

Phẫu thuật Maze điều trị RN bằng năng lượng sóng cố tần số radio ở bệnh nhân phẫu thuật sửa hoặc thay VHL sinh học là an toàn, hiệu quả. Tuy nhiên cần nghiên cứu trên số lượng BN lớn, theo dõi dài hơn để có những kết quả dài hạn hơn.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kirchoff, P., et al., 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J, 2016. 37(38): p. 2893-2962.
2. Abdulla, J. and J.R. Nielsen, Is the risk of atrial fibrillation higher in athletes than in the general population? A systematic review and meta-analysis. Europace, 2009. 11(9): p. 1156-9.
3. Otto, C.M., et al., 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation, 2021. 143(5): p. e35-e71.
4. Fan, X., et al., Mitral valve repair and concomitant maze procedure versus catheter ablation in the treatment of atrial functional mitral regurgitation. BMC Cardiovasc Disord, 2022. 22(1): p. 543.
5. Meinertz, T., et al., Management of atrial fibrillation by primary care physicians in Germany: baseline results of the ATRIUM registry. Clin Res Cardiol, 2011. 100(10): p. 897-905.
6. January, C.T., et al., 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons. Circulation, 2019. 140(2): p. e125-e151.
7. Kim, J.B., et al., Mitral valve replacement with or without a concomitant Maze procedure in patients with atrial fibrillation. Heart, 2010. 96(14): p. 1126-31.
8. Ad, N., et al., Long-term outcome following concomitant mitral valve surgery and Cox maze procedure for atrial fibrillation. J Thorac Cardiovasc Surg, 2018. 155(3): p. 983-994.

## THAY VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ QUA ĐƯỜNG ỐNG THÔNG VỚI ĐƯỜNG VÀO ĐỘNG MẠCH CẢNH ĐẦU TIÊN TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Lâm Hiếu<sup>1,2</sup>, Bùi Quang Thắng<sup>1</sup>,  
Bùi Văn Nhơn<sup>1,2</sup>, Trần Việt Dũng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Thay van động mạch chủ qua ống thông (TAVI) là kỹ thuật can thiệp tim mạch ngày càng phát triển tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Thông thường thủ thuật TAVI sẽ được thực hiện qua đường vào động mạch đùi, với những trường hợp không thể tiếp cận qua đường động mạch đùi, việc thực hiện thủ thuật sẽ trở nên khó khăn và phức tạp hơn rất nhiều. Báo cáo mô tả trường hợp TAVI qua đường vào động mạch cảnh chung trái được thực hiện thành công đầu tiên ở Việt Nam. Bệnh nhân là nam giới 79 tuổi bị hẹp van động mạch chủ mức độ nặng có chỉ định làm TAVI. Khi chụp cắt lớp vi tính động mạch chủ đánh giá có hẹp eo động mạch chủ mức độ nhiều nên việc tiếp cận làm TAVI qua đường động mạch đùi là bất khả thi. Sau khi đánh giá rất kỹ lưỡng, chúng tôi đã quyết định tiến hành làm TAVI thành công qua đường động mạch cảnh chung trái mà không có biến chứng về thần kinh. **Từ khoá:** Hẹp van động mạch chủ, thay van động mạch chủ qua ống thông, tiếp cận qua động mạch cảnh

### SUMMARY

#### FIRST SUCCESSFUL TRANSCATHETER AORTIC VALVE REPLACEMENT VIA CAROTID ARTERY PERFORMED IN VIETNAM

Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) is a cardiovascular interventional technique that is increasingly developing in Vietnam as well as around the world. Normally, the TAVI procedure will be performed through the femoral artery. In cases where access through the femoral artery is not possible, performing the procedure will be much more difficult and complicated. This article describes the first successfully performed TAVI through the left common carotid artery in Vietnam. The patient is a 79-year-old man with severe aortic valve stenosis and is indicated for TAVI. When implementing computed tomography of the aorta, there was severe coarctation of the aorta, so access to TAVI through the femoral artery was impossible. After a very thorough evaluation, we decided to proceed with TAVI via the left common carotid artery, and the procedure has been done successfully without neurological complications.

**Keywords:** Aortic stenosis, transcatheter aortic valve implantation, carotid artery access

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay van động mạch chủ qua ống thông (TAVI) là một phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu với kết quả lâm sàng tốt được chỉ định cho những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao,

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt Dũng

Email: tranvietdungk23hoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

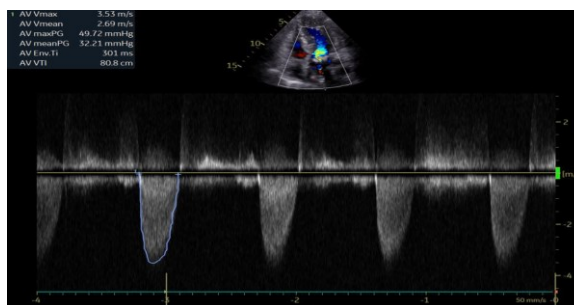
Ngày duyệt bài: 16.8.2024

trung bình bị hẹp động mạch chủ nặng (AS) và gần đây nghiên cứu mở rộng ra chỉ định trên nhóm nguy cơ thấp<sup>1</sup>. Kể từ ca TAVI đầu tiên được thực hiện vào năm 2002<sup>2</sup>, trên thế giới đã hàng trăm ngàn trường hợp được tiến hành thủ thuật này. Ở Việt Nam, ca TAVI đầu tiên được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội vào năm 2012 và tới nay đã có nhiều trung tâm triển khai kỹ thuật này với số lượng ca ngày càng tăng<sup>3</sup>. Đây là báo cáo đầu tiên ở Việt Nam về việc thực hiện thành công TAVI qua đường động mạch cảnh chung trái, được thực hiện cho một bệnh nhân tuổi cao, bị hẹp van động mạch chủ kèm theo hẹp eo động mạch chủ nhiều.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Đây là một bệnh nhân nam 79 tuổi, có tiền sử bệnh tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ) nhiều năm, bệnh mạch vành đã đặt stent động mạch liên thất trước (LAD), có hẹp eo động mạch chủ, bệnh nhân tới khám với triệu chứng mệt và khó thở khi gắng sức, khám lâm sàng nghe tim có tiếng thổi 3/6 ở ổ van động mạch chủ, Siêu âm tim xác định hẹp van động mạch chủ mức độ nhiều với diện tích van động mạch chủ là 0,53 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>, chênh áp tối đa/trung bình qua van là 49/32mmHg, van hai lá hẹp nhẹ và hở nhẹ, chức năng tâm thu thất trái bình thường (Hình 1). Chụp động mạch vành kiểm tra lại kết quả stent cũ LAD thông tốt, tái hẹp 50% sau stent, hẹp 30-40% động mạch mũ và động mạch vành phải. Sau khi đánh giá kỹ triệu chứng lâm sàng và siêu âm tim, chúng tôi quyết định chỉ định thay van động mạch chủ cho bệnh nhân.

Về phương pháp thay van, chúng tôi nhận định đây là trường hợp bệnh nhân cao tuổi, có nhiều bệnh lý nền (THA, ĐTĐ, bệnh lý động mạch vành đã đặt stent), chấm thang điểm euroScore và STS có giá trị lần lượt là 17% và 21%, chúng tôi nhận định phẫu thuật mổ mở thay van động mạch chủ trong trường hợp này thuộc nguy cơ cao và phương án TAVI là chỉ định tối ưu hơn cho bệnh nhân. Bệnh nhân được chụp phim cắt lớp vi tính (CLVT) động mạch chủ chậu để lên kế hoạch làm TAVI, kết quả đánh giá có hẹp eo động mạch chủ mức độ nhiều, vôi hóa và có hai khúc gập (Hình 2), do đó khả năng tiếp cận qua đường động mạch đùi để làm TAVI là không khả thi. Đo đường kính vòng van, nếu làm TAVI sẽ phải dùng van kích cỡ với hệ thống 24F, kích thước của động mạch dưới đòn trái chỗ hẹp nhất đo được là không đủ lớn để hệ thống 24F đi qua an toàn, do đó phương án tiếp cận làm TAVI qua đường vào động mạch cảnh được đặt ra.



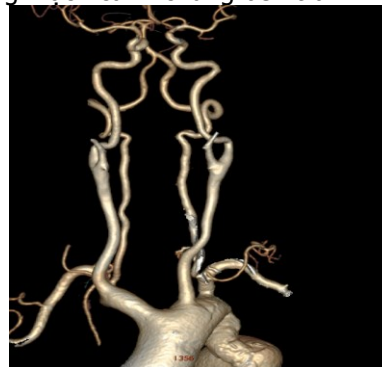
**Hình 1: Hình ảnh siêu âm tim đánh giá van động mạch chủ trước TAVI**

Bệnh nhân được chụp phim CLVT động mạch cảnh cho thấy động mạch cảnh hai bên xơ vữa, hẹp nhẹ, đường kính động mạch cảnh chung trái đủ lớn để hệ thống 24F đi qua an toàn (Hình 3)



**Hình 2: Hình ảnh chụp CLVT có hẹp eo động mạch chủ nhiều và xoắn vặn**

Sau khi hội chẩn với các chuyên khoa nội thần kinh, phẫu thuật mạch máu, gây mê hồi sức, trao đổi thống nhất với gia đình và bệnh nhân chúng tôi quyết định làm TAVI qua đường vào động mạch cảnh chung bên trái.

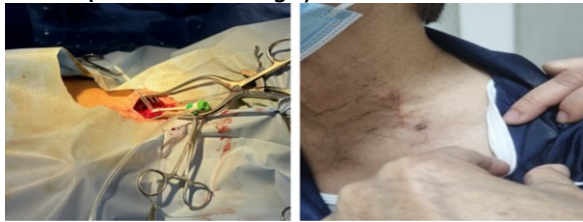


**Hình 3: Hình ảnh chụp CLVT động mạch cảnh**

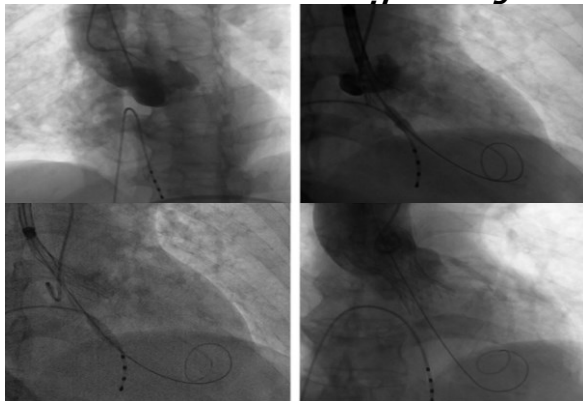
Bệnh nhân được tiến hành làm TAVI qua đường vào cảnh chung trái với sự phối hợp của nhiều chuyên khoa. Chúng tôi chọn phương pháp vô cảm là gây mê nội khí quản và theo dõi độ bão hòa oxy não liên tục, bác sĩ ngoại mạch máu hỗ trợ mở và đóng đường vào động mạch cảnh (Hình 4). Bệnh nhân được thay van động mạch chủ CoreValve Evolut R cỡ 26mm thuận lợi, kết quả can thiệp tốt (Hình 5). Trong quá trình can thiệp để hạn chế thời gian thiếu máu não do đặt

dụng cụ cỡ lớn, đầu tiên chúng tôi sử dụng sheath 6F hỗ trợ, sau khi lái wire qua van vào thất trái, chúng tôi thay sheath 12F để nong tiến hành nong bóng trước khi thả van, cuối cùng hệ thống van 24F được đưa vào và thả thuận lợi trong thời gian 10 phút. Sau thay van bệnh nhân được theo dõi và rút ống nội khí quản ngay tại phòng can thiệp, không có biến chứng về thần kinh.

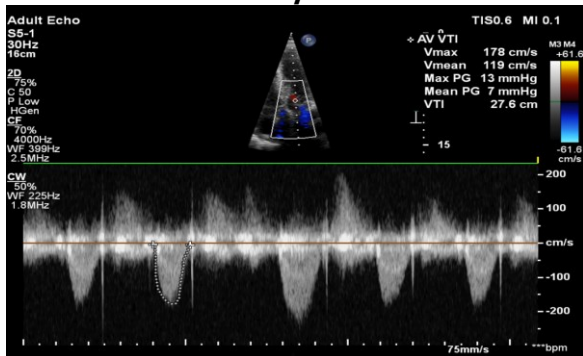
Kết quả siêu âm đánh giá sau TAVI tốt, van động mạch chủ nhân tạo ở đúng vị trí, có hở rất nhẹ cạnh van, diện tích lỗ van là 1.6 cm<sup>2</sup>, chênh áp tối đa và trung bình qua van lần lượt là 13 và 7mmHg (hình 6). Bệnh nhân ổn định và được xuất viện sau TAVI 4 ngày.



**Hình 4: Hình ảnh mở mạch trong can thiệp và vết mổ sau can thiệp 1 tháng**



**Hình 5: Hình ảnh quá trình làm TAVI**



**Hình 6: Hình ảnh siêu âm tim sau TAVI**

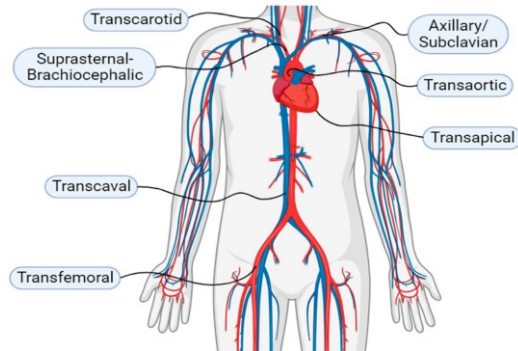
**III. BÀN LUẬN**

Can thiệp bệnh van động mạch chủ qua đường ống thông là một lĩnh vực thu hút nhiều

nghiên cứu từ đầu thế kỷ 21. Dựa trên kết quả nhiều nghiên cứu lớn, chỉ định TAVI ngày càng được mở rộng, ban đầu chỉ dành cho bệnh nhân không thể tiến hành phẫu thuật, sau đó là bệnh nhân nguy cơ phẫu thuật cao, nguy cơ trung bình và hiện giờ cả các bệnh nhân nguy cơ thấp<sup>1</sup>. TAVI đã thay đổi đáng kể lựa chọn điều trị cho bệnh nhân hẹp van động mạch chủ.

Để thực hiện kỹ thuật TAVI, ngoài việc đo đạc đánh giá các thông số liên quan đến van động mạch chủ, đánh giá đường vào giúp tiếp cận thay van động mạch chủ cũng vô cùng quan trọng. Các đường vào đã từng được lựa chọn để tiếp cận làm TAVI trên thế giới bao gồm: Qua đường vào động mạch đùi, động mạch cảnh, động mạch nách hoặc động mạch dưới đòn, qua mỏm tim, qua động mạch chủ và qua đường tĩnh mạch đùi (Hình 7).

**TAVI qua đường động mạch đùi:** Ngày nay đa phần các trường hợp thay van động mạch chủ qua đường ống thông được tiến hành qua đường vào động mạch đùi<sup>4,5</sup>, cùng với sự hoàn thiện của hệ thống dụng cụ với đường kính ngày càng nhỏ hơn tạo điều kiện cho việc tiếp cận thay van qua đường vào động mạch đùi. Tiếp cận qua đường động mạch đùi giúp thủ thuật thực hiện dễ dàng, ít nguy cơ hơn so với các đường tiếp cận khác. Tuy nhiên, đôi khi gặp một số trường hợp phức tạp do bệnh lý động mạch chậu đùi, chẳng hạn như vôi hóa, xoắn vặn, hẹp mức độ nặng làm cho việc tiếp cận qua đường mạch đùi trở nên khó khăn. Ở Việt Nam theo báo cáo của tác giả Đinh Huỳnh Linh công bố năm 2019 thì tất cả các trường hợp làm TAVI đều được thực hiện qua đường động mạch đùi<sup>3</sup>



**Hình 7: Các đường tiếp cận làm TAVI TAVI qua đường vào động mạch cảnh:**

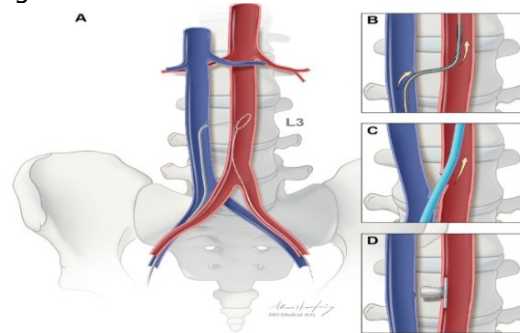
Trường hợp đầu tiên được báo cáo bởi Modine và đồng nghiệp năm 2010, sau đó hai năm có báo cáo thực hiện TAVI qua đường động mạch cảnh thành công cho 12 trường hợp. Biến chứng nghiêm trọng nhất được ghi nhận là cơn thiếu máu não thoáng qua, qua đó cho thấy tính an

toàn và khả thi khi thực hiện TAVI qua đường vào động mạch cảnh, tuy nhiên cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để củng cố cho lập luận trên. Để có thể tiếp cận làm TAVI qua đường động mạch cảnh thì đường kính của động mạch cảnh chung phải từ 8mm trở lên và không có hẹp, vôi hóa hay xoắn vặn nhiều<sup>6</sup>. Ngoài ra cần chụp phim mạch não đánh giá kỹ giải phẫu hệ thống mạch não, đặc biệt là vòng nối thông giữa hệ tuần hoàn não trước và não sau qua (Vòng nối đa giác Willis). Đối với những trường hợp không có bất thường, việc làm TAVI có thể tiến hành an toàn qua đường động mạch cảnh. Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, khi khảo sát động mạch cảnh chung trái có xơ vữa gây hẹp không đáng kể đường kính lòng mạch và hệ mạch đa giác Willis hoàn toàn bình thường và bệnh nhân được theo dõi bão hòa oxy máu não liên tục trong quá trình thực hiện thủ thuật. Ngoài ra để hạn chế tối đa thời gian thiếu máu não, chúng tôi ban đầu sử dụng sheath 6F để chụp, đánh giá và lái wire qua van động mạch chủ bị hẹp, sau đó thay sheath sáng 12F để hỗ trợ nong van động mạch chủ, sau đó hệ thống van động mạch chủ được đưa trực tiếp không qua sheath vào và thả thuận lợi trong vòng 10 phút qua đó giúp hạn chế nguy cơ xảy ra biến chứng thiếu máu não.

**TAVI qua đường vào động mạch nách hoặc dưới đòn:** Năm 2008, Ruge và cộng sự báo cáo trường hợp đầu tiên làm TAVI qua đường vào động mạch dưới đòn, từ đó nhiều báo cáo đã công bố về việc thực hiện thành công TAVI qua đường động mạch dưới đòn, cá biệt có trung tâm tỉ lệ tiếp cận qua động mạch dưới đòn lên tới 20%<sup>7</sup>. Khó khăn khi làm TAVI qua đường động mạch dưới đòn là nguy cơ dễ xảy ra biến chứng về mạch máu, do có kích thước nhỏ hơn, thành mỏng hơn và dễ bị tổn thương hơn động mạch đùi.

**TAVI qua đường mỏm tim:** Trường hợp làm TAVI qua đường mỏm tim đầu tiên được báo cáo năm 2005<sup>8</sup>. Ưu điểm của phương pháp này là ít nguy cơ biến chứng về mạch máu, hạn chế được lượng thuốc cản quang cũng như thời gian chiếu tia, giúp thả van chính xác hơn và ít nguy cơ hở cạnh chân van hơn so với tiếp cận qua đường động mạch đùi<sup>6</sup>. Nhược điểm của đường mỏm tim là phải phẫu thuật bộc lộ tới mỏm tim, do đó làm tăng nguy cơ của thủ thuật thay van, cần gây mê, tăng nguy cơ tổn thương cơ tim, khó áp dụng cho các bệnh nhân già yếu nhiều bệnh lý nền phối hợp cũng như những bệnh nhân có suy tim với chức năng thất trái giảm nhiều.

**TAVI qua đường tĩnh mạch đùi:** Trong trường hợp không thể tiếp cận thay van qua đường động mạch đùi, đường tĩnh mạch đùi có thể được cân nhắc. Trường hợp TAVI đầu tiên trên thế giới được thực hiện bởi Alain Cribier năm 2002 được tiến hành qua đường tĩnh mạch đùi, chọc vách liên nhĩ và tiếp cận thả van động mạch chủ từ thất trái<sup>2</sup>. Ngoài ra, qua đường vào tĩnh mạch đùi có thể tiếp cận tĩnh mạch chủ dưới tiếp cận sang động mạch chủ bụng để đưa hệ thống van sang động mạch chủ bụng đi lên để tiến hành thay van, kết thúc thủ thuật lỗ thông động tĩnh mạch chủ bụng được đóng lại bằng dụng cụ hai cánh<sup>9</sup> (Hình 8). Năm 2014, bệnh viện Henry Ford ở Mỹ công bố báo cáo về 19 trường hợp làm TAVI qua đường tiếp cận xuyên thành từ tĩnh mạch chủ dưới sang động mạch chủ bụng<sup>10</sup>. Năm 2017, một báo cáo về 100 trường hợp thực hiện TAVI tiếp cận từ tĩnh mạch đùi qua động mạch chủ bụng, với tỉ lệ thành công lên tới 99%<sup>9</sup>.



**Hình 8: Tiếp cận làm TAVI qua đường xuyên thành tĩnh mạch chủ bụng sang động mạch chủ**

Ngoài ra TAVI có thể được thực hiện bằng cách tiếp cận qua đường động mạch chủ lên hoặc động mạch thân cánh tay đầu.

#### IV. KẾT LUẬN

Đây là báo cáo đầu tiên tại Việt Nam về trường hợp thực hiện TAVI thành công qua động mạch cảnh cho một bệnh nhân bị hẹp van động mạch chủ cao tuổi kèm theo bệnh lý hẹp eo động mạch chủ. Phương pháp tiếp cận đường vào qua động mạch cảnh có thể hữu ích khi điều trị thay van động mạch chủ qua đường ống thông ở những bệnh nhân có kèm theo bệnh lý động mạch chủ hoặc bệnh lý mạch ngoại biên mà khó khăn khi tiếp cận qua đường động mạch đùi.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. J Am Coll

- Cardiol. 2021;77(4): e25-e197. doi:10.1016/j.jacc.2020.11.018
- Cribier A, Eltchaninoff H, Bash A, et al.** Percutaneous Transcatheter Implantation of an Aortic Valve Prosthesis for Calcific Aortic Stenosis: First Human Case Description. *Circulation*. 2002; 106(24): 3006-3008. doi:10.1161/01.CIR.0000047200.36165.B8
  - Linh ĐH, Hùng PM, Hiếu NL, et al.** Kết quả thay van động mạch chủ qua đường ống thông điều trị bệnh nhân hẹp van động mạch chủ tại một số trung tâm tim mạch của Việt Nam. Published online 2019.
  - Biasco L, Ferrari E, Pedrazzini G, et al.** Access Sites for TAVI: Patient Selection Criteria, Technical Aspects, and Outcomes. *Front Cardiovasc Med*. 2018;5:88. doi:10.3389/fcvm.2018.00088
  - Katsaros O, Apostolos A, Ktenopoulos N, et al.** Transcatheter Aortic Valve Implantation Access Sites: Same Goals, Distinct Aspects, Various Merits and Demerits. *J Cardiovasc Dev Dis*. 2023;11(1):4. doi:10.3390/jcdd11010004
  - Murdock JE, Jensen HA, Thourani VH.** Nontransfemoral Approaches to Transcatheter Aortic Valve Replacement. *Interv Cardiol Clin*. 2015;4(1):95-105. doi:10.1016/j.iccl.2014.09.006
  - Schofer N, Deuschl F, Conradi L, et al.** Preferential short cut or alternative route: the transaxillary access for transcatheter aortic valve implantation. *J Thorac Dis*. 2015;7(9).
  - Lichtenstein SV, Cheung A, Ye J, et al.** Transapical transcatheter aortic valve implantation in humans: initial clinical experience. *Circulation*. 2006;114(6): 591-596. doi:10.1161/circulationaha.106.632927
  - Greenbaum AB, Babaliaros VC, Chen MY, et al.** Transcaval Access and Closure for Transcatheter Aortic Valve Replacement: A Prospective Investigation. *J Am Coll Cardiol*. 2017; 69(5): 511-521. doi:10.1016/j.jacc.2016.10.024
  - Greenbaum AB, O'Neill WW, Paone G, et al.** Caval-aortic access to allow transcatheter aortic valve replacement in otherwise ineligible patients: initial human experience. *J Am Coll Cardiol*. 2014; 63 (25 Pt A): 2795-2804. doi:10.1016/j.jacc.2014.04.015

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH HẬU GIANG NĂM 2023

Nguyễn Trường Thịnh<sup>1</sup>, Trần Tôn Thái<sup>2</sup>, Trần Thị Ngọc Thảo<sup>1</sup>,  
Trần Dương Duy Anh<sup>1</sup>, Lữ Trúc Huy<sup>1</sup>, Trần Đỗ Thanh Phong<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue của trẻ tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang trong năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 85 bệnh nhi ≤15 tuổi được chẩn đoán xác định sốt xuất huyết Dengue điều trị tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang trong năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ điều trị hạ sốt chiếm 100%, trẻ được chỉ định truyền dịch đẳng trương là 5,9%, truyền dịch cao phân tử là 2,4% và được chỉ định truyền 2 loại dịch là 2,4%. Thời gian điều trị trung bình là 6,29 ± 2,13, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 5 ngày. Bệnh nhi có thời gian điều trị ≤ 7 ngày chiếm 77,6%, > 7 ngày chiếm 22,4%. Nhóm sốt xuất huyết Dengue có thời gian điều trị ≤ 7 ngày chiếm 80%, > 7 ngày chiếm 20%, nhóm sốt xuất huyết Dengue nặng có thời gian điều trị ≤ 7 ngày chiếm 40%, >7 ngày chiếm 60%. Số bệnh nhi được điều trị khỏi chiếm 97,6%, chuyển tuyến 2,4% và không có trường hợp nào tử vong. **Từ khóa:** Kết quả điều trị, sốt xuất huyết, dengue, khoa truyền nhiễm.

### SUMMARY

#### TREATMENT RESULTS OF DENGUE FEVER

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản nhi Tỉnh Hậu Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Thịnh

Email: 8626353701@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024

### AT HAU GIANG OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2023

**Objective:** evaluation of treatment results for fever of dengue fever in children at hau giang province obstetrics and pediatrics hospital in 2023. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 85 pediatric patients ≤15 years old with a confirmed diagnosis of Dengue hemorrhagic fever treated at Hau Giang Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2023. **Result:** The proportion of children receiving antipyretic treatment was 100%, 5.9% of children were prescribed isotonic fluids, 2.4% were given macromolecular fluids, and 2.4% were prescribed 2 types of fluids. The average treatment time is 6.29 ± 2.13, the shortest is 1 day and the longest is 5 days. Pediatric patients had treatment duration ≤ 7 days accounting for 77.6%, > 7 days accounting for 22.4%. Dengue hemorrhagic fever group has treatment time ≤ 7 days accounting for 80%, > 7 days accounts for 20%, severe dengue hemorrhagic fever group has treatment time ≤ 7 days accounts for 40%, > 7 days accounts for 60%. The number of pediatric patients cured was 97.6%, 2.4% were referred to another hospital, and there were no deaths.

**Keywords:** Treatment results, dengue fever, dengue, infectious disease department.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do 4 types virus Dengue gây ra, vector truyền bệnh là muỗi, chủ yếu là Aedes Aegypti. Đặc trưng của bệnh là sốt, xuất