

8. **Đào Xuân Thành** (2012). Nghiên cứu kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng và thay đổi mật độ xương quanh khớp nhân tạo. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
9. **Sancheti K.H, Sanchet P.K, Shyam A.K** (2010). Primary hemiarthroplasty for unstable osteoporotic intertrochanteric fractures in the elderly: A retrospective case series. Indian Journal Orthopaedics, 44 (4), 428-438.
10. **Nguyễn Văn Thoan** (2018). Đánh giá kết quả thay khớp háng bán phần chuôi dài không xi măng ở bệnh nhân cao tuổi gây liên mấu chuyển xương đùi tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

TỈ LỆ HẠ ĐƯỜNG HUYẾT KHÔNG TRIỆU CHỨNG TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 NĂM VIỆN TẠI BỆNH VIỆN QUẬN 2

Nguyễn Hồng Hà¹, Từ Kim Thanh²,
Lê Thái Thanh Thảo¹, Nguyễn Thị Lệ³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu các yếu tố liên quan hạ đường huyết nặng trên người cao tuổi đái tháo đường típ 2 bằng hệ thống theo dõi đường huyết liên tục (CGMS) nhằm kiểm soát đường huyết tốt hơn và hạn chế những cơn hạ đường huyết không triệu chứng. **Mục tiêu:** Khảo sát yếu tố liên quan hạ đường huyết nặng trên người cao tuổi đái tháo đường típ 2 năm viện tại Bệnh viện Quận 2 năm 2016-2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang và tiến cứu trên 82 bệnh nhân người cao tuổi đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Quận 2. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong 45 bệnh nhân bị hạ đường huyết có 28 bệnh nhân bị hạ đường huyết nhẹ (62,2%), 17 bệnh nhân có cơn hạ đường huyết nặng (33,3%). Các yếu tố có liên quan đến hạ đường huyết nặng ở người cao tuổi đái tháo đường típ 2 bao gồm tiêm thêm Insulin nhanh (58,8%), bỏ ăn trưa (15,6%), bỏ ăn chiều (15,6%), tăng liều thuốc (82,4%). **Kết luận:** Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân hạ đường huyết bao gồm tiêm thêm Insulin nhanh (58,8%), bỏ ăn trưa (15,6%), bỏ ăn chiều (15,6%), tăng liều thuốc (82,4%) ($P < 0,001$). Yếu tố không liên quan đến hạ đường huyết nặng bao gồm tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh ĐTD, HbA1c, nhiễm trùng, tổng liều Insulin ngày, suy thận, suy gan. **Từ khóa:** Đái tháo đường, hạ đường huyết, người cao tuổi.

SUMMARY

INCIDENCE OF ASYMPTOMATIC HYPOGLYCEMIA IN ELDERLY PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES HOSPITALIZED AT DISTRICT 2 HOSPITAL

Background: Factors related to severe hypoglycemia in elderly people with type 2 diabetes

were researched by using a continuous glucose monitoring system (CGMS) in order to better control blood sugar and limit hypoglycemic attacks without any symptoms in hematology. **Objective:** A survey of factors related to severe hypoglycemia in elderly people with type 2 diabetes hospitalized at District 2 Hospital in 2016-2018 was conducted. **Materials and methods:** Descriptive, cross-sectional and prospective research on 82 elderly inpatients with type 2 diabetes at District 2 Hospital were conducted. **Results:** In our study, It was noted that of 45 patients with hypoglycemia, 28 patients had mild hypoglycemia (62.2%), 17 patients had severe hypoglycemia (33.3%). Factors related to severe hypoglycemia in elderly people with type 2 diabetes includes rapid-acting insulin injection (58.8%), skipping dinner (15.6%), skipping dinner (15.6%), and gradually increasing medication (82.4%). **Conclusion:** Factors related to patients with hypoglycemia include rapid-acting insulin injection (58.8%), skipping dinner (15.6%), skipping dinner (15.6%), and gradually increasing medication. (82.4%) ($P < 0.001$). Factors not related to severe hypoglycemia include age, gender, duration of diabetes, HbA1c, infection, total daily insulin requirements, kidney failure, liver failure.

Keywords: Diabetes, hypoglycemia, elderly people.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân nằm viện là rất quan trọng, cả hai yếu tố tăng đường huyết và hạ đường huyết đều có liên quan với tăng tỉ lệ mắc bệnh, tử vong và thời gian nằm viện[4],[9]. Tuy nhiên, theo kết quả của các nghiên cứu lớn Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT-1993), Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group (ACCORD-2008), Controlled Evaluation (ADVANCE-2008), UK Prospective Diabetes Study Group (UKPDS1998) đều cho thấy những bệnh nhân được kiểm soát đường huyết nghiêm ngặt luôn có tỉ lệ hạ đường huyết cao hơn nhóm điều trị chuẩn [2],[5]. Phân tích từ nghiên cứu ACCORD cho thấy, bệnh nhân

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ

Email: bs.nguyenthile@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023

đái tháo đường đã từng bị hạ đường huyết có sự gia tăng đáng kể nguy cơ tim mạch và tử vong.

Vấn đề kiểm soát đường huyết nội viên thích hợp luôn được đặt ra ở mọi bệnh nhân cho mọi lý do nhập viện. Kiểm soát đường huyết chặt chẽ ở người cao tuổi làm gia tăng nguy cơ hạ đường huyết nặng không triệu chứng và gia tăng tỉ lệ tử vong. Như vậy, việc kiểm soát đường huyết ở người cao tuổi cần được theo dõi liên tục nhằm có thể phát hiện những cơn hạ đường huyết không triệu chứng bằng hệ thống theo dõi đường huyết liên tục (CGMS). Tại Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu về vấn đề này nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu khảo sát yếu tố liên quan hạ đường huyết nặng trên người cao tuổi đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Quận 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân người cao tuổi đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 điều trị nội trú tại Bệnh Viện Quận 2

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- + Tuổi ≥ 60.
- + Đã hoặc mới được chẩn đoán là ĐTĐ típ 2, theo mã số chẩn đoán khi xuất viện E11.
- + Điều trị nội trú.
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Tuổi < 60
- + Hạ đường huyết nhập viện.
- + Bệnh nhân ĐTĐ có rối loạn nhận thức như: Alzheimer, lơ mơ, hôn mê.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang
Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} p (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu.

Z=1,96 tương ứng với độ tin cậy mong muốn của nghiên cứu là 95%.

p: tỉ lệ bệnh nhân hạ đường huyết (HĐH) không triệu chứng 75% dựa vào kết quả báo cáo nghiên cứu Richa Redhu Gehlaut và cộng sự và lý do chọn tỉ lệ tham khảo từ nghiên cứu này là vì không tìm được nghiên cứu nào khác ở các nước Đông Nam Á.

d: sai số cho phép (d= 0,1).

Thay các số vào công thức ta được cỡ mẫu làm tròn là n=72 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi thu thập mẫu là 82 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, hút thuốc lá, tăng huyết áp, lý do nhập viện, chỉ số nhân trắc học, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, HbA1c và đặc điểm điều trị Insulin.

+ Khảo sát một số yếu tố liên quan HĐH nặng trên người cao tuổi ĐTĐ típ 2: Tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, HbA1c, nhiễm trùng, suy thận, suy gan, tình trạng bỏ ăn, thuốc điều trị ĐTĐ thường ngày, thay đổi liều thuốc.

- Số liệu được thu thập, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16,0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 2016-2018 có 82 bệnh nhân người cao tuổi ĐTĐ típ 2 thỏa tiêu chuẩn điều trị nội trú tại Bệnh viện Quận 2 được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

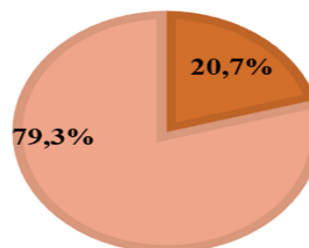
Đặc điểm bệnh nhân	N=82	
	N	%
Tuổi (năm)	68,6 ± 7,8	
Giới tính		
Nam	29	35,4%
Nữ	53	64,6%
Hút thuốc lá	20	24,4%
THA	75	91,5%
Lý do nhập viện		
Bệnh hô hấp: Viêm phổi, VPQ, COPD	26	31,7%
Nhiễm trùng khác	30	36,6%
Khác	26	31,7%
BMI (kg/m²)	25,08±5,1	
BMI < 25	40	48,8%
BMI ≥ 25	42	51,2%
Vòng eo (cm)	93,04±12,5	
Béo bụng	64	78%
HbA1c %	8,8±2,5	
Thời gian mắc ĐTĐ		
< 5 năm	32	39,0%
5-10 năm	29	35,4%
> 10 năm	21	25,6%
Loại Insulin sử dụng trong lúc nhập viện		
Basal (Insulin nền)	15	18,3%
Premix (Trộn 30/70)	66	80,5%
Basal và Bolus	1	1,2%
Tổng liều Insulin mỗi ngày (UI/ngày)	30,9±13,1	
Tiêm thêm Insulin nhanh	23	28%
Thay đổi liều Insulin khi đường huyết thay đổi	69	84,1%

Nhận xét: Tuổi trung bình là 68,6±7,8 tuổi, ở nữ chiếm 64,6%, 24,4% đối tượng có hút thuốc lá, 91,5% đối tượng có tăng huyết áp. Nhập viện vì bệnh hô hấp chiếm 31,7%, nhiễm trùng khác chiếm 36,6% và do nguyên nhân khác chiếm 31,7%. Chỉ số BMI trung bình là 25,08±5,1kg/m² với tỉ lệ đối tượng có BMI ≥ 25 kg/m² chiếm 51,2%. Chỉ số vòng eo trung bình là 93,04±12,5cm với tỉ lệ đối tượng có béo bụng là 78%. Thời gian mắc bệnh ĐTD phân bố theo 3 nhóm bao gồm nhóm < 5 năm chiếm tỉ lệ 39,0%, 5-10 năm chiếm tỉ lệ 35,4% và > 10 năm chiếm tỉ lệ 25,6%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu kiểm soát đường huyết đều phải sử dụng Insulin với tổng liều Insulin mỗi ngày trung bình là 30,9±13,1UI/ngày. Tỉ lệ sử dụng các basal chiếm 18,3%, premix chiếm 80,5%, sử dụng kết hợp chiếm 1,2% và có 84,1% đối tượng cần thay đổi liều Insulin khi đường huyết

thay đổi.

3.2. Tỉ lệ và những yếu tố liên quan đến bệnh nhân có cơn HĐH nặng

■ HĐH nặng ■ Không HĐH và HĐH nhẹ



Biểu đồ 1. Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu có cơn HĐH nặng (N=82)

Nhận xét: Tỉ lệ HĐH nặng trên người cao tuổi ĐTD cấp 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Quận 2 là 20,7%.

Bảng 2. Những yếu tố liên quan đến bệnh nhân có cơn HĐH nặng

Yếu tố nguy cơ N=82	Không HĐH Và HĐH nhẹ	HĐH nặng	Giá trị P
Giới tính			
Nam	32,3% (21)	47,1% (8)	P=0,257
Nữ	67,7% (44)	52,9% (9)	
Tuổi	68,8±7,7	67,8±8,3	P=0,462
HbA1c	8,73±2,34	8,85±3,14	P=0,675
Lí do nhập viện			
Viêm phổi, VPO	29,2% (19)	41,2% (7)	P=0,586
Nhiễm trùng khác	36,9% (24)	35,3% (6)	
Bệnh khác	33,8% (22)	23,5% (4)	
Điều trị trong BV			
Loại Insulin sử dụng			P=0,213
Basal Insulin	20,0% (13)	11,8% (2)	
Basal+bolus	0,0% (0)	5,9% (1)	
Premixed Insulin	80,0% (52)	82,4% (14)	
Tổng liều Insulin/ngày: UI/ngày	30±12,9	34,1±13,7	P=0,184
Tiêm thêm Insulin nhanh: UI/ngày			P=0,005
Có	20,0% (13)	58,8% (10)	
Không	80,0% (52)	41,2% (7)	
Số lần tiêm Insulin			P=0,503
1	21,5% (14)	11,8% (2)	
≥2	78,5% (51)	88,2% (15)	
Thay đổi liều Insulin khi đường huyết thay đổi			P=1
Có	83,1% (54)	88,2% (15)	
Không	16,9% (11)	11,8% (2)	
An trưa			P=0,031
Có	95,4% (62)	76,5% (13)	
Không	4,6% (3)	23,5% (4)	
An chiều			P=0,031
Có	95,4% (62)	76,5% (13)	
Không	4,6% (3)	23,5% (4)	
Yếu tố liên quan khác			P<0,001
Khác	66,2% (43)	11,8% (2)	

Bỏ ăn	0,0% (0)	5,9% (1)	
Tăng liều thuốc	32,3% (21)	82,4% (14)	
Phối hợp thuốc	1,5% (1)	0,0% (0)	
Suy thận			P=0,414
Không	52,3% (34)	41,2% (7)	
Có	47,7% (31)	58,8% (10)	
Suy gan			P=1
Không	95,4% (62)	100,0% (17)	
Có	4,6% (3)	0,0% (0)	

Nhận xét: Chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, giới tính, HbA1c, lý do nhập viện, điều trị Insulin trước nhập viện với cơn HĐH nặng. Loại Insulin, tổng liều trung bình Insulin một ngày, số lần tiêm Insulin, thay đổi liều Insulin khi thay đổi đường huyết không liên quan đến HĐH nặng. Ở nhóm HĐH nặng có tiêm thêm Insulin cao hơn nhóm không HĐH và HĐH nhẹ, có ý nghĩa thống kê ($P=0,005$) và nhóm HĐH nặng bỏ ăn trưa, bỏ ăn chiều cao hơn nhóm không HĐH và HĐH nhẹ, có ý nghĩa thống kê ($P=0,031$). Trong nhóm HĐH nặng do tăng liều thuốc cao hơn có ý nghĩa thống kê ($P<0,001$). Tỷ lệ HĐH nặng do tăng liều thuốc trong nhóm HĐH nặng là 82,4%, cao hơn các nhóm khác ($P<0,001$). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa suy thận, suy gan với tỷ lệ HĐH nặng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường típ 2. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 68,6 tuổi. Ở bệnh nhân lớn tuổi ĐTĐ típ 2, Allen K. V và cộng sự [1] tìm thấy mối liên kết quan trọng giữa số đợt HĐH nặng và mất trí nhớ. Nữ chiếm 64,6% trong nghiên cứu, giới tính có ảnh hưởng lên sự kiểm soát đường huyết và tỷ lệ HĐH do bệnh nhân nữ dễ bị HĐH và sự cải thiện HbA1c ít hơn khi điều trị bằng Insulin. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là đối tượng người cao tuổi, và mắc bệnh ĐTĐ típ 2, đây là típ có diễn tiến thầm lặng trong thời gian dài. HĐH lâu năm cũng là yếu tố nguy cơ HĐH nặng.

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có lý do nhập viện vì tỷ lệ nhiễm trùng khá cao chiếm 68,3% với HbA1c trung bình là $8,8\pm 2,5\%$, như vậy cũng tương đương với các nghiên cứu Munshi [10] HbA1c trung bình là 9,3%, của Gomez [6] là 9,26%, của Ishikawa [8] là 8,2%. Trên bệnh nhân ĐTĐ lớn tuổi, đường huyết duy trì ở mức cao thường xuyên chứng tỏ những đối tượng này có nguy cơ cao cho những biến chứng cấp tính và mạn tính của ĐTĐ cả về biến chứng mạch máu lớn và mạch máu nhỏ [7]. Với mức đường huyết cao như vậy thêm vào nữa bệnh nhân nhập viện là do nhiễm trùng cũng là một lý

do để bệnh nhân cần phải sử dụng những hình thức điều trị tích cực như sử dụng Insulin để kiểm soát đường huyết, và như vậy bệnh nhân dễ có nguy cơ HĐH do điều trị.

Một trong các nguyên nhân chính gây HĐH là do điều trị, kiểm soát tích cực glucose máu làm tăng nguy cơ HĐH, điều này được chỉ ra trong nghiên cứu DCCT, ACCORD[3]. Trong các phương pháp điều trị ĐTĐ, điều trị insulin có nguy cơ HĐH cao nhất, sau đó đến thuốc Sulfonylurea. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân điều trị Insulin và Insulin phối hợp thuốc viên HĐH là 100%, và loại Insulin Premix 80,5%, Basal 18,3%. Tổng liều Insulin mỗi ngày trung bình 30,9 đơn vị/ngày, và Insulin Premix 30/70 chiếm 80,5%, có tiêm thêm Insulin nhanh để kiểm soát những đỉnh đường huyết cao chiếm 28%.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến hạ đường huyết nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong 45 bệnh nhân bị HĐH có 28 bệnh nhân bị HĐH nhẹ (62,2%), 17 bệnh nhân có cơn HĐH nặng (33,3%). Chúng tôi phân thành 2 nhóm, HĐH mức độ nặng với nhóm không HĐH và HĐH nhẹ. Khi so sánh hai nhóm để tìm xem sự khác biệt về yếu tố liên quan HĐH có thêm điểm gì nổi bật.

Các yếu tố do điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng mặc dù liều tiêm thêm Insulin nhanh khi có cơn HĐH chỉ có $10\pm 2,8$ đơn vị nhưng rất bất ngờ là tiêm thêm Insulin nhanh liên quan đến hạ đường nặng, với $P=0,005$, trong khi yếu tố liên quan đến HĐH và không HĐH thì việc tiêm thêm Insulin nhanh không liên quan. Đây sẽ là một cảnh báo quan trọng việc kiểm soát đường huyết bệnh nhân cao tuổi ĐTĐ nằm viện, Insulin nhanh phải hết sức thận trọng. Điều thú vị tổng liều Insulin một ngày lại không liên quan đến HĐH nặng, trong khi đó tổng liều insulin lại liên quan khá chặt chẽ với HĐH so với nhóm không HĐH.

Các yếu tố khác như: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, các bệnh lý suy thận, suy gan không liên quan đến HĐH nặng có thể nghiên cứu của chúng tôi mẫu còn nhỏ, cần một nghiên cứu mẫu lớn hơn để đánh giá vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi rút ra những kết luận sau: Yếu tố liên quan đến bệnh nhân ĐĐH: tiêm thêm Insulin nhanh (58,8%), bỏ ăn trưa (15,6%), bỏ ăn chiều (15,6%), tăng liều thuốc (82,4%) ($P < 0,001$). Yếu tố không liên quan đến ĐĐH nặng: Tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, HbA1c, nhiễm trùng, tổng liều Insulin ngày, suy thận, suy gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Allen K. V., Frier B. M. (2003), "Nocturnal hypoglycemia: clinical manifestations and therapeutic strategies toward prevention", *Endocr Pract*, 9 (6), pp. 530-43.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993), "The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group", *N Engl J Med*, 329 (14), pp. 977-86.
- Dluhy R. G., McMahon G. T. (2008), "Intensive glycemic control in the ACCORD and ADVANCE trials", *N Engl J Med*, 358 (24), pp. 2630-3.
- Finfer S., Liu B., Chittock D. R., et al. (2012), "Hypoglycemia and risk of death in critically ill patients", *N Engl J Med*, 367 (12), pp. 1108-18.
- Gerstein H. C., Miller M. E., Byington R. P., et al. (2008), "Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes", *N Engl J Med*, 358 (24), pp. 2545-59.
- Gomez A. M., Umpierrez G. E., Munoz O. M., et al. (2015), "Continuous Glucose Monitoring Versus Capillary Point-of-Care Testing for Inpatient Glycemic Control in Type 2 Diabetes Patients Hospitalized in the General Ward and Treated With a Basal Bolus Insulin Regimen", *J Diabetes Sci Technol*, 10 (2), pp. 325-9.
- Gregg E. W., Engelgau M. M., Narayan V. (2002), "Complications of diabetes in elderly people", *Bmj*, 325 (7370), pp. 916-7.
- Ishikawa T., Koshizaka M. (2018), "Continuous glucose monitoring reveals hypoglycemia risk in elderly patients with type 2 diabetes mellitus", *J Diabetes Investig*, 9 (1), pp. 69-74.
- Kagansky N., Levy S., Rimon E., et al. (2003), "Hypoglycemia as a predictor of mortality in hospitalized elderly patients", *Arch Intern Med*, 163 (15), pp. 1825-9.
- Munshi M. N., Segal A. R., Suhl E., et al. (2011), "Frequent hypoglycemia among elderly patients with poor glycemic control", *Arch Intern Med*, 171 (4), pp. 362-4.
- Patel A., MacMahon S., Chalmers J., et al. (2008), "Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes", *N Engl J Med*, 358 (24), pp. 2560-72.

MỘT SỐ ĐẶC ĐẶC HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH SỌ NÃO Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU ĐỒI THỊ GIAI ĐOẠN CẤP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Bảo Ngọc¹, Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Phan Văn Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não ở bệnh nhân chảy máu đồi thị giai đoạn cấp tại bệnh viện Bạch Mai năm 2022-2023. **Đối tượng nghiên cứu:** 140 bệnh nhân được Chẩn đoán chảy máu não trên lâm sàng bằng tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ não của Tổ chức Y tế Thế giới (1989) trong thời gian từ tháng 6 - 2022 đến tháng 6 - 2023 tại Trung tâm thần kinh Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt bệnh. **Kết quả:** Vị trí chảy máu của đồi thị ở vùng sau bên chiếm tỷ lệ cao nhất (42,86%), tiếp đến là 20% bệnh nhân chảy máu lan tỏa. Vị trí trước, trong và lưng đồi thị chiếm tỷ lệ tương đương nhau, lần lượt là 12,14%, 10,71% và 14,20%. Mức độ chảy máu nhu mô ở nhóm đối tượng

nghiên cứu, đa số <30ml (81,43%), chỉ 5% bệnh nhân có mức độ chảy máu nhu mô từ 60ml trở lên. 77,86% bệnh nhân có mức độ đè đẩy đường giữa độ I, mức độ đè đẩy đường giữa độ III chỉ chiếm 3,57%. Có 52,14% bệnh nhân không có chảy máu não thất; chảy máu một, hai, ba và bốn não thất lần lượt là 10,71%, 13,57%, 11,43% và 12,14%. Có 71,43% bệnh nhân có mức độ chảy máu não thất theo thang điểm Graeb từ 0-4 điểm, chỉ có 12/140 bệnh nhân có điểm Graeb từ 9-12. 52,14% bệnh nhân có mức độ ứ giãn não thất 0 điểm Diringer, 12,14% bệnh nhân điểm từ 7-18, chỉ có 5,71% bệnh nhân từ 19-24 điểm. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân chảy máu ở vùng sau bên đồi thị và đa số chảy máu < 30ml. Hầu hết các trường hợp chảy máu chỉ gây đè đẩy đường giữa mức độ I, với mức độ chảy máu não thất phần lớn là nhẹ. Trên 50% bệnh nhân không có ứ giãn não thất theo thang điểm Diringer.

Từ khóa: Chảy máu đồi thị, đặc điểm hình ảnh học chảy máu đồi thị.

SUMMARY

COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES OF THALAMIC HEMORRHAGE IN ACUTE-PHASE PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: Describe the computed tomography (CT) images of thalamic haemorrhage in acute-phase

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Đại học Y Dược ĐHQG Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Bảo Ngọc

Email: drngoc2991@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023