

thể xảy ra sau khi tiến hành chích rạch, chủ yếu là tình trạng chảy máu trong đó đa phần bệnh nhân được theo dõi và tự cầm máu. Chỉ số ít cần đưa vào phòng mổ để gây mê cầm máu. Ngoài ra nghiên cứu của tác giả Johnston đề cập đến 4 trường hợp mắc biến chứng của áp xe quanh amidan sau khi đã được chích rạch là hội chứng Lemierre (huyết khối tĩnh mạch cảnh trong). Những bệnh nhân này có thời gian nằm viện kéo dài (trung bình 32 ngày)⁸.

Phương pháp cắt amidan nóng: Cắt amidan nóng là phương pháp làm giảm nhanh chóng các triệu chứng, chắc chắn loại bỏ ổ áp xe cũng như hạn chế các biến chứng của bệnh. Tuy nhiên chỉ định của phẫu thuật cắt amidan nóng vẫn đang chưa rõ ràng và có nhiều sự tranh cãi do nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật cao hơn so với phẫu thuật cắt amidan truyền thống.

Nghiên cứu của tác giả Khan nhận thấy thời gian phẫu thuật trung bình của phương pháp cắt amidan nóng dài hơn so với phẫu thuật cắt amidan thông thường (45.04 phút so với 32.72 phút) cũng như mức độ mất máu trong phẫu thuật cũng cao hơn. Ngoài ra nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật cũng cao hơn so với phẫu thuật cắt amidan thông thường⁹.

V. KẾT LUẬN

Kết quả tổng quan nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công do các phương pháp điều trị áp xe quanh amidan được thống kê trong các tài liệu tổng quan dao động từ 36.9-100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark C, Santarelli A, Merrill S, et al. (2022).

Analysis of Smoking Behavior in Patients With Peritonsillar Abscess: A Rural Community Hospital's Experience. *Cureus*, 14 (3),

2. Trương Kim Tri, Nguyễn Tư Thế, Võ Lâm Phước (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn ái khí của viêm tấy-áp xe quanh amidan tại bệnh viện Trung ương Huế và bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Y Dược học Trường Đại học Y Dược Huế*, 11 85-91.
3. Đỗ Thị Dung (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học và đánh giá kết quả điều trị áp xe quanh amidan tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Urban M.J, Masliah J, Heyd C, et al. (2022). Peritonsillar abscess size as a predictor of medical therapy success. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 131 (2), 211-218.
5. Mansour C, De Bonnacaze G, Mouchon E, et al. (2019). Comparison of needle aspiration versus incision and drainage under local anaesthesia for the initial treatment of peritonsillar abscess. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 276 2595-2601.
6. Ketterer M.C, Maier M, Burkhardt V, et al. (2023). The peritonsillar abscess and its management-is incision and drainage only a makeshift to the tonsillectomy or a permanent solution? *Frontiers in Medicine*, 10 1282040.
7. Zebolsky A.L, Dewey J, Swayze E.J, et al. (2021). Empiric treatment for peritonsillar abscess: a single-center experience with medical therapy alone. *American Journal of Otolaryngology*, 42 (4), 102954.
8. Johnston J, Stretton M, Mahadevan M, et al. (2018). Peritonsillar abscess: A retrospective case series of 1773 patients. *Clinical Otolaryngology*, 43 (3), 1-5.
9. Khan M.A, Ahmed A, Khan M (2020). Comparison of early versus interval tonsillectomy in cases of peritonsillar abscess. *Life & Science*, 1 (1), 5.

SO SÁNH TÁC DỤNG CẦM NÔN GIỮA ONDANSETRON VÀ DOMPERIDONE TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM DẠ DÀY RUỘT CẤP Ở TRẺ EM CÓ NÔN

Nguyễn Văn Chiến¹, Nguyễn Ngọc Rạng²,
Bùi Quang Nghĩa², Trần Chí Công¹, Trần Quốc Huy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nôn là biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất của viêm dạ dày cấp tính (VDDRC) và có thể làm giảm hiệu quả của điều trị bù nước bằng đường uống. Dùng thuốc chống nôn có thể làm giảm nôn và hỗ trợ

điều trị bù nước bằng đường uống. **Mục tiêu:** Mục tiêu của nghiên cứu này là so sánh tác dụng chống nôn của ondansetron (O) và domperidon (D) ở trẻ em dưới 6 tuổi mắc VDDRC có nôn. **Phương pháp:** Can thiệp lâm sàng có đối chứng, một nhóm được cho uống xi-rô O liều duy nhất 0,15mg/kg, nhóm còn lại uống hỗn dịch D liều duy nhất 0,5 mg/kg. **Kết quả:** Sau 4 giờ can thiệp 81,8% trẻ uống O ngừng nôn so với 71,6% trẻ uống D ($p < 0,05$). Sau 24 giờ tỷ lệ cầm nôn trong nhóm O và D lần lượt là 98,4% so với 88,3% ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về tỷ lệ truyền dịch 9 (6,6% sv. 15,1; $p > 0,05$), lượng oresol uống được sau 24 giờ (500 [IQR 300-500] so với 500 [IQR 300-500] ml; $p > 0,05$), thời gian tiêu chảy (70,4±23,1 và 69,7±24,5 giờ; $p > 0,05$) và thời

¹Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chiến

Email: nvchien1978@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 24.9.2024

gian nằm viện ($3,8 \pm 1,4$ vs. $3,7 \pm 1,6$; $p > 0,05$). **Kết luận:** O có tác dụng cầm nôn tốt hơn D và có thể làm giảm tỷ lệ truyền dịch TM ở trẻ em mắc VDDRC có nôn. **Từ khóa:** Viêm dạ dày ruột cấp; cầm nôn; domperidone; ondansetron

SUMMARY

COMPARISON OF THE ANTIEMETIC EFFICACY OF ONDANSETRON AND DOMPERIDONE IN CHILDREN AGED 6-72 MONTHS WITH ACUTE GASTROENTERITIS AND VOMITING AT VINH LONG GENERAL HOSPITAL

Introduction: Vomiting is the most common clinical presentation of acute gastroenteritis (AGE) and can limit the effectiveness of oral rehydration therapy. Antiemetics can reduce vomiting and facilitate oral rehydration therapy. **Objective:** The purpose of this study is to compare the antiemetic effects of ondansetron (O) and domperidone (D) in children with acute gastroenteritis (AGE) associated with vomiting. **Methods:** Randomized controlled open-label trial. One group of children received orally a single dose of O syrup (0.15 mg/kg), while the other received orally a single dose of D suspension (0.5 mg/kg). **Results:** After 4 hours, more patients had ceased vomiting in the O group (81.8%) than in the D (71.6%) ($p < 0.05$). After 24 hours, 98.4% of the O group had stopped vomiting, compared to 88.3% in the D group ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference between the 2 groups in the proportion of children receiving IV rehydration (6.6% vs. 15.1; $p > 0.05$), ORS intake at 24 hours (500 [IQR 300-500] vs. 500 [IQR 300-500] ml; $p > 0.05$), the duration of diarrhea (70.4 ± 23.1 vs. 69.7 ± 24.5 hours; $p > 0.05$) and the duration of hospitalization (3.8 ± 1.4 vs. 3.7 ± 1.6 ; $p > 0.05$). **Conclusions:** Ondansetron has a better antiemetic effect than domperidone and may lead to a reduction in IV rehydration for children with AGE associated with vomiting.

Keywords: acute gastroenteritis; antiemetics; domperidone; ondansetron

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày ruột cấp (VDDRC) là một bệnh phổ biến ở trẻ em ở các nước đang phát triển, ước tính mỗi năm có khoảng 0,5 triệu ca tử vong. Ở Việt Nam, tần suất mắc mới VDDRC ở trẻ dưới 5 tuổi là 0,81 trẻ/năm [2]. Nôn là biểu hiện lâm sàng phổ biến và đáng quan tâm vì có thể làm hạn chế bù nước bằng đường uống.

Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ thì thuốc chống nôn không khuyến cáo cho trẻ em VDDRC có nôn vì có thể có tác dụng phụ và làm cản trở việc bù nước bằng đường uống [8]. Tuy vậy, gần 80% bác sĩ nhi khoa ở các nước phát triển kê đơn thuốc chống nôn cho VDDRC có nôn [3]. Domperidone (D) cũng được kê đơn phổ biến để điều trị nôn ở trẻ em VDDRC tại Việt Nam nhưng chưa được báo cáo.

Gần đây đã có nhiều nghiên cứu cho rằng các loại thuốc chống nôn mới, đặc biệt là ondansetron (O), làm tăng bù dịch bằng đường uống, giảm nhu cầu truyền dịch TM, giảm nhập viện và giảm chi phí điều trị. Ngoài ra, O được dung nạp tốt và có ít tác dụng phụ hơn các thuốc chống nôn khác [5]. Trước đây, đã có báo cáo tại Việt Nam, O một liều TM có hiệu quả chống nôn và giảm truyền dịch ở trẻ em tiêu chảy có nôn [7]. Nhiều nghiên cứu ở các quốc gia khác nhau nhận thấy O làm giảm nôn, tăng lượng ORS uống, giảm truyền dịch TM, giảm nhập viện ở trẻ em VDDRC có ói [6].

Mục đích của nghiên cứu này là so sánh tác dụng chống nôn của O và D ở trẻ em dưới 6 tuổi mắc VDDRC có nôn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ 6 tháng đến 72 tháng bị VDDRC có nôn nhập viện tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Vinh Long, tháng 01/2023 đến tháng 06/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ từ 6 tháng đến 72 tháng tuổi có ≥ 2 đợt nôn không có dịch mật, không có máu trong vòng 4 giờ trước nhập viện, có tiêu chảy cấp tính (> 3 lần trong 24 giờ) không có máu trong phân, mất nước nhẹ đến trung bình và chưa được điều trị thuốc chống nôn.

Tiêu chí loại trừ: Mất nước nặng cần truyền TM, các bệnh ác tính, bệnh trào ngược dạ dày thực quản, bệnh tim bẩm sinh, hội chứng QT kéo dài hoặc dị ứng với O hoặc D.

Cỡ mẫu: Theo nghiên cứu của Marchetti và CS, tỷ lệ còn nôn ói nhóm O và D lần lượt là 16,8% và 44,5% [4] với lực mẫu là 80% và sai số α là 1% thì mỗi nhóm có 63 đối tượng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Trẻ em đủ điều kiện tham gia nghiên cứu sẽ được phân ngẫu nhiên vào một trong hai nhóm điều trị (O và D với tỷ lệ 1:1) bằng cách sử dụng hàm RAND trong Excel. Các phong bì đục, được dán kín có đánh số (nhóm O hoặc D) theo trình tự ngẫu nhiên. Sau khi xem xét tất cả các tiêu chí chọn mẫu và sự đồng ý của cha mẹ hoặc người thân, bác sĩ nghiên cứu sẽ mở phong bì để xác định đối tượng sẽ thuộc nhóm điều trị nào. Trẻ sẽ được uống một liều duy nhất xi-rô ondansetron (Nausazy, Central Pharmaceutical CPC1.JSC, Việt Nam) 0,15mg/kg hoặc một liều uống duy nhất hỗn dịch domperidone (Motilium, Janssen, Thái Lan) 0,5mg/kg. Cho uống lại nếu trẻ nôn ra hết thuốc trong vòng 15 phút.

Trong 30 phút tiếp theo, trẻ được uống ORS theo phác đồ hướng dẫn của WHO. Cho uống Oresol bằng muỗng, ly hoặc cốc khoảng 0,5

ml/kg trong 2 phút. Cứ sau 4 giờ, bác sĩ điều trị đánh giá lại độ mất nước và lượng ORS uống được. Trong quá trình điều trị, trẻ mất nước nặng hoặc sốc, co giật hoặc thay đổi tri giác sẽ được truyền dịch TM. Những trẻ tiếp tục nôn và mất nước sẽ được truyền dịch tùy theo quyết định của bác sĩ điều trị. Trong thời gian nằm viện, nhân viên y tế sẽ theo dõi chặt chẽ tình trạng nôn, tiêu chảy, lượng ORS uống, dấu hiệu mất nước và tác dụng phụ của thuốc.

2.3. Kết cục nghiên cứu. Kết cục chính là tỷ lệ trẻ hết nôn ở mỗi nhóm vào lúc 4 giờ và 24 giờ sau can thiệp. Nôn được định nghĩa khi có sự tổng mạnh các chất trong dạ dày lên và ra khỏi miệng. Kết cục phụ là tỷ lệ trẻ được truyền dịch TM, lượng ORS uống được trong 24 giờ, thời gian tiêu chảy và thời gian nằm viện.

2.4. Vấn đề y đức. Nghiên cứu này đã được phê duyệt bởi Hội đồng Khoa học và Công nghệ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long (số: 88/QĐ-

BVDKVL) và Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số: 23.118.HV/PCT-HĐYĐ)

2.5. Phân tích thống kê. Các biến phân loại được trình bày bằng số (n) và tỷ lệ (%). Các biến liên tục được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn (SD) hoặc trung vị và khoảng cách tứ phân vị (IQR) tùy theo số liệu có phân phối chuẩn. Dùng phép kiểm Chi-bình phương hoặc Fisher's exact cho các biến phân loại. Phép kiểm T student hoặc Mann-Whitney U cho các biến số tùy theo có phân phối chuẩn. Tính nguy cơ tương đối RR và khoảng tin cậy 95% cho các biến kết cục. Dùng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 126 trẻ được phân ngẫu nhiên, 5 bỏ cuộc, còn lại 121 trẻ được đưa vào phân tích theo quy trình (per-protocol) gồm 61 trẻ ở nhóm O và 60 trẻ ở nhóm D.

Bảng 1. Đặc điểm cơ bản của 2 nhóm nghiên cứu

	Ondansetron (n=61)	Domperidone (n=60)	p-value
Giới nam, n (%)	33 (54.1%)	31 (51.7%)	0.789 ^a
Tuổi, trung vị (IQR), tháng	21 (11-38)	29 (19-41)	0.058 ^b
Cân nặng, TB±SD, kg	12.8 ± 5.3	13.2 ± 4.1	0.587 ^b
Nhiệt độ, TB±SD, °C	37.4 ± 0.8	37.5 ± 0.7	0.758 ^b
Suy dinh dưỡng, n (%)	10 (16.4%)	10 (16.8%)	0.968 ^a
Thời gian tiêu chảy trước nhập viện TB±SD, ngày	4.1 ± 1.5	3.6 ± 1.2	0.066 ^b
Thời gian nôn trước nhập viện, trung vị (IQR), giờ	14 (10-18)	12 (10-18)	0.790 ^b
Số lần nôn 4 giờ trước nhập viện, TB ±SD	3.1 ± 1.0	3.4 ± 0.1	0.137 ^b
Phân độ mất nước, n (%)			
Nhẹ	44 (72.1%)	49 (61.7%)	0.214 ^a
Trung bình	17 (27.9%)	11 (18.3%)	
Điên giải đồ			
Natri, TB±SD, mmol/L	138.8 ± 2.5	138.7 ± 2.4	0.904 ^b
Kali, TB±SD, mmol/L	3.9 ± 2.3	3.9 ± 2.2	0.769 ^b
Chlor, TB±SD, mmol/L	99.1 ± 2.7	99.0 ± 3.3	0.845 ^b

* a: Chi-bình phương/Fisher's exact; b: Phép kiểm T/Mann-Whitney; SD: độ lệch chuẩn; TB: trung bình; IQR: khoảng tứ phân vị

Nhận xét: Có 64 nam (52,9%) và 57 nữ (47,1%). Tuổi trung vị là 25 (IQR:15-40) tháng tuổi.

Không có sự khác biệt về giới, tuổi, cân nặng, tình trạng suy dinh dưỡng giữa 2 nhóm O và D. Cũng không có sự khác biệt về số lần nôn, thời gian nôn và thời gian tiêu chảy trước nhập viện. Mức độ mất nước và ion đồ (Natri, Kali, Clor) cũng không khác biệt giữa 2 nhóm.

Bảng 2. So sánh kết cục chính và phụ giữa 2 nhóm nghiên cứu

	Ondansetron (n=61)	Domperidone (n=60)	RR (KTC 95%)	Giá trị p
Cầm nôn sau 4 giờ, n (%)	53 (86.8%)	43 (71.6%)	1.21 (1.01-1.46)	0.043 ^a
Cầm nôn sau 24 giờ, n (%)	60 (98.4%)	53 (88.3%)	1.11 (1.01-1.22)	0.030 ^a
Truyền dịch TM, n (%)	4 (6.6%)	9 (15.1%)	0.43 (0.14-1.34)	0.134 ^a
Thời gian tiêu chảy, TB±SD, giờ	70.4±23.1	69.7± 24.5		0.873 ^b
Thời gian nhập viện, TB±SD, ngày	3.8±1.4	3.7±1.6.		0.846 ^b
Lượng ORS uống trong 24g, trung vị (IQR), ml	500 (300-500)	500 (300-500)		0.732 ^b

* a: Chi-bình phương/Fisher's exact; b: Phép kiểm T /Mann-Whitney; SD: độ lệch chuẩn; TB: trung bình; IQR: khoảng tứ phân vị; RR: nguy cơ tương đối; KTC: Khoảng tin cậy

Nhận xét: Tại thời điểm 4 giờ, 53 (86,8%) trẻ trong nhóm O hết nôn hoàn toàn, so với 43 (71,6%) ở nhóm D (Nguy cơ tương đối RR=1,21 (KTC 95%: 1,01-1,46). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,043$). Tại thời điểm 24 giờ, 60 (98,4%) trẻ ở nhóm O hết nôn, so với 53 (88,3%) trẻ ở nhóm D (RR=1,11, KTC 95%: 1,01-1,22; $p=0,030$). Ở nhóm O, 4 trẻ (6,6%) cần truyền dịch, so với 9 trẻ (15,1%) ở nhóm D, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,134$). Lượng ORS uống được giữa hai nhóm sau 24 giờ không khác biệt ($p>0,05$)

Thời gian tiêu chảy ($70,4\pm 23,1$ sv $69,7\pm 24,5$ giờ; $p>0,05$) và thời gian nằm viện ($3,8\pm 1,4$ sv $3,7\pm 1,6$ ngày; $p>0,05$) cũng không khác biệt giữa hai nhóm (bảng 2)

Không có tác dụng bất lợi nào ở trẻ em trong nhóm D. Một trẻ ở nhóm O bị nổi mề đay nhưng chỉ nhưng nhanh chóng khỏi.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu này nhận thấy một liều duy nhất Ondansetron (O) đường uống làm giảm đáng kể nôn 4 giờ và 24 giờ sau can thiệp so với một liều domperidone (D) đường uống ở trẻ em mắc VDDRC có nôn ($p<0,05$). Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Marchetti và cộng sự (CS), tác giả nhận thấy O có hiệu quả hơn D trong việc giảm nôn ở trẻ VDDRC trong thời gian điều trị tại khoa cấp cứu Nhi (RR 0,38; KTC 98,6%: 0,22- 0,66; $p<0,001$) [4]. Trong một phân tích tổng hợp 7 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng (RCTs), Aisha và CS nhận thấy O có hiệu quả chống nôn tốt hơn D (RR 1,22; KTC 95%: 1,08-1,37; $p=0,002$) [1].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số trẻ trong nhóm O cần truyền dịch 4 (6,6%), chỉ bằng phân nửa so với nhóm D là 9 trẻ (15,1%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, điều này có thể do cỡ mẫu nhỏ và thiếu nhóm giả dược để so sánh. Trong một nghiên cứu đa trung tâm có nhóm giả dược, Marchelli và CS nhận thấy O làm giảm nguy cơ truyền dịch hơn 50% khi so sánh với nhóm D (RR 0,47; KTC 98,6% 0,23-0,97) và nhóm giả dược (RR 0,41; KTC 98,6% 0,20-0,83). Tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ truyền dịch giữa nhóm D và nhóm giả dược [4]. Nghiên cứu của Aisha và CS cũng nhận thấy nhóm dùng O giảm truyền dịch khoảng 1/3 so với nhóm dùng D (RR 0,37, KTC 95%: 0,16-0,83, $p=0,02$) [1]. Hầu hết các

nghiên cứu trước đây ở các quốc gia khác nhau đều nhận thấy so với giả dược, O uống hoặc tiêm TM làm giảm số bệnh nhân được truyền dịch [7]

Trong nghiên cứu này, lượng ORS uống được sau 4 và 24 giờ điều trị không có sự khác biệt giữa 2 nhóm O và D. Một số nghiên cứu trước đây ở các nước đang phát triển nhận thấy dùng O giảm ói làm tăng lượng ORS uống so với nhóm giả dược [7].

Tác dụng phụ thường gặp của O là tăng thời gian tiêu chảy [6], tuy nhiên không thấy trong nghiên cứu này có thể do O chỉ dùng một liều duy nhất. Ramsook và CS báo cáo O làm kéo dài thời gian tiêu chảy có thể do bệnh nhân được dùng nhiều liều O trong nghiên cứu này [6].

Không có tác dụng bất lợi nào được ghi nhận trong nghiên cứu này, mặc dù chúng ta phải cảnh giác với những tác dụng phụ rất hiếm gặp, chẳng hạn như rối loạn trương lực cơ và hội chứng QT kéo dài.

Điểm mạnh của nghiên cứu này là được thực hiện ở bệnh nhân nội trú với sự theo dõi chặt chẽ và thường xuyên hơn so với các nghiên cứu thực hiện trên bệnh nhân ngoại trú. Các hạn chế của nghiên cứu: (1) Nghiên cứu nhãn mở, nhân viên y tế có thể có những định kiến trước về nhóm điều trị (2) Do cỡ mẫu nhỏ và thiếu của nhóm giả dược, một số kết cục không được phát hiện (3) Thuốc dùng để điều trị tiêu chảy như smectite hoặc racecadotril, có thể ảnh hưởng đến tác dụng cầm nôn và thời gian tiêu chảy.

V. KẾT LUẬN

Ondansetron có tác dụng cầm nôn tốt hơn Domperidone và có thể làm giảm tỷ lệ truyền dịch tĩnh mạch ở trẻ em mắc viêm dạ dày ruột cấp có nôn. Cần có thêm nhiều nghiên cứu đối chứng, ngẫu nhiên đa trung tâm ở các nước đang phát triển để chứng minh lợi ích của Ondansetron trong điều trị viêm dạ dày ruột cấp có nôn ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aisha FNU và các cộng sự** (2022). "Comparison of the Effectiveness of Ondansetron and Domperidone in Cessation of Vomiting in Children Presenting With Acute Gastroenteritis: A Meta-Analysis". *Cureus*. 14(8).
2. **Iwashita Hanako và các cộng sự** (2022). "Risk Factors Associated with Diarrheal Episodes in an Agricultural Community in Nam Dinh Province, Vietnam: A Prospective Cohort Study". *International journal of environmental research and public health*. 19(4). tr.2456.
3. **Kenneth T Kwon và các cộng sự** (2002). "Antiemetic use in pediatric gastroenteritis: a national survey of emergency physicians,

- pediatricians, and pediatric emergency physicians", *Clinical pediatrics*, 41(9), tr.641–652.
- Marchetti Federico và các cộng sự** (2016). "Oral Ondansetron versus Domperidone for Acute Gastroenteritis in Pediatric Emergency Departments: Multicenter Double Blind Randomized Controlled Trial", *PloS one*, 11(11).
 - Niño-Serna, L. F và các cộng sự** (2020). "Antiemetics in Children With Acute Gastroenteritis: A Meta-analysis", *Pediatrics*, 145(4).
 - Ramsook Chris và các cộng sự** (2002). "A randomized clinical trial comparing oral ondansetron with placebo in children with vomiting from acute gastroenteritis", *Annals of emergency medicine*, 39(4), tr.397–403.
 - Rana Naveen Nao và các cộng sự** (2019). "Single-dose Intravenous Ondansetron in Children with Gastroenteritis: A Randomized Controlled Trial", *Indian pediatrics*, 56(6), tr.468–471.
 - World Health Organization**. The treatment of diarrhoea: A manual for physicians and other senior health workers, 4th ed. Geneva 2005.

TỔNG QUAN VỀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CÁC BIẾN CHỨNG Ổ MẮT TRONG VIÊM MŨI XOANG CẤP Ở TRẺ EM

Đỗ Huyền Trang^{1,2}, Nguyễn Quang Trung^{2,3}, Lê Anh Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị các biến chứng ổ mắt do viêm mũi xoang cấp ở trẻ em. **Phương pháp:** Tổng quan luận điểm. Chúng tôi sử dụng cơ sở dữ liệu từ trang thông tin điện tử Pubmed và tìm kiếm thủ công để tìm kiếm các bài báo liên quan đến việc điều trị biến chứng ổ mắt do viêm mũi xoang ở trẻ em. **Kết quả:** 15 bài báo được đưa vào nghiên cứu, trong đó 11 bài báo là nghiên cứu mô tả cắt ngang, 2 bài là nghiên cứu thuần tập và 2 bài là loạt ca bệnh. Tổng cộng có 554 bệnh nhân độ tuổi từ 0,5 đến 15 tuổi được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 6,1 tuổi. Tỷ lệ nam giới là 61,73%, nữ giới là 38,27%. Có 311 bệnh nhân điều trị bảo tồn và 269 bệnh nhân điều trị phẫu thuật. Triệu chứng để can thiệp phẫu thuật ở bệnh nhân áp xe dưới màng xương là: phù kết mạc, lồi mắt $\geq 2\text{mm}$, hạn chế vận nhãn, thị lực giảm ($<20/60$), nhãn áp $\geq 20\text{mmHg}$, chiều rộng ổ áp xe $\geq 1,2\text{cm}$ và thể tích ổ áp xe $>1,5\text{ml}$. Các bệnh nhân đa số hồi phục hoàn toàn, di chứng về thị giác bao gồm sụp mí, hạn chế vận nhãn và mất (giảm thị lực). Thời gian trung bình nằm viện là 6,6 ngày, nhóm điều trị bảo tồn có thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm bệnh nhân phẫu thuật. **Kết luận:** Biến chứng ổ mắt do viêm mũi xoang cấp là một cấp cứu trong tai mũi họng. Viêm tấy trước vách ngăn và viêm tấy ổ mắt ở trẻ em thường đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn và hồi phục hoàn toàn, trong khi áp xe ổ mắt và huyết khối xoang hang phải điều trị phẫu thuật. Áp xe dưới màng xương có thể điều trị bảo tồn trong một số trường hợp nhưng phải phụ thuộc đặc điểm bệnh nhân, kết quả khám, cắt lớp vi tính và theo dõi sát. Đối với biến chứng Chandler III trở lên, mặc dù điều trị tích cực vẫn có thể để lại di chứng thị giác.

Từ khóa: điều trị biến chứng ổ mắt do viêm mũi xoang cấp ở trẻ em.

SUMMARY

A SCOPING REVIEW ABOUT THE RESULT OF TREATMENT OF ORBITAL COMPLICATIONS IN PEDIATRIC ACUTE RHINOSINUSITIS

Objectives: Evaluate results of treatment of orbital complications in pediatric acute rhinosinusitis. **Methods:** Scoping review. Searching the database on Pubmed and manual searching related to treatment of orbital complications in pediatric acute rhinosinusitis. **Results:** 15 articles were included in the study: 11 were cross-sectional studies, 2 were cohort studies and 2 were case series. A total of 554 patients aged from 0,5 to 15 years old were included in the study, the average age was 6,1 years old. The proportion of men was 61.73%, women was 38.27%. There were 311 patients treated non-surgically and 269 patients underwent surgery. Symptoms to indicate surgery in patients with subperiosteal abscess are: chemosis, proptosis $\geq 2\text{mm}$, limited eye movements, decrease visual acuity ($< 20/60$), the abscess width $\geq 1.2\text{cm}$, intraocular pressure (IOP) $\geq 20\text{mmHg}$ and the abscess volume $>1.5\text{ml}$. Most patients recovered completely, visual sequelae include ptosis, limited eye movement, loss (decreased vision). The mean duration of hospitalization stay was 6,6 days. The medical treatment group had a shorter long of stay than the surgical patient group. **Conclusion:** Orbital complications due to acute rhinosinusitis are an ENT emergency. Pre-septal and orbital cellulitis can be treated non-surgically, while orbital abscess and cavernous sinus thrombosis are treated surgically. Subperiosteal abscesses can be treated conservative in some cases, depend on patient characteristics, examination results, computed tomography and monitoring. Treatment of complications of Chandler III or higher still carries the risk of visual sequelae.

Keywords: result of treatment orbital complications of acute sinusitis in pediatric

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng ổ mắt do viêm mũi xoang cấp

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: trungtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.9.2024