

qua điều trị này có thể nhận thấy rằng do nghiên cứu của chúng tôi có thời gian ngắn hơn. Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng thường phải ngưng các hoạt động xã hội vì đau và hạn chế vận động. Khi điều trị bệnh nhân gặp phải các áp lực về kinh tế, hiệu quả điều trị và thời gian nghỉ có hạn, đặc biệt là các bệnh nhân trong độ tuổi lao động. Hiện nay, việc sử dụng kết hợp nhiều phương pháp giúp cải thiện triệu chứng nhanh và giúp bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng đang được nhiều bác sĩ lâm sàng sử dụng và có hiệu quả rõ rệt. Nghiên cứu này cho thấy sử dụng bài thuốc Thần thống trực ứ thang kết hợp điện châm và kéo giãn cột sống giúp rút ngắn thời gian điều trị, triệu chứng đau và cải thiện hội chứng chèn ép rễ thần kinh tọa do TVĐĐ.

V. KẾT LUẬN

Sau 15 ngày điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, nhóm bệnh nhân nghiên cứu trải qua sự cải thiện đáng kể trong các khía cạnh: Giảm đau được thể hiện qua việc thang điểm VAS trung bình giảm từ $7,5 \pm 0,567$ xuống còn $4,05 \pm 0,746$; Cải thiện hội chứng rễ thần kinh được thể hiện qua sự tăng của chỉ số Lasègue từ $55,83 \pm 13,154$ lên $71,70 \pm 8,037$; Độ giãn cột sống thắt lưng có sự cải thiện, với khoảng cách tay - đất giảm từ $42,73 \pm 19,546$ cm xuống còn $23,6 \pm 16,880$ cm. Kết quả đánh giá chung cho thấy 73,3% bệnh nhân được xếp loại là khá và không có bệnh nhân nào được xếp loại là kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Minh Hiện, Nguyễn Văn Tuấn (2015), "Nghiên cứu Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại Bộ môn - khoa Nội thần kinh, Bệnh viện 103 - Học viện Quân y:

- số liệu thu thập trong 10 năm gần đây (2004 - 2013) với 4.178 bệnh nhân", Tạp chí Y dược học Quân sự tháng 3 - 2015, tr.5-16.
2. Zhuomao Mo, Dong Li, Renwen Zhang, Minmin Chang, Binbin Yang (2019), "Comparisons of the effectiveness and safety of tuina, acupuncture, traction, and Chinese herbs for lumbar disc herniation: A systematic review and network meta-Analysis", Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine
3. Nguyễn Trung Kiên (2018), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cộng hưởng từ ở bệnh nhân Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại Bệnh viện Quân y 4", Tạp chí Y dược học Quân sự tháng 3 - 2018, tr.79-84.
4. Nguyễn Văn Hưng, Nguyễn Trúc Quỳnh, Nguyễn Thị Tân (2019), Hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa thể huyết ứ bằng bài thuốc thần thống trực ứ thang kết hợp điện châm, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, tập 9, số 4 - tháng 7/2019
5. Đỗ Thị Lệ Thúy (2018), Nghiên cứu mối liên quan giữa lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ với yếu tố nguy cơ của vữa xơ động mạch ở bệnh nhân Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, Luận án Tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Bộ Quốc phòng, Hà Nội.
6. Daniel T. Lilly, Mark A. Davison, Cody M. Eldridge, Ravinderjit Singh, Eric Y. Montgomery, Carlos Bagley, Owoicho Adogwa (2020), "An Assessment of Nonoperative Management Strategies in a Herniated Lumbar Disc Population: Successes Versus Failures", pp:1-10
7. Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Oanh (2021), Kết quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 501 số 1 - tháng 4/2021.
8. Vũ Thị Tâm, Nguyễn Phương Sinh (2018), Đánh giá kết quả bài tập McKenzie kết hợp vật lý trị liệu - phục hồi chức năng trên bệnh nhân hội chứng thắt lưng hông, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 462, số 1 - tháng 1/2018.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TỬ VONG NỘI VIỆN CỦA BỆNH NHÂN MỞ KHÍ QUẢN SAU THỞ MÁY

Nguyễn Duy Thạch*, Phan Duy Quang*, Đoàn Lê Minh Hạnh*

TÓM TẮT

Tổng quát: Mở khí quản thường được thực hiện ở những bệnh nhân thở dài ngày như đột quỵ, chấn thương sọ não, viêm phổi... để thuận tiện cho việc chăm sóc hô hấp. Tuy nhiên, mở khí quản làm

tăng nguy cơ nhiễm khuẩn đường hô hấp, cùng với các biến chứng sau mở khí quản có thể làm tăng tỷ lệ tử vong nội viện. **Mục tiêu:** mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mở khí quản sau thở máy và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ tử vong nội viện. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 119 bệnh nhân mở khí quản sau thở máy điều trị tại bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp từ tháng 10/2022 đến tháng 4/2023. **Kết quả:** Tuổi bệnh nhân trung vị là 51 tuổi, nam gấp 3 lần nữ. Trung vị số lượng bệnh đồng mắc là 3 bệnh, thường gặp là đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh phổi mạn và rối loạn lipid máu. Triệu chứng cơ năng thường gặp

*Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Thạch
Email: nguyenduythach@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 9.10.2023
Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023
Ngày duyệt bài: 18.12.2023

là ho, rối loạn tri giác và khó thở. Hình ảnh X quang ngực đa số là đông đặc và tổn thương mô kẽ kèm hay không kèm tổn thương phế nang, 82,4% bệnh nhân có viêm phổi. Trung vị của thời gian thở máy là 25 ngày, thời điểm mở khí quản là 9 ngày, đa số ở thời điểm 7-14 ngày (60,5%), có 10/119 bệnh nhân được rút ống mở khí quản thành công. Tỷ lệ tử vong chung là 17,6%. Các yếu tố nguy cơ độc lập của tử vong nội viện gồm: số lượng bệnh đồng mắc (OR = 2,98, KTC 95% 1,66 – 5,36, p<0,0010), SpO₂ (OR = 0,83, KTC 95% 0,71 – 0,97, p=0,020), X quang phổi có hình ảnh đông đặc (OR = 6,63, KTC 95% 1,13 – 38,9, p = 0,036) và thời điểm mở khí quản (OR = 0,25, KTC 95% 0,07 – 0,91, p = 0,036). **Kết luận:** Các bệnh nhân được mở khí quản sau thở máy là những bệnh nhân đột quỵ, chấn thương sọ não, viêm phổi. Bệnh nhân có số lượng bệnh đồng mắc càng nhiều, SpO₂ lúc nhập viện càng thấp, XQ ngực có hình ảnh đông đặc phổi và thời điểm mở khí quản càng trễ thì nguy cơ tử vong càng cao, cần xem xét mở khí quản sớm cho bệnh nhân để giảm nguy cơ tử vong nội viện.

Từ khóa: mở khí quản, thở máy, tử vong nội viện, yếu tố nguy cơ, đông đặc phổi.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS, AND RISK FACTORS OF IN-HOSPITAL MORTALITY OF PATIENTS WITH TRACHEOSTOMY AFTER VENTILATION

Background: Tracheostomy is commonly carried out in patients who require prolonged mechanical ventilation, such as those with stroke, traumatic brain injury, pneumonia, and other respiratory conditions. Its purpose is to aid in respiratory care. Nonetheless, tracheostomy is associated with an elevated risk of respiratory tract infections, as well as post-tracheostomy complications, both of which can contribute to higher in-hospital mortality rates.

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with tracheostomy after mechanical ventilation and identify risk factors for in-hospital mortality. **Methods:** A prospective cohort study was conducted on 119 patients with tracheostomy after mechanical ventilation at the HCMC Hospital for Rehabilitation - Professional Diseases from October 2022 to April 2023. **Results:** The median patient age was 51 years old, with men being three times more likely than women. The median number of co-morbidities was three diseases, with the most common being diabetes, hypertension, chronic lung disease, and dyslipidemia. Common symptoms included cough, impaired consciousness, and difficulty breathing. Chest X-ray images mostly showed consolidation and interstitial ± alveolar opacity, with 82.4% of patients having pneumonia. The median duration of mechanical ventilation was 25 days, and the time of doing tracheostomy was the 9th day, with the majority occurring at 7-14 days (60.5%). Out of 119 patients, 10 had their intubation successfully removed. The overall mortality rate was 17.6%. Independent risk factors for overall in-hospital mortality included: quantity of comorbid diseases (OR = 2,98, KTC 95% 1,66 – 5,36, p<0,0010), SpO₂ (OR

= 0,83, KTC 95% 0,71 – 0,97, p=0,020), chest X-ray with consolidation (OR = 6,63, KTC 95% 1,13 – 38,9, p = 0,036), time of early tracheostomy (OR = 0,25, KTC 95% 0,07 – 0,91, p = 0,036). **Conclusion:** Patients who received tracheostomy after mechanical ventilation were those with stroke, traumatic brain injury, and pneumonia. The older the patient, the more visible consolidation on the chest X-ray, and the later the time of tracheostomy, the higher the risk of death. Early tracheostomy should be considered for patients to reduce the risk of in-hospital death. **Keywords:** tracheostomy, mechanical ventilation, in-hospital death, risk factors, consolidation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở khí quản là tạo ra một đường thở nhân tạo từ bề mặt da của cổ tới khí quản và đặt một ống thông làm cho đường hô hấp dưới thông ra ngoài da. Mở khí quản thường được thực hiện ở những bệnh nhân thở máy dài ngày như đột quỵ, chấn thương sọ não, viêm phổi... để thuận tiện cho việc chăm sóc hô hấp. Mở khí quản làm không khí đi vào phổi mà không được làm ấm, làm ẩm, làm sạch nên tăng nguy cơ nhiễm trùng hô hấp, phẫu thuật mở khí quản cũng có những biến chứng trong và sau phẫu thuật, làm tăng tỷ lệ tử vong. Các yếu tố nguy cơ tử vong ở bệnh nhân mở khí quản theo nhiều nghiên cứu trước đây là tuổi^{1,2}, thời gian nằm viện³, phẫu thuật mở khí quản³, các bệnh đồng mắc như bệnh hô hấp, chấn thương, bệnh tim mạch, bệnh gan³.

Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp TPHCM tiếp nhận nhiều bệnh nhân nặng như chấn thương sọ não, chấn thương tủy sống, đột quỵ, viêm phổi nặng có suy hô hấp, những bệnh nhân này thường được chuyển từ các bệnh viện khác đến sau giai đoạn nguy kịch để tiếp tục điều trị dài ngày, đã mở khí quản, không có khả năng ho khạc đàm, tỷ lệ tử vong cao. Câu hỏi mà các bác sĩ lâm sàng đặt ra là những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như yếu tố nguy cơ tử vong ở bệnh nhân mở khí quản sau thở máy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 119 bệnh nhân mở khí quản sau thở máy điều trị tại bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp từ tháng 10/2022 đến tháng 4/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được mở khí quản sau thở máy nhập bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ nếu bất kỳ tiêu chí nào sau đây: không khai thác được bệnh sử và tiền căn từ thân nhân bệnh nhân và các trường hợp

mất theo dõi.

Tất cả bệnh nhân được hỏi bệnh sử, tiền căn, ghi nhận thông tin từ giấy chuyển viện, ghi nhận triệu chứng cơ năng, thực thể, kết quả xét nghiệm máu, ECG, X quang ngực lúc nhập viện

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS Statitics 26. So sánh sự khác biệt giữa nhóm tử vong và nhóm không tử vong, với các biến số định tính, chúng tôi sử dụng test Chi bình phương và Fisher's Exact, đối với các biến định lượng, chúng tôi dùng t-test và test Mann-Whitney, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Các biến số có liên quan tới tử vong trong phân tích đơn biến được đưa vào phân tích hồi quy đa biến để xác định biến số có ý nghĩa tiên lượng độc lập. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch chấp thuận với số của quyết định là 734/TĐHYKPNT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 7 tháng tại bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp, chúng tôi đã thu thập được 119 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ.

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Tuổi trung vị là 51 tuổi, thấp nhất 19, cao nhất 94 tuổi. Tỷ lệ nam gấp 3 lần nữ.

Trung vị số lượng bệnh đồng mắc là 3 bệnh, trong đó tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu có tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 31,1%, 34,5% và 36,1%; bệnh phổi mạn chiếm thấp hơn, 24,4%, kể đến là bệnh tim thiếu máu cục bộ và suy tim với 14,3% và 13,4%.

Triệu chứng cơ năng thường gặp là ho, rối loạn tri giác và khó thở với tỷ lệ là 58%, 47,1% và 25,2%; triệu chứng đau ngực, sốt có tỷ lệ thấp hơn, 8,4% và 17,6%. Giá trị trung vị của mạch là 90 lần/phút (khoảng tứ phân vị 78-100), huyết áp tâm thu là 120 mmHg (120-130), huyết áp tâm trương là 70 mmHg (70-90), nhịp thở là 20 lần/phút (20-24) và SpO₂ là 96 % (94-97).

Số lượng bạch cầu trung vị là 10,1 K/ μ L (8,5-13,5), Neutrophil 7,8 K/ μ L (6,2-11,3), lymphocyte 1,8 K/ μ L(1,3-2,2), hồng cầu 3,9 M/ μ L (3,5-4,5), hemoglobin 11,3 g/dL (10,2-12,5), tiểu cầu 373 K/ μ L (240-493).

Ure 4,7 mmol/L (3,5-6,6), creatinin 59,2 μ mol/L (48,7-73,3), eGFR 89 ml/phút/1,73 m² (82-97), AST 39,8 U/L (26,7-57,4), ALT 38,2 U/L (20,4-72,9), glucose 5,5 mmol/L (4,9-6,9), Na⁺ 136 mmol/L (133-139), CRP 12 mg/L (10-49,6).

Bất thường điện tâm đồ nhịp thường gặp nhanh xoang chiếm 41,2%, dày thất trái 18,5%

và thiếu máu cơ tim với biểu hiện thay đổi ST-T chiếm 21,8%. Trên X quang ngực, hình ảnh đông đặc phổi chiếm 28,6%, tổn thương mô kẽ kèm hay không kèm phế nang 29,4%, tràn dịch màng phổi 12,6% và xẹp phổi 8,4%.

Đa số bệnh nhân có viêm phổi với 82,4%. Xuất huyết não, nhồi máu não, máu tụ dưới màng cứng, máu tụ ngoài màng cứng, dập não với tỷ lệ lần lượt là 31,9%, 26,1%, 30,3%, 26,9%, 26,9%, thấp nhất là chấn thương tủy sống với tỷ lệ 5,9%.

Thời điểm mở khí quản trung vị là 9 ngày (7-11), đa số được mở khí quản ở thời điểm 7-14 ngày (60,5%), thời gian thở máy trung vị là 25 ngày (19-31), có 8,4% bệnh nhân được rút ống mở khí quản thành công trước xuất viện.

Kết cục: tỷ lệ tử vong là 17,6%, thời gian nằm viện trung vị là 38 ngày (29-45).

Phân tích đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng theo kết cục tử vong:

Bảng 1. Tuổi và kết cục

Tuổi	Tử vong	Không tử vong	p
=<20	0 (0%)	8 (100,0%)	<0,001**
21-40	0 (0%)	31 (100,0%)	
41-60	2 (5,4%)	35 (94,6%)	
61-80	9 (33,3%)	18 (66,7%)	
>=80	10 (62,5%)	6 (37,5%)	

**Fisher's Exact Test

Sự khác biệt tử vong và không tử vong ở các nhóm tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

Bảng 2. Bệnh đồng mắc và kết cục

	Tử vong	Không tử vong	p
Tăng huyết áp	11(29,7%)	26 (70,3%)	0,020*
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	4 (23,5%)	13 (76,5%)	0,498**
Suy tim	2 (12,5%)	14 (87,5%)	0,734**
Bệnh phổi mạn	7 (24,1%)	22 (75,9%)	0,292*
Đái tháo đường	7 (17,1%)	34 (82,9%)	0,905*
Rối loạn lipid máu	8 (18,6%)	35 (81,4%)	0,837*
Bệnh thận mạn	6 (60,0%)	4 (40,0%)	0,002**

*Chi bình phương, **Fisher's Exact

Sự khác biệt tử vong và không tử vong của tăng huyết áp và bệnh thận mạn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng và kết cục

	Tử vong	Không tử vong	p
Ho	14(20,3%)	55 (79,7%)	0,374*
Khó thở	12(40%)	18 (60%)	<0,001*
Đau ngực	4 (40%)	6 (60%)	0,074**
Sốt	5 (23,8%)	16 (76,2%)	0,414*
Rối loạn tri giác	5 (8,9%)	51 (91,1%)	0,019*

*Chi bình phương, **Fisher's Exact
 Sự khác biệt tử vong và không tử vong của triệu chứng khó thở và rối loạn tri giác có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 4. Sinh hiệu và kết cục

***Mann-Whitney

	Tử vong-Trung vị Khoảng tứ phân vị	Không tử vong-Trung vị Khoảng tứ phân vị	P
Mạch	90 (82-100)	90 (78-100)	0,823***
Huyết áp tâm thu (mmHg)	120 (110-120)	120(120-130)	0,13***
Huyết áp tâm trương (mmHg)	70 (70-80)	70 (70-80)	0,164***
Nhịp thở (lần/phút)	26 (24-29)	20 (20-22)	<0,001***
SpO ₂ lúc nhập viện (%)	90 (86,5-93,5)	96,5 (95-98)	<0,001***

Sự khác biệt tử vong và không tử vong của nhịp thở và SpO₂ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Xét nghiệm huyết học và kết cục

***Mann-Whitney

	Tử vong	Không tử vong	p
Bạch cầu (K/ μ L)	11,2 (9-18,7)	9,7 (8,1-13)	0,018 ***
Bạch cầu đa nhân trung tính (K/ μ L)	8,7 (7,3-15,5)	7,8 (5,8-10,2)	0,016 ***
Hồng cầu (M/ μ L)	3,7 (3,3-4,1)	3,9 (3,6-4,5)	0,022 ***
Hemoglobin (g/dL)	11,1 (8,9-12,7)	11,3 (10,6-12,4)	0,580***
Tiểu cầu (K/ μ L)	278 (170-395)	401,5 (246-524)	0,006 ***

Sự khác biệt tử vong và không tử vong của số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, hồng cầu và tiểu cầu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6. Xét nghiệm sinh hóa và kết cục

***Mann-Whitney

	Tử vong	Không tử vong	p
Ure (mmol/L)	4,5 (3,5-5,3)	4,7 (3,6-6,8)	0,178***
Creatinine (μ mol/L)	55,8 (50,4-61)	61,85 (48,7-73,3)	0,401***
eGFR (mL/phút)	89 (56-97)	89,5 (83,3-97)	0,010 ***
AST (U/L)	49,9 (29,1-71,8)	38 (25,5-56,1)	0,895***
ALT(U/L)	30,9 (15,9-54,2)	38,25 (20,5-74,3)	0,407***
Na ⁺ (mmol/L)	137 (134-139)	136 (133-139)	0,661***
CRP (mg/L)	96,2 (49,6-200)	12 (10-21,1)	<0,001 ***

Sự khác biệt tử vong và không tử vong của eGFR và CRP có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 8. Điện tâm đồ và kết cục

Điện tâm đồ	Tử vong	Không tử vong	p
Rối loạn nhịp	12(24,5%)	37 (75,5%)	0,101*
Dày thất trái	3 (13,6%)	19 (86,4%)	0,761**
Thay đổi ST-T	6 (23,1%)	20 (76,9%)	0,411*

*Chi bình phương, **Fisher's Exact

Bảng 9. X quang ngực thẳng và kết cục

Đặc điểm	Tử vong	Không tử vong	p
Hình ảnh đông đặc	16(47,1%)	18(52,9%)	<0,001*
Tổn thương mô kẽ kèm hay không kèm phế nang	12 (34,3%)	23 (65,7%)	0,002*
Tràn dịch màng phổi	7 (46,7%)	8 (53,3%)	0,002*

*Chi bình phương, **Fisher's Exact

Sự khác biệt tử vong và không tử vong của hình ảnh đông đặc, tổn thương mô kẽ và tràn dịch màng phổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 10. Các bệnh lý được chẩn đoán và kết cục

	Tử vong	Không tử vong	p
Suy hô hấp	10(90,9%)	1 (9,1%)	<0,001**
Viêm phổi	19(19,4%)	79 (80,6%)	0,282*
Xuất huyết não	7 (18,4%)	31 (81,6%)	0,879*
Nhồi máu não	6 (19,4%)	25 (80,6%)	0,772*
Máu tụ dưới màng cứng	5 (13,9%)	31 (86,1%)	0,479*
Máu tụ ngoài màng cứng	4 (12,5%)	28 (87,5%)	0,431**
Dập não	4 (12,5%)	28 (87,5%)	0,431**
Chấn thương tủy sống	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0,605**

*Chi bình phương, **Fisher's Exact

Sự khác biệt tử vong và không tử vong của suy hô hấp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 11. Mở khí quản và kết cục

	Tử vong	Không tử vong	P
Thời điểm < 7 ngày	1 (4,8%)	24 (24,5%)	<0,001**

mở khí quản	7-14 ngày	6 (28,6%)	66 (67,3%)	
	>14 ngày	14 (66,7%)	8 (8,2%)	
Thời gian thở máy	22 (18-28)	25 (19- 31)	0,208***	

*Fisher's Exact, ***Mann-Whitney

Sự khác biệt tử vong và không tử vong của thời điểm mở khí quản có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 12. Phân tích đơn biến

Các yếu tố nguy cơ	OR	KTC 95%	p
Tuổi	1,12	1,07 - 1,17	< 0,001
Bệnh đồng mắc (số lượng bệnh)	3,18	1,93 - 5,26	< 0,001
SpO ₂	0,65	0,54 - 0,78	< 0,001
Số lượng bạch cầu	1,11	1,01 - 1,21	0,024
Số lượng hồng cầu	0,36	0,15 - 0,88	0,025
Số lượng tiểu cầu	0,996	0,992-0,999	0,008
CRP	1,02	1,01 - 1,03	< 0,001
XQ ngực thẳng có đông đặc	8,89	3,14 - 25,19	< 0,001
Thời điểm mở khí quản	0,29	0,12 - 0,68	< 0,001

Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong nội viện qua phân tích đơn biến: tuổi, số lượng bệnh đồng mắc, SpO₂ lúc nhập viện, số lượng bạch cầu, số lượng hồng cầu, số lượng tiểu cầu, CRP, XQ ngực thẳng có đông đặc, thời điểm mở khí quản sớm.

Bảng 13. Phân tích đa biến

Các yếu tố nguy cơ	OR	KTC 95%	p
Bệnh đồng mắc (số lượng bệnh)	2,98	1,66-5,36	<0,001
SpO ₂	0,83	0,71-0,97	0,020
XQ phổi có đông đặc	6,63	1,13-38,9	0,036
Thời điểm mở khí quản	0,25	0,07-0,91	0,036

Các yếu tố nguy cơ độc lập của tử vong chung nội viện qua phân tích đa biến: số lượng bệnh đồng mắc, SpO₂, X quang phổi có đông đặc và thời điểm mở khí quản.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung vị của bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn tác giả Nguyễn Thị Mỹ Dung⁴, Nguyễn Kim Ca⁵ do chủ yếu thực hiện tại đơn vị chăm sóc tích cực (ICU), phần lớn là những bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều bệnh lý nội khoa nặng, nhiều bệnh đồng mắc nhập tại khoa. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ lớn các bệnh nhân nhập viện vì chấn thương sọ não, chấn thương tủy sống do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt., các

bệnh nhân này có độ tuổi phân bố từ thấp đến cao chứ không chỉ tập trung ở độ tuổi lớn

Phân bố các bệnh đồng mắc khá đa dạng, gồm nhiều bệnh khác nhau: bệnh tim mạch, bệnh phổi mạn, bệnh gan mạn, bệnh thận mạn, bệnh nội tiết-chuyển hóa. Chẩn đoán chủ yếu là viêm phổi, suy hô hấp, đột quy, chấn thương sọ não, chấn thương tủy sống, đây là những bệnh đặc thù tại bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp.

Triệu chứng cơ năng chủ yếu là ho, khó thở, sốt và đau ngực, tương ứng với tỷ lệ viêm phổi cao trong dân số nghiên cứu là 82,4%.

Số lượng bạch cầu tăng nhẹ, CRP tăng nhẹ và X quang ngực có hình ảnh đông đặc phổi, những đặc điểm này có thể tương quan với tình trạng viêm phổi, trị số hemoglobin giảm nhẹ có thể liên quan với dinh dưỡng kém, mất máu do chấn thương.

Đa số mở khí quản được thực hiện ở thời điểm 7-14 ngày, sớm hơn so với tác giả Võ Minh Lộc⁶ và muộn hơn so với tác giả Nguyễn Văn Tú⁷.

Tỷ lệ tử vong nội viện là 17,6%, tương đương với tác giả Namin AW KB² và Kollef MH⁸.

Có 9 biến số được xem là yếu tố nguy cơ tử vong nội viện của bệnh nhân mở khí quản sau thở máy được phân tích đơn biến, đó là tuổi, số lượng bệnh đồng mắc, SpO₂, số lượng bạch cầu, số lượng hồng cầu, số lượng tiểu cầu, CRP, X quang ngực có đông đặc và thời điểm mở khí quản. Như vậy, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phẫu thuật mở khí quản qua phân tích sơ bộ đều có thể là những yếu tố nguy cơ tử vong nội viện.

Các yếu tố nguy cơ tử vong sau khi phân tích đơn biến được đưa vào phân tích đa biến để tìm ra các yếu tố nguy cơ tử vong độc lập, kết quả tìm thấy có 4 yếu tố nguy cơ độc lập: số lượng bệnh đồng mắc, SpO₂, X quang phổi có đông đặc và thời điểm mở khí quản; các biến số còn lại là tuổi, số lượng bạch cầu, số lượng hồng cầu, số lượng tiểu cầu và CRP không là yếu tố nguy cơ tử vong độc lập có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương tự của tác giả Fernandez R¹, Namin AW KB², Levy L³.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm phổi, suy hô hấp, đột quy, chấn thương sọ não, chấn thương tủy sống, là những bệnh thường gặp tại bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp, được thở máy và mở khí quản. Cần chú ý các bệnh nhân Bệnh nhân có số lượng bệnh đồng mắc càng nhiều, SpO₂ lúc nhập viện càng thấp, XQ ngực có

hình ảnh đông đặc phổi và thời điểm mở khí quản càng trễ thì nguy cơ tử vong càng cao. Cần xem xét mở khí quản sớm cho bệnh nhân cần thở máy kéo dài để giảm nguy cơ tử vong nội viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fernandez R BN et al (2008).** Ward mortality in patients discharged from the ICU with tracheostomy may depend on patient's vulnerability. *Intensive Care Med*, 34(10).
- Namin AW KB et al (2021).** Tracheotomy Outcomes in the Medical Intensive Care Unit. *Missouri medicine*. 2021;118(2).
- Levy L et al.** Mortality Risk Factors in Patients Admitted with the Primary Diagnosis of Tracheostomy Complications: An Analysis of 8026 Patients. *International journal of environmental research and public health*. Jul 25 2022.
- Nguyễn Thị Mỹ Dung.** Khảo sát tình hình mở khí quản xuyên da nông tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2018 đến 2022. *Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh*; 2022.
- Nguyễn Kim Ca.** Chăm sóc mở khí quản có canuyn bóng chèn ở bệnh nhân cao tuổi. *Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh*; 2002
- Võ Minh Lộc, Nguyễn Triều Việt (2022).** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả mở khí quản trên bệnh nhân viêm phổi thở máy tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2019-2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 510.
- Nguyễn Văn Tú, Lê Công Định (2015).** Nghiên cứu đặc điểm chức năng thông khí trên bệnh nhân bệnh lý sọ não được mở khí quản thở máy. *Trường Đại học Y Hà Nội*.
- Kollef MH et al.** Clinical predictors and outcomes for patients requiring tracheostomy in the intensive care unit. *Crit Care Med*. Sep 1999;27(9).

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN TRÊN BỆNH NHÂN SARCÔM THÂN TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ BẰNG PHÁC ĐỒ DOCETAXEL GEMCITABIN TẠI BỆNH VIỆN K

Đặng Tiến Giang¹, Khúc Chí Hiếu¹, Lại Thị Thanh Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phác đồ docetaxel kết hợp gemcitabin trên bệnh nhân sarcôm thân tử cung. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 31 bệnh nhân chẩn đoán xác định sarcôm tử cung và điều trị hóa trị phác đồ docetaxel-gemcitabin tại bệnh viện K từ tháng 1/2016 đến tháng 11/2021. **Kết quả:** Các tác dụng phụ thường gặp trên hệ tạo huyết giảm bạch cầu đa nhân trung tính độ 1-2 là 25,8%, độ 3 là 6,5%. Giảm bạch cầu đa nhân trung tính độ 4 12,9%. Tỷ lệ giảm huyết sắc tố độ 1 là 41,9%; giảm huyết sắc tố độ 2, chiếm 18,3%. Có 5 trường hợp giảm huyết sắc tố độ 3 chiếm 16,1%. Có 01 trường hợp bệnh nhân giảm huyết sắc tố độ 4 chiếm 3,2%. Tỷ lệ giảm tiểu cầu độ 1 là 35,5%, độ 2 là 14,1%, độ 3 là 16,1%, độ 4 là 6,5%. Tác dụng không mong muốn trên gan gặp với tỷ lệ 25,9%, trong đó chỉ quan sát thấy độc tính độ 1, 2, không có trường hợp nào tăng men gan độ 3, 4. Tăng creatinin gặp 9,7% bệnh nhân. Các tác dụng phụ không mong muốn khác gồm có buồn nôn/nôn gặp ở 32,2% bệnh nhân. Mệt mỏi gặp ở 87,1%, thần kinh cảm giác 38,8% bệnh nhân, tiêu chảy 35,5%, rụng tóc 83,9%, đau cơ khớp 45,2%, dị ứng thuốc 9,7%. **Kết luận:**

Phác đồ docetaxel gemcitabine dung nạp tốt phù hợp điều trị bệnh nhân sarcôm thân tử cung ở các giai đoạn khác nhau.

Từ khóa: Sarcôm tử cung, gemcitabin, docetaxel

SUMMARY

EVALUATE SIDE EFFECTS OF DOCETAXEL GEMCITABINE REGIMEN IN PATIENTS WITH UTERINE SARCOMAS AT K HOSPITAL

Objectives: Evaluate side effects of docetaxel gemcitabine regimen in patients with uterine sarcomas. **Materials and methods:** This descriptive study used medical record of patients diagnosed uterine sarcomas who received docetaxel gemcitabine regimen at National Cancer Hospital from January 2016 to November 2023. **Results:** A total of 31 patients with uterine sarcomas were included in this study. Common side effects on the hematopoietic system: neutropenia grade 1-2 is 25.8%, grade 3 is 6.5%, grade 4 neutropenia was 12.9%. Rate of grade 1 decreased hemoglobin was 41.9%; grade 2 decreased hemoglobin for 18.3%. There were 5 cases of grade 3 hemoglobin reduction for 16.1%. There was 1 case of a patient with grade 4 decreased hemoglobin for 3.2%. The rate of thrombocytopenia grade 1 is 35.5%, grade 2 is 14.1%, grade 3 is 16.1%, grade 4 is 6.5%. Side effects on the liver occurred at a rate of 25.9%, of which only grade 1 and 2 toxicity, with no cases of grade 3 or 4. Increased creatinine occurred in 9.7% of patients. Other side effects included nausea/vomiting in 32.2% of patients. Fatigue occurred in 87.1%, sensory neuropathy in 38.8% of patients, diarrhea in 35.5%, hair loss in 83.9%, muscle and joint pain in 45.2%, and drug allergy in 9.7%. **Conclusions:** Docetaxel

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Tiến Giang

Email: bsdtgiang@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 18.12.2023