

- Có 65,4% bệnh nhân bệnh thận đái tháo đường giai đoạn V có nồng độ calci thấp < 2,1 mmol/l. Tỷ lệ tăng phospho ở giai đoạn V là 35,9%, giai đoạn III và giai đoạn IV lần lượt là 4,9% và 22,92%. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ PTH cao chiếm 44,5%, trong đó 42% giai đoạn V, 50,3% giai đoạn IV, 43% giai đoạn III.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association (2010). "Standards of Medical Care in Diabetes," Diabetes Care Journals, 11 - 61.
2. **Nayak AU, Holland MR và Macdonald DR et al** (2011). Evidence for consistency of the glycation gap in diabetes", Diabetes Care Journals, 34, 1712 - 1716.
3. **Võ Phụng, Võ Tam và Hoàng Bùi Bảo và cộng sự** (2000). Khảo sát rối loạn calci, phospho trên bệnh nhân suy thận mạn ở Bệnh viện Trung ương Huế, Tạp san khoa học, Trường Đại học Y khoa Huế, 2/2000, 104 - 108.
4. **Nguyễn Văn Thanh** (2009). Nghiên cứu mật độ xương và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. **Nguyễn Vĩnh Hưng** (2002). Nghiên cứu một số biểu hiện lâm sàng và rối loạn chuyển hóa calci phospho trên bệnh nhân suy thận mạn tính giai đoạn cuối, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2020). Đánh giá rối loạn canxi, phospho ở bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. **Hồ Hà Linh** (2019). Nghiên cứu tình trạng cường cận giáp trạng thứ phát và bước đầu đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp cắt tuyến cận giáp chọn lọc ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. **Vũ Lệ Anh, Nguyễn Thành Tâm và Trần Thị Bích Hương** (2010). Rối loạn chuyển hóa calci, phospho và PTH ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn trước chạy thận nhân tạo", Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh, 14, 407 - 413.

9. **Hoàng Bùi Bảo** (2004). Nghiên cứu nồng độ canxi, phospho máu và hormon tuyến cận giáp ở bệnh nhân suy thận mạn tại Chu Rennes - Pháp, Tạp chí Y học thực hành, 494(11), 25 - 26.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TRONG HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY Ở BỆNH NHÂN GÚT

**ĐINH THỊ THỦY LAN¹,
NGUYỄN THỊ NGỌC LAN², LÊ THỊ LIỄU³**
¹Bệnh viện Hữu nghị
²Trường Đại học Y Hà Nội
³Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh siêu âm hội chứng ớng cổ tay ở bệnh nhân gút.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu được thực hiện trên 43 bệnh nhân gút với 75 bàn tay có biểu hiện hội chứng ớng cổ tay (HCOCT) trên lâm sàng. Các bệnh nhân đã được làm điện cơ để khẳng định chẩn đoán. Tất cả các bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, siêu âm khớp cổ tay. Phân độ HCOCT dựa theo lâm sàng và điện cơ. Siêu âm đánh giá các tổn thương dây thần kinh giữa và các thành phần khác trong ống cổ tay, các vị trí lắng đọng hạt Tophi.

Chịu trách nhiệm: Đinh Thị Thủy Lan
Email: thuylandinh91@gmail.com
Ngày nhận: 26/7/2021
Ngày phản biện: 20/8/2021
Ngày duyệt bài: 06/9/2021

Kết quả: 100% bệnh nhân nghiên cứu đều là nam giới, tuổi trung bình $56,6 \pm 8,8$, thời gian mắc bệnh gút trung bình: $12,4 \pm 6,1$ năm, thời gian mắc Hội chứng ớng cổ tay $14,5 \pm 13,7$ tháng. Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu gặp dị cảm (84%), giảm cảm giác (65,3%), mất cảm giác (9,3%), teo cơ ô mô cái (32%). 100% bệnh nhân có hạt Tophi trên lâm sàng. Phân độ nặng lâm sàng theo thang điểm Boston: Mức độ nhẹ và mức độ trung bình 73,3%.

Siêu âm phát hiện hạt Tophi trong ống cổ tay chiếm tỷ lệ cao (89,3%), kích thước trung bình $0,56 \pm 0,2$ cm; vị trí lắng đọng hạt Tophi thường gặp nhất là trong bao gân gấp chung nông (70,1%), bao gân gấp chung sâu (67,2%), màng hoạt dịch 29,9%, tại bao gân gấp nông 7,5% và bao gân gấp sâu chiếm tỷ lệ nhỏ 8,9%. Tỷ lệ viêm màng hoạt dịch: 13,3 %, đường đôi: 18,7%, khuyết xương 14,7 %. Diện tích trung bình dây

thần kinh giữa $8,4 \pm 2,17\text{mm}^2$. Độ dẹt dây thần kinh $2,8 \pm 0,7$. Độ khum mạc chằng $3,4 \pm 0,72\text{mm}$.

Kết luận: Hội chứng ống cổ tay xuất hiện ở bệnh nhân gút mạn tính do kiểm soát nồng độ acid uric máu không tốt dẫn tới lắng đọng hạt Tophi trong ống cổ tay. Chẩn đoán HCOCT ở bệnh nhân gút chủ yếu dựa vào lâm sàng và điện cơ. Siêu âm không có vai trò chẩn đoán nhưng phát hiện tốt các vị trí lắng đọng hạt Tophi cũng như đánh giá được số lượng và kích thước hạt Tophi.

Từ khóa: Hội chứng ống cổ tay, bệnh gút.

SUMMARY

Objectives: Describe clinical features and ultrasound images of carpal tunnel syndrome in gout patients.

Subjects and methods: The study was conducted on 43 gout patients with 75 hands showing carpal tunnel syndrome (HCOCT) clinically. The patients underwent electromyography to confirm the diagnosis. All patients were asked about the disease, clinical examination, and ultrasound of the wrist joints. HCOCT grading is based on clinical and electromyography. Ultrasound assessment of lesions of the median nerve and other components in the carpal tunnel, sites of Tophi particle deposition.

Results: 100% of study patients were men, mean age 56.6 ± 8.8 years, mean duration of gout: 12.4 ± 6.1 years, duration of carpal tunnel syndrome 14.5 ± 13.7 months. The main clinical symptoms were paresthesia (84%), decreased sensation (65.3%), loss of sensation (9.3%), muscle atrophy of female tissues (32%). 100% of patients have clinical Tophi granules. Classification of clinical severity according to the Boston scale: mild and moderate 73.3%. Ultrasonic detection of tophi in the carpal tunnel accounts for a high rate (89.3%), the average size is $0.56 \pm 0.2\text{cm}$; The most common places of deposition of tophi were in the superficial flexor tendon sheath (70.1%), deep flexor tendon sheath (67.2%), synovial membrane 29.9%, in the superficial flexor tendon sheath 7, 5% and the deep flexor tendon sheath accounts for a small proportion of 8.9%. The rate of synovitis: 13.3%, double line: 18.7%, bone defect 14.7% Average area of median nerve $8.4 \pm 2.17\text{mm}^2$ Nerve flattening 2.8 ± 0.7 , Meniscus ligament $3.4 \pm 0.72\text{mm}$.

Conclusion: Carpal tunnel syndrome occurs in chronic gout patients due to poor control of blood

uric acid levels, leading to deposition of Tophi particles in the carpal tunnel. Diagnosis of HCOCT in patients with Gout is mainly based on clinical and electromyography. Ultrasonography has no diagnostic role, but it can detect Tophi deposition sites well as well as evaluate the number and size of Tophi particles.

Keywords: Carpal tunnel syndrome, gout.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (Carpal tunnel syndrome) là hội chứng gây ra bởi sự tăng quá mức áp lực lên dây thần kinh giữa tại ống cổ tay. Đây là hội chứng hay gặp nhất trong các bệnh lý chèn ép dây thần kinh ngoại biên. Theo thống kê ở Mỹ, tỷ lệ mắc hàng năm của hội chứng ống cổ tay vào khoảng 1 - 5% dân số và có xu hướng tăng dần^[1]. Hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân Gút có hạt tophi gặp với tỉ lệ thấp hơn (0,6%) và không được mô tả nhiều trong y văn. Hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút gây nên do bệnh gút không được điều trị đúng cách^[2]. Trên thế giới, các tài liệu về hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút chỉ là các báo cáo ca lâm sàng, và mô tả hình ảnh trên cộng hưởng từ. Tại Việt Nam, mới có một nghiên cứu về đặc điểm siêu âm, điện cơ trong hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mà chưa có nghiên cứu nào tập trung chi tiết vào đặc điểm lâm sàng và siêu âm riêng cho đối tượng này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh siêu âm trong hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 43 bệnh nhân gút (86 ống cổ tay) có biểu hiện HCOCT trên lâm sàng tại Khoa Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Hữu nghị. Điện cơ khẳng định có 75 ống cổ tay bệnh. Sau đó tiến hành siêu âm các ống cổ tay bệnh, xét nghiệm máu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân mắc bệnh gút được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Bennet và Wood hoặc EULAR 2015 và mắc hội chứng ống cổ tay. Theo Hiệp hội Thần kinh học Hoa Kỳ, tiêu chuẩn chẩn đoán HCOCT có ít nhất một triệu chứng cơ năng (tê bì, dị cảm, giảm cảm giác các ngón 1,2,3 và ½ ngoài ngón 4) và một triệu chứng thực thể (teo cơ ô mô cái, cử động đối ngón yếu, có dấu hiệu Tinel, Phalen, Ducan), khẳng định chẩn đoán bằng điện cơ. Tiêu chuẩn chẩn đoán trên điện cơ là tăng thời gian tiềm vận động dây thần kinh giữa $\geq 4,5\text{ms}$ hoặc thời gian tiềm cảm giác dây thần kinh giữa $\geq 3,5\text{ms}$ ^[3].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có bệnh lý chèn

ép cột sống cổ, bệnh lý thần kinh ngoại vi, bệnh viêm đa rễ và dây thần kinh, tiền sử chấn thương cổ tay, bệnh nhân có bất thường dây thần kinh giữa (thần kinh giữa tách đôi).

Tất cả các bệnh nhân đều được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, làm điện cơ, siêu âm cổ tay bệnh, xét nghiệm máu theo một mẫu bệnh án thống nhất. Kết quả được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng

- 100% bệnh nhân nghiên cứu là nam giới.
- Tuổi trung bình: $56,6 \pm 8,8$, chủ yếu gặp ở độ tuổi trung niên (40 - 60) chiếm 62,8%.
- Thời gian mắc bệnh gút trung bình: $12,4 \pm 6,1$ năm.
- Thời gian mắc hội chứng ống cổ tay trung bình: $14,5 \pm 13,7$ tháng.

Bảng 4. Triệu chứng cơ năng chính của tay mắc Hội chứng ống cổ tay (n = 75)

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau bàn tay, cổ tay	22	29,3
Yếu tố khởi phát	53	70,7
Dị cảm	63	84,0
Giảm cảm giác	49	65,3
Mất cảm giác	7	9,3
Cử động đối ngón, cầm nắm yếu	31	41,3
Teo cơ ô mô cái	24	32

Nhận xét: Bệnh nhân có biểu hiện dị cảm chiếm tỷ lệ cao nhất với 84%, tiếp đó là biểu hiện giảm cảm giác 65,3% và cử động đối ngón, cầm nắm yếu 41,3%, bệnh nhân có teo ô mô cái chiếm 32%, ít gặp nhất là mất cảm giác bàn tay, cổ tay có 9,3% bệnh nhân.

Bảng 5. Phân độ nặng theo điểm Boston của bàn tay bị mắc

Hội chứng ống cổ tay (n = 75)

Phân độ Boston	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhẹ: 1,1 - 2 điểm	28	37,3
Trung bình: 2,1 - 3 điểm	27	36,0
Nặng: 3,1 - 4 điểm	15	20,0
Rất nặng: 4,1 - 5 điểm	5	6,7

Nhận xét: Các bệnh nhân phân bố chủ yếu thuộc nhóm nhẹ (37,3%) và trung bình (36,0%), số ít bệnh nhân ở giai đoạn bệnh nặng (20,0%), rất nặng (6,7%). Điểm Boston triệu chứng trung bình là $2,49 \pm 0,98$, điểm Boston chức năng trung bình là $2,30 \pm 1,23$, điểm Boston trung bình chung là $2,41 \pm 1,01$.

2. Đặc điểm siêu âm

Với 43 đối tượng nghiên cứu có 75 cổ tay mắc hội chứng ống cổ tay theo tiêu chuẩn điện

cơ được phân độ nặng theo Steven's: 54,7% mức độ nhẹ, 37,3% mức độ trung bình, 6% mức độ nặng.

Các tổn thương trên siêu âm khớp cổ tay (n = 75): Bệnh nhân gặp hình ảnh hạt Tophi trong ống cổ tay chiếm tỷ lệ cao (89,3%), kích thước trung bình $0,56 \pm 0,2$ cm; các hình ảnh viêm màng hoạt dịch khớp 13,3%, đường đôi 18,7%, khuyết xương 14,7%.

- **Vị trí lắng đọng hạt tophi:** Có 67/75 ống cổ tay bệnh có hình ảnh lắng đọng hạt Tophi trên siêu âm

Bảng 4. Vị trí lắng đọng hạt tophi trong ống cổ tay (n = 67)

Vị trí	n	%
Màng hoạt dịch khớp cổ tay	20	29,9
Bao gân gấp chung nông cổ tay	47	70,1
Bao gân gấp chung sâu cổ tay	45	67,2
Bao dây thần kinh giữa	1	1,5
Gân gấp nông	5	7,5
Gân gấp sâu	6	8,9

Nhận xét: Vị trí lắng đọng hạt tophi thường gặp nhất là trong bao gân gấp chung nông (70,1%), sau đó là đến bao gân gấp chung sâu (67,2%), lắng đọng tại màng hoạt dịch có 29,9% trường hợp, tại bao gân gấp nông và gân gấp sâu chiếm tỷ lệ nhỏ (7,5 % và 8,9%), rất hiếm gặp lắng đọng hạt tophi ở bao dây thần kinh giữa.

Bảng 5. Đặc điểm hình thái thần kinh giữa trên siêu âm (n = 75)

Dấu hiệu	n	%
Dây thần kinh giữa phình to ở đầu gần (Dấu hiệu Notch)	57	76,0
Dây thần kinh giữa phình to ở đầu xa (Notch đảo ngược)	4	5,3
Phù dây thần kinh giữa	58	77,3

Nhận xét: Dấu hiệu xuất hiện với tỷ lệ cao nhất là phù dây thần kinh giữa với 77,3%; tiếp theo là dấu hiệu dây thần kinh giữa phình to ở đầu gần (dấu hiệu Notch) gặp với tỷ lệ 76%, hiếm khi gặp dấu hiệu Notch đảo ngược (5,3%).

Trên siêu âm, chúng tôi đo được diện tích dây thần kinh giữa đoạn đầu gần ống cổ tay là: $8,4 \pm 2,17$ mm²; độ dẹt dây thần kinh giữa $2,8 \pm 0,7$, độ dày mạc chằng $0,67 \pm 0,15$ mm, độ khum mạc chằng $3,4 \pm 0,72$ mm.

Bảng 6. Phân loại mức độ tổn thương TK giữa trên siêu âm (n = 75)

Phân độ	Số lượng	Tỷ lệ
Bình thường	54	72,0
Nhẹ	18	24,0
Trung bình	2	2,7
Nặng	1	1,3

Nhận xét: Trong số 75 ống cổ tay bệnh được khảo sát bằng siêu âm có 72% dây thần kinh giữa có kích thước bình thường, 24% mức độ nhẹ, nhóm trung bình và nặng chiếm tỉ lệ nhỏ. Với diện tích cắt ngang thần kinh giữa đầu gần ống cổ tay < 9,5 mm² chẩn đoán bình thường; từ 9,5 mm² - 12,5 mm² mức độ nhẹ; từ 12,5 mm² - 15,0 mm² mức độ trung bình và trên 15 mm² mức độ nặng.

Tỉ lệ bệnh nhân có tăng acid uric máu trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, trong đó có 60,5% có mức acid uric máu trong khoảng 480 đến 600 μmol/l. Trung bình nồng độ acid uric máu là 543,01±152,64 (μmol/l).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

Trên thế giới có nhiều báo cáo về đặc điểm và vai trò của siêu âm trong chẩn đoán và phân loại mức độ nặng của hội chứng ống cổ tay nguyên phát. Tuy nhiên, các nghiên cứu về hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút chủ yếu là các báo cáo ca lâm sàng. Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 56,6 ± 8,8 tuổi và 100% là nam giới, với thời gian mắc bệnh gút trung bình là 12,4±6,1 năm, thời gian mắc hội chứng ống cổ tay trung bình là 14,5 ± 13,7 tháng. Kết quả của chúng tôi tương tự như của tác giả Phạm Hoài Thu và Lê Thị Liễu về giới tính và độ tuổi của đối tượng nghiên cứu^[4,5].

Hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút cũng có các đặc điểm trên lâm sàng gây ra bởi dây thần kinh giữa bị tổn thương là dị cảm chiếm tỷ lệ cao nhất với 84%, tiếp đó là biểu hiện giảm cảm giác 65,3% và cử động đối ngón, cầm nắm yếu 41,3%, bệnh nhân có teo ô mô cái chiếm 32%, ít gặp nhất là mất cảm giác bàn tay, cổ tay có 9,3% bệnh nhân. Điểm Boston được ứng dụng để phân độ nặng hội chứng ống cổ tay. Theo kết quả của chúng tôi, nhóm nhẹ theo điểm trung bình chung Boston 37,3%, nhóm trung bình là 36%, nhóm nặng có 20% và nhóm rất nặng chỉ chiếm 6,7%. Do mức độ tổn thương dây thần kinh giữa của các bệnh nhân trong các nghiên cứu khác nhau nên điểm trung bình Boston triệu chứng và chức năng cũng khác nhau. Điểm trung bình Boston trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của các tác giả Lê Thị Liễu, Phan Hồng Minh và F. Giannini (2,1 ± 0,9), Karadag^[4,6]. Sở dĩ điểm trung bình Boston của chúng tôi cao hơn các tác giả khác theo nguyên nhân thực tế lâm sàng nhận thấy là do bệnh nhân bị bệnh gút trong thời gian dài gây ra những biến dạng khớp cổ tay, bàn ngón tay nên vận động bị hạn chế theo.

2. Siêu âm

Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tới khám ở giai đoạn nhẹ và trung bình (54,7% và 37,3%) theo phân độ nặng theo điện cơ của Steven.

Hình thái dây thần kinh trong hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút có dấu hiệu phù dây thần kinh 77,3%, dấu hiệu Notch 76%, Notch đảo ngược 5,3%. Diện tích dây thần kinh giữa trong nghiên cứu của chúng tôi 8,4 ± 2,17 mm² nhỏ hơn so với các tác giả khác nghiên cứu ở đối tượng mắc hội chứng ống cổ tay nguyên phát^[4,7,8]. Khi sử dụng diện tích cắt ngang dây thần kinh giữa để chẩn đoán hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút thì tỉ lệ âm tính giả chiếm 72%, và tỉ lệ phân loại mức độ nặng của bệnh theo diện tích cắt ngang dây thần kinh giữa khác hoàn toàn so với phân độ nặng trên điện cơ. Các đặc hình ảnh siêu âm của bệnh gút ghi nhận được ở các đối tượng nghiên cứu này là 84% hạt tophi trong ống cổ tay trong đó có 31,7% số bệnh nhân chưa phát hiện được hạt tophi trên lâm sàng. Nghiên cứu của Phạm Hoài Thu cũng phát hiện được hình ảnh hạt tophi ở 7 trong 58 khớp chưa thấy hạt tophi trên lâm sàng^[5]. Kích thước trung bình của hạt tophi trong ống cổ tay là 0,56 ± 0,43cm. Vị trí lắng đọng hạt tophi thường gặp nhất là trong bao gân gấp chung nông (70,1%), sau đó là đến bao gân gấp chung sâu (67,2%), lắng đọng tại màng hoạt dịch có 29,9% trường hợp, tại bao gân gấp nông và gân gấp sâu chiếm tỉ lệ nhỏ (7,5% và 8,9%), chỉ có một trường hợp xuất hiện lắng đọng hạt tophi ở bao dây thần kinh giữa. Kết quả này cho thấy siêu âm có khả năng phát hiện tình trạng lắng đọng tinh thể urat ở khớp cổ tay khi bệnh nhân chưa có biểu hiện hạt tophi trên lâm sàng tại vị trí này.

Dấu hiệu đường đôi gặp tỉ lệ thấp trong nghiên cứu với 18,7% ống cổ tay được chúng tôi khảo sát, hình ảnh khuyết xương trên siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi cũng xuất hiện với tỉ lệ nhỏ 14,7%. Thấp hơn nhiều so với kết quả của các tác giả khác^[5,9]. Điều này do các tác giả khác nghiên cứu tại vị trí khớp chi dưới là nơi xuất hiện bệnh gút sớm nhất và thường tái đi tái lại nhiều lần. Mặt khác, khớp cổ tay là khớp có cấu trúc giải phẫu khá phức tạp với nhiều diện khớp nên khả năng phát hiện ra các khuyết xương khó khăn hơn khớp bàn ngón chân cái.

KẾT LUẬN

Hội chứng ống cổ tay xuất hiện ở bệnh nhân gút mạn tính do kiểm soát nồng độ acid uric máu không tốt. Chẩn đoán Hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút chủ yếu dựa vào lâm sàng và điện

cơ. Siêu âm không có vai trò trong chẩn đoán và phân độ nặng hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút nhưng phát hiện tốt các vị trí lắng đọng hạt Tophi cũng như đánh giá được số lượng và kích thước hạt Tophi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gelfman R, Melton LJ, Yawn BP, Wollan PC, Amadio PC, Stevens JC.** Long-term trends in carpal tunnel syndrome. *Neurology*. 2009 Jan 6;72(1):33 - 41.
2. **Rich JT, Bush DC, Lincoski CJ, Harrington TM.** Carpal Tunnel Syndrome Due To Tophaceous Gout. *Orthopedics*. 2004 Aug;27(8):862 - 3.
3. **Padua L, Padua R, Aprile I, Pasqualetti P, Tonali P,** Italian CTS Study Group. Carpal tunnel syndrome. Multiperspective follow-up of untreated carpal tunnel syndrome: a multicenter study. *Neurology*. 2001 Jun 12;56(11):1459 - 66.
4. **Lê Thị Liễu (2018).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện cơ và siêu âm Doppler năng lượng trong hội chứng ống cổ tay. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Việt Nam.

5. **Phạm Hoài Thu (2011).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh siêu âm khớp cổ chân trong bệnh gút, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Phan Hồng Minh (2011).** Đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý của hội chứng ống cổ tay. Tạp chí Y học lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai). Số chuyên đề Hội nghị Khoa học lần thứ 28., pp. 127-131.

7. **Mondelli M, Filippou G, Gallo A, Frediani B.** Diagnostic utility of ultrasonography versus nerve conduction studies in mild carpal tunnel syndrome. *Arthritis Rheum*. 2008 Mar 15;59(3):357 - 66.

8. **Kwon BC, Jung K-I, Baek GH.** Comparison of sonography and electrodiagnostic testing in the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg*. 2008 Jan;33(1):65 - 71.

9. **Wright SA, Filippucci E, McVeigh C, Grey A, McCarron M, Grassi W,** et al. High-resolution ultrasonography of the first metatarsal phalangeal joint in gout: a controlled study. *Ann Rheum Dis*. 2007 Jul; 66(7): 859 - 64.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

TRẦN THỊ HOÀI¹, CHU THỊ HANH²
¹ Bệnh viện Đa khoa Đức Giang
² Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2020 đến tháng 6/2021.

Phương pháp nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang trên 2 nhóm bệnh nhân bao gồm: 42 bệnh nhân COPD bị viêm phổi và 42 bệnh nhân đợt cấp COPD không bị viêm phổi.

Kết quả nghiên cứu: 80,9% bệnh nhân BPTNMT có viêm phổi thuộc nhóm C và D theo phân loại theo GOLD. Triệu chứng cơ năng thường gặp: khạc đờm tăng, thay đổi màu sắc của đờm 81,9%, khó thở tăng 71,4%, ho tăng

61,9%, sốt 47,6%, đau ngực 38,1%, ớn lạnh 19%. Triệu chứng thực thể bao gồm ran nổ 71,4%, ran ngáy, rít 42,9%. Xét nghiệm khí máu: pH $7,44 \pm 0,05$, PaO₂ $78,60 \pm 15,58$, PaCO₂ $43,74 \pm 15,48$, HCO₃⁻ $29,14 \pm 6,25$. Hình ảnh X-quang ngực: Tổn thương bên phải 38%, tổn thương nhiều thùy 71,4%.

Từ khóa: Viêm phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, COPD.

SUMMARY

The study was carried out with the aim of describing clinical and subclinical characteristics of community-acquired pneumonia in patients with chronic obstructive pulmonary disease at the Respiratory Center of Bach Mai Hospital from August 2020 to June 2021.

The study used a cross-sectional descriptive design on 2 groups of patients including: 42 COPD patients with pneumonia and 42 patients with COPD exacerbations without pneumonia.

The study results showed that 80.9% of GOLD C and D patients according to GOLD

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Hoài
Email: tranhoai1980@gmail.com
Ngày nhận: 08/7/2021
Ngày phản biện: 09/8/2021
Ngày duyệt bài: 24/8/2021