

yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật cho thấy, không có sự liên quan giữa loại gãy xương và kết quả liền xương ($p > 0,05$). Một số nghiên cứu cho thấy trường hợp gãy thuộc loại I và IIA do tổn thương đơn giản, diện khớp không bị gãy nát nên có thể kết hợp xương néo ép như mong muốn và vững chắc hơn, cho phép vận động sớm hơn.¹² Kiểu gãy thuộc loại IIB và loại III cho kết quả chức năng khuỷu theo thang điểm MEPS kém hơn so với kiểu gãy loại I và IIA.

Đánh giá mối liên quan giữa loại gãy và kết quả liền xương, Marco M. Schneider và cộng sự cho biết hầu hết kết quả chậm liền xương hoặc không liền xương thường gặp ở gãy loại III.⁷ Các trường hợp gãy phức tạp, gãy nhiều mảnh rời bề mặt khớp thì điều trị khó khăn và kết quả chức năng khớp khuỷu cũng sẽ kém hơn.

Ngoài ra, không thấy sự liên quan rõ rệt của nơi tập PHCN, nhóm tuổi và tổn thương kết hợp với điểm chức năng MEPS ($p > 0,05$)

Phương pháp néo ép đã đem lại kết quả phẫu thuật thành công trên 68 bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân đều giảm đau, cải thiện chức năng vận động và hài lòng với kết quả phẫu thuật và tỷ lệ biến chứng thấp, không có bệnh nhân nào phải phẫu thuật lại. Tuy nhiên, vẫn cần thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá các biến chứng không liền xương, viêm xương và thoái hoá khớp để cung cấp thêm nhiều bằng chứng khách quan về phương pháp phẫu thuật này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương bằng phương pháp néo ép điều trị gãy mỏm khuỷu cho kết quả lâm sàng tốt, chức năng khớp khuỷu cải thiện tốt sau phẫu thuật phù hợp với loại gãy

IIA, IIB và IIIA theo phân độ Mayo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duckworth AD, Clement ND, Aitken SA, Court-Brown CM, McQueen MM. The epidemiology of fractures of the proximal ulna. *Injury*. 2012;43(3):343-346.
2. Newman SDS, Mauffrey C, Krikler S. Olecranon fractures. *Injury*. 2009;40(6):575-581.
3. Võ TT, Phan NT. Đánh giá kết quả điều trị gãy mỏm khuỷu bằng nẹp vít khóa. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2024;543(1).
4. Giardina SMC, Testa G, Cuffaro ER, et al. Surgical Treatment for Simple Isolated and Displaced Olecranon Fractures: Comparison between Plate and Tension Band Wire Fixation. *J Clin Med*. 2024;13(6):1815.
5. Niglis L, Bonnomet F, Schenck B, et al. Critical analysis of olecranon fracture management by pre-contoured locking plates. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR*. 2015;101(2):201-207.
6. Chalidis BE, Sachinis NC, Samoladas EP, Dimitriou CG, Pournaras JD. Is tension band wiring technique the "gold standard" for the treatment of olecranon fractures? A long term functional outcome study. *J Orthop Surg*. 2008;3:9.
7. Schneider MM, Nowak TE, Bastian L, et al. Tension band wiring in olecranon fractures: the myth of technical simplicity and osteosynthetic perfection. *Int Orthop*. 2014;38(4):847-855.
8. Gathen M, Jaenisch M, Peez C, et al. Plate fixation and tension band wiring after isolated olecranon fracture comparison of outcome and complications. *J Orthop*. 2020;18:69-75.
9. Hoàng Nam Đ, Xuân Thùy N. Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín liên lồi cầu xương cánh tay ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2021;507(2).
10. Cho JW, Oh JK, Um J, Sohn HS. Outcomes of embedded rafting k-wire technique for intermediate articular fragment fixation in comminuted olecranon fractures. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2022;142(11):3327-3334.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHẪU THUẬT HO RA MÁU Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Trương Đức Thái^{1,2}, Đinh Văn Lượng^{1,2}, Nguyễn Kim Cương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước đầu của phẫu thuật ho ra máu (HRM) ở bệnh nhân (BN)

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Lượng

Email: dinhvanluong66@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

lao phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên 50 BN chẩn đoán HRM do lao phổi được phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 07/2017 đến tháng 06/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 46,86, trong đó nhóm tuổi 41-60 chiếm tỷ lệ cao nhất (46%). Tỷ lệ nam giới chiếm đa số (74%). Tỷ lệ BN được điều trị thuốc lao trước phẫu thuật là 48% ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 72% ở nhóm HRM nặng. Có 7 BN ở nhóm HRM nhẹ, trung bình (28%) và 15 BN ở nhóm HRM nặng (60%) được can thiệp nút mạch phế quản trước phẫu thuật. Phẫu thuật cắt thùy phổi được thực hiện trên 31 BN (62%)

là phẫu thuật được thực hiện nhiều nhất. Nhiễm khuẩn là biến chứng hay gặp nhất (12%). Có 5 trường hợp BN tử vong (10%). Tỷ lệ biến chứng chung là 16%. Tỷ lệ điều trị thành công bước đầu là 90% với 96% BN ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 84% BN ở nhóm HRM nặng. **Kết luận:** HRM là một cấp cứu thường gặp. Có nhiều nguyên nhân gây HRM. Tại Việt Nam, lao phổi vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây HRM. Bên cạnh điều trị nội khoa tích cực, phẫu thuật ngoại khoa ngày càng đóng vai trò quan trọng trong điều trị HRM. Tỷ lệ điều trị thành công của phẫu thuật ở BN HRM do lao phổi tính đến thời điểm BN ra viện là 90% với 96% BN ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 84% BN ở nhóm HRM nặng.

Từ khóa: HRM, phẫu thuật, lao phổi

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF SURGERY FOR HEMOPTYSIS IN PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Objective: To evaluate the initial treatment outcomes of surgery for hemoptysis in pulmonary tuberculosis patients at the National Lung Hospital. **Subjects and Methods:** The study involved 50 patients diagnosed with hemoptysis due to pulmonary tuberculosis who underwent surgery at the National Lung Hospital from July 2017 to June 2024. **Results:** The average age is 46.86 years, with the age group 41-60 being the largest (46%). Male patients predominated (74%). The proportion of patients treated with anti-tuberculosis drugs prior to surgery was 48% in the mild-to-moderate hemoptysis group and 72% in the severe hemoptysis group. Preoperative bronchial artery embolization was performed in 7 patients (28%) in the mild-to-moderate hemoptysis group and in 15 patients (60%) in the severe hemoptysis group. Lobectomy was the most common surgical procedure, performed on 31 patients (62%). Infection was the most frequent complication (12%). There were 5 patient deaths (10%). The overall complication rate was 16%. The success rate at the time of discharge was 90%, with 96% in the mild-to-moderate hemoptysis group and 84% in the severe hemoptysis group. **Conclusion:** Hemoptysis is a common medical emergency with various causes. In Vietnam, pulmonary tuberculosis remains the leading cause of hemoptysis. In addition to aggressive medical treatment, surgical intervention plays an increasingly important role in the management of hemoptysis. The surgical success rate for hemoptysis in pulmonary tuberculosis patients at discharge was 90%, with 96% in the mild-to-moderate hemoptysis group and 84% in the severe hemoptysis group. **Keywords:** Hemoptysis, surgery, pulmonary tuberculosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho ra máu (Hemoptysis) là máu từ đường hô hấp dưới (từ vùng dưới thanh môn) được ho khạc ra ngoài qua đường miệng mũi. Thuật ngữ này bắt nguồn từ tiếng Hy Lạp cổ đại: "haima", nghĩa là máu và "ptysis", nghĩa là ho khạc. HRM là một triệu chứng có thể gặp của nhiều bệnh,

trong đó chủ yếu là của một số bệnh phổi - phế quản[1, 2]. Tại Việt Nam, lao phổi vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây HRM. Việt nam hiện vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng thứ 11 trong 30 nước có số người bệnh lao cao nhất trên toàn cầu (báo cáo WHO 2023)[3].

Trên thế giới và tại Việt Nam, việc điều trị HRM do lao phổi ngày càng có nhiều tiến bộ. Bên cạnh điều trị nội khoa mà trong đó điều trị thuốc chống lao đóng vai trò rất quan trọng, vị trí của phẫu thuật ngoại khoa ngày càng được đề cao trong điều trị HRM. Trước khi phương pháp gây tắc động mạch phế quản ra đời, phẫu thuật được coi là phương án hiệu quả nhất để kiểm soát HRM đặc biệt ở những trường hợp HRM nặng gây nguy hiểm tính mạng không đáp ứng với điều trị nội khoa[2]. Đây là cuộc mổ phức tạp, kéo dài với tỷ lệ tử vong từ 37 – 42% ở những trường hợp phẫu thuật cấp cứu và 7 – 18% ở những trường hợp phẫu thuật có kế hoạch[4].

Hiện nay, với sự phát triển vượt bậc của các phương pháp phẫu thuật lồng ngực, đặc biệt là việc ứng dụng kỹ thuật nội soi đã tạo ra bước tiến mới trong điều trị ngoại khoa ở BN HRM. Tỷ lệ tử vong cũng như tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật và sau phẫu thuật ngày càng giảm. Yi Zhang và cộng sự (2014) đã thực hiện nghiên cứu hồi cứu trên 89 BN HRM mức độ nặng do lao phổi được phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Thượng Hải cho thấy tỷ lệ biến chứng do phẫu thuật là 31,5% và tỷ lệ tử vong là 2,2%[5]. Nghiên cứu của Dokhan và cộng sự năm 2016 trên 52 BN HRM được phẫu thuật cho thấy chỉ có 1 trường hợp HRM tái phát và 1 trường hợp tử vong ở nhóm BN phẫu thuật cấp cứu[6]. Tại Việt Nam cũng như trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về HRM, tuy nhiên chưa có nhiều công trình nghiên cứu về kết quả điều trị của phẫu thuật trong điều trị HRM do lao phổi. Từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị bước đầu của phẫu thuật trong HRM ở những BN trong nhóm nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những BN được chẩn đoán HRM do lao phổi và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi trung ương từ tháng 07/2017 đến tháng 06/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Từ 16 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.
- Được chẩn đoán là HRM do lao phổi theo tiêu chuẩn:
 - HRM từ đường hô hấp dưới (từ vùng dưới thanh môn) được ho khạc ra ngoài qua đường

miệng mũi.

▪ Được chẩn đoán xác định Lao phổi theo Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao (Bộ Y tế)[7].

○ Được can thiệp phẫu thuật.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Chẩn đoán là ung thư (phổi, màng phổi hoặc cơ quan khác).

○ HRM do nguyên nhân khác

○ Không điều trị phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu.

○ Cỡ mẫu nghiên cứu: Gồm tất cả các BN HRM do lao phổi có các tiêu chuẩn nghiên cứu trên (n=50). Chọn mẫu theo kỹ thuật chọn mẫu không xác suất với mẫu toàn thể.

- **Các biến số nghiên cứu:**

○ Đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh lý.

○ Các chỉ số về điều trị nội khoa và điều trị phẫu thuật

- **Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20 để nhập và xử lý số liệu. Tính toán các tỷ lệ, các số trung bình, trung vị. Kiểm định tính chuẩn bằng test Kolmogorov – Smirnov. Sử dụng test χ^2 , kiểm định Fisher's Exact để so sánh các tỷ lệ. Sử dụng test t-student, kiểm định Mann – whitney U để so sánh các số trung bình, trung vị khi đánh giá kết quả điều trị.

- **Đạo đức nghiên cứu:**

○ Nghiên cứu có sự xin phép và được sự đồng ý của Ban giám Hiệu trường ĐH Y Hà Nội, Ban Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương.

○ Các thông tin thu thập được từ BN chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu và được trình bày dưới dạng vô danh.

○ Nghiên cứu nhằm đánh giá vai trò và kết quả bước đầu của phẫu thuật trong điều trị HRM do lao phổi, giúp nâng cao hiệu quả điều trị HRM để giảm những biến chứng nặng nề cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 3.1. Phân bố BN theo mức độ HRM và theo tuổi, giới

Chỉ số	HRM nhẹ, trung bình (n=25)		HRM nặng (n=25)		Chung (n=50)		p
	n	%	n	%	n	%	
Tuổi							
< 20	0	0	0	0	0	0	> 0,05
20 – 40	7	28	10	40	17	34	
41 – 60	13	52	10	40	23	46	
> 60	5	20	5	20	10	20	
Tổng	25		25		50		

X±SD	47,6 ± 14,19	46,12 ± 17,41	46,86 ± 15,73	> 0,05
Giới				
Nam	17	68	20	80
Nữ	8	32	5	20
			13	26
				> 0,05

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 50 BN trong đó có 25 BN được chẩn đoán HRM mức độ nhẹ, trung bình và 25 BN được chẩn đoán HRM mức độ nặng. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 46,86, trong đó nhóm tuổi 41-60 chiếm tỷ lệ cao nhất (46%). Tỷ lệ nam giới chiếm đa số (74%).

3.2. Tiền sử bệnh lý

Bảng 3.2. Tiền sử bệnh lý trước đây

Mức độ HRM	Tiền sử	HRM nhẹ, trung bình (n=25)		HRM nặng (n=25)		Chung (n=50)		p
		n	%	n	%	n	%	
HRM	Không	18	72	20	80	38	76	>0,05
	1 lần	2	8	3	12	5	10	
	2 lần	1	4	2	8	3	6	
	≥ 3 lần	4	16	0	0	4	8	
Nút mạch PQ	Không	22	88	22	88	44	88	>0,05
	1 lần	3	12	2	8	5	10	
	2 lần	0	0	1	4	1	2	
	≥ 3 lần	0	0	0	0	0	0	

Đa số các BN trong nhóm nghiên cứu đều không có tiền sử HRM (76%) hay tiền sử nút mạch phế quản trước đây (88%). Có 36% trường hợp có tiền sử lao phổi cũ và 28% trường hợp có tiền sử lao phổi đang điều trị.

3.3. Điều trị nội khoa và điều trị phẫu thuật

Bảng 3.3. Các phương pháp điều trị nội khoa trước phẫu thuật

Phương pháp	Mức độ HRM nhẹ, trung bình (n=25)		HRM nặng (n=25)		Chung (n=50)		P
	n	%	n	%	n	%	
Thuốc cầm máu	25	100	25	100	50	100	>0,05
Oxy liệu pháp	3	12	13	52	16	32	<0,05
Đặt NKQ	0	0	13	52	13	26	<0,05
Truyền máu cấp cứu	1	4	17	68	18	36	<0,05
Cấp cứu ngừng tuần hoàn	0	0	2	8	2	4	>0,05
Thuốc lao	12	48	18	72	30	60	>0,05

Tất cả BN đều được điều trị thuốc cầm máu. Có 16 BN cần hỗ trợ oxy (32%), trong đó có 3 BN ở nhóm HRM nhẹ, trung bình (12%) và 13 BN ở nhóm HRM nặng (52%), sự khác biệt giữa

2 nhóm có ý nghĩa thống kê. Có 13 BN cần can thiệp đặt ống nội khí quản (26%), sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê và 2 BN cần cấp cứu ngừng tuần hoàn (4%); các BN này đều nằm ở nhóm HRM nặng. Tỷ lệ BN được điều trị thuốc lao trước phẫu thuật là 48% ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 72% ở nhóm HRM nặng.

Bảng 3.4. Tỷ lệ BN được can thiệp nút mạch phế quản trước phẫu thuật

<div>Mức độ HRM</div> <div>Can thiệp</div>	HRM nhẹ, trung bình (n=25)		HRM nặng (n=25)		Chung (n=50)		P
	n	%	n	%	n	%	
Có can thiệp	7	28	15	60	22	44	< 0,05
Không can thiệp	18	72	10	40	28	56	

Có 7 BN ở nhóm HRM nhẹ, trung bình (28%) và 15 BN ở nhóm HRM nặng (60%) được can thiệp nút mạch phế quản trước phẫu thuật. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Phân loại BN theo phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Mức độ HRM nhẹ, HRM trung bình (n=25)		HRM nặng (n=25)		Chung (n=50)		P
	n	%	n	%	n	%	
Cắt tổn thương	5	20	0	0	5	10	< 0,05
Cắt phân thùy phổi	8	32	4	16	12	24	
Cắt thùy phổi	12	48	19	76	31	62	
Cắt toàn bộ 1 bên phổi	0	0	2	8	2	4	

Có 5 BN được phẫu thuật tối thiểu cắt tổn thương (10%) đều ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 2 BN được cắt toàn bộ 1 bên phổi (4%) đều ở nhóm HRM nặng. Tỷ lệ BN phẫu thuật cắt phân thùy phổi là 24%. Số BN được phẫu thuật cắt thùy phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (62%, trong đó 48% ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 76% ở nhóm HRM nặng).

Bảng 3.6. Thời gian phẫu thuật

<div><div></div><div>Mức độ HRM nhẹ, HRM trung bình (n=25)</div></div>	HRM nặng (n=25)		Chung (n=50)		P		
	n	%	n	%		n	%
Thời gian							
< 90 phút	3	12	0	0	3	6	> 0,05
90 – 120 phút	4	16	2	8	6	12	
Trên 120 phút	18	72	23	92	41	82	
Trung bình (phút)	226,6 ± 147,36		245,6 ± 90,43		236,1 ± 121,38		> 0,05

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 236,1 phút. Số ca phẫu thuật có thời gian trên 120 phút chiếm tỷ lệ cao nhất (82%).

Bảng 3.7. Số lượng máu truyền trong

phẫu thuật

Lượng máu truyền	Mức độ HRM nhẹ, HRM trung bình (n=25)		HRM nặng (n=25)		Chung (n=50)		P
	n	%	n	%	n	%	
Không cần truyền máu	19	76	9	36	28	56	< 0,05
Cần truyền máu	6	24	16	64	22	44	
Trung bình (ml)	253,2 ± 576,81		696 ± 626,98		474,6 ± 636,81		< 0,05

Tỷ lệ BN cần truyền máu trong mổ là 44%. Số lượng máu truyền trung bình trong mổ ở nhóm HRM nặng là 696ml, lớn hơn nhóm HRM nhẹ, trung bình (253,2ml).

Bảng 3.8. Tỷ lệ biến chứng và tử vong

<div>Mức độ HRM</div>	HRM nhẹ, trung bình (n=25)		HRM nặng (n=25)		Chung (n=50)		P
	n	%	n	%	n	%	
Biến chứng							
Chảy máu	1	4	0	0	1	2	>0,05
Nhiễm trùng	1	4	5	20	6	12	>0,05
Rò khí kéo dài	0	0	0	0	0	0	>0,05
Khác	0	0	2	8	2	4	>0,05
Tử vong	1	4	4	16	5	10	>0,05
Chung	2	8	6	24	8	16	>0,05

Tỷ lệ các biến chứng ở nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là: chảy máu (2%), nhiễm trùng (12%), biến chứng khác (4%) và tử vong (10%). Trong đó nhiễm trùng là biến chứng hay gặp nhất (4% ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 20% ở nhóm HRM nặng). Có 1 trường hợp BN tử vong (4%) ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 4 trường hợp BN tử vong (16%) ở nhóm HRM nặng. Không có BN nào có biến chứng rò khí kéo dài.

Bảng 3.9. Đánh giá kết quả điều trị bước đầu sau phẫu thuật

Kết quả điều trị	Mức độ HRM nhẹ, HRM trung bình (n=24)		HRM nặng (n=26)		Chung (n=50)		P
	n	%	n	%	n	%	
Thành công	24	96	21	84	45	90	> 0,05
Không thành công	1	4	4	16	5	10	

Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm HRM nhẹ, trung bình là 96%, cao hơn nhóm HRM nặng (84%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 25 BN được chẩn đoán HRM mức độ nhẹ trung bình; với độ tuổi trung bình là 47,6 tuổi, 25 BN chẩn đoán HRM mức độ nặng, tuổi trung bình là 46,12 tuổi, trong đó chủ yếu là BN nam, còn trong độ tuổi lao động (80%). Kết quả của chúng tôi gần

tương tự nghiên cứu của tác giả Yi Zhang báo cáo trên 89 BN HRM nặng do lao được phẫu thuật (76,4% là nam giới, tuổi trung bình là 41,3 tuổi)[5].

Đa số các BN trong nhóm nghiên cứu đều không có tiền sử HRM (76%) hay tiền sử nút mạch phế quản trước đây (88%). Có 36% người bệnh có tiền sử lao phổi cũ và 28% người bệnh có tiền sử lao phổi đang điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 50 BN đều được điều trị thuốc cầm máu trước phẫu thuật. Có 30 BN (60%) được chẩn đoán và điều trị lao trước phẫu thuật, trong đó có 12 BN ở nhóm HRM nhẹ, trung bình (48%) và 18 BN ở nhóm HRM nặng (72%). 20 BN còn lại được chẩn đoán và điều trị lao sau phẫu thuật. Tỷ lệ BN được điều trị thuốc chống lao trước phẫu thuật của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Yi Zhang với 75,3% BN được điều trị trước phẫu thuật. Bên cạnh đó, có 16 BN cần hỗ trợ oxy (32%), 13 BN cần can thiệp đặt ống nội khí quản (26%) và 2 BN cần cấp cứu ngừng tuần hoàn (4%). Các BN này đa phần đều thuộc nhóm HRM nặng[5].

Nghiên cứu của chúng tôi có 44% BN được can thiệp nút mạch phế quản trước phẫu thuật, tương tự với nghiên cứu của tác giả Yi Zhang với 43,8% BN. 100% BN trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật nội soi có hỗ trợ video. Phẫu thuật cắt thùy phổi được thực hiện trên 31 BN (62%) là phẫu thuật được thực hiện nhiều nhất. Có 5 BN được phẫu thuật tối thiểu cắt tổn thương (10%). Cả 5 BN đều ở nhóm HRM nhẹ, trung bình. Có 2 BN được cắt toàn bộ 1 bên phổi (4%). Cả 2 BN đều ở nhóm HRM nặng. Tỷ lệ BN phẫu thuật cắt phân thùy phổi là 24%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Yi Zhang trên 89 BN HRM do lao được phẫu thuật cho thấy: 75,3% BN được cắt thùy phổi và 24,7% BN được cắt toàn bộ 1 bên phổi, không có BN nào được phẫu thuật cắt tổn thương hay cắt phân thùy phổi. Sự khác biệt này có lẽ do trong quá trình phẫu thuật, tùy thuộc từng tổn thương, các phẫu thuật viên trong nghiên cứu của chúng tôi luôn cố gắng bảo tồn tối đa những phần phổi lành và có khả năng hồi phục[5].

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 236,1 phút. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự tác giả Yi Zhang với thời gian phẫu thuật trung bình là 254,84 phút. Tỷ lệ BN cần truyền máu trong mổ là 44%. Số lượng máu truyền trong mổ trung bình là 474,6ml. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Yi Zhang với 73,03% BN cần truyền máu trong

mổ và số lượng máu truyền trung bình là 877,51ml[5].

Nhiễm trùng là biến chứng hay gặp nhất (12%). Có 1 trường hợp BN tử vong (4%) ở nhóm HRM nhẹ, trung bình do sốc nhiễm khuẩn và 4 trường hợp BN tử vong (16%) ở nhóm HRM nhẹ (1 BN sốc giảm thể tích do mất máu và 3 BN sốc nhiễm khuẩn). Tỷ lệ biến chứng chung là 16% (8% ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 24% ở nhóm HRM nặng). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Yi Zhang với 31,5% BN có biến chứng sau mổ và 2,2% BN tử vong[5].

Tỷ lệ điều trị thành công là một tiêu chí quan trọng đánh giá toàn bộ quá trình điều trị từ lúc BN vào viện cho tới khi BN ra viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ điều trị thành công tính đến thời điểm BN ra viện là 90% với 96% BN ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 84% BN ở nhóm HRM nặng.

V. KẾT LUẬN

HRM là một cấp cứu thường gặp. Có nhiều nguyên nhân gây HRM. Tại Việt Nam, lao phổi vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây HRM. Bên cạnh điều trị nội khoa tích cực, phẫu thuật ngoại khoa ngày càng đóng vai trò quan trọng trong điều trị HRM. Tỷ lệ điều trị thành công của phẫu thuật ở BN HRM do lao phổi tính đến thời điểm BN ra viện là 90% với 96% BN ở nhóm HRM nhẹ, trung bình và 84% BN ở nhóm HRM nặng. Tỷ lệ biến chứng chung là 16%. Nhiễm trùng là biến chứng hay gặp nhất (12%). Có 5 trường hợp BN tử vong (10%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn lao và bệnh phổi** (2022) Bệnh Lao và tiến trình chấm dứt bệnh lao. Nhà xuất bản Y học
2. **Andrew W, Derek CA, Simon F, Luciano G, Mervyn S** (2016) Oxford textbook of critical care, 2nd ed. Oxford university press, Oxford
3. **World Health Organization** (2023) Global Tuberculosis Report.
4. **Ittrich H, Bockhorn M, Klose H, Simon M** (2017) The Diagnosis and Treatment of Hemoptysis. Deutsches Ärzteblatt international. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0371>
5. **Zhang Y, Chen C, Jiang G** (2014) Surgery of massive hemoptysis in pulmonary tuberculosis: Immediate and long-term outcomes. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 148:651–656
6. **Dokhan AL, Abd Elaziz ME, Yousif M** (2016) Surgical management of hemoptysis in pulmonary tuberculous patients. Journal of the Egyptian Society of Cardio-Thoracic Surgery 24:78–85
7. **Bộ Y tế** (2024) Hướng Dẫn Chẩn Đoán, điều Trị và dự Phòng Bệnh Lao. Hà Nội

KẾT QUẢ CAN THIỆP TÁC VỤ KÉP NHẬN THỨC – VẬN ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH PARKINSON

Kim Anh Tùng¹, Nguyễn Thị Kim Liên^{1,2}, Hứa Thanh Trúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả can thiệp tác vụ kép nhận thức – vận động ở người bệnh Parkinson. **Đối tượng:** Chúng tôi tiến hành đánh giá trên 33 người bệnh Parkinson tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng, người bệnh trong nhóm nghiên cứu được thăm khám và lượng giá, sau đó được giải thích và tham gia vào chương trình can thiệp tác vụ kép trên máy thăm lần tại viện dưới sự hướng dẫn và giám sát của bác sĩ và kỹ thuật viên, đảm bảo được khả năng theo sát chương trình tập luyện. **Kết quả:** Sau thời gian can thiệp, tốc độ đi cải thiện từ 0.873 ± 0.262 m/s lên 0.903 ± 0.264 m/s, khoảng cách đi bộ 6 phút tăng từ 306.89 ± 90.99 mét lên 332.71 ± 111.06 mét, với mức cải thiện trung bình là 25.83 ± 20.61 mét, sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. **Kết luận:** Can thiệp tác vụ kép nhận thức – vận động trên máy thăm lần giúp cải thiện tốc độ đi và quãng đường đi được thông qua khoảng cách đi bộ 6 phút.

Từ khóa: tác vụ kép nhận thức – vận động, Parkinson.

SUMMARY

RESULTS OF MOTOR – COGNITIVE DUAL – TASK INTERVENTION IN PARKINSON'S DISEASE PATIENTS

Objective: This study aims to evaluate the outcomes of dual-task cognitive-motor interventions on a treadmill in patients with Parkinson's disease. **Subjects:** We assessed 33 patients with Parkinson's disease at the National Geriatric Hospital from January 2024 to September 2024. **Methods:** This was a non-controlled intervention study where patients in the research group underwent examination and evaluation, followed by an explanation and participation in the dual-task intervention program on the treadmill under the guidance and supervision of physicians and technicians, ensuring adherence to the training regimen. **Results:** After the intervention period, walking speed improved from 0.873 ± 0.262 m/s to 0.903 ± 0.264 m/s, and the 6-minute walking distance increased from 306.89 ± 90.99 meters to 332.71 ± 111.06 meters, with an average improvement of 25.83 ± 20.61 meters. This improvement was statistically significant with $p < 0.001$. **Conclusion:** The motor-cognitive dual-task

intervention on the treadmill effectively enhances walking speed and distance as measured by the 6-minute walk test. **Keywords:** Motor – cognitive dual-task, Parkinson.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Parkinson là bệnh lý thoái hóa thần kinh thường gặp, do tổn thương hệ thống Dopamine của đường liềm đen - thể vân¹. Những tổn thương này gây ra những triệu chứng đặc trưng như giảm vận động, run khi nghỉ, cứng và rối loạn tư thế. Bên cạnh các triệu chứng vận động, bệnh nhân Parkinson có thể bị các rối loạn không thuộc vận động như suy giảm nhận thức, rối loạn thần kinh thực vật, rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, rối loạn đại - tiểu tiện, đau, dị cảm... Theo WHO, số người bệnh Parkinson tăng gấp đôi trong 25 năm qua, và ước tính năm 2019 có khoảng 8,5 triệu người mắc. Phục hồi chức năng là biện pháp can thiệp bổ sung trong quản lý người bệnh Parkinson nhằm tối đa hóa chức năng và giảm thiểu các biến chứng. Can thiệp tác vụ kép nhận thức - vận động là một phương pháp toàn diện kết hợp giữa tập luyện vận động và tập luyện nhận thức. Sự tương tác này có thể có thêm lợi ích so với tập luyện đơn tác vụ. Nghiên cứu hình ảnh học chỉ ra sự hoạt hóa các vùng trước trán, tiền vận động, thùy đỉnh, thùy thái dương, thùy chẩm cùng với các vùng tiểu não và đồi thị trong khi thực hiện tác vụ kép. Trên lâm sàng, một số tác giả đã nghiên cứu ảnh hưởng của tập luyện tác vụ kép ở bệnh nhân Parkinson nhưng kết quả đạt được còn khác biệt. Nghiên cứu của Radder và cộng sự cho thấy tập luyện tác vụ kép không cải thiện triệu chứng vận động, kiểm soát tư thế cũng như các thông số dáng đi². Ngược lại, tổng quan hệ thống của Li và đồng sự chỉ ra hiệu quả giảm nguy cơ ngã thông qua sự cải thiện đáng kể về tốc độ đi, nhịp bước đi, triệu chứng vận động và thăng bằng, tuy nhiên không cải thiện về chiều dài bước chân³. Các nghiên cứu đến nay mới chỉ thực hiện trên một số lượng nhỏ bệnh nhân, thời gian nghiên cứu và chương trình can thiệp chưa đồng nhất. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả của can thiệp tác vụ kép nhận thức – vận động trên máy thăm lần ở người bệnh Parkinson.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Kim Anh Tùng

Email: katvp2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024