

V. KẾT LUẬN

Bài tập nhóm 05 động tác tác động vùng lưng trên theo phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong 8 tuần, 3 buổi/tuần có hiệu quả trong việc cải thiện góc chằm đội 7,5 ± 3 (p < 0,005), cũng như tư thế đầu ngả về trước 90%.

Phương án đo góc chằm đội bằng phương pháp chụp ảnh là hoàn toàn khả thi, an toàn cho tình nguyện viên, phù hợp cho việc thực hiện đại trà.

Kiến nghị ứng dụng bài tập nhóm 5 động tác tác động vùng lưng trên theo phương pháp Nguyễn Văn Hưởng trên nhóm đối tượng có tư thế đầu ngả về trước và có nguy cơ mắc tư thế đầu ngả về trước (như học sinh, sinh viên, nhân viên văn phòng, người thường xuyên sử dụng máy tính,...).

Kiến nghị ứng dụng đo góc chằm đội bằng phương pháp chụp ảnh vào tầm soát, khảo sát tư thế xấu đầu ngả về trước trên các đối tượng nguy cơ, đặc biệt là học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singla D, Veqar Z. Association Between Forward Head, Rounded Shoulders, and Increased Thoracic Kyphosis: A Review of the Literature. *Journal of chiropractic medicine*. Sep 2017;16(3):220-229.
2. Imeida VP, Guimarães FS, Moço VJ, Menezes SL, Mafort TT, Lopes AJ. [Correlation between pulmonary function, posture, and body composition in patients with asthma]. *Revista portuguesa de pneumologia*. Sep-Oct 2013;19(5): 204-10.

- Correlação entre função pulmonar, postura e composição corporal em pacientes com asma.
3. Cho J, Lee E, Lee S. Upper thoracic spine mobilization and mobility exercise versus upper cervical spine mobilization and stabilization exercise in individuals with forward head posture: a randomized clinical trial. *BMC musculoskeletal disorders*. Dec 12 2017;18(1):525. doi:10.1186/s12891-017-1889-2
 4. Võ Trọng Tuấn, Phạm Huy Hùng. Phương pháp dưỡng sinh. Nhà xuất bản y học;2021:98-101.
 5. Aafreen, Khan A, Ahmad A, et al. Clinimetric properties of a smartphone application to measure the craniovertebral angle in different age groups and positions. *Heliyon*. 2023/09/01/2023;9(9):e19336.
 6. Lee SM, Lee CH, O'Sullivan D, Jung JH, Park JJ. Clinical effectiveness of a Pilates treatment for forward head posture. *Journal of physical therapy science*. Jul 2016;28(7):2009-13. doi:10.1589/jpts.28.2009
 7. Owsley A. An Introduction to Clinical Pilates. *Athletic Therapy Today*. 07/01 2005;10:19-25. doi:10.1123/att.10.4.19
 8. Heydari Z, Sheikhhoseini R, Shahrbanian S, Piri H. Establishing minimal clinically important difference for effectiveness of corrective exercises on craniovertebral and shoulder angles among students with forward head posture: a clinical trial study. *BMC pediatrics*. Apr 27 2022;22(1):230. doi:10.1186/s12887-022-03300-7
 9. Nguyễn Hoàng Vũ. Module cơ xương khớp. In: Nguyễn Hoàng Vũ VTN, Trang Mạnh Khôi, ed. *Giải phẫu học tập 2*. 2019:103 - 163.
 10. Trần Văn Ngọc, Nguyễn Thị Lệ. Sinh lý hệ hô hấp. *Sinh lý học y khoa*. NXB Y học; 2018:117 - 160.

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA GÁNH NẶNG BỆNH ĐỒNG MẮC VÀ KẾT CỤC LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN THUYỀN TẮC PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Bùi Thế Dũng¹, Nguyễn Thị Tuyết Mai¹, Trần Hòa¹, Bùi Thị Hạnh Duyên¹, Trần Đăng Khương¹

TÓM TẮT⁵³

Mục tiêu: Khảo sát gánh nặng của những bệnh đồng mắc được lượng giá bằng thang điểm Charlson comorbidity index (CCI) lên kết cục lâm sàng bất lợi ở bệnh nhân thuyên tắc phổi (TTP) cấp bao gồm xuất huyết, viêm phổi bệnh viện, tử vong trong thời gian nội viện. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi theo dõi kết cục lâm sàng của bệnh nhân

được chẩn đoán TTP điều trị nội trú từ tháng 01/2019 tới tháng 09/2022. **Kết quả:** Chúng tôi thu nhận được 177 bệnh nhân. Tăng men tim (P=0,019), điểm PESI (P=0,000), loại kháng đông ban đầu (P=0,036) và CCI (P=0,043) có mối liên quan độc lập với kết cục lâm sàng bất lợi. Dựa vào đường cong ROC chúng tôi tìm được ngưỡng cắt thích hợp cho CCI là 1 điểm với độ nhạy là 91,1%, độ đặc hiệu là 35,5%. Diện tích dưới đường cong là 0,655 (P<0,001). Có 84 bệnh nhân (47,5%) trong nhóm CCI ≤ 1 và 93 bệnh nhân (52,5%) trong nhóm CCI > 1. Tỷ lệ kết cục bất lợi ở nhóm CCI ≤ 1 là 20,2%, ở nhóm CCI > 1 là 41,9% (P=0,002). **Kết quả:** Ngưỡng cắt CCI > 1 có mối liên quan với tăng tỷ lệ kết cục lâm sàng bất lợi gồm viêm phổi bệnh viện, xuất huyết và tử vong trong quá trình điều trị nội viện TTP. **Từ khóa:** Charlson comorbidity index, tử vong, thuyên tắc phổi, xuất huyết.

¹Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đăng Khương

Email: khuong.td2@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024

SUMMARY**THE EFFECT OF COMORBIDITY BURDEN ON CLINICAL OUTCOME IN PATIENTS WITH ACUTE PULMONARY EMBOLISM IN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HO CHI MINH CITY**

Objective: To investigate the burden of comorbid conditions assessed by the Charlson Comorbidity Index (CCI) on adverse clinical outcomes in patients with pulmonary embolism including bleeding, hospital-acquired pneumonia, mortality during hospitalization. **Subjects and Methods:** We retrospectively analyzed inpatients with pulmonary embolism from January 2019 to September 2022. **Result:** We enrolled 177 patients. Multivariate analysis revealed that elevated troponin levels ($P=0.019$), Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) score ($P=0.000$), initial anticoagulant type ($P=0.036$), and CCI ($P=0.043$) were correlated with poor clinical outcomes. Using ROC curve and Youden J index, we identified an appropriate cutoff threshold for CCI at 1 point, with a sensitivity of 91.1% and specificity of 35.5%. The area under the curve was 0.655 ($P<0.001$). There were 84 patients (47.5%) in the $CCI \leq 1$ group and 93 patients (52.5%) in the $CCI > 1$ group. The rate of adverse outcomes in the $CCI \leq 1$ group was 20.2%, while in the $CCI > 1$ group, it was 41.9% ($P=0.002$). **Conclusion:** The study demonstrated that a CCI threshold > 1 is associated with an increased risk of adverse outcomes, including hospital-acquired pneumonia, bleeding, and mortality in hospital. **Keywords:** Charlson Comorbidity Index, mortality, pulmonary embolism, bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù ngày nay đã có những sự tiến bộ đáng kể trong chẩn đoán và điều trị, thuyên tắc phổi (TTP) vẫn là một bệnh nguy hiểm và có nguy cơ tử vong cao. Nếu không điều trị, tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân TTP cấp có thể lên tới 30% [1]. Bệnh nhân TTP cấp thường kèm theo nhiều bệnh lý nền nặng nề liên quan đến hệ tim mạch, hô hấp, ung thư... Các bệnh lý này một mặt là yếu tố khởi phát xuất hiện huyết khối ở động mạch phổi, mặt khác chúng là những yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng lâu dài cũng như ngăn hạn ở bệnh nhân thuyên tắc phổi.

Việc đánh giá bệnh nhân TTP có khả năng điều trị ngoại trú một cách an toàn là vô cùng cần thiết, vì nó giúp làm giảm quá tải lên cơ sở y tế, tiết kiệm chi phí y tế và giảm gánh nặng lên thân nhân. Theo Hội Tim Châu Âu (ESC), một bệnh nhân được xem là có thể điều trị tại nhà an toàn nếu họ thỏa mãn đủ ba điều kiện sau: (1) Nguy cơ tử vong hoặc các biến chứng trầm trọng là thấp; (2) Không có các bệnh đi kèm nghiêm trọng cần phải điều trị tại bệnh viện; (3) Bệnh nhân có khả năng tự chăm sóc tốt, tuân thủ điều

trị và có khả năng tiếp cận tốt với các cơ sở y tế [2]. Tuy nhiên hiện nay chưa có một thang điểm hay bảng đánh giá cụ thể nào để phân loại những bệnh nhân có thể điều trị tại nhà.

Thang điểm Charlson comorbidity index (CCI) dùng để đánh giá mức độ gánh nặng của bệnh đồng mắc lên bệnh nhân. Thang điểm này được cấu thành từ 17 bệnh lý bao gồm tim mạch, hô hấp, bệnh lý thần kinh, bệnh lý ác tính, bệnh lý mô liên kết và các tình trạng khác [3]. Các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy CCI có khả năng dự báo được kết cục bất lợi ngắn hạn [4]. Liều CCI có thể dự báo sự xuất hiện của các kết cục bất lợi hay các biến chứng trong quá trình điều trị của bệnh nhân thuyên tắc phổi hay không hiện nay vẫn chưa được làm rõ. Hơn nữa ngưỡng cắt của CCI là bao nhiêu sẽ có ý nghĩa trong việc tiên đoán các kết cục xấu trong quá trình điều trị thuyên tắc phổi. Đây là lý do chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Mục tiêu nghiên cứu: *Khảo sát gánh nặng của những bệnh đồng mắc được lượng giá bằng thang điểm CCI lên kết cục lâm sàng bất lợi ở bệnh nhân thuyên tắc phổi bao gồm xuất huyết, viêm phổi bệnh viện, tử vong nội viện.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Đoàn hệ hồi cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Khoa Nội Tim Mạch, Tim Mạch Can Thiệp, Hồi sức tích cực bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 09/2022.

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân TTP cấp điều trị nội trú tại khoa Nội Tim Mạch, Tim Mạch Can Thiệp và Hồi Sức Tích Cực bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp chọn mẫu. Phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Thực tế thu được 177 mẫu thỏa điều kiện trong thời gian thực hiện nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán TTP dựa vào chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi ghi nhận có huyết khối trong cây động mạch phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân được chẩn đoán TTP mạn tính hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp thực hiện nghiên cứu: Tại thời điểm bệnh nhân được chẩn đoán xác định TTP cấp, nghiên cứu viên sẽ tiếp cận bệnh nhân và thân nhân, giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu và đối tượng phải đồng ý tham gia nghiên cứu (bằng văn bản) mới tiến hành thu thập số liệu. Các thông tin hành chính, bệnh sử, tiền sử bản

thân và gia đình, khám lâm sàng ghi nhận các triệu chứng cơ năng và thực thể theo bản thu thập số liệu soạn sẵn. Ghi nhận các bệnh đồng mắc của bệnh nhân, từ đó đánh giá thang điểm CCI, thang điểm PESI, phân độ nặng thuyên tắc phổi theo ESC 2019 và các thông số cận lâm sàng khác như men tim, NTproBNP, vị trí TTP, kháng đông ban đầu được sử dụng. Các bệnh nhân sẽ được theo dõi trong suốt quá trình nằm viện. Tại thời điểm xuất viện bệnh nhân sẽ được ghi nhận kết cục lâm sàng bao gồm: viêm phổi bệnh viện, xuất huyết có ý nghĩa và tử vong nội viện.

Xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu được trình bày dưới dạng tỉ lệ đối với biến định tính, trung bình ± độ lệch chuẩn đối với biến định lượng, trung vị và khoảng tứ phân vị với biến định lượng phân bố không chuẩn. Dùng phép kiểm chi bình phương để kiểm định sự khác biệt tỷ lệ giữa 2 nhóm của biến số định tính. Phép kiểm định t-student (nếu phân phối chuẩn) cho 2 giá trị trung bình giữa 2 nhóm của biến số định lượng. Phân tích hồi quy logistic đa biến và phân tích hồi quy ngược (backward elimination) để xác định mối liên quan độc lập. Dùng đường cong ROC và chỉ

số Youden J để tìm ra điểm cắt phù hợp nhất của CCI. Tất cả các số liệu đều được xử lý bằng phần mềm thống kê IBM SPSS Statistics 22. Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức của bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2019 tới tháng 09/2022 chúng tôi thu nhận được 177 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là 62,7; đa số là nữ chiếm tỉ lệ 57,1%. Vị trí TTP thường gặp nhất là động mạch phổi chính trái hoặc phải chiếm tỉ lệ 53,1% và phần lớn có TTP cả hai bên phổi với tỉ lệ 75,1%. Bệnh nhân nằm trong nhóm nguy cơ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,36%. Có tổng cộng 15 ca được thực hiện tiêu sợi huyết và 15 ca được điều bằng các phương pháp can thiệp kỹ thuật cao bao gồm hút huyết khối bằng dụng cụ, tiêu sợi huyết qua catheter, mổ lấy huyết khối, đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới và ECMO.

Bảng 1: Phân tích đơn biến mô liên hệ giữa kết cục lâm sàng với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị

Biến số	Kết cục lâm sàng bất lợi (N=121)	Kết cục lâm sàng tốt (N=56)	P
Tuổi	61,4±1,6	65,7±2,0	0,114
Nam	52 (43,0)	24 (42,9)	0,988
Vị trí thuyên tắc: Động mạch phân thùy	17 (14,1)	7 (12,5)	0,915*
Động mạch phổi thùy	34 (28,1)	16 (28,6)	
Động mạch phổi trái hoặc phải	63 (52,7)	31 (55,4)	
Động mạch phổi gốc	7 (5,8)	2 (3,6)	
Hai bên	96 (79,3)	37 (66,1)	0,058
Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới	70 (57,9)	30 (53,6)	0,593
Tăng men tim	68 (56,2)	46 (82,1)	0,001
Tăng NTproBNP	55 (45,5)	35 (62,5)	0,035
Suy thất phải	44 (36,4)	28 (50,0)	0,086
PESI	89,5±2,8	129,9±7,3	0,000
CCI	1,9±0,2	3,1±0,4	0,002
Nguy cơ			0,002
Thấp	32 (26,7)	12 (21,4)	
Trung bình-thấp	44 (36,7)	16 (28,6)	
Trung bình-cao	37 (30,8)	11 (19,6)	
Cao	7 (5,8)	17 (30,4)	
Kháng đông ban đầu			0,001
Heparin/Enoxaparin	112 (92,6)	42 (75,0)	
Các loại kháng đông khác/ không sử dụng kháng đông	9 (6,6)	14 (1,8)	
Sử dụng các phương pháp điều trị nâng cao	4 (3,3)	11 (19,6)	0,001*
Tiêu sợi huyết	7 (5,8)	8 (14,3)	0,059
Xuất huyết	0 (0,0)	29 (51,8)	0,000*

*Fisher's exact test. PESI: Pulmonary embolism severity index; phương pháp điều trị nâng cao: hút huyết khối bằng dụng cụ, tiêu sợi huyết qua catheter, mổ lấy huyết khối, đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới và ECMO. Tăng men tim: Troponin Ths > 14 pg/ml với người <75 tuổi, >45 pg/ml với người >75 tuổi. Tăng NT-proBNP: NT-proBNP > 500 pg/L.

Phân tích đơn biến cho thấy tình trạng tăng men tim, tăng NTproBNP, điểm số PESI và CCI cao, nguy cơ của TTP cao có mối liên quan với kết cục lâm sàng bất lợi ở bệnh nhân TTP (Bảng 1).

Bảng 2: Phân tích đa biến mối liên hệ giữa kết cục lâm sàng với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị

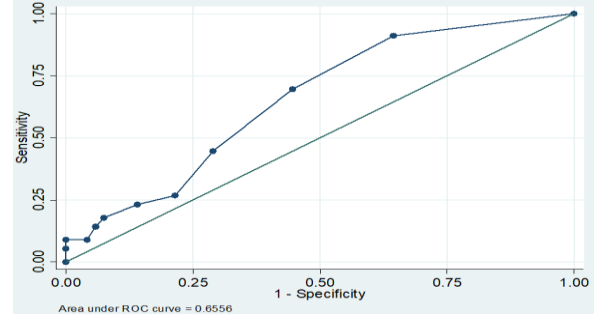
Biến	OR	P
Tăng men tim	2,837 (1,183 – 6,806)	0,019
PESI	1,020 (1,009 – 1,031)	0,000
CCI	1,175 (1,011 – 1,367)	0,036
Kháng đông ban đầu Heparin/Enoxaparin Các loại kháng đông khác/ không sử dụng kháng đông	Reference 0,317 (0,103 – 0,966)	1 0,043

PESI: Pulmonary embolism severity index; Tăng men tim: Troponin Ths > 14 pg/ml với người < 75 tuổi, >45 pg/ml với người > 75 tuổi.

Bảng 3: Phân tích đơn biến mối liên hệ giữa CCI với ngưỡng cắt là 1 với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị

Biến số	CCI ≤ 1 (N=84)	CCI > 1 (N=93)	p
Tuổi	56,6±1,9	68,3±1,4	0,000
Nam	40 (47,6)	36 (38,7)	0,232
Vị trí thuyên tắc: Động mạch phân thùy	11 (13,1)	13 (14,0)	0,019*
Động mạch phổi thùy	15 (17,9)	35 (37,6)	
Động mạch phổi trái hoặc phải	54 (64,3)	40 (43,0)	
Động mạch phổi gốc	4 (4,7)	5 (5,4)	
Hai bên	68 (81,0)	65 (69,9)	0,089
Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới	44 (52,4)	56 (60,2)	0,294
Tăng men tim	55 (65,5)	59 (63,4)	0,778
Tăng NTproBNP	44 (52,4)	46 (49,5)	0,698
Suy thất phải	42 (50,0)	30 (32,3)	0,016
PESI	91,8±4,6	112±4,6	0,002
Nguy cơ: Thấp	26 (31,3)	18 (19,3)	0,001
Trung bình – thấp	16 (19,3)	44 (47,3)	
Trung bình – cao	28 (33,7)	20 (21,5)	
Cao	13 (15,7)	11 (11,9)	
Kháng đông ban đầu Heparin/Enoxaparin	74 (88,1)	80 (86,0)	0,682
Các loại kháng đông khác/ không sử dụng kháng đông	10 (11,9)	13 (14,0)	
Sử dụng các phương pháp điều trị nâng cao	7 (8,3)	8 (8,6)	0,949
Tiêu sợi huyết	10 (11,9)	5 (5,38)	0,119

Các biến có p < 0,05 được đưa vào phân tích hồi quy đa biến bằng phương pháp hồi quy lùi (backward elimination) để tìm ra mô hình hồi quy thích hợp nhất. Kết quả cho thấy kết cục bất lợi có mối liên quan độc lập với điểm CCI cao, sau khi đã được hiệu chỉnh với tình trạng tăng men tim, PESI, kháng đông ban đầu sử dụng (Bảng 2).



Hình 1: Đường cong ROC của chỉ số Charlson (CCI)

Chúng tôi sử dụng đường cong ROC để đánh giá khả năng tiên đoán kết cục lâm sàng bất lợi của CCI (Hình 1). Diện tích dưới đường cong của CCI là 0,655 (95% CI: 0,574 – 0,737, P < 0,001). Chúng tôi dùng chỉ số Youden J để xác định ngưỡng cắt tốt nhất. Chúng tôi chọn CCI = 1 điểm là điểm cắt vì có chỉ số Youden J cao nhất (J=0,266) với độ nhạy là 91,1% và độ đặc hiệu là 35,5%.

Xuất huyết	9 (10,7)	20 (21,5)	0,053
Tử vong	4 (4,8)	16 (17,2)	0,009*
Biến cố bất lợi	17 (20,2)	39 (41,9)	0,002

*Fisher's exact test. CCI: Charlson comorbidity index; PESI: Pulmonary embolism severity index; phương pháp điều trị nâng cao: hút huyết khối bằng dụng cụ, tiêu sợi huyết qua catheter, mổ lấy huyết khối, đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới và ECMO. Tăng men tim: Troponin T hs > 14 pg/ml với người < 75 tuổi, >45 pg/ml với người > 75 tuổi. Tăng NT-proBNP: NT-proBNP > 500 pg/L

Có 84 bệnh nhân (47,5%) trong nhóm CCI ≤ 1 và có 93 bệnh nhân (52,5%) trong nhóm CCI > 1. Bệnh nhân có gánh nặng bệnh đồng mắc ít hơn (CCI ≤ 1) có tỉ lệ kết cục bất lợi thấp hơn so với nhóm có gánh nặng bệnh đồng mắc lớn (CCI > 1) lần lượt là 20,2% và 41,9% (P=0,002)

IV. BÀN LUẬN

Bệnh đồng mắc có mối liên quan với tình trạng tăng tỉ lệ xuất hiện các kết cục lâm sàng bất lợi trong quá trình điều trị TTP và có thể được xem như một yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân TTP. Nghiên cứu của tác giả Austin Chin vào năm 2013 trên 1023 bệnh nhân theo dõi trong 3,7 năm đã cho thấy thang điểm Charlson có khả năng dự đoán được cả kết cục nội viện và kết cục dài hạn của bệnh nhân TTP. Cụ thể là cứ mỗi điểm Charlson tăng lên sẽ làm tăng tỉ lệ tử vong nội viện lên 1,27 lần và tỉ lệ tử vong sau xuất viện lên 1,35 lần [5]. Một nghiên cứu tại Tây Ban Nha được công bố vào năm 2020 đã cho thấy những bệnh đồng mắc thường gặp nhất ở bệnh nhân TTP là tăng huyết áp, COPD, ung thư và đái tháo đường. Tỉ lệ tử vong nội viện cao hơn có nghĩa thống kê ở bệnh nhân có nhiều bệnh đồng mắc so với nhóm không có bệnh đồng mắc (với ngưỡng cắt của CCI > 2) [6]. Trong nghiên cứu hồi cứu trên 177 bệnh nhân này, chúng tôi đã một lần nữa khẳng định mối liên quan giữa CCI và kết cục lâm sàng bất lợi ngắn hạn ở bệnh nhân TTP. Điểm Charlson càng cao thì tỉ lệ xuất hiện viêm phổi bệnh viện, xuất huyết cũng như tử vong trong quá trình điều trị nội viện càng tăng lên. Tuy nhiên có một thực tế vẫn còn tồn tại là chưa có nghiên cứu đi tìm và chứng minh ngưỡng cắt nào của CCI là phù hợp để tiên đoán các kết cục bất lợi xảy ra trong quá trình điều trị. Điều này là vô cùng quan trọng vì nó đóng góp một phần lớn vào vấn đề phân độ nguy cơ của bệnh nhân và giúp bác sĩ lâm sàng đánh giá liệu bệnh nhân có thể được điều trị ngoại trú hay cần phải điều trị nội trú để

theo dõi sát. Kết quả chính trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy CCI > 1 điểm có thể dự đoán nguy cơ xuất hiện các biến cố bất lợi trong quá trình điều trị. Và nhóm bệnh nhân với CCI > 1 điểm nên được điều trị kháng đông và theo dõi nội trú để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân có tăng men tim, tăng NT-proBNP, điểm PESI cao, CCI cao có mối liên quan với việc tăng tỉ lệ xuất hiện các kết cục lâm sàng xấu trong quá trình điều trị. Từ bảng 3 chúng ta có thể thấy mặc dù tỉ lệ bệnh nhân được phân độ nguy cơ trung bình-nặng và nặng của nhóm CCI ≤ 1 cao hơn so với nhóm còn lại, tuy nhiên tỉ lệ xuất hiện các biến cố bất lợi của nhóm này lại thấp hơn đáng kể so với nhóm có gánh nặng bệnh đồng mắc cao. Điều này cho thấy ở những bệnh nhân không có bệnh đồng mắc, khả năng dung nạp với tình trạng bệnh nặng của họ tốt hơn so với nhóm bệnh nhân có nhiều bệnh đồng mắc. Có thể giải thích bằng dự trữ sinh lý hay còn gọi là dự trữ chức năng của các cơ quan trong cơ thể bệnh nhân ít mắc bệnh nên còn tốt, vì vậy cơ thể có thể chịu đựng được tình trạng bệnh nặng cũng như có thể dung nạp được với các điều trị kháng đông. Ngược lại, đối với bệnh nhân có nhiều bệnh nền kèm theo, dự trữ chức năng của các cơ quan đều bị suy giảm ít hay nhiều, việc TTP xuất hiện giống như một yếu tố thúc đẩy, làm suy nặng hơn các cơ quan, từ đó xuất hiện các biến cố trong quá trình điều trị ví dụ như xuất huyết hoặc nhiễm trùng bệnh viện.

Ngoài ra, từ nghiên cứu này chúng ta cũng thấy được ý nghĩa của thang điểm PESI. PESI là thang điểm dự đoán tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau khi thuyên tắc phổi cấp [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi PESI còn cho thấy có mối liên quan độc lập với các biến cố bất lợi xảy ra trong quá trình điều trị nội trú. Thang điểm PESI và CCI có những ưu điểm khác nhau. Trong khi PESI bao gồm chỉ một số ít bệnh đồng mắc nhưng thang điểm này có đánh giá thêm các chỉ số về lâm sàng của bệnh nhân như nhịp thở, huyết áp, nhịp tim. Còn thang điểm CCI không có các chỉ số về tình trạng khám lâm sàng mà chỉ đánh giá dựa trên bệnh đồng mắc, tuy nhiên bệnh đồng mắc trong thang điểm CCI đa dạng, bao quát và đầy đủ hơn so với PESI. Vì vậy hai thang điểm này có thể bổ sung cho nhau, làm cho việc phân loại bệnh nhân điều trị nội trú hay ngoại trú sẽ chính xác hơn.

Nghiên cứu này có những hạn chế như đây là nghiên cứu đơn trung tâm, cỡ mẫu chưa lớn và được thực hiện hồi cứu do đó khó kiểm soát các sai lệch.

V. KẾT LUẬN

CCI có mối liên quan với việc tăng tỉ lệ xuất hiện các biến chứng bất lợi trong quá trình điều trị bao gồm viêm phổi, xuất huyết, tử vong. CCI có thể được xem như một yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân TTP. Kết quả chính của nghiên cứu này là CCI ≥ 1 điểm có mối liên quan với kết cục bất lợi ngắn hạn. Cùng với PESI, CCI sẽ đóng góp phần nào cho bác sĩ lâm sàng tại phòng khám trong việc phân loại nhóm bệnh nhân thuyên tắc phổi có thể điều trị ngoại trú an toàn và nhóm bệnh nhân cần nhập viện để theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galis N, et al.** 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Respiratory Society (ERS). *European Heart Journal*. 2014;35(43):3033-80.
2. **Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing G-J, Harjola V-P, et al.** 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS): The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2019;41(4):543-603.
3. **Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR.** A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases*. 1987;40(5):373-83.
4. **Shao W, Zhang Z, Zhang J, Feng H, Liang C, Liu D.** Charlson comorbidity index as a predictor of short-term outcomes after pulmonary resection. *Journal of thoracic disease*. 2020;12(11):6670-9.
5. **Ng AC, Chow V, Yong AS, Chung T, Kritharides L.** Prognostic impact of the Charlson comorbidity index on mortality following acute pulmonary embolism. *Respiration; international review of thoracic diseases*. 2013;85(5):408-16.
6. **De Miguel-Diez J, Albaladejo-Vicente R, et al.** Changing Trends in Hospital Admissions for Pulmonary Embolism in Spain from 2001 to 2018. *Journal of clinical medicine*. 2020;9(10).
7. **Aujesky D, Obrosky DS, Stone RA, Auble TE, et al.** Derivation and validation of a prognostic model for pulmonary embolism. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2005;172(8):1041-6.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI CHỨC NĂNG THỂ CHẤT Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ THOÁI HÓA KHỚP GỐI

Vũ Thị Dịu¹, Nguyễn Thị Hoài Thu^{2,3}, Nguyễn Hoàng Hà Giang³,
Trần Viết Lực^{2,3}, Nguyễn Trung Anh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến chức năng thể chất ở bệnh nhân cao tuổi có thoái hóa khớp gối. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chức năng thể chất được đánh giá bởi chỉ số thoái hóa xương khớp của Đại học Western Ontario và McMaster (WOMAC), Test đứng lên và đi (TUG). **Kết quả:** Điểm chức năng thể chất trung bình WOMAC cao hơn ở nhóm người tuổi cao hơn, nhóm sống với người chăm sóc, thừa cân/béo phì hoặc thiếu cân, sử dụng 5 loại thuốc trở lên, có nguy cơ ngã cao. Suy giảm khả năng vận động

theo TUG có liên quan đến: tuổi cao, rối loạn giấc ngủ, nguy cơ ngã, mức độ đau, có điều trị thoái hóa khớp gối hay không. **Kết luận:** Chức năng thể chất ở bệnh nhân cao tuổi thoái hóa khớp gối có liên quan đến tuổi, tình trạng dinh dưỡng, tình trạng chung sống và nguy cơ ngã. Phát hiện sớm tình trạng suy giảm chức năng thể chất ở bệnh nhân cao tuổi thoái hóa khớp gối để có biện pháp phòng ngừa hoặc can thiệp phù hợp. **Từ khóa:** chức năng thể chất, thoái hóa khớp gối, cao tuổi

SUMMARY

SOME RELATED FACTORS WITH PHYSICAL FUNCTION IN OLDER PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

Objective: This study aims to identify some factors related to physical function in elderly patients with knee osteoarthritis. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. Physical function can be assessed using the Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC), Stand and Go Test (TUG). **Results:** The mean WOMAC physical function score

¹Bệnh viện 19-8 Bộ Công An

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Dịu

Email: vudiu198@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024