

Đây đều là các chỉ số viêm quan trọng, tăng cao trong hội chứng đáp ứng viêm hệ thống ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Một nghiên cứu của Mounzer et al<sup>11</sup> cũng cho thấy interleukin-6 và procalcitonin có giá trị tiên lượng mức độ nặng và tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp.

Nhóm điều trị thất bại cũng có độ pH máu thấp hơn, chỉ số PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> thấp hơn và lactat máu cao hơn nhóm thành công.

- Trong số các chỉ số tiên lượng được đánh giá ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, chỉ có điểm APACHE II có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm điều trị thành công và thất bại. Điểm APACHE II trung bình ở nhóm thành công điều trị là 13,38±0,50, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm thất bại là 18,13±5,46 với p=0,02. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng điểm APACHE II cao có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao hơn ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng (Khanna et al.<sup>12</sup>). Ngược lại, các chỉ số tiên lượng khác như CTSI, SOFA và ALOB không có sự khác biệt giữa nhóm điều trị thành công và thất bại. Đây cũng là kết quả tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Mounzer et al<sup>11</sup>

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi củng cố thêm bằng chứng về đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ biến chứng ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Tuy nhiên, cần nghiên cứu trên quy mô lớn hơn để xác định giá trị chính xác của các xét nghiệm tiên lượng.

Các xét nghiệm interleukin 6, procalcitonin, lactat máu và điểm APACHE II nên được thực

hiện thường quy ở bệnh nhân viêm tụy cấp để đánh giá nguy cơ biến chứng và tiên lượng.

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có ý nghĩa quan trọng trong việc mô tả đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân viêm tụy cấp, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lankisch PG, Apte M, Banks PA.** Acute pancreatitis. *Lancet.* 2015;386(9988):85-96.
2. **Bhatia M, Brady M, Shokuh S, et al.** Inflammatory mediators in acute pancreatitis. *J Pathol.* 2000;190(2):117-25.
3. **van Santvoort HC, Bakker OJ, Bollen TL, et al.** A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome. *Gastroenterology.* 2011;141(4):1254-63.
4. **Stimac D, Fistic E, Milic S, et al.** Prognostic values of CT findings in acute pancreatitis. *Radiol Oncol.* 2017;51(1):19-23.
5. **Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines.** IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatol.* 2013;13(4 Suppl 2):e1-15
6. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al.** Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut.* 2013;62(1):102-111.
7. **Huang et al.** Clinical features and treatment of acute pancreatitis. *J Clin Med.* 2017;10(11):E765
8. **Nguyễn Thị Mỹ Hạnh và cs.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ
9. **Lankisch PG, Apte M, Banks PA.** Acute pancreatitis. *Lancet.* 2015;386(9988):85-96.
10. **Bhansali, S. K., Bhansali, S., Kochhar, R.,... Gupta, R.** (2015). Correlates of Abdominal Compartment Syndrome in Acute Severe Alcoholic Pancreatitis

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Minh Hải (81)<sup>1</sup>, Trần Hoàng Tùng<sup>2</sup>, Vũ Minh Hải

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nội khoa chấn thương sọ não trẻ em khi ra viện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang 69 trẻ dưới 16 tuổi chấn

thương sọ não điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 1 năm 2023. **Kết quả:** nhóm tuổi 1-10 gặp tỉ lệ cao nhất (81,1%). 69 bệnh nhi gồm 48 nam (69,56%), cao hơn 2 lần so với nữ 21(30,44%). Nguyên nhân do tai nạn giao thông cao nhất (49,27%), tiếp theo là do ngã (24,64%), bạo lực và các nguyên nhân khác như bị vật nặng rơi vào đầu hoặc va chạm thể thao chiếm tỉ lệ thấp hơn. Tình trạng chấn thương sọ não nhẹ khi nhập viện (85,50%). Chụp cắt lớp vi tính: máu tụ ngoài màng cứng chiếm tỷ lệ cao nhất (40,58%), máu tụ dưới màng cứng (18,84%), vỡ xương sọ (14,49%), xuất huyết dưới nhện (11,59%), dập não (5,80%), thấp nhất là chảy máu não thất (1,45%). Kết quả điều trị khi ra viện có 65,21% hồi phục hoàn toàn và

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024

không có di chứng, 27,53% có di chứng thần kinh rất nhẹ, không đáng kể; 5,79% có di chứng nhẹ và 1,47% bệnh nhi có di chứng ở mức độ trung bình.  
**Kết luận:** Chấn thương sọ não hay gặp ở trẻ nam, nguyên nhân thường gặp là tai nạn giao thông. Lâm sàng mức độ nhẹ chiếm đa số nên kết quả điều trị thường ổn định, ít di chứng.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF NONSURGICAL TREATMENT FOR PEDIATRIC TRAUMATIC BRAIN INJURIES AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the clinical characteristics and outcomes of nonsurgical treatment for pediatric traumatic brain injuries at Thai Binh general hospital.  
**Method:** A descriptive cross-sectional study was conducted among 69 children under 16 years old suffered from traumatic brain injuries treated at Thai Binh General Hospital from January 2022 to January 2023. Results: 1-10 age group had highest incidence (81.1%). 69 pediatric patients included 48 males (69.56%), 2 times higher than 21 females (30.44%). Traffic accidents was the most common cause (49.27%), followed by falls (24.64%), violence and other causes such as heavy objects falling on the head or sports collisions accounted for the lower proportions. At the time of admission, the rate of mild traumatic brain injuries was (85.50%). CT scan showed: epidural hematoma accounted for the highest rate (40.58%), followed by subdural hematoma (18.84%), skull fracture (14.49%), subarachnoid hemorrhage (11.59%), brain contusion (5.80%), and the lowest was intraventricular hemorrhage (1.45%). The outcomes of treatment when discharged from the hospital demonstrated: 65.21% of the patients recovered completely and had no symptoms, 27.53% had nonsignificant disability; 5.79% had slight disability and 1.47% had moderate disability.  
**Conclusion:** Male children often suffer traumatic brain injuries, the most common cause is traffic accidents. Mild clinical manifestation accounts for the majority, so treatment outcomes are often good, with few sequelae.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) ở trẻ em đã được các tác giả quan tâm nghiên cứu từ nhiều năm nay. Tuy nhiên, còn rất ít các tác giả đi sâu tìm hiểu đặc điểm riêng biệt về điều trị nội khoa cũng như tiên lượng CTSN ở trẻ em mà thường tập trung nghiên cứu về kết quả phẫu thuật. Trong phác đồ điều trị nội khoa CTSN trẻ em chủ yếu vẫn là điều trị triệu chứng, những tổn thương thứ phát do những hình thái chấn thương nguyên phát gây ra. Vì vậy việc đánh giá kết quả điều trị và sự phục hồi của phác đồ điều trị này rất là quan trọng để có thể kịp thời điều chỉnh tùy theo bệnh nhi và lứa tuổi.

Thái Bình là một tỉnh có nhiều tuyến đường quốc lộ, tỉnh lộ lớn, mật độ giao thông đông đúc,

lại nằm xen kẽ trong khu dân cư, trường học vì vậy chấn thương sọ não thường gặp nhiều ở trẻ em. Chúng tôi nghiên cứu đặc điểm tổn thương và kết quả điều trị nội khoa nhằm nâng cao chất lượng điều trị chấn thương sọ não ở trẻ em.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Địa bàn nghiên cứu.** Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

**2.2. Đối tượng nghiên cứu.** 69 trẻ dưới 16 tuổi bị chấn thương sọ não nhập viện điều trị từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 1 năm 2023 tại khoa Phẫu thuật thần kinh-cột sống, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu.** Mô tả cắt ngang, có phân tích

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhi theo tuổi và giới (n= 69)**

Phân bố tuổi, giới	Độ tuổi	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Tuổi	1-5	28	40,58
	6-10	28	40,58
	11-15	13	18,84
Giới	Nam	48	69,56
	Nữ	21	30,44
	<b>Tổng</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Nhóm tuổi 1 - 5 và 6 - 10 với tỉ lệ bằng nhau là 40,58%, chiếm 81,1%. Tỷ lệ nhóm 11 - 15 tuổi là 18,84%. Trong số 69 bệnh nhi thì nam chiếm 69,56%, cao hơn 2 lần so với số bệnh nhi nữ (30.44%).

**Bảng 3.2. Nguyên nhân chấn thương (n=69)**

Nguyên nhân	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Tai nạn giao thông	34	49,27
Ngã	17	24,64
Bạo lực	10	14,49
Khác	8	11,60
<b>Tổng</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** nguyên nhân do tai nạn giao thông cao nhất (49,27%), do ngã (24,64%), bạo lực và các nguyên nhân khác như bị vật nặng rơi vào đầu hoặc va chạm thể thao chiếm tỉ lệ thấp hơn.

**Bảng 3.3. Thang điểm Glasgow của bệnh nhi CTSN (n=69)**

Điểm Glasgow	Độ	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
3 - 5	I	3	4,35
6 - 8	II	3	4,35
9 - 12	III	4	5,80
13 - 15	IV	59	85,50

**Nhận xét:** Bệnh nhi nhập viện với đánh giá tri giác trên thang điểm Glasgow là độ IV (85,50%), độ III (5,80), độ II (4,35), độ I

(4,35). (p < 0,05).

**Bảng 3.4. Tổn thương đơn thuần và phối hợp (n=69)**

Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
CTSN đơn thuần	62	89,85
CTSN + CT hàm mắt	3	4,35
CTSN + CT bụng	1	1,45
CTSN + gãy xương chi	2	2,90
CTSN + 2 tổn thương	1	1,45

phối hợp trở lên	Tổng	
	69	100

**Nhận xét:** Bệnh nhi chấn thương sọ não đơn thuần (89,85%), đa chấn thương chiếm 10,15%. Trong số 7 bệnh nhi đa chấn thương có 3 trường hợp chấn thương vùng hàm mắt (4,35%). Gãy xương chi, chấn thương bụng và kèm 2 tổn thương phối hợp trở lên có tỷ lệ thấp hơn. (p < 0,05)

**Bảng 3.5. Các hình thái chấn thương sọ não (n = 69)**

Hình thái	Vỡ xương sọ	Máu tụ NMC	Máu tụ DMC	Đập não	XHDN	Chảy máu não thất	Phối hợp từ 2 tổn thương trở lên
Số lượng	10	28	13	4	8	1	5
Tỷ lệ (%)	14,49	40,58	18,84	5,80	11,59	1,45	7,25

**Nhận xét:** Máu tụ ngoài màng cứng chiếm tỷ lệ cao nhất (40,58%), máu tụ dưới màng cứng (18,84%), vỡ xương sọ (14,49%), xuất huyết dưới nhện (11,59%), đập não (5,80%), thấp nhất là chảy máu não thất (1,45%), Số bệnh nhi có phối hợp từ 2 tổn thương trở lên chiếm 7,25%. (p < 0,05)

**Bảng 3.7: Tương quan giữa mức độ nặng CTSN và thời gian điều trị**

Thời gian điều trị	Điểm Glasgow				Tổng	p
	IV	III	II	I		
< 5 ngày	20 (80%)	3 (12%)	2 (8%)	0 (0%)	25(100%)	<0,01
≥ 5 ngày	39 (88,63%)	1 (2,27%)	1 (2,27%)	3 (6,83%)	44(100%)	
<b>Tổng</b>	<b>59</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>69</b>	

**Nhận xét:** Bệnh nhi CTSN nặng có thời gian điều trị ≥ 5 ngày. Tỷ lệ bệnh nhi CTSN nhẹ có thời gian điều trị ≥ 5 ngày (88,63%) lớn hơn tỷ lệ bệnh nhi ở nhóm này có thời gian điều trị < 5 ngày (80%) có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% (p < 0,01). Tỷ lệ bệnh nhi CTSN trung bình và nặng vừa ở hai nhóm thời gian điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**Bảng 3.8. Glasgow bệnh nhi lúc ra viện (n = 69)**

Điểm Glasgow	Độ	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
9 - 12	III	1	1,44
13 - 15	IV	68	98,56
<b>Tổng</b>	-	<b>69</b>	<b>100 %</b>
<b>Thay đổi GCS trong điều trị</b>	-	-	-
Tăng	-	17	24,63 %
Không đổi	-	52	75,36%
<b>Tổng</b>	-	<b>69</b>	<b>100 %</b>

**Nhận xét:** bệnh nhi ra viện với đánh giá trí giác trên thang điểm Glassgow là độ IV (98,56%). Bệnh nhi có điểm Glassgow khi ra viện không đổi so với lúc vào viện (75,36%). Số bệnh nhi có điểm Glassgow tăng là 17 (chiếm 24,63%). (p < 0,05)

**Bảng 3.9. Tương quan giữa điểm Glasgow và kết quả điều trị theo Rankin (n=69)**

Kết quả ra viện theo mRS	Mức độ nặng theo GCS								Tổng		p
	Độ IV		Độ III		Độ II		Độ I				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Độ 0	42	71,18	2	50	1	33,33	0	0	45	65,21	<0,01
Độ 1	17	28,82	1	25	1	33,33	0	0	19	27,53	<0,01
Độ 2	0	0	1	25	1	33,34	2	66,67	4	5,79	<0,05
Độ 3	0	0	0	0	0	0	1	33,33	1	1,47	>0,05
<b>Tổng</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Kết quả điều trị có 65,21% số bệnh nhi hồi phục hoàn toàn và không có di chứng, 27,53% có di chứng thần kinh rất nhẹ, không đáng kể; 5,79% có di chứng nhẹ và 1,47% bệnh nhi có di chứng ở mức độ trung bình.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm lâm sàng.** Trong 69 bệnh nhi nhóm (1-5 tuổi) và (6-10 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất (81,16), chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm tuổi 11 - 15 tuổi (18,84%). Theo Nguyễn Ngọc Ánh

(2006) cho kết quả gần tương tự, lứa tuổi từ 1-4 và 5-9 đều chiếm 40%. [3]. Nguyễn Thanh Vân (2002) cho thấy độ tuổi thường gặp nhất là 4 - 5 tuổi (20,24%) [1]. Krishna Chaitanya và cộng sự (2017) báo cáo độ tuổi mắc trung bình là 5,5 tuổi [5]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy trẻ nam 69,56% và nữ 30,44%. Tỷ lệ nam/nữ là 2,28/1. Tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Việt Thắng (2020) tại bệnh viện Việt Đức có 70,07% nam và 29,93% nữ [4]. Chaitanya (2017) tại Ấn Độ có tỷ lệ nam/nữ là 2,03/1 [5]. Mani Charan Satapathy (2012) tỷ lệ nam/nữ là 2,19/1 [6].

Tai nạn giao thông chiếm 49,27%, phương tiện chủ yếu gây tai nạn là xe máy (68,11%). Kết quả này phù hợp với Nguyễn Việt Thắng (2020) (53,64%), phương tiện chủ yếu gây tai nạn là xe máy (63,65%) [4]. Nghiên cứu tại Ấn Độ (2017), tai nạn giao thông chiếm 40,8%, tiếp đến là ngã cao (30,2%) và trượt ngã (20,6%) [5]. Đô thị hóa khiến mật độ giao thông tăng cao giải thích cho nguyên nhân trên.

Nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhi nhập viện với tri giác trên thang điểm Glasgow là từ 13 - 15 điểm (chiếm 85,50%), 5,80% bệnh nhi có điểm Glasgow là 9 - 12 điểm, 4,35% có điểm là 6 - 8 và 4,35% có điểm là 3 - 5. Kết quả này tương tự với Nguyễn Việt Thắng (2020) và cao hơn một số nghiên cứu trước đó [1]. Nguyễn Thanh Vân ở Bệnh viện Việt Đức năm 2002 báo cáo 58,93% có điểm Glasgow từ 13 - 15 điểm; 18,45% có điểm từ 9 - 12; 17,26% có điểm từ 6 - 8, trong đó có 1 trường hợp tử vong và 5,36% có điểm từ 3 - 5 điểm, trong đó có 2 trường hợp tử vong [1]. Do đây là bệnh viện tuyến cuối nên việc chuyển bệnh nhân từ địa phương đến thường mất nhiều thời gian và đa phần các bệnh nhân đều trong tình trạng nặng.

Kết quả chụp cắt lớp vi tính ở nghiên cứu này: máu tụ ngoài màng cứng chiếm tỷ lệ cao nhất (40,58%); máu tụ dưới màng cứng (18,84%), vỡ xương sọ (14,49%) và xuất huyết khoang dưới nhện (11,59%), chảy máu não thất (1,45%). Số bệnh nhi có phổi hợp từ 2 tổn thương trở lên chiếm 7,25%. Các nghiên cứu đã thực hiện trước đó cũng cho thấy máu tụ ngoài màng cứng hay gặp nhất nhưng có sự khác biệt với chúng tôi. Nguyễn Ngọc Ánh, Nguyễn Việt Thắng cho thấy tỷ lệ máu tụ ngoài màng cứng lần lượt là 45,67% và 47,09%. Phạm Tỵ cho kết quả thấp hơn rất nhiều (28,4%) [2, 3, 4]. Krishna Chaitanya và cộng sự cho thấy 26% không phát hiện bất thường tổng thể, 18,4% máu tụ ngoài màng cứng, 14,4% máu tụ dưới màng cứng, 21% xuất huyết dưới nhện [5].

**4.2. Kết quả điều trị.** Theo kết quả của nghiên cứu, thời gian nằm viện trung bình 5,01 ngày. Nhiều nhất là 22 ngày, ít nhất là 01 ngày. Tỷ lệ bệnh nhi CTSN nặng ở nhóm có thời gian điều trị  $\geq 5$  ngày là (6,83%), không có bệnh nhi CTSN nặng ở nhóm có thời gian điều trị  $< 5$  ngày (Bảng 3.7). Tỷ lệ bệnh nhi CTSN nhẹ ở nhóm có thời gian điều trị  $\geq 5$  ngày (88,63%) lớn hơn tỷ lệ bệnh nhi CTSN nhẹ ở nhóm có thời gian điều trị  $< 5$  ngày (80%) có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ) Tỷ lệ bệnh nhi CTSN trung bình và nặng vừa ở hai nhóm thời gian điều trị không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu cho thấy sự phân bố thời gian điều trị và mức độ nặng theo cách chia của chúng tôi tương đối phù hợp và có mối liên quan chặt chẽ ở hai nhóm nặng và nhẹ. Tỷ lệ này khác biệt so với Nguyễn Ngọc Ánh, tỷ lệ bệnh nhi CTSN nặng ở nhóm có thời gian điều trị  $\geq 5$  ngày (67,4%) lớn hơn tỷ lệ bệnh nhi CTSN nặng ở nhóm có thời gian điều trị  $< 5$  ngày (48,9%). Tỷ lệ bệnh nhi CTSN nhẹ ở nhóm có thời gian điều trị  $\geq 5$  ngày (13%) nhỏ hơn tỷ lệ bệnh nhi CTSN nhẹ ở nhóm có thời gian điều trị  $< 5$  ngày (2,7%) [3]. Do tác giả tiến hành tại bệnh viện Nhi Trung Ương, tuyến điều trị cao nhất nên tỷ lệ bệnh nhân nặng nhiều hơn so với địa phương chúng tôi.

Phần lớn các bệnh nhi có điểm Glasgow khi ra viện không đổi so với lúc vào viện (75,36%). Glasgow tăng là 24,63% và không có trường hợp nào tri giác xấu đi, thể hiện sự đáp ứng tốt của bệnh nhi với điều trị nội khoa. Kết quả này tương đồng với kết quả của Phạm Tỵ, Nguyễn Ngọc Ánh và Nguyễn Việt Thắng [2, 3, 4].

Kết quả của chúng tôi có 65,21% hồi phục hoàn toàn không để lại di chứng (độ 0), 27,53% có di chứng thần kinh không đáng kể (độ 1), 5,79% có di chứng nhẹ (độ 2) và 1,47% có di chứng ở mức trung bình (độ 3). Kết quả trên khá tương đồng với Nguyễn Thanh Vân: tỷ lệ hồi phục hoàn toàn không để lại di chứng (độ 0) là 64,88%, di chứng không đáng kể (độ 1) là 29,76%, chỉ có 3,57% di chứng nhẹ (độ 2), di chứng nặng vừa (độ 4) là 1,79% [1]. Nghiên cứu tại Ấn Độ năm 2016 báo cáo tỷ lệ hồi phục không di chứng (độ 0) là 68,7%, di chứng không đáng kể (độ 1) là 9,52%, di chứng nhẹ (độ 2) là 8,85%, di chứng ở mức độ trung bình (độ 3) là 5,45% và tỷ lệ nặng vừa là 7,48% [6].

Tương quan giữa mức độ nặng CTSN và kết quả điều trị theo thang điểm mRS, kết quả điều trị khi ra viện của nhóm nặng khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm nhẹ, trung bình và nặng

vừa. Khác với chúng tôi, Nguyễn Việt Thắng và Nguyễn Ngọc Ánh nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức và Nhi Trung ương cho thấy sự khác biệt với sự có mặt của những di chứng rất nặng và tử vong, do đây là những bệnh viện tuyến cuối, số lượng bệnh nhân nặng nhiều hơn [3,4].

## V. KẾT LUẬN

Chấn thương sọ não hay gặp ở trẻ nam, nguyên nhân thường gặp là tai nạn giao thông. Lâm sàng mức độ nhẹ chiếm đa số nên kết quả điều trị thường ổn định, ít di chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Vân** (2002), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng xử trí sớm máu tụ ngoài màng cứng cấp tính ở trẻ em do chấn thương sọ não kín, Luận án CKII, Đại học Y Hà Nội

2. **Phạm Ty** (2010), Chấn thương sọ não không có chỉ định phẫu thuật ở trẻ em, Y học Việt Nam tháng 5 - số 2/2010.
3. **Nguyễn Ngọc Ánh** (2006), Nghiên cứu một số đặc điểm của chấn thương sọ não do giao thông ở trẻ em điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương trong bốn năm 2002 - 2005, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, ĐHY Hà Nội.
4. **Nguyễn Việt Thắng** (2020), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị máu tụ trong sọ ở trẻ nhỏ do chấn thương sọ não, Luận văn thạc sĩ y học, ĐHY Hà Nội.
5. **Chaitanya K., Addanki A., Karambelkar R. et al.** (2018), Traumatic brain injury in Indian children, Childs Nerv Syst, 34(6), 1119-1123.
6. **Satpathy M.C., Dash D., Mishra S.S. et al.** (2016), Spectrum and outcome of traumatic brain injury in children <15 years: A tertiary level experience in India, International Journal of Critical Illness and Injury Science, 6(1), 16.

# TỈ LỆ TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Lê Thị Kiều Hân<sup>1</sup>, Trần Đức Sĩ<sup>1</sup>, Nguyễn Như Vinh<sup>2</sup>,  
Trần Văn Thi<sup>1</sup>, Trần Thị Khánh Tường<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) là một bệnh lý đồng mắc thường gặp và có liên quan đến tăng nguy cơ đợt cấp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ GERD ở bệnh nhân COPD và xác định các yếu tố liên quan đến xuất hiện GERD ở bệnh nhân COPD. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 209 bệnh nhân COPD từ 40 tuổi trở lên điều trị ngoại trú tại phòng khám hô hấp bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 02/2023 đến tháng 08/2023. Kết quả cho thấy tỉ lệ GERD ở bệnh nhân COPD là 32,50%. Bệnh nhân COPD có GERD có tuổi trung bình cao hơn (67,50 so với 64,54; p = 0,018). Có 4 yếu tố độc lập liên quan xuất hiện GERD ở bệnh nhân COPD gồm tuổi, tiền căn viêm loét dạ dày, đồng mắc đái tháo đường và đợt cấp thường xuyên với OR lần lượt là 1,07; 7,56; 2,43 và 2,52. Để kết luận, GERD hiện diện ở gần 1/3 bệnh nhân COPD. Nhận biết sớm về GERD và các yếu tố liên quan xuất hiện GERD trên bệnh nhân COPD sẽ giúp nhà lâm sàng quản lý tốt hơn những bệnh nhân mắc cả hai bệnh lý này.

**Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, Bệnh trào ngược dạ dày thực quản, GERD.

## SUMMARY

### PREVALENCE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTION PULMONARY DISEASE AND RELATED FACTORS

Gastroesophageal reflux disease is a common comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. The objective of the study was to determine the rate of GERD in COPD patients, the clinical characteristics of COPD in patients with and without GERD, and to identify factors related to the occurrence of GERD in COPD patients. This is a cross-sectional study of 209 COPD patients aged 40 years and older at the respiratory outpatient clinic of Nguyen Tri Phuong hospital from February 2023 to August 2023. We found that the prevalence of GERD in COPD patients was 32,50%, COPD patients with GERD had a higher average age (67,50 vs. 64,54, p = 0,018). There are 4 independent factors related to the occurrence of GERD in COPD patients including age, history of peptic ulcers disease, diabetes mellitus and frequent exacerbations with ORs of 1,07; 7,56; 2,43 and 2,52 respectively. To conclude, nearly one-third of patients with COPD have GERD. Early awareness of GERD and factors associated with its occurrence in COPD patients will help clinicians better recognize and manage the coexistence of GERD and COPD.

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease, COPD, Gastroesophageal reflux disease, GERD.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease- COPD) là một

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ

Email: sitd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024