

Parkinson người Naury với tuổi khởi phát dưới 45, tỷ lệ đột biến gen 14%. Tỷ lệ bệnh nhân đột biến gen của chúng tôi cao hơn so với các tác giả, nhưng cỡ mẫu của chúng tôi rất nhỏ so với các tác giả trên. Vì vậy đây chưa phải là con số đại diện cho tỷ lệ đột biến gen trên bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm tại Việt Nam. Đột biến trong LRRK2 có thể chiếm 5-6% Parkinson có tiền sử gia đình và 1-2% các trường hợp Parkinson nghiên cứu lẻ tẻ. Đối với gen EIF4G1, đây là một gen mới di truyền trội nằm trên NST thường của gen PARK18. Theo tác giả Deng H, tỷ lệ bệnh nhân Parkinson bị đột biến gen này dưới 1%. Và cũng theo tác giả này, trong một nghiên cứu kết hợp nhiều tác giả trên khắp thế giới với cỡ mẫu 9422 bệnh nhân Parkinson, thì phát hiện 22 bệnh nhân có đột biến chiếm tỷ lệ 0,23% (4). GIGYF2 thuộc locus PARK11, gồm 27 exon mã hóa cho 1299 acid amin. Điều đặc biệt đây là gen gây bệnh Parkinson khởi phát muộn (3). Nhưng trong nghiên cứu của mình, chúng tôi gặp 27,8% bệnh nhân khởi phát sớm trước 50 tuổi mang gen này. Đây có thể là tiền đề mới cho các nghiên cứu đi sâu về gen trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi khởi phát trong nhóm bệnh từ 45-50 là cao nhất
- Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữa với tỷ lệ: 1,9
- Triệu chứng lâm sàng gặp tại thời điểm khám bệnh: triệu chứng run chiếm ưu thế
- Triệu chứng lâm sàng ngoài vận động tại thời điểm khám bệnh rất đa dạng trong đó rối loạn giấc ngủ gặp thường xuyên.

- Có 18 bệnh nhân bị đột biến gen chiếm 56,2%. Trong đó tỷ lệ đột biến GBA cao nhất. Đây là một trong các gen gây bệnh Parkinson khởi phát sớm. Xét nghiệm di truyền có thể hữu ích trong việc tư vấn di truyền đối với bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm và có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán phân biệt, dự đoán tiên lượng bệnh và đáp ứng với điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gennaro Pagano, MD Nicola Ferrara, MD David J. Brooks, MD, DSc Nicola Pavese, MD, PhD. (2016)** Age at onset and Parkinson disease phenotype, *Neurology* 86 April 12, 2016
2. **Roy N. Alcalay, MD, MSc; Elise Caccappolo, PhD và cộng sự.** Frequency of Known Mutations in Early-Onset Parkinson Disease. *Arch Neurol.* 2010; 67(9):1116-1122
3. **Suganya Selvaraj, Shanmughavel Piramanayagam.** Impact of gene mutation in the development of Parkinson's disease. *Genes and diseases* (2019) 6, 120-128
4. **Deng H, Wu Y, Jankovic J.** The EIF4G1 gene and Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 2015; 132: 73-78 DOI: 10.1111/ane.12397, 73-78
5. **Baba, Y., et al.,** Gender and the Parkinson's disease phenotype. *Journal of neurology*, 2005. 252(10): p. 1201-1205.
6. **Abbott, R.D., et al.,** Frequency of bowel movements and the future risk of Parkinson's disease. *Neurology*, 2001. 57(3): p. 456-462.
7. **Iranzo, A., et al.,** Rapid-eye-movement sleep behaviour disorder as an early marker for a neurodegenerative disorder: a descriptive study. *The Lancet Neurology*, 2006. 5(7): p. 572-577.
8. **Giovannini, P., et al.,** Early-onset Parkinson's disease. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 1991. 6(1): p. 36-42.
9. **Orozco, J.L., et al.,** Parkinson's disease prevalence, age distribution and staging in Colombia. *Neurology International*, 2020. 12(1): p. 9-14.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TRẠNG THÁI CAI RƯỢU Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Bùi Nguyễn Hồng Bảo Ngọc¹, Vũ Thy Cẩm¹, Nguyễn Kim Việt^{1,2}

TÓM TẮT

Các bệnh nhân được điều trị trạng thái cai rượu có thể xuất hiện một số biến chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng như sảng run, co giật, mê sảng với co

giật... Ở Việt nam, các nghiên cứu về tiên lượng của trạng thái cai rượu còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** mô tả đặc điểm lâm sàng và phân tích yếu tố tiên lượng trạng thái cai rượu trên bệnh nhân điều trị nội trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 71 bệnh nhân được chẩn đoán trạng thái cai rượu theo tiêu chuẩn ICD 10 điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch mai từ tháng 08/2020 đến tháng 06/2021. **Kết quả:** 100% bệnh nhân là nam giới, triệu chứng run chiếm 98,6%, vã mồ hôi 97,2%, mất ngủ 98,6%, tăng huyết áp và mạch nhanh 70,4%; tiền sử sảng rượu làm tăng nguy cơ sảng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); giảm kali máu tăng nguy cơ sảng (OR:0,4; CI95% 0,1-0,9; $p = 0,04$);

¹Viện Sức khỏe Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Nguyễn Hồng Bảo Ngọc

Email: bsbuihongoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2021

Ngày duyệt bài: 13.9.2021

MMSE dưới 24 điểm tăng nguy cơ sảng (OR: 3,2; CI95% 1,2-8,4;p=0,02); Ciwa-Ar mức độ nặng tăng nguy cơ sảng (OR: 9,6; CI95% 1,95-46,8;p=0,002); Tiền sử có co giật tăng nguy cơ co giật (OR:13,8; CI95%1,3-143,8; p=0,03); hạ kali máu tăng nguy cơ co giật (OR: 0,2; CI95% 0,1-0,7;p=0,008). **Kết luận:** biểu hiện trạng thái cai chủ yếu là các triệu chứng cơ thể, đa dạng và nguy cơ biến chứng nặng là sảng và co giật. Yếu tố dự báo sảng và co giật có ý nghĩa trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: trạng thái cai rượu, yếu tố tiên lượng, biến chứng trạng thái cai rượu.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND PREDICTORS OF ALCOHOL WITHDRAWAL STATUS AMONG IN-PATIENTS

Alcohol withdrawal status has life-threatening complications such as delirium, seizure, and delirium with seizure. In Viet nam, studies on predictors of alcohol withdrawal are limited. **Research objectives:** To describe the clinical features of alcohol withdrawal and analyze predictors of alcohol withdrawal among inpatients at Bach Mai Hospital. **Subjects and research methods:** cross-sectional study of 71 inpatients are diagnosed alcohol withdrawal status according to ICD 10 at Bach Mai Hospital from 08/2020 to 06/2021. **Results:** 100% males; symptom tremors (98,6%); sweating (97,2%); insomnia (98,6%); hypertension and tachycardia (70,4%); history of delirium increase risk of delirium tremors (DT) are significance with $p < 0,001$; hypokalemia increase risk of DT (OR:0,4; CI95% 0,1-0,9; $p=0,04$); MMSE under 24 points increase risk of DT (OR: 3,2; CI95% 1,2-8,4;p=0,02); Ciwa-Ar severe increase risk of DT (OR: 9,6; CI95% 1,95-46,8;p=0,002); history of seizure alcohol increase risk of seizure (OR:13,8; CI95%1,3-143,8; $p=0,03$); hypokalemia increase risk of seizure (OR: 0,2; CI95% 0,1-0,7;p=0,008). **Conclusion:** the main symptom of alcohol withdrawal is somatic symptom, variety and risk of serious complications such as DT and seizure. Predictors of DT and seizure are useful in clinical practice.

Key words: alcohol withdrawal, predictor, complications of alcohol withdrawal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trạng thái cai rượu nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời sẽ dẫn tới các biến chứng nặng như sảng, co giật, gây các biến động nội mô như rối loạn điện giải, suy thận cấp, xuất huyết não, thiếu oxy não... nguy cơ gây tử vong. Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2014 có 3,3 triệu người tử vong do sử dụng rượu [1].

Do vậy mà việc chẩn đoán và điều trị sớm hội chứng cai rượu có giá trị trong thực hành lâm sàng, đồng thời bên cạnh đó phòng ngừa được nguy cơ tiến triển nặng của hội chứng cai là yếu tố then chốt giảm nguy cơ tử vong cho người bệnh. Để làm được điều đó thì cần xác định được các yếu tố tiên lượng trạng thái cai rượu để

có kế hoạch điều trị phù hợp.

Trong nước đã có nhiều nghiên cứu về rối loạn tâm thần do rượu nhưng chưa có nghiên cứu nào về trạng thái cai rượu và yếu tố tiên lượng trạng thái cai. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "*Đặc điểm lâm sàng và yếu tố tiên lượng trạng thái cai rượu ở bệnh nhân điều trị nội trú*" với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng trạng thái cai rượu ở bệnh nhân điều trị nội trú.*

2. *Phân tích yếu tố tiên lượng trạng thái cai rượu ở bệnh nhân điều trị nội trú*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 71 bệnh nhân được chẩn đoán xác định trạng thái cai rượu theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2020 đến 06/2021 đáp ứng các tiêu chuẩn loại trừ sau: Người bệnh có rối loạn tâm thần khác, người bệnh sử dụng ma túy, chất tác động tâm thần khác (trừ trà, cà phê, thuốc lá, thuốc láo), người bệnh có bệnh cơ thể nặng (viêm não – màng não, máu tụ nội sọ, tai biến mạch máu não, suy gan suy thận nặng, sốc tim, sốc nhiễm khuẩn, hạ Natri máu nặng, suy hô hấp...), không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả lâm sàng cắt ngang. Công cụ nghiên cứu gồm bệnh án nghiên cứu, thang đánh giá lâm sàng hội chứng cai rượu CIWA-Ar, tiêu chuẩn chẩn đoán ICD10 bản dùng cho nghiên cứu, tiêu chuẩn chẩn đoán mức độ nghiện rượu theo DSM-IV, thang đánh giá tình trạng tâm thần tối thiểu MMSE. Phòng vấn trực tiếp bệnh nhân về các đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử chung, diễn biến lâm sàng của bệnh, làm bệnh án nghiên cứu được thiết kế theo các mục tiêu nghiên cứu đề ra được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa tâm thần.

Phương pháp xử lý số liệu: nhập số liệu, xử lý số liệu theo phần mềm toán học SPSS 20.0. Các kết quả được trình bày dưới dạng số lượng, tỷ lệ phần trăm, OR CI 95% và p.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=71)

Đặc điểm		N	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	71	100
	Nữ	0	0
Nhóm tuổi	≤50	44	62
	50 - 60	18	26,7

	≥60	8	11,3
Tuổi trung bình		48,5 ± 8	
Nghề nghiệp	Công nhân	8	11,3
	Làm ruộng	29	40,8
	Tự do	32	45,1
	Thất nghiệp	1	1,4
	Cán bộ viên chức	1	1,4
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	5	7
	Kết hôn	64	90,2
	Li thân/li hôn	2	2,8

Nhận xét: Nam giới chiếm 100%, đa số nhóm tuổi dưới 50 chiếm 62%. Nhóm làm nghề tự do chiếm đa số 45,1%. Chủ yếu là đối tượng đã kết hôn chiếm 90,2%.

3.2 Đặc điểm tỉ lệ triệu chứng cai rượu

Bảng 3.2 Đặc điểm tỉ lệ triệu chứng cai rượu (N=71)

Đặc điểm triệu chứng cai rượu	n	Tỉ lệ (%)
Run	70	98,6
Vã mồ hôi	69	97,2
Buồn nôn, nôn	24	33,8
Nhịp tim nhanh	50	70,4
Tăng huyết áp	50	70,4
Kích động tâm thần vận động	44	62
Đau đầu	35	49,3
Mất ngủ	70	98,6
Khó chịu hoặc mệt mỏi	65	91,5
Ao giác	32	45,1
Co giật kiểu động kinh cơn lớn	15	21,1

Nhận xét: Triệu chứng cai có: run chiếm 98,6%, vã mồ hôi chiếm 97,2%, khó chịu mệt mỏi chiếm 91,5%, nhịp tim nhanh – tăng huyết áp chiếm 70,4%.

3.3 Yếu tố tiên lượng liên quan sàng rượu

Bảng 3.3 Yếu tố lâm sàng tiên lượng liên quan sàng rượu

Đặc điểm	Nhóm không sàng		Nhóm có sàng		P OR (CI95%)	
	n	%	n	%		
Nhóm tuổi	≤50	24	54,5	20	45,5	0,15
	>50	10	37	17	63	2,0 (0,8-5,4)
Tiền sử sàng	Không	34	59,6	23	40,4	<0,001
	Có	0	0	14	100	
Huyết áp mmHg	≥140	6	35,3	11	64,7	0,23
	<140	28	51,9	26	48,1	0,5 (0,2-1,6)
Nhiễm trùng kèm theo	Không	32	48,5	34	51,5	0,54
	Có	2	40	3	60	1,4 (0,2-9,0)
Suy giảm nhận thức theo thang MMSE	Không	24	60	16	40	0,02
	Có	10	32,3	21	67,7	3,2 (1,2-8,4)
Mức độ nặng của trạng thái cai CIWA-Ar	Vừa	12	85,7	2	14,3	0,002
	Nặng	22	38,6	35	61,4	9,6 (1,9-46,8)

Nhận xét: Tiền sử sàng làm tăng nguy cơ sàng có ý nghĩa thống kê p<0,001. Chỉ số MMSE giảm làm tăng nguy cơ gấp 3,2 lần CI95% 1,2 – 8,4 có ý nghĩa thống kê p<0,005. Chỉ số Ciwa mức độ nặng làm tăng nguy cơ gấp 9,6 lần CI95% 1,9-46,8 có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Bảng 3.4 Yếu tố cận lâm sàng tiên lượng liên quan sàng rượu

Đặc điểm	Nhóm không sàng		Nhóm có sàng		P OR CI95%	
	n	%	n	%		
Natri máu (mmol/l)	<133	1	16,7	5	83,3	0,12
	≥133	33	50,8	32	49,2	0,2 (0,02 – 1,75)
Kali máu (mmol/l)	<3,4	10	33,3	20	66,7	0,04
	≥3,4	24	58,5	17	41,5	0,4 (0,1 – 0,9)
Clo máu (mmol/l)	<97	7	41,2	10	58,8	0,52
	≥97	27	50	27	50	0,7 (0,2 – 2,1)
GOT (U/L)	≤55	4	36,7	7	63,6	0,31
	>55	30	50	30	50	0,6 (0,2 – 2,2)
GPT (U/L)	≤40	9	42,9	12	57,1	0,58
	>40	25	50	25	50	0,8 (0,3 – 2,1)
Tiểu cầu (G/L)	≥ 150	23	51,1	22	48,9	0,47
	< 150	11	42,3	15	57,7	1,4 (0,5 – 3,8)

Nhận xét: Giảm kali máu làm tăng nguy cơ sàng 0,4 lần CI95% 0,1-0,9 có ý nghĩa thống kê p<0,05

3.4 Yếu tố tiên lượng liên quan co giật**Bảng 3.5 Yếu tố lâm sàng tiên lượng liên quan co giật**

Đặc điểm	Không có co giật		Có co giật		p OR (CI95%)	
	n	%	n	%		
Nhịp tim (ck/phút)	>100	1	50	1	50	0,38
	≤100	55	79,7	14	20,3	3,9 (0,2 – 66,8)
Huyết áp tối đa (mmHg)	≥140	16	94,1	1	5,9	0,09
	<140	40	74,1	14	25,9	5,6 (0,7 – 46,2)
Tiền sử cai co giật	Không	55	82,1	12	17,9	0,03
	Có	1	25	3	75	13,8 (1,3 – 143,8)

Nhận xét: Tiền sử cai có co giật làm tăng nguy cơ co giật 13,8 lần CI95% 1,3- 143,8 có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Bảng 3.6 Yếu tố cận lâm sàng tiên lượng liên quan co giật

Đặc điểm	Không có co giật		Có co giật		p OR (CI95%)	
	n	%	n	%		
Natri máu (mmol/l)	<133	3	50	3	50	0,104
	≥133	55	81,5	12	18,5	0,2 (0,04 – 1,26)
Kali máu (mmol/l)	<3,4	19	63,3	11	36,7	0,008
	≥3,4	37	90,2	4	9,8	0,2 (0,1 – 0,7)
Clo máu (mmol/l)	<97	11	64,7	6	35,3	0,101
	≥97	45	83,3	9	16,7	0,4 (0,1 – 1,2)
GOT (U/L)	≤55	11	100	0	0	0,105
	>55	45	75	15	25	
GPT (U/L)	≤40	20	95,2	1	4,8	0,056
	>40	36	72	14	28	7,8 (0,9 – 63,6)
Tiểu cầu (G/L)	≥ 150	34	75,6	11	24,4	0,55
	< 150	22	84,6	4	15,4	0,6 (0,2 – 1,9)

Nhận xét: Hạ kali máu làm tăng nguy cơ sảng 0,2 lần CI95% 0,1-0,7 có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới chiếm 100%, đa số nhóm tuổi dưới 50 chiếm 62%. Nhóm làm nghề tự do chiếm đa số 45,1%. Chủ yếu là đối tượng đã kết hôn chiếm 90,2%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nông Thế Đoàn (2018) với 100% là nam giới, tuổi trung bình là 48,11 ± 9,23, và nghiên cứu của Hoàng Văn Trọng (2004) với 40% người bệnh là nông dân, 20,9% là lao động tự do, 90,22% đã kết hôn [2] [3].

Từ bảng 3.2 chỉ ra triệu chứng cai có: run chiếm 98,6%, vã mồ hôi chiếm 97,2%, khó chịu mệt mỏi chiếm 91,5%, nhịp tim nhanh – tăng huyết áp chiếm 70,4%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thế Văn (2019) run, khó chịu mệt mỏi gặp ở 100% người bệnh, vã mồ hôi gặp ở 98,46% người bệnh, mất ngủ gặp ở 98,46% người bệnh, nhịp tim nhanh hoặc tăng huyết áp gặp ở 98,46% [4].

Bảng 3.3 và 3.4 cho thấy bệnh nhân có tiền sử sảng làm tăng nguy cơ sảng có ý nghĩa thống kê p<0,001, chỉ số MMSE giảm làm tăng nguy cơ gấp 3,2 lần CI95% 1,2 – 8,4 có ý nghĩa thống kê p<0,005, và Chỉ số Ciwa mức độ nặng làm tăng

nguy cơ sảng gấp 9,6 lần CI95% 1,9-46,8 có ý nghĩa thống kê p<0,05. Bảng 3.5 và 3.6 chỉ ra người bệnh có tiền sử cai có co giật làm tăng nguy cơ co giật 13,8 lần CI95% 1,3- 143,8 có ý nghĩa thống kê p<0,05 và Hạ kali máu làm tăng nguy cơ sảng 0,2 lần CI95% 0,1-0,7 có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Trong khi đó, nhóm tuổi, các biểu hiện tăng nhịp tim, tăng huyết áp, thay đổi chức năng gan, giảm tiểu cầu máu, thay đổi natri và clo máu tác động tới tiến triển sảng hay co giật, không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Nghiên cứu của chúng tôi không phù hợp với các nghiên cứu của nghiên cứu của Rafael (2003), huyết áp tâm thu của bệnh nhân trên 150mmHg tăng nguy cơ sảng 1,9 lần (CI 95% 1,04 – 6,8, p= 0,03) [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần với nghiên cứu của Eyer và cộng sự (2011) cho thấy, trong tiền sử bệnh nhân có cơn co giật do rượu (OR = 2,07; 95% CI = 1,22 – 3,52), tình trạng hạ Kali máu là các yếu tố nguy cơ xuất hiện co giật trong các đợt cai rượu tiếp theo, kết quả có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 [6]; và nghiên cứu của tác giả Suketo (2017) tiền sử sảng rượu làm tăng 552,8 lần nguy cơ sảng; loạn thần rượu làm tăng 74,6 lần nguy cơ sảng, suy

giảm nhận thức làm tăng 12,5 lần nguy cơ sảng. Đây là yếu tố có giá trị tiên lượng sảng rượu, có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ [7]. Trong nghiên cứu của Berggren và cộng sự (2009) cho thấy tiền sử bệnh nhân có co giật do rượu thì nguy cơ sẽ tăng 4,0 lần có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [8].

V. KẾT LUẬN

Biểu hiện lâm sàng của trạng thái cai rượu chủ yếu là các triệu chứng cơ thể. Đánh giá lâm sàng cận lâm sàng và tiền sử các rối loạn tâm thần do rượu có vai trò quan trọng trong tiên lượng biến chứng sảng run và co giật do rượu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2014). Global status report on alcohol and health, 2014, Geneva.
2. Nông Thế Đoàn (2018), Đánh giá hiệu quả lâm sàng phác đồ điều trị phối hợp Diazepam và Phenobarbital trong điều trị hội chứng cai rượu, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
3. Hoàng Văn Trọng (2004). Đặc điểm các hình thái lâm sàng loạn thần do rượu tại viện Sức khỏe

Tâm thần, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội.

4. Phạm Thế Văn (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và tiến triển của hội chứng cai rượu ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện sức khỏe tâm thần", Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
5. Rafael Monte et al (2009), "Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting", abstracts from 8th congress of European Federation of internal medicine/ European journal of internal medicine 20S, S1 – S283.
6. Eyer Florian, et al (2011). Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal – predictors for seizure and delirium tremens in the course of withdrawal. Alcohol and Alcoholism, vol. 46, No. 4, pp. 427 - 433
7. Sukanto Sarkar et al (2017), risk factor for the development of delirium in alcohol dependence syndrome: clinical and neurobiological implication, Indian journal of psychiatry, vol 59, issue 3, 300-305.
8. Berggren U, Fahlke C, Berglund K.J et al. (2009). Thrombocytopenia in Early Alcohol Withdrawal is Associated with Development of Delirium Tremens or Seizures. Alcohol and Alcoholism, 44(4), 382–386.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG LIỆU PHÁP TẬP THỞ Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG NGỰC CÓ DẪN LƯU MÀNG PHỔI TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH VÀ LỒNG NGỰC - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Hữu Lưu^{1,2}, Đoàn Văn Thuý³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lý liệu pháp hô hấp (bao gồm liệu pháp tập thở) là một can thiệp điều trị bắt buộc sau phẫu thuật lồng ngực cũng như sau chấn thương ngực có dẫn lưu màng phổi, có ý nghĩa rất quan trọng giúp nhanh chóng đẩy đờm dãi, máu ra khỏi đường hô hấp, chống xẹp phổi, giúp phổi nở sát thành ngực, góp phần đẩy hết máu - khí ra khỏi khoang màng phổi. Nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng sự tuân thủ thực hiện liệu pháp với người bệnh sau chấn thương ngực có dẫn lưu màng phổi trong thời gian gần đây. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang-tiến cứu: kết quả nghiên cứu ghi nhận ở các biến số: tuổi, giới tính, tổn thương kèm theo, thực trạng tuân thủ thực hiện liệu pháp tập thở... Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0. **Kết quả:** Từ tháng 6/2020 đến 11/2020 có 98 bệnh nhân chấn thương

ngực có dẫn lưu màng phổi được lựa chọn vào nhóm nghiên cứu với tỷ lệ thực hiện đúng đủ các bước của liệu pháp tập thở bóng 76%, tiếp theo liệu pháp thở chúm môi là 46%, liệu pháp tập thở cơ hoành có tỷ lệ 27%. **Kết luận:** Liệu pháp tập thở là một liệu pháp quan trọng trong chăm sóc bệnh nhân chấn thương ngực có dẫn lưu màng phổi.

Từ khóa: Liệu pháp tập thở, chấn thương ngực, phẫu thuật lồng ngực.

SUMMARY

EVALUATION OF BEATHING EXERCISE THERAPY IN THORACIC TRAUMA PATIENTS WITH CHEST DRAIN AT CARDIOVASCULAR & THORACIC CENTER - VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Chest physiotherapy (including breathing exercises therapy) is a mandatory treatment intervention after thoracic surgery as well as after chest trauma with pleural drainage, which is very important to help quickly expel phlegm, blood out of the respiratory tract, prevent lung collapse, help the lungs expand close to the chest wall, contributing to pushing all the blood - air out of the pleural cavity. This study aims to evaluate the status of adherence to therapy with patients after recent chest trauma with pleural drainage. **Methods:** Cross-sectional-

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện đa khoa Hà Đông

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lưu

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2021

Ngày duyệt bài: 14.9.2021