác biệt. Nghiên cứu của chúng tôi có giá trị creatinin, AST và ALT trung bình trước ECMO thấp hơn so với nghiên cứu trong nước khác⁴. Điều này có thể lý giải rằng thời điểm thực hiện ECMO trong nghiên cứu của chúng tôi sớm hơn (thực hiện ECMO với huyết áp trung bình cao hơn, giá trị VIS thấp hơn và nồng độ lactate trước ECMO thấp hơn, 5 mmol/L so với 7,5 mmol/L⁴) nên đã rút ngắn thời gian giảm tưới máu tạng và do đó mức độ tổn thương gan, thận cũng thấp hơn. Ngoài ra, viêm cơ tim cấp có thể gây tổn thương tế bào cơ tim lẫn hệ thống dẫn truyền. Một số giả thuyết đã được đưa ra để giải thích cơ chế gây rối loạn nhịp trong giai đoạn cấp tính của viêm cơ tim do vi-rút gồm: (1) tác động trực tiếp lên tế bào dẫn đến mất ổn định điện học và gây ly giải màng tế bào; (2) thiếu máu cục bộ do bệnh mạch máu lớn hoặc vi mạch vành, thường thấy ở vi-rút có tính hướng nội mô như parvovirus B19, do rối loạn chức năng nội mô qua trung gian kháng nguyên P; (3) rối loạn chức năng khe nối do suy giảm chức năng cơ tim⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi 1/3 bệnh nhân có rối loạn nhịp nguy hiểm và hầu hết bệnh nhân có chức năng co bóp thất trái giảm đáng kể với EF trung bình 27,6%. So với nghiên cứu của tác giả Liu thực hiện tại Trung Quốc với cỡ mẫu gần tương đương, nghiên cứu của chúng tôi có tần suất của rối loạn nhịp thất và block nhĩ thất cao hơn còn LVEF trung bình trước ECMO thấp hơn⁶, vì rối loạn nhịp tim và chức năng co bóp của tim có sự ảnh hưởng qua lại lẫn nhau, rối loạn nhịp tim có thể gây giảm chức năng co bóp của tim và ngược lại, chức năng co bóp của tim giảm đáng kể là một yếu tố nguy cơ làm xuất hiện rối loạn nhịp tim.

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy viêm cơ tim cấp có thể diễn tiến nhanh đến các biến chứng nặng như choáng tim, rối loạn nhịp tim nguy hiểm và ngưng tim chỉ trong 3 – 5 ngày từ khi khởi phát triệu chứng. Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng nhiễm siêu vi đường hô hấp hoặc tiêu hoá chỉ chiếm khoảng 1/5, có thể là một khó khăn trong vấn đề chẩn đoán. Vì vậy, khai thác bệnh sử kỹ càng để có chẩn đoán chính xác và thái độ xử trí phù hợp là quan trọng để giảm thiểu các biến cố nặng như ngưng tim trước ECMO hoặc ECPR. Đối với những bệnh nhân có chỉ định hỗ trợ tuần hoàn cơ học, việc thực hiện VA ECMO sớm khi huyết áp trung bình cao hơn, liều thuốc vận mạch thấp hơn và nồng độ lactate máu thấp hơn giúp hạn chế mức độ

tổn thương các cơ quan.

VA ECMO đã được chứng minh là một biện pháp hỗ trợ tuần hoàn cơ học hiệu quả và là phương pháp điều trị nền tảng ở những bệnh nhân viêm cơ tim cấp với choáng tim. Sau khi kết nối với hệ thống ECMO, huyết áp trung bình đã cải thiện nhanh chóng từ 68,2 mmHg lên 75,3 mmHg tại thời điểm 24 giờ và 76,7 mmHg tại thời điểm 48 giờ với $p < 0,001$. Hơn thế nữa, liều thuốc vận mạch cần sử dụng để duy trì huyết áp trung bình giảm rõ rệt với chỉ số VIS trung vị từ 38,4 còn 18,9 và 14,8 lần lượt tại thời điểm 24 và 48 giờ với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Lê Nguyên Hải Yến cũng cho kết quả tương tự với huyết áp trung bình tăng đáng kể ngay từ 1 giờ sau kết nối hệ thống ECMO và tưới máu cơ quan cũng cải thiện đáng kể thông qua thể tích nước tiểu ghi nhận được⁴. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy ECMO cũng giúp cải thiện tưới máu toàn bộ với nồng độ lactate máu từ 4,8 mmol/L giảm còn 2,5 mmol/L sau 24 giờ và trở về mức 2 mmol/L sau 48 giờ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Các kết quả này một lần nữa chứng minh hiệu quả hỗ trợ huyết động, cải thiện tưới máu các cơ quan của phương pháp điều trị này.

Hạn chế của nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả, hồi cứu, dựa trên hồ sơ bệnh án nên sẽ không tránh khỏi những sai lệch thông tin lâm sàng trong quá trình khai thác bệnh sử và đánh giá các triệu chứng. Một hạn chế khác là chúng tôi chẩn đoán viêm cơ tim cấp dựa trên bệnh cảnh lâm sàng và loại trừ tổn thương cơ tim do nguyên nhân khác thông qua chụp mạch vành và/hoặc cộng hưởng từ tim vì điều kiện tại cơ sở hiện tại chưa thực hiện được sinh thiết nội mạc cơ tim, là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán.

V. KẾT LUẬN

Viêm cơ tim cấp chủ yếu xảy ra ở những bệnh nhân trẻ với độ tuổi trung bình là 34 tuổi. Sốt, khó thở và đau ngực là những triệu chứng thường gặp nhất. Viêm cơ tim cấp có thể diễn tiến nhanh với các biến chứng nặng thường xuất hiện vào ngày thứ 3 của bệnh. VA ECMO hiệu quả trong việc hỗ trợ huyết động và cải thiện tưới máu cơ quan. Thực hiện VA ECMO sớm có thể giúp làm giảm tỉ lệ ngưng tim trước ECMO, ECPR và giảm mức độ tổn thương cơ quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leslie T, Cooper J.R, Kirk U. Myocarditis.** In: Braunwald's Heart Disease. Vol 1. 12th ed. Elsevier; 2021:1077-1088.
2. **Hao T, Jiang Y, Wu C, et al.** Clinical outcome

- and risk factors for acute fulminant myocarditis supported by venoarterial extracorporeal membrane oxygenation: An analysis of nationwide CSECLS database in China. *Int J Cardiol.* 2023; 371:229-235. doi:10.1016/j.ijcard.2022.09.055
3. **Wang D, Li S, Jiang J, et al.** Chinese society of cardiology expert consensus statement on the diagnosis and treatment of adult fulminant myocarditis. *Sci China Life Sci.* 2019;62(2):187-202. doi:10.1007/s11427-018-9385-3
 4. **Lê Nguyễn Hải Yên, Phan Thị Xuân, Phạm Thị Ngọc Thảo.** Hiệu quả và biến chứng của kỹ thuật oxy hóa máu qua màng ngoài cơ thể phương thức động - tĩnh mạch (V-A ECMO) trong điều trị cứu vãn viêm cơ tim cấp. *Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh.* 2018;22(2). Accessed August 5, 2022. <https://yhocphcm.ump.edu.vn/?Content=ChiTietBai&idBai=15983>
 5. **Ho CL, Ju TR, Lee CC, et al.** The Early Dynamic Change in Cardiac Enzymes and Renal Function Is Associated with Mortality in Patients with Fulminant Myocarditis on Extracorporeal Membrane Oxygenation: Analysis of a Single Center's Experience. *Healthcare.* 2022; 10(6):1063. doi:10.3390/healthcare10061063
 6. **Liu C, Wang Z, Chen K, et al.** The absolute and relative changes in high-sensitivity cardiac troponin I are associated with the in-hospital mortality of patients with fulminant myocarditis. *BMC Cardiovasc Disord.* 2021;21(1):571. doi:10.1186/s12872-021-02386-8
 7. **Peretto G, Sala S, Rizzo S, et al.** Arrhythmias in myocarditis: State of the art. *Heart Rhythm.* 2019; 16(5):793-801. doi:10.1016/j.hrthm.2018.11.024

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BỊ GÂY KÍN THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG NẠP VÍT KHÓA

Đặng Hoàng Anh¹, Nguyễn Ảnh Sang²,
Nguyễn Văn Bình², Trần Quốc Doanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân trưởng thành bị gây kín thân hai xương cẳng tay được điều trị phẫu thuật bằng kết hợp xương nẹp vít khóa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu từ tháng 01/2016 đến tháng 07/2019 tại bệnh viện Quân y 175, khảo sát 63 bệnh nhân (BN) bị gây kín thân hai xương cẳng tay, được phẫu thuật kết xương bằng nẹp vít khóa. **Kết quả và kết luận:** Trong nghiên cứu, tuổi của các BN dao động từ 19 tuổi đến 65 tuổi, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 34,19 ± 12,63 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 3,2/1 với 15 BN nữ (23,81%) và 48 BN nam (76,19%). Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông (TNGT), tai nạn lao động (TNLD), tai nạn sinh hoạt (TNSH) và tai nạn thể thao (TNTT), trong đó tỉ lệ bị TNGT nhiều hơn. Tần suất bị gãy xương cẳng tay bên trái cao hơn bên phải, với gãy cùng mức là 51 trường hợp, chiếm 80,95% các trường hợp bị gãy xương. Gãy loại B theo phân loại AO chiếm 93,65%.

Từ khóa: Gãy thân xương cẳng tay, đặc điểm lâm sàng, phân loại AO

SUMMARY

SOME CLINICAL CHARACTERISTICS IN ADULT PATIENTS TREATED BY OPEN

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ảnh Sang

Email: dr.anhsang@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023

REDUCTION AND PLATE FIXATION FOR RADIUS AND ULNA SHAFT FRACTURES

Objectives: Investigation of some clinical characteristics in adult patients with radius and ulna shaft fractures treated by locking plate fixation. **Subjects and methods:** A retrospective study, from January 2016 to July 2019, at Military Hospital 175, on 63 patients with closed radius and ulna shaft fractures treated by open reduction and plate fixation. **Results and Conclusion:** In the study, the age of the patients ranged from 19 years old to 65 years old, the average age of the study group was 34.19 ± 12.63 years old. The male/female ratio was 3.2/1 with 15 female patients (23.81%) and 48 male patients (76.19%). The cause is usually traffic accidents, occupational accidents, daily-life accidents and sports accidents, in which the rate of traffic accidents is higher. The frequency of fracture of the left forearm was higher than that of the right, with the same level of fracture being 51 cases, accounting for 80.95% of fracture cases. Class B fracture according to AO classification accounts for 93.65%.

Keywords: Radius and ulna shaft fractures, clinical characteristics, AO classification

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân hai xương cẳng tay là loại gãy thường gặp, tại Việt Nam, năm 1993, thống kê tại Bệnh viện Việt Đức, loại gãy này chiếm 23,5% trong tổng số các trường hợp gãy xương mới [4]. Trong nước, đã có nhiều báo cáo về kết quả đạt được khi điều trị phẫu thuật kết xương nẹp vít khóa. Việc thống kê báo cáo về các đặc điểm lâm sàng người bệnh đem lại một số liệu