

- Chen:** Colo-pancreaticoduodenectomy for locally advanced colon carcinoma- feasibility in patient presenting with acute abdomen. *World Journal of Emergency Surgery.*2021 16:7;1-9
- Nadeida Cojocari et al:** Right-sided colon cancer with invasion of the duodenum or pancreas: A glimpse into experience. *Experimental and Therapeutic Medicine* 22:178, 2021.
  - Won-Suk Lee, Woo Yong Lee, Ho-Kyung Chun, Seong Ho Choi:** En Bloc Resection for Right Colon Cancer Invading Duodenum or Pancreatic Head. *Yonsei Medical Journal.*2009.50.6.803
  - Berrosi F Celis J, Ruiz E, Payet E.** En bloc pancreaticoduodenectomy for right colon cancer invading adjacent organs. *J Surg Oncol.*2002; 79(3):194-7.
  - Koea JB, Colon K, Paty PB, Guillem JG, Cohen AM:** Pancreatic or duodenal resection or both for advanced carcinoma of the right colon: is it justified? *Dis Colon Rectum.*2000;43(4): 460-5.
  - Curley SA, Evans DB, Ames FC.** Resection for cure carcinoma of the colon directly invading the duodenum or pancreatic head. *J Am Coll Surg.*1994; 179 (5): 587-92.
  - Hoxha FT et al:** Locally Advanced Colon Cancer Infiltrating Duodenum and Pancreas in Young Women, Case report and the Literature Review. *Thromb Haemost Res* 4(3) 2020:1-3
  - Pei Gen Lui et al:** Right hemicolectomy combined with duodenum-Jejunum Roux en Y anastomosis for hepatic colon carcinoma invading the duodenum: A single-center case series. *World J Clin Cases.*2023.11(5):1049-1057.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN TỪ THÁNG 12/2020 ĐẾN THÁNG 4/2021

Phạm Thị Cẩm Hưng<sup>1</sup>, Lê Văn Thêm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 12/2020 đến tháng 4/2021.  
**Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Đa số người bệnh là nam giới (54,8%), tuổi  $\geq 60$  (75,8%), có tiền sử tăng huyết áp (72,6%). Đa số người bệnh có thời điểm khởi phát bệnh từ 0-6h (41,9%), thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện 4,5-24h (67,7%). Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng đau đầu 45,2%; chóng mặt 19,4%. Triệu chứng lâm sàng: liệt nửa người chiếm 69,4%, liệt VII trung ương 51,6%, rối loạn cảm giác 64,5%. Điểm Glasgow khi vào viện trung bình là  $13,48 \pm 1,35$ . Điểm NIHSS khi vào viện trung bình là  $7,27 \pm 3,34$ .  
**Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng: liệt nửa người chiếm 69,4%, liệt VII trung ương 51,6%, rối loạn cảm giác 64,5%. Điểm Glasgow khi vào viện trung bình là  $13,48 \pm 1,35$ . Điểm NIHSS khi vào viện trung bình là  $7,27 \pm 3,34$

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF ISCHEMIC STROKE PATIENTS TREATED AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL FROM DECEMBER 2020 TO APRIL 2021

**Objective:** Describing the paraclinical

characteristics of ischemic stroke patients at the Hospital Saint Paul General Hospital from December 2020 to April 2021. **Methods:** Cross-sectional descriptive study **Research results:** The majority of patients were males (54.8%), age  $\geq 60$  (75.8%), with a history of hypertension (72.6%). Most patients experienced the onset of illness from 0 to 6 a.m. (41.9%), duration of onset to hospital admission was 4.5-24 hours (67.7%). Clinical characteristics included headache symptoms in 45.2% and dizziness in 19.4%. Clinical symptoms comprised hemiplegia in 69.4%, facial paralysis in 51.6%, and sensory disorder in 64.5%. The mean of Glasgow score and NIHSS score at hospital admission were  $13.48 \pm 1.35$  and  $7.27 \pm 3.34$  respectively. **Conclusion:** Clinical symptoms comprised hemiplegia in 69.4%, facial paralysis in 51.6%, and sensory disorder in 64.5%. The mean of Glasgow score and NIHSS score at hospital admission were  $13.48 \pm 1.35$  and  $7.27 \pm 3.34$  respectively.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là vấn đề thời sự của y học và luôn được quan tâm trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam vì mức độ thường gặp và tỉ lệ tử vong cao, để lại nhiều di chứng nặng nề về lao động, sinh hoạt cho bệnh nhân và là gánh nặng đến kinh tế cho gia đình và xã hội [1].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), đột quy não là một trong mười nguyên nhân gây tử vong cao nhất, đứng hàng thứ ba sau bệnh tim mạch và ung thư. Ở Việt Nam, tỷ lệ đột quy não trung bình hằng năm là 416/100.000 dân, tỷ lệ mới mắc là 152/100.000 dân [2]. Đột quy não bao gồm: xuất huyết não và nhồi máu não. Trong

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương  
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng  
Email: phamcamhungal@hmtu.edu.vn  
Ngày nhận bài: 6.2.2024  
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024  
Ngày duyệt bài: 25.4.2024

đó, tỷ lệ nhồi máu não (NMN) khoảng 80-85% [3]. Ở các nước phương Tây nhồi máu não chiếm khoảng 70-80% [4]. Ở Việt Nam, khi tính ở tất cả các bệnh viện đa khoa từ tuyến tỉnh trở lên trong cả nước, nhồi máu não chiếm tỷ lệ 59,2%. Nếu theo từng khu vực, tỷ lệ nhồi máu não tương ứng là 59% ở Miền Bắc, 62,6% ở Miền Trung, 57,4% ở Miền Nam [5].

Trên thực tế, tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đang điều trị nhiều bệnh nhân nhồi máu não với những tình trạng nặng nề, phức tạp. Việc dựa vào các triệu chứng lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị nhồi máu não. Tuy nhiên các nghiên cứu về các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não còn ít chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 12/2020 đến tháng 4/2021.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 12/2020 đến tháng 4/2021.

- Người nhà bệnh nhân.

\***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Người có tiền sử đột quỵ não
- Bệnh nhân rối loạn tâm thần, câm, điếc.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

**2.2.1. Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

**2.2.2. Thời gian nghiên cứu:** từ ngày 01/12/2020 đến 30/4/2021.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2020 đến tháng 4/2021.

**2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu:** Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh trực tiếp và ghi lại theo mẫu bệnh án nghiên cứu

**2.5. Xử lý số liệu và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập và phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1: Giới**

Giới	Số lượng (n=62)	Tỉ lệ %
Nam	34	54,8
Nữ	28	45,2

**Nhận xét:** Tỷ lệ nam chiếm 54,8%, tỷ lệ nữ chiếm 45,2%, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ.

**Bảng 3.2: Tuổi**

Tuổi	Số lượng (n=62)	Tỉ lệ %
< 60	15	24,2
≥60	47	75,8

**Nhận xét:** Tỷ lệ tuổi ≥60 chiếm 75,8%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 72,02 ± 12,44. Tuổi cao nhất là 96, tuổi thấp nhất là 30.

**Bảng 3.3: Tiền sử bệnh**

Tiền sử bệnh	Số lượng (n=62)	Tỉ lệ %
Tăng huyết áp	45	72,6
Rối loạn lipid máu	29	46,8
Hút thuốc	17	27,4
Đái tháo đường	21	33,9
Rung nhĩ	9	14,5
Cơ thiếu máu não thoáng qua	2	3,3
Bệnh lí van tim	8	12,9

**Nhận xét:** Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp chiếm 72,6%, rối loạn lipid máu chiếm 46,8%, đái tháo đường 3%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 3.4: Thời điểm khởi phát bệnh trong ngày**

Thời điểm khởi phát	Số lượng (n=62)	Tỉ lệ %
0-6 giờ	26	41,9
6-12 giờ	16	25,8
12-18 giờ	11	17,7
18-24 giờ	9	14,5

**Nhận xét:** Thời điểm khởi phát trong ngày từ 0-6h chiếm tỷ lệ cao nhất (41,9%).

**3.3. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện**

**Bảng 3.5: Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện**

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện	Số lượng (n=62)	Tỉ lệ %
≤ 4,5 giờ	7	11,3
>4,5-24 giờ	42	67,7
> 24 giờ	13	21

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân vào viện trong thời gian >4,5-24h chiếm 67,7%, ≤4,5h chiếm 11,3%.

**Bảng 3.6: Triệu chứng tiền triệu**

Triệu chứng	Số lượng (n=62)	Tỉ lệ %
Đau đầu	28	45,2
Chóng mặt	12	19,4
Buồn nôn, nôn	9	14,5

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có tiền triệu đau đầu chiếm 45,2%, chóng mặt chiếm 19,4%, buồn nôn chiếm 14,5%.

**Bảng 3.7: Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng	Số lượng (n=62)	Tỉ lệ %
Liệt nửa người	43	69,4
Liệt VII trung ương	32	51,6
Rối loạn cảm giác	40	64,5
Nói khó	28	45,2
Hội chứng tiểu não	11	17,7
Rối loạn cơ tròn	2	3,2

**Nhận xét:** Các triệu chứng lâm sàng chính là liệt nửa người 69,4%, liệt VII trung ương 51,6% và rối loạn cảm giác 64,5%.

**Bảng 3.8: Điểm Glassgow**

Thang điểm Glassgow	Số lượng (n=62)	Tỉ lệ %
≤ 8	1	1,6
9-12	2	3,2
13-14	15	24,2
15	44	71

**Nhận xét:** Điểm Glassgow trung bình là 13,48 ± 1,35. Đa số bệnh nhân có điểm Glassgow từ 13-15 chiếm 95,2%. Có 1 bệnh nhân nào điểm glassgow ≤ 8 điểm chiếm 1,6%

**3.4. Điểm NIHSS vào viện**

**Bảng 3.9: Điểm NIHSS**

Thang điểm NIHSS	Số lượng (n=62)	Tỉ lệ %
0-4	22	35,5
5-15	37	59,7
16-20	2	3,2
21-42	1	1,6

**Nhận xét:** Điểm NIHSS khi vào viện trung bình là 7,27 ± 3,34

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1 Đặc điểm chung.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam chiếm 54,8% cao hơn tỷ lệ nữ chiếm 45,2%, tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Liên tỷ lệ nam là 59,5% [6],

Tuổi là một yếu tố nguy cơ của đột quỵ nói chung và nhồi máu não nói riêng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của bệnh nhân là 72,02 cao hơn nghiên cứu của Vũ Xuân Tân là 65,2 [8], Huỳnh Thị Phương Minh là 68,6 [7].

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hàng đầu trong cơ chế bệnh sinh của đột quỵ não gây tổn thương thành mạch, hình thành các mảng xơ vữa, tạo huyết khối tắc mạch, tạo các phình mạch nhỏ trong não. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tiền sử ghi nhận tăng huyết áp là khá cao (72,6%), tương tự với nghiên cứu của

Vũ Xuân Tân là 64,10% [8] và Nguyễn Thị Bảo Liên là 64,3% [6]

Đái tháo đường là một trong các yếu tố nguy cơ của nhồi máu não, gây tổn thương vi mạch toàn thân, trong đó có mạch máu não. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 21 người mắc đái tháo đường chiếm 46,8%, cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Thị Phương Minh là 13,6% [7], tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Liên là 21,42% [6].

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn lipid máu chiếm 27,4%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Huỳnh Thị Phương Minh là 80% [7] và Vũ Xuân Tân là 71,15% [8]. Tỷ lệ bệnh nhân rung nhĩ chiếm 14,5% thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Liên là 23,8% [6]. Điều này có thể giải thích do đa số đối tượng của chúng tôi ít đi khám sức khỏe định kỳ nên chưa ghi nhận tiền sử rung nhĩ.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời điểm khởi phát nhồi máu não khoảng 0-6 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,9%, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đình Đình cho rằng nhồi máu não xảy ra nhiều nhất vào khoảng 22-6 giờ [9].

Thời gian vào viện ≤ 4,5h chiếm tỷ lệ 11,3%. Thời gian vào viện 4,5-24 giờ chiếm 67,7% tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Liên là 9,5 % trước 6h, 90,5% sau 6h [6], nghiên cứu Huỳnh Thị Phương Minh là 54,3% [7]. Điều này có thể giải thích do đa số đối tượng của chúng tôi nhận thức và phát hiện về đột quỵ còn thiếu sót, do đặc điểm lâm sàng của nhồi máu não thường có dạng biến chuyển tăng dần, khi bệnh biến chuyển nặng như liệt tăng lên thì bệnh nhân mới đi bệnh viện.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là liệt nửa người chiếm 69,4%, rối loạn cảm giác chiếm 64,5%, liệt VII trung ương chiếm 51,6%, nói khó chiếm 45,2%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác [6], [7], [8]

Điểm Glassgow ngày càng phổ biến và được áp dụng rộng rãi cho bệnh nhân hôn mê do các nguyên nhân khác, đặc biệt là đột quỵ. Mức độ rối loạn ý thức và thang điểm Glassgow có liên quan với nhau, điểm Glassgow càng thấp thì rối loạn ý thức càng nặng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh có điểm Glassgow trung bình là 13,48 ± 1,35, có 1 bệnh nhân điểm Glassgow ≤ 8 điểm chiếm 1,6%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Huỳnh Thị Phương Minh (điểm Glassgow trung bình là 13,6) [7], Vũ Xuân Tân (điểm Glassgow trung bình là 13,2) [8].

Thang điểm NIHSS dùng để đánh giá các thiếu sót thần kinh, theo dõi điều trị, tiên lượng kết cục đột quy. Điểm càng cao thiếu sót thần kinh càng nặng, tiên lượng phục hồi càng kém. Điểm NIHSS khi vào viện trung bình là  $7,27 \pm 3,34$  tương tự với nghiên cứu của Huỳnh Thị Phương Minh là  $6,79 \pm 3,18$  [7], thấp hơn nghiên cứu của Vũ Xuân Tân là  $12,39$  [8]. Sự khác biệt này có thể do, nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân nhập viện trong vòng 1 tuần kể từ thời điểm khởi phát, đối tượng nghiên cứu của Vũ Xuân Tân là trong 72 giờ sau khởi phát, đa số bệnh nhân của chúng tôi vào viện với bệnh cảnh lâm sàng không nặng nề, thời gian nghiên cứu ngắn nên mẫu không đại diện cho quần thể.

## V. KẾT LUẬN

- Đa số người bệnh là nam giới (54,8%), tuổi  $\geq 60$  (75,8%), có tiền sử tăng huyết áp (72,6%).
- Đa số người bệnh có thời điểm khởi phát bệnh từ 0-6h (41,9%), thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện 4,5-24h (67,7%)
- Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng đau đầu 45,2%; chóng mặt 19,4%. Triệu chứng lâm sàng: liệt nửa người chiếm 69,4%, liệt VII trung ương 51,6%, rối loạn cảm giác 64,5%. Điểm Glassgow khi vào viện trung bình là  $13,48 \pm 1,35$ . Điểm

NIHSS khi vào viện trung bình là  $7,27 \pm 3,34$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đạt Anh (2011), Điều dưỡng hồi sức cấp cứu, NXB Y học, 239.
2. Vũ Anh Nhị, Nguyễn Thanh Tùng (2008), Tiên lượng xuất huyết não trên liều bằng các thang điểm TBMN tại bệnh viện Thủ Đức, Tạp chí Y học, TP.HCM, 1, 320-323.
3. Feigin V.L., Lawes C.M., Bennett D.A. et al (2003), Stroke epidemiology: a review of populationbased studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century, Lancet Neurology, 42-52.
4. Lê Đức Hình và nhóm chuyên gia (2007), Tai biến mạch máu não, hướng dẫn chẩn đoán và xử trí, Nhà xuất bản Y học, 199-241.
5. Mohr JP, Wolf PA, Grotta JC, et al, (2011), Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management, Elsevier Saunders, 5th edition.125-127.
6. Nguyễn Thị Bảo Liên (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhồi máu não. Tạp chí Y học thực hành, 5/2013, 62-65.
7. Huỳnh Thị Phương Minh (2014). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2014 – 2015. Tạp chí Y học thực hành, 1/2014, 146-148.
8. Vũ Xuân Tân (2007), Yếu tố nguy cơ và tiên lượng ở bệnh nhân đột quy thiếu máu não cục bộ cấp, Luận án Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP.HCM, 234-235.

# CHI PHÍ Y TẾ Y TẾ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LAO PHỔI NỘI TRÚ CÓ BẢO HIỂM Y TẾ: NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TẠI BỆNH VIỆN PHỔI VĨNH LONG NĂM 2023

Hoàng Đình Tiêng<sup>1</sup>, Phạm Thị Tố Liên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Linh Tuyền<sup>1</sup>, Nguyễn Phục Hưng<sup>1</sup>, Trương Minh Thùy<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Kim Hân<sup>1</sup>, Nguyễn Trọng Duy Thức<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Đông<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tổng số người mắc bệnh lao trên thế giới ngày càng tăng, trong khi đó bệnh lao là một trong những bệnh dễ dẫn đến nguy cơ gây tử vong nhất. Việc điều trị bệnh lao tiêu tốn một khoản chi phí khá lớn, tạo ra gánh nặng kinh tế không chỉ của riêng bệnh nhân mà còn là của chung xã hội. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định chi phí trực tiếp y tế và các yếu tố liên quan trong điều trị lao phổi cho người bệnh nội

trú có bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Phổi Vĩnh Long năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 258 hồ sơ bệnh án và bảng kê chi phí khám chữa bệnh nội trú của bệnh nhân có bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Phổi Vĩnh Long từ tháng 04/2023 đến tháng 03/2024. **Kết quả:** Tổng chi phí trực tiếp y tế là 1.546.941.435 VNĐ, trong đó BHYT thanh toán 85,3%, bệnh nhân chi trả 14,7%. Chi phí trực tiếp y tế trung bình trên một đợt điều trị là 5.995.897 VNĐ, trong đó chi phí thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,5%. Các yếu tố bệnh nền, số lượng bệnh nền và số ngày điều trị có liên quan đến chi phí trực tiếp y tế ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Nghiên cứu đóng góp thêm một phần vào tài liệu tham khảo về tổng quan chi phí điều trị của bệnh lao phổi, giúp các chuyên gia đưa ra những chính sách, quyết định phù hợp với tình hình thực tiễn; đồng thời vận động người dân tham gia BHYT để giảm bớt gánh nặng kinh

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh Viện Phổi Vĩnh Long

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tố Liên

Email: pttlien@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 22.4.2024