

ngĩa sức khoẻ cộng đồng; cao hơn ở PNTSD năm 2012 (1,6%)[8] và ở Thái Nguyên năm 2012 (2,8%) [4]; cho thấy, tình trạng VAD – TLS ở phụ nữ dân tộc Thái nói riêng và ở Việt Nam nói chung đã giảm đáng kể, tuy nhiên tình trạng VAD và nguy cơ VAD – TLS (retinol huyết thanh < 1,05 μ mol/L) ở ĐTNC với tỷ lệ 37,1% cho thấy nguy cơ tiềm ẩn dẫn đến tình trạng VAD - TLS.

Từ kết quả trên cho thấy, cải thiện SDD thấp còi, tình trạng thiếu máu và thiếu kẽm ở phụ nữ tuổi sinh đẻ dân tộc Thái vùng miền núi phía Bắc là vấn đề cần tiếp tục quan tâm giải quyết nhằm góp phần cải thiện tầm vóc đồng bào dân tộc thiếu số vùng phía Bắc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 700 phụ nữ 15 – 35 tuổi dân tộc Thái cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi đối tượng 15-19 tuổi là 25,9%; CED ở phụ nữ từ \geq 20 tuổi trở lên là 12,8%; Tỷ lệ thiếu máu là 26,9% ở mức trung bình có YNSKĐ; thiếu máu do thiếu sắt là 4,7%; dự trữ sắt cạn kiệt là 12,6%; tỷ lệ thiếu kẽm rất cao (87,1%). Tỷ lệ thiếu máu và thiếu kẽm là vấn đề cần ưu tiên can thiệp, đồng thời cần nghiên cứu sâu hơn tìm hiểu các nguyên nhân khác của thiếu máu ở phụ nữ dân tộc Thái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Dinh Dưỡng. Đánh giá tình trạng thiếu

máu, thiếu một số vi chất dinh dưỡng của phụ nữ và trẻ em 6 - 59 tháng tại vùng thành thị, nông thôn và miền núi năm 2014 - 2015. Báo cáo đề tài nghiên cứu cấp Viện 2015.

2. Chu Quỳnh Mai, Ninh Thị Nhung. Nghiên cứu một số chỉ số nhân trắc của phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ dân tộc thiểu số tại huyện Na Hang tỉnh Tuyên Quang năm 2016. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2016. 13(3): 7-12.
3. Nguyễn Văn Điệp, Nguyễn Quang Dũng. Tình trạng thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ người Dao tại 4 xã thuộc huyện Bảo Lạc, tỉnh Cao Bằng. Tạp chí Y học dự phòng, 2017. Tập 27, số 2 (191); Phụ bản: 100-105.
4. Nguyễn Song Tú, Trần Thúy Nga. Tình trạng vitamin A ở bà mẹ sau sinh 6 tháng và một số yếu tố liên quan tại huyện Phú Bình, Thái Nguyên. Tạp chí Y học dự phòng, 2017. Tập 27, (số 3): 18-26.
5. Trần Thúy Nga, Nguyễn Song Tú. Tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu và một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở phụ nữ sau sinh 6 tháng huyện Phú Bình, Thái Nguyên năm 2012. Tạp chí Y học dự phòng, 2017 (Tập 27, số 3 Phụ bản): 58-66.
6. Nguyễn Quang Dũng, Nguyễn Lân. Tình trạng dinh dưỡng, đặc điểm cấu trúc cơ thể của phụ nữ tuổi sinh đẻ người H'mông tại Huyện Bảo Lạc, tỉnh Cao Bằng. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2015. 11(4): 18-24.
7. Viện Dinh dưỡng. Báo cáo sơ bộ kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc 2019 - 2020. Hội nghị Công bố kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng tháng 03 năm 2021.
8. Lailou A, Pham TV, Tran NT et al. Micronutrient deficits are still public health issues among women and young children in Vietnam. PLoS ONE 2012, 7, e34906. 2012.

SỬ DỤNG BÓNG ĐỐI XUNG ĐỘNG MẠCH CHỦ HỖ TRỢ CAN THIỆP THÂN CHUNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI QUA DA: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Trung Hậu¹, Phạm Mạnh Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Can thiệp động mạch vành qua da (Percutaneous coronary interventions – PCI) là phương pháp được tiến hành ngày càng rộng rãi, mang lại hiệu quả cao trong điều trị bệnh lý động mạch vành (ĐMV). Ngày nay, PCI thực hiện ở nhiều trường hợp bệnh nhân nguy cơ cao, đặc biệt là tổn thương thân chung ĐMV trái. Quá trình can thiệp nhóm đối tượng này luôn tiềm ẩn nguy cơ suy sụp huyết động cấp tính. Các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học ngắn hạn trong quá trình PCI cho thấy hiệu quả hỗ trợ huyết động tốt, trong đó có

bóng đối xung động mạch chủ (Intra Aortic Balloon Pump – IABP). Chúng tôi báo cáo trường hợp lâm sàng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp với tổn thương nặng thân chung ĐMV trái. Dưới sự hỗ trợ của IABP, quá trình can thiệp được diễn ra an toàn, thuận lợi. Như vậy, IABP có thể xem xét là một phương thức hỗ trợ tuần hoàn cơ học với các bệnh nhân can thiệp ĐMV nguy cơ cao, trong đó có tổn thương thân chung ĐMV trái.

Từ khóa: Bóng đối xung động mạch chủ, can thiệp thân chung động mạch vành trái.

SUMMARY

INTRA-AORTIC BALLOON PUMP ASSISTED LEFT MAIN CORONARY ARTERY DISEASE INTERVENTION: A CASE REPORT

Percutaneous coronary interventions (PCI) are now widely used and highly effective in treating coronary artery diseases. PCI are increasingly performed among high-risk patients, especially patients having left main

¹Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hậu

Email: bs.nguyentrungchau@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

coronary artery (LMCA) disease. Due to risk of acute hemodynamic instability, PCI in this subgroup of patient is a challenge. Short-term mechanical circulatory assist devices, including intraaortic balloon pump (IABP), provides hemodynamic support during the procedure. This case report highlights a case with acute myocardial infarction due to severe LMCA stenosis successfully treated with IABP-supported PCI. Therefore, IABP could be regarded as a method of mechanical circulatory assist among patients undergoing high-risk PCI, including LMCA disease.

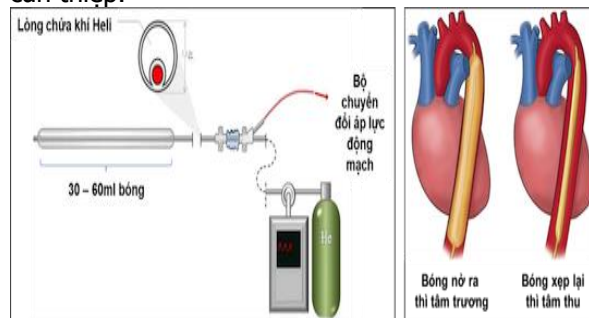
Keywords: Intraaortic balloon pump, left main coronary artery disease intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Can thiệp tổn thương thân chung ĐMV trái luôn là một thử thách rất lớn với nguy cơ suy sụp huyết động cấp tính cao dù đã có nhiều tiến bộ trong kỹ thuật cũng như dụng cụ can thiệp.¹ Trên nhóm bệnh nhân này, các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cho quá trình PCI được khuyến cáo sử dụng, trong đó có bóng đối xung động mạch chủ.²

Bóng đối xung động mạch chủ là thiết bị hỗ trợ huyết động thông qua cơ chế đối xung. Khi được kích hoạt theo điện tâm đồ bề mặt hoặc áp lực động mạch, bóng sẽ bơm căng trong lòng động mạch chủ ở thì tâm trương và xẹp lại trong thì tâm thu, từ đó giúp tăng tưới máu cơ tim, giảm hậu gánh, giảm sử dụng oxy cơ tim, tăng cung lượng tim.^{3,4}

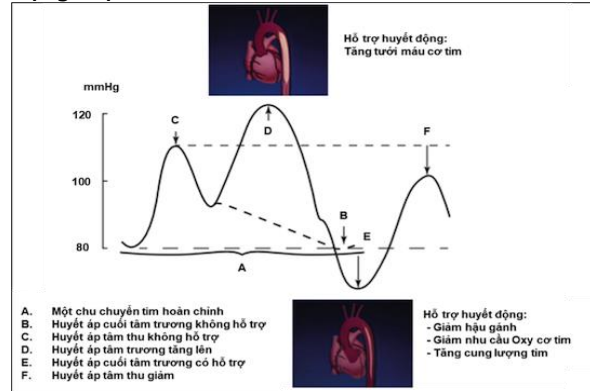
IABP có thể chỉ định với bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sắc tim; nhồi máu cơ tim biến chứng thủng vách liên thất. Hỗ trợ IABP cũng thường được áp dụng ở những bệnh nhân sau phẫu thuật tim do rối loạn chức năng thất trái trầm trọng, bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối đang chờ ghép tim. Trong trường hợp PCI nguy cơ cao, IABP được xem như "sợi dây bảo hiểm" nhằm tránh suy sụp huyết động trong quá trình can thiệp.⁴



Hình 1. Cấu tạo cơ bản, nguyên lý hoạt động của bóng đối xung động mạch chủ

Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp với tổn thương nặng thân chung ĐMV trái. Bệnh nhân được tiến hành đặt IABP trước can thiệp, quá trình PCI diễn ra an

toàn, huyết động ổn định trong toàn bộ thời gian làm thủ thuật. Từ đó cho thấy vai trò, hiệu quả của IABP trong hỗ trợ can thiệp ĐMV ở bệnh nhân nguy cơ cao như tổn thương thân chung động mạch vành trái.

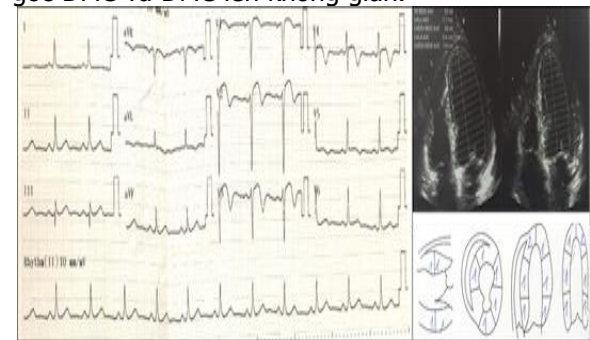


Hình 2. Hiệu quả hỗ trợ huyết động của bóng đối xung động mạch chủ

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 70 tuổi, tiền sử tăng huyết áp 10 năm điều trị không thường xuyên, không có tiền sử đái tháo đường, hút thuốc lá hay rối loạn lipid máu, nhập viện với triệu chứng đau thắt ngực điển hình giờ thứ 10. Tại thời điểm nhập viện, bệnh nhân còn đau ngực trái nhiều, huyết động ổn định.

Điện tâm đồ cho thấy ST chênh lên ở các chuyển đạo V1 đến V4, phù hợp với chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp trước vách. Siêu âm tim cấp cứu ghi nhận sự giảm vận động 1/3 vách liên thất, 1/3 thành trước thất trái về phía mỏng; chức năng tâm thu thất trái giảm với phân suất tống máu EF 46%; không dịch màng ngoài tim; gốc ĐMC và ĐMC lên không giãn.



Hình 3. Điện tâm đồ và siêu âm tim bệnh nhân tại thời điểm nhập viện.

Kết quả xét nghiệm máu nổi bật là tình trạng hoại tử cơ tim với chỉ số Troponin T tăng cao gấp nhiều lần giá trị tham chiếu bình thường và dấu hiệu suy tim (NT-proBNP tăng).

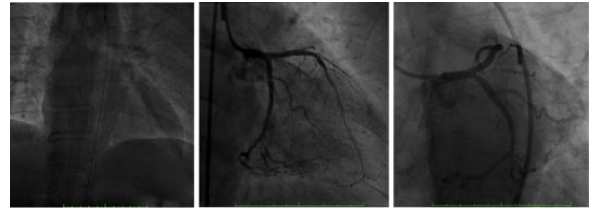
Bảng 1. Kết quả xét nghiệm máu của bệnh nhân

Chỉ số xét nghiệm (đơn vị)	Kết quả	Chỉ số xét nghiệm (đơn vị)	Kết quả
PT (%)	82,1 ↔	NT-proBNP (pmol/L)	42,04 ↑
PT-INR	1,14 ↔	GOT (U/L)	175 ↑
APTTs	35,9 ↔	GPT (U/L)	32 ↔
APTT bệnh/chứng	1,36 ↔	Cholesterol (mmol/L)	3,4 ↔
Glucose (mmol/L)	5,9 ↔	Triglycerid (mmol/L)	1,25 ↔
Creatinin (umol/L)	71 ↔	HDL – C (mmol/L)	0,87 ↓
Kali (mmol/L)	3,9 ↔	LDL – C (mmol/L)	1,96 ↑
Troponin Ths (ng/L)	7297 ↑	Protein niệu	Âm tính ↔

Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp giờ thứ 10 và điều trị các thuốc chống đông, kháng kết tập tiểu cầu, statin cường độ cao theo hướng dẫn về quản lý nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên của Hội tim mạch Châu Âu, đồng thời chuyển ngay tới phòng can thiệp. Kết quả chụp động mạch vành cho thấy mạch vành ưu năng trái, tổn thương nặng ở thân chung động mạch vành trái vị trí chia đôi. Điểm Syntax score là 32 điểm, phù hợp với chiến lược tái tưới máu bằng PCI hoặc phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành. Sau khi hội chẩn HeartTeam bao gồm: Bác sĩ can thiệp tim mạch, Phẫu thuật viên, bác sĩ hồi sức tim mạch, quyết định tiến hành can thiệp cho bệnh nhân với sự hỗ trợ huyết động của IABP.

**Hình 4.** Kết quả chụp động mạch vành của bệnh nhân

Bóng đối xung cỡ 34 được đưa vào động mạch chủ từ động mạch đùi trái, tần số hỗ trợ 1:1 theo điện tâm đồ, đảm bảo đầu xa của bóng nằm dưới động mạch dưới đòn trái và đầu gần của bóng nằm trên chỗ chia hai động mạch đùi. Sau khi bóng được kích hoạt, chỉ số huyết áp của bệnh nhân tăng từ 120/60 mmHg lên 130/70 mmHg, tần số tim giảm từ 85 chu kỳ/phút xuống 80 chu kỳ/phút. Tiến hành can thiệp đặt 3 stent thân chung – động mạch liên thất trước – động mạch mũ (LM-LAD-LCx). Sau thủ thuật bệnh nhân được theo dõi ở phòng hồi sức, bóng đối xung tiếp tục được sử dụng để hỗ trợ đến khi huyết động bệnh nhân ổn định hoàn toàn và rút bóng sau 04 giờ. Tình trạng bệnh nhân cải thiện, không phát hiện biến chứng của quá trình can thiệp cũng như đặt bóng đối xung, các thông số lâm sàng và cận lâm sàng cải thiện, bệnh nhân xuất viện sau 2 ngày.

**Hình 5.** Đặt bóng đối xung động mạch chủ và kết quả can thiệp ĐMV

IV. BÀN LUẬN

Can thiệp tổn thương thân chung động mạch vành trái luôn tiềm ẩn nguy cơ rối loạn huyết động và gia tăng biến cố lâm sàng, bởi diện cấp máu cơ tim rộng lớn chiếm đến 70-80% toàn bộ cơ tim.^{1,5} Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến cố tim mạch khi can thiệp thân chung cao hơn 3,42 lần so với các vị trí khác. Nguy cơ này càng tăng lên khi bệnh nhân nhập viện trong tình trạng cấp tính như nhồi máu cơ tim và suy tim.⁶ Bệnh nhân của chúng tôi nhập viện trong bệnh cảnh nhồi máu cơ tim cấp, chức năng tâm thu thất trái giảm, hệ động mạch vành ưu năng trái và tổn thương nặng vị trí thân chung động mạch vành trái. Tổn thương phức tạp kèm theo suy tim nặng đã đặt bệnh nhân ở nguy cơ rất cao suy sụp huyết động trong quá trình can thiệp. Chính bởi vậy, các Hội Tim mạch và Hội Can thiệp Tim mạch hiện nay khuyến nghị việc sử dụng các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học ngắn hạn giúp PCI giảm thiểu rủi ro. Các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học thường được dùng bao gồm IABP, thiết bị hỗ trợ thất trái qua da (TandemHeart, Impella) và hệ thống trao đổi oxy hoá màng ngoài cơ thể (ECMO).²

IABP là thiết bị được sử dụng rộng rãi nhất để hỗ trợ tuần hoàn cơ học với khoảng 50.000-70.000 ca/năm ở Hoa Kỳ. So với các thiết bị còn lại, IABP có khả năng hỗ trợ huyết động thấp hơn; tuy nhiên thuận tiện, cài đặt nhanh chóng, quy trình dễ thực hiện và giá thành thấp hơn. Do đó, IABP có tính thực tế, khả thi hơn trong việc hỗ trợ các quá trình can thiệp động mạch vành.⁷ Trong thời kỳ đầu, việc đặt IABP được thực hiện

qua động mạch đùi bằng phương thức phẫu thuật mở mạch. Ngày nay, phương pháp chọc mạch Seldinger được sử dụng giúp cho tỷ lệ thành công của đặt IABP cao hơn, hạn chế các biến chứng mạch máu.⁸ Cỡ bóng IABP được thiết kế nhiều loại, phù hợp với các bệnh nhân có chiều cao khác nhau.

Trong trường hợp bệnh nhân trên, IABP được đặt thành công từ động mạch đùi trái vào động mạch chủ. Hoạt động của bóng làm tăng huyết áp tâm trương, giảm tần số tim, từ đó tăng tưới máu mạch vành, tăng cung cấp oxy cơ tim trong quá trình thực hiện thủ thuật. Thời kỳ tâm thu, bóng được xả xẹp nhanh giúp giảm hậu gánh thất trái, tăng cung lượng tim, giảm tiêu thụ oxy cơ tim. Quá trình can thiệp bệnh nhân thuận lợi, sau can thiệp IABP tiếp tục được sử dụng để hỗ trợ huyết động thời gian ngắn và được rút bỏ hoàn toàn sau 04 giờ, khi tình trạng lâm sàng, huyết động bệnh nhân ổn định hoàn toàn. Bệnh nhân được xuất viện sau 02 ngày làm thủ thuật. So với phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành, thời gian nằm viện của bệnh nhân giảm đáng kể.

Các nghiên cứu đã xác định vai trò của IABP trong việc làm giảm tần số tim, tăng huyết áp trung bình ở các bệnh nhân được hỗ trợ bằng IABP.^{9,10} Về phương diện can thiệp động mạch vành nguy cơ cao, một số nghiên cứu đơn trung tâm cho thấy sử dụng IABP giúp giảm tỉ lệ các biến cố tim mạch chính. Nghiên cứu BCIS-1 là nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm, ngẫu nhiên có đối chứng so sánh việc sử dụng IABP với không sử dụng IABP trong can thiệp động mạch vành ở bệnh nhân nguy cơ cao (tổn thương thân chung hoặc tổn thương đa mạch kèm theo chức năng tâm thu thất trái EF thấp). Kết quả không có sự khác biệt ở thời điểm ra viện và thời điểm theo dõi 28 ngày, tuy nhiên khi theo dõi dài hạn với thời gian trung bình 51 tuần nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về khả năng sống sót ở nhóm bệnh nhân sử dụng IABP.

Bệnh cạnh vai trò không thể phủ nhận của IABP trong hỗ trợ huyết động ở bệnh nhân suy tim nặng, sốc tim, can thiệp ĐMV nguy cơ cao; IABP còn có một số hạn chế và biến chứng nhất định. So với các thiết bị hỗ trợ cơ học khác như Impella, TandemHeart, IABP có mức độ hỗ trợ cung lượng tim thấp hơn, hiệu quả của bóng không cao trong trường hợp rối loạn nhịp nhanh. Các biến chứng mạch máu vẫn là nguy cơ chính liên quan đến việc đặt IABP. Trong số các biến chứng mạch máu nghiêm trọng, phổ biến nhất là thiếu máu cục bộ ở chi, tổn thương mạch máu, xuất huyết lớn. Biến chứng mạch máu khác bao

gồm lóc tách động mạch, hình thành giả phình, thuyên tắc mỡ và tai biến mạch máu não. Biến chứng không liên quan đến mạch máu có thể gặp là nhiễm khuẩn vùng đùi, nhiễm khuẩn huyết (đặc biệt khi đặt bóng đối xung trong hơn 1 tuần), tan máu, giảm tiểu cầu, vỡ bóng. Nhìn chung, các biến chứng lớn (chảy máu nghiêm trọng, thiếu máu cục bộ ở các chi lớn hoặc tử vong tại bệnh viện) liên quan đến việc đặt IABP là tương đối hiếm với tỷ lệ 2,6%.⁴

V. KẾT LUẬN

Can thiệp thân chung động mạch vành trái với bệnh cảnh lâm sàng cấp tính luôn là thách thức với nguy cơ biến cố cao trong quá trình PCI. Xem xét sử dụng các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học cần thiết để giảm thiểu rủi ro khi tiến hành thủ thuật. Bóng đối xung động mạch chủ là một thiết bị hỗ trợ tuần hoàn có thể sử dụng thuận tiện, nhanh chóng, an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Valgimigli M, Malagutti P, Rodriguez-Granillo GA, et al.** Distal left main coronary disease is a major predictor of outcome in patients undergoing percutaneous intervention in the drug eluting stent era: an integrated clinical and angiographic analysis based on the Rapamycin Eluting Stent Evaluated at Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH) and Taxus-Stent Evaluated at Rotterdam Cardiology Hospital (T-SEARCH) registries. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47(8):1530-1537.
2. **Rihal CS, Naidu SS, Givertz MM, et al.** 2015 SCAI/ACC/HFSA/STS Clinical Expert Consensus Statement on the Use of Percutaneous Mechanical Circulatory Support Devices in Cardiovascular Care: Endorsed by the American Heart Association, the Cardiological Society of India, and Sociedad Latino Americana de Cardiologia Intervencion; Affirmation of Value by the Canadian Association of Interventional Cardiology-Association Canadienne de Cardiologie d'intervention. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65(19): e7-e26.
3. **Bolooki H. Clinical Application of Intra-Aortic Balloon Pump.** In: *The Intra-Aortic Balloon Pump.* 1998: 65-209.
4. **Ferguson JJ, Cohen M, Freedman RJ, et al.** The current practice of intra-aortic balloon counterpulsation: results from the Benchmark registry. *J Am Coll Cardiol.* 2001; 38:1456.
5. **Cheng JM, van Leeuwen MAH, de Boer SPM, et al.** Impact of intra-aortic balloon pump support initiated before versus after primary percutaneous coronary intervention in patients with cardiogenic shock from acute myocardial infarction. *Int J Cardiol.* 2013;168(4):3758-3763.
6. **Wallace TW, Berger JS, Wang A, Velazquez EJ, Brown DL.** Impact of left ventricular dysfunction on hospital mortality among patients undergoing elective percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol.* 2009;103(3):355-360.
7. **Thiele H, Ohman EM, Desch S, Eitel I, de Waha S.** Management of cardiogenic shock. *Eur*

- Heart J. 2015;36(20):1223-1230.
8. **Garry BP, Bivens HE.** The Seldinger technique. J Cardiothorac Anesth. 1988;2(3):403.
9. **Akyurekli Y, Taichman GC, Keon WJ.** Effectiveness of intra-aortic balloon

- counterpulsation on systolic unloading. Can J Surg J Can Chir. 1980;23(2):122-126.
10. **Trần Duy Anh, Nguyễn Thị Quý.** Tổng quan về bóng đối xung nội động mạch chủ. Y học thực hành (835-836). 2012.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NGHIỆN RƯỢU MẠN TÍNH

Nguyễn Đình Khanh¹, Đinh Việt Hùng¹,
Nguyễn Văn Linh¹, Huỳnh Ngọc Lăng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Phân tích về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị trên 45 bệnh nhân nghiện rượu được điều trị tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Thời gian nghiện rượu trung bình 14,81 ± 5,85 năm với lượng rượu uống trung bình 1024,45 ± 126,74 ml rượu và mức nghiện rượu nặng chiếm 68,89%. Các triệu chứng của nghiện rượu: ảo thị giác (84,44%), hoang tưởng ghen tuông (64,44%), cảm xúc hưng phấn: 57,78%. 100% bệnh nhân được điều trị bằng thuốc bình thần và vitamin B1 với 100% và 86,67% bệnh nhân tuyên giảm hoàn toàn sau 3 tuần điều trị. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính rất đa dạng và phong phú.

Từ khóa: Nghiện rượu mạn tính

SUMMARY

STUDY CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOL ABUSE

Objective: To examine clinical features and treatment outcomes of patients with chronic alcohol abuse. **Method:** Analyse clinical features and treatment outcomes of 45 patients with alcohol abuse who received inpatient treatment in the Psychiatric Department, 103 Military Medical Hospital. **Results:** The average duration of alcohol abuse was 14.81 ± 5.85 years, average amount of alcohol consumed was 1024.45 ± 126.74 ml and heavy alcoholism was 68.89%. The symptoms of alcohol abuse: visual illusion (84.44%), jealousy delusion (64.44%), emotional excitement (57.78%). 100% patients were treated by benzodiazepin and vitamin B1 and 86.67% of patients recovered completely after 3 weeks. **Conclusion:** Clinical features of patients with chronic alcohol abuse are varied and abundant.

Keywords: Chronic alcohol abuse.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện rượu là một tệ nạn xã hội có từ lâu đời và rất phổ biến trên thế giới chiếm 8-10% dân số. Trên thế giới có khoảng có 237 triệu đàn ông và 46 triệu phụ nữ nghiện rượu và tỷ lệ nghiện rượu cao nhất ở khu vực Châu Âu (14,8%) và khu vực Châu Mỹ (11,5%). Hơn 3 triệu người đã chết do uống rượu, bia trong năm 2016, tương ứng cứ 20 người tử vong thì có 1 người tử vong vì tác hại của rượu, bia. Hơn 3/4 số tử vong này là nam giới. Sử dụng rượu, bia ở mức có hại đã gây ra hơn 5% gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu.

Theo thống kê, năm 2017, sản lượng bia tiêu thụ ở Việt Nam là 4,006 tỷ lít. Con số này đã gần đạt mục tiêu đạt 4,1 tỷ lít bia vào năm 2020, ước tính mỗi người dân Việt Nam uống gần 43 lít bia/năm. Mức tiêu thụ rượu, bia ở Việt Nam hiện xếp thứ hai các nước Đông - Nam Á, xếp thứ 10 châu Á và thứ 29 thế giới. Hiện nay, đã có một số công trình nghiên cứu về nghiện rượu. Để góp phần vào việc nghiên cứu, điều trị tấn công và điều trị củng cố bệnh nhân nghiện rượu mạn tính, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bốn lăm bệnh nhân được chẩn đoán là nghiện rượu mạn tính theo ICD-10 (1992), được điều trị nội trú tại Bộ môn-Khoa tâm thần, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y từ tháng 2/2021 đến tháng 3/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Bệnh nhân được phân tích đặc điểm nghiện rượu mạn tính qua bệnh án nghiên cứu và được đánh giá trong ngày đầu bệnh nhân vào viện. Việc đánh giá được tiến hành độc lập bởi ba bác sĩ chuyên khoa tâm thần khác nhau và thang AUDIT (alcohol use disorders identification test). Xác định mức độ sử dụng rượu bia dựa trên bộ công

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Việt Hùng

Email: bshunga6@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022