

dụng mũi ngay sau khi lấp hàm. Nghiên cứu của tác giả Grayson thì sau khi khe hở cung hàm dưới 5mm thì mới tác động mũi [4].

Kết quả giảm độ rộng, tăng chiều cao lỗ mũi và góc trụ mũi tăng từ 48,4 độ lên 80,9 độ cho thấy mũi đạt được sự cân xứng hơn so với trước điều trị.

Việc cải thiện sự đối xứng của mũi cũng là một mục tiêu quan trọng khi tiến hành nghiên cứu này. Cụ thể ở đây là giảm chiều rộng và tăng chiều cao lỗ mũi bên khe hở, từ đó cải thiện được tỷ lệ giữa chiều rộng/chiều cao của lỗ mũi bên hõ/lành. Chiều rộng lỗ mũi bên khe hở là biến có sự thay đổi nhiều nhất, cho thấy hiệu quả đáng kể của việc đeo khí cụ.

Các bệnh nhân đều được duy trì ít nhất một tuần sau khi điều chỉnh quá mức độ cao của lỗ mũi trước khi sửa chữa môi-mũi lần đầu. Để duy trì kết quả điều trị ổn định, chúng tôi cho đeo khí cụ cho đến ngày phẫu thuật môi thì đầu. Chúng tôi đã điều chỉnh khí cụ và hướng dẫn lại gia đình cách chăm sóc trẻ và sử dụng khí cụ.

## V. KẾT LUẬN

Tác dụng của khí cụ cho trẻ sơ sinh KHMVM toàn bộ một bên đã làm tăng chiều cao, giảm chiều rộng lỗ mũi bên khe hở và nâng cao trụ mũi, làm mũi cân đối hơn.

Can thiệp trước phẫu thuật tại BV RHM TƯ HN đã bước đầu cho thấy hiệu quả ở trẻ sơ sinh có KHMVM toàn bộ một bên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berkowitz, S.**, Cleft lip and palate: Diagnosis and Management. 3rd ed. 2013: Springer.
2. **Dogan, S., G. Oncag, and Y. Akin**, Craniofacial development in children with unilateral cleft lip and palate. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2006. 44(1): p. 28-33.
3. **Diah, E., et al.**, Maxillary growth of adult patients with unoperated cleft: answers to the debates. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*, 2007. 60(4): p. 407-413.
4. **Grayson, B.H. and D. Maull**, Nasoalveolar molding for infants born with clefts of the lip, alveolus, and palate. *Clin Plast Surg*, 2004. 31(2): p. 149-58, vii.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO VÀ NẶNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Vũ Thị Thu Uyên<sup>1</sup>, Hoàng Thị Huệ<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Lâm<sup>2</sup>, Nguyễn Thành Đồng<sup>2</sup>, Trần Thị Xuyên<sup>2</sup>, Lưu Thị Hòa<sup>3</sup>, Đào Hữu Nam<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả điều trị sốt xuất huyết Dengue (SXHD) có dấu hiệu cảnh báo (DHCB) và nặng ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu 205 bệnh nhi được chẩn đoán xác định sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo và sốt xuất huyết Dengue nặng điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2023. **Kết quả:** Trong 205 bệnh nhân, SXHD có DHCB là 169 ca (82,4%), SXHD nặng là 36 ca (17,6%) trong đó thể sốc là 15,1%, thể suy tạng nặng là 1,5% thể xuất huyết nặng là 1%. 100% các bệnh nhân đều hồi phục tốt, không có trường hợp tử vong. Trong quá trình điều trị nhóm SXHD có DHCB, có 71% trường hợp chỉ cần bù dịch bằng đường uống là Oresol, có 29% cần sử dụng dịch tinh thể đẳng trương. Ở nhóm bệnh nhân SXHD nặng thể sốc, tỉ lệ chỉ cần sử dụng dung dịch tinh thể

đẳng trương đơn thuần là 32,3%, tỉ lệ phải sử dụng cả dịch tinh thể đẳng trương và cao phân tử là 67,7%, tỉ lệ có sử dụng Albumin là 9,7%, lượng dịch truyền trung bình là 111,76 ± 34,82 ml/kg và thời gian truyền dịch trung bình là 18,7 ± 7,64 giờ. Hỗ trợ hô hấp: 7,3% bệnh nhi thở Oxy, trong đó nhóm SXHD nặng là 12 ca (33,3%), nhóm có DHCB là 3 ca (1,8%).

**Kết luận:** Can thiệp điều trị một cách nhanh chóng, thích hợp theo phác đồ của Bộ Y Tế năm 2019 đã góp phần làm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong của bệnh.

**Từ khóa:** Sốt xuất huyết Dengue có DHCB, sốt xuất huyết Dengue nặng, kết quả điều trị.

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF TREATMENT DENGUE WITH WARNING SIGNS AND SEVERE DENGUE FEVER AT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

**Objectives:** Comment the results of treatment dengue with warning signs and severe dengue fever at National Children's Hospital. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study. 205 children with confirmed diagnosis of Dengue with warning signs (DWWS) and severe Dengue (SD) fever being treated at National Children's Hospital in 2023. **Results:** Of the 205 patients enrolled in the study, 82,4% had DWWS and 17,6% had SD, including Dengue shock syndrome (DSS) (15,1%), SD with organ impairment (1,5%), severe bleeding (1%).

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Hữu Nam

Email: namdhnt30@nch.org.vn

Ngày nhận bài: 4.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

100% of the patients recovered well, with no fatalities. During the treatment of the DWWS, 71% of cases required only oral rehydration with Oresol, while 29% used crystalloid. In DSS, the rate of using only crystalloid was 32,3%, used crystalloid and colloid therapy was needed in 67,7% of cases, 9,7% of the patients had Albumin infusion. The mean total fluid volume was  $111.76 \pm 34.82$  ml/kg and mean infusion time was  $18.7 \pm 7.64$  hours. The rate of SD needed to respiratory support methods: nasal cannula (33,3%), NCAP (0%). **Conclusions:** Appropriate intervention and optimal infusion according to the Dengue hemorrhagic fever regimen - 2019 by Ministry of Health had lowered complications and mortality of the diseases. **Keywords:** Dengue with warning signs, severe dengue, the results of treatment.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Dengue gây nên. Vi rút Dengue có 4 týp huyết thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4, lây truyền do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là trung gian truyền bệnh chủ yếu. Bệnh có đặc trưng là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng [1]. Hiện nay, sốt xuất huyết lưu hành ở hơn 125 quốc gia ở vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới và ước tính gây ra khoảng 390 triệu ca nhiễm bệnh hàng năm trên toàn thế giới, trong đó 96 triệu ca biểu hiện lâm sàng [8]. Tại Việt Nam, SXHD đã trở thành dịch hàng năm và vẫn có xu hướng gia tăng. Biểu hiện lâm sàng của SXHD rất đa dạng, diễn biến lâm sàng phức tạp và sốc SXHD ngày một gia tăng trong khi đó bệnh không có biện pháp điều trị đặc hiệu, chưa tìm được các biện pháp phòng bệnh có hiệu quả như Vacxin Dengue vẫn đang ở giai đoạn nghiên cứu, việc phòng chống muỗi *Aedes* truyền virus Dengue chưa có hiệu quả lâu dài. SXHD nặng đặc biệt là sốc là biến chứng nguy hiểm, đa số bệnh nhân tử vong là do sốc. Do tầm quan trọng của bệnh Bộ Y tế cũng đưa ra " Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết Dengue" dựa trên cơ sở theo hướng dẫn của WHO năm 2009. Phần lớn các trường hợp SXHD có dấu hiệu cảnh báo và nặng đều đáp ứng với bù dịch theo phác đồ hướng dẫn của Bộ Y Tế. Tuy nhiên, một số trường hợp đặc biệt là các trường hợp sốc vẫn không cải thiện sau nhiều giờ điều trị, với các biến chứng tổn thương nhiều cơ quan. Vấn đề theo dõi diễn tiến bệnh phát hiện sớm diễn biến nặng, đặc biệt là giai đoạn nguy hiểm của bệnh giúp bệnh nhân đáp ứng với điều trị, giảm các nguy cơ diễn tiến sốc và các biến chứng SXHD nặng. Tuy nhiên vẫn còn ít những báo cáo, nghiên cứu về kết quả điều trị SXHD nặng dựa

trên phác đồ mới năm 2019. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu ở bệnh nhi SXHD có DHCB và SXHD nặng điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương để làm rõ vấn đề trên nhằm chia sẻ thêm kinh nghiệm trong theo dõi và điều trị bệnh SXHD.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 205 bệnh nhi được chẩn đoán xác định sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo và sốt xuất huyết Dengue nặng điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân tuổi từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán xác định sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo và sốt xuất huyết Dengue nặng theo Quyết định 3705/QĐ-BYT của Bộ y tế 2019 về "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue" [1].

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh lý khác đi kèm như: tim bẩm sinh có suy tim, cao áp phổi, suy gan, suy thận, bệnh lý thần kinh.

Không được sự đồng ý của gia đình bệnh nhi.

### 2.2. Thời gian địa điểm nghiên cứu

**Thời gian nghiên cứu:** Từ ngày 01 tháng 07 năm 2023 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023.

**Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Nhi Trung ương.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế cắt ngang

**Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ cho nghiên cứu mô tả.

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Với  $Z=1,96$ ;  $\alpha=0,05$ ;  $d=0,07$ ,  $p = 0,479$  là tỷ lệ trẻ SXHD có DHCB và SXHD nặng theo nghiên cứu của tác giả của tác giả Nguyễn Mậu Thạch và cộng sự Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi là 47,9%[5]. Do đó, cỡ mẫu chúng tôi tính được tối thiểu là  $n=196$ .

**Cách chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích. Chọn những bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu vào viện với mã số bệnh nhân chẩn.

**2.4. Phương pháp tiến hành.** Tất cả bệnh nhân SXHD nhập bệnh viện Trung tâm Bệnh nhiệt đới từ ngày 01/07/2023 đến 31/12/2023 thỏa tiêu chuẩn về mẫu được đưa vào nghiên cứu. Qua thăm khám lâm sàng ban đầu, các bệnh nhân được phân làm hai nhóm SXHD có DHCB và SXHD nặng thể sốc. Sau đó, các bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết theo mỗi nhóm. Dựa vào kết quả xét nghiệm trên, bệnh nhân sẽ được sắp xếp vào

các nhóm vào nhóm SXHD có DHCB và SXHD nặng, trong nhóm SXHD nặng sẽ chia các nhóm thể thoát huyết tương nặng, thể suy tạng nặng và thể xuất huyết nặng. Mỗi nhóm sẽ được theo dõi và thu thập các số liệu lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị hằng ngày trong suốt thời gian nằm viện. Nghiên cứu sẽ chấm dứt khi trẻ xuất viện, tử vong hoặc không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu.

**2.5. Phân tích và xử lý số liệu.** Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 25.0.

**2.6. Đạo đức trong nghiên cứu.** Đề tài đã thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Kết quả và thời gian điều trị**

Đặc điểm	SXHD có DHCB	SXHD nặng	Chung
Khỏi (n/%)	169(82,4%)	36(17,6%)	205(100%)
Tử vong(n/%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Thời gian điều trị (X±SD (ngày))	3,8 ±1,52	5,33 ±1,72	4,07 ±1,66

**Nhận xét:** Tỷ lệ điều trị khỏi là 100%. Không ghi nhận trường hợp tử vong nào. Thời gian điều trị trung bình là 4,07 ± 1,66 ngày trong đó nhóm trẻ SXHD nặng có thời gian điều trị dài hơn là 5,33 ± 1,72 ngày so với nhóm có DHCB là 3,8 ± 1,52 ngày.

**Bảng 2. Diễn biến điều trị**

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Diễn biến điều trị SXHD có DHCB	Vào sốc	15	8,2%
	Không vào sốc	169	91,8%
Diễn biến điều trị sốc	Thoát sốc	25	80,6%
	Tái sốc, sốc kéo dài	6	19,4%

**Nhận xét:** Trong 184 bệnh nhân có chẩn đoán lúc vào viện có 15 bệnh nhân chuyển SXHD nặng, cụ thể là sốc. Trong quá trình điều trị 31 bệnh nhân SXHD nặng thể sốc có 19,4% bệnh nhân diễn biến sốc kéo dài hoặc tái sốc.

**Bảng 3. Các loại dịch được sử dụng ở bệnh nhân SXHD có DHCB**

Các loại dịch	SXHD có DHCB
Chỉ cần sử dụng Oresol (n/%)	120(71%)
Cần sử dụng dung dịch tinh thể đẳng trương (n/%)	49(29%)
Lượng dịch tinh thể đẳng trương trung bình(ml/kg)	37,95 ± 14,52
Thời gian truyền dịch trung bình (giờ)	7,67 ± 3,5

**Nhận xét:** Có 120 ca (71%) chỉ cần bù dịch bằng đường uống là Oresol, có 49 ca (29%) sử dụng dịch tinh thể đẳng trương trong quá trình điều trị. Lượng dịch tinh thể đẳng trương trung bình trong thời gian điều trị là 37,95 ± 14,52 ml/kg, thời gian truyền dịch trung bình là 7,67 ± 3,5 giờ.

**Bảng 4. Các loại dịch được sử dụng ở bệnh nhân sốc SXHD**

Đặc điểm truyền dịch	Sốc SXHD
Chỉ sử dụng dịch tinh thể đẳng trương(n(%))	10(32,3%)
Lượng dịch tinh thể đẳng trương trung bình (ml/kg)	85,33 ± 19,23
Cần sử dụng dịch tinh thể đẳng trương kết hợp với cao phân tử (n(%))	21(67,7%)
Lượng dịch cao phân tử trung bình(ml/kg)	35,73 ± 14,21
Có sử dụng dung dịch albumin (n(%))	3(9,7%)
Lượng dịch Albumin trung bình(ml/kg)	23,43 ± 25,7
Tổng lượng dịch truyền trung bình (ml/kg)	111,76 ± 34,82
Thời gian truyền dịch trung bình (giờ)	18,7 ± 7,64

**Nhận xét:** Có 10 ca (32,3%) chỉ cần sử dụng dung dịch tinh thể đẳng trương, lượng dịch tinh thể đẳng trương trung bình là 85,33 ± 19,23 ml/kg. Có 21 ca (67,7%) cần sử dụng dịch tinh thể đẳng trương kết hợp với cao phân tử, lượng cao phân tử trung bình là 35,73 ± 14,21 ml/kg. Có 3 ca (9,7%) sử dụng Albumin, lượng Albumin trung bình là 23,43 ± 25,7 ml/kg. Tổng lượng dịch truyền trung bình là 111,76 ± 34,82 ml/kg, thời gian truyền dịch trung bình là 18,7 ± 7,64 giờ.

**Bảng 5. Các biện pháp điều trị khác**

	SXHD có DHCB	SXHD nặng	Chung
Thở Oxy	3(1,8%)	12(33,3%)	15(7,3%)
Truyền máu toàn phần, khối hồng cầu	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Truyền khối tiểu cầu	0(0%)	3(8,3%)	3(1,5%)
Truyền huyết tương tươi đông lạnh	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Lợi tiểu	2(1,2%)	8(22,2%)	10(4,9%)
Nhét Merocel	2(1,2%)	5(13,9%)	7(3,4%)
Dùng PPI	53(31,4%)	20(55,6%)	73(35,6%)
Dùng kháng Hítamin	29(17,3%)	6(16,7%)	35(17,2%)

**Nhận xét:** Có 15 ca (7,3%) thở Oxy, ở nhóm nặng là 12 ca (33,3%) cao hơn nhóm có DHCB là 3 ca (1,8%). Có 3 ca (8,3%) SXHD nặng truyền khối tiểu cầu. Lợi tiểu được sử dụng ở 10 (4,9%) ca, trong đó nhóm nặng là 22,2% và nhóm có DHCB là 1,2%. Tỷ lệ dùng PPI là 35,6%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu có 205 bệnh nhi, trong đó có 183 ca (89,3%) SXHD có DHCB và 22 ca (10,7%) SXHD nặng lúc nhập viện. Trong quá trình điều trị, 15 ca (8,2%) chuyển sốc từ nhóm SXHD có DHCB và 5 ca (16,1%) ở nhóm sốc có tái sốc và sốc kéo dài. Chẩn đoán cuối cùng chúng tôi ghi nhận SXHD có DHCB là 169 ca (82,4%), SXHD nặng có 36 ca (17,6%), trong đó thể sốc là 31 ca (15,1%), thể suy tạng nặng là 3 ca (1,5%) và thể xuất huyết nặng là 2(1%). Các trường hợp SXHD có dấu hiệu cảnh báo và nặng trong nghiên cứu được bù dịch theo phác đồ của Bộ Y Tế năm 2019. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% các bệnh nhân SXHD đều hồi phục tốt, không ca nào tử vong, tương tự với các nghiên cứu cũng sử dụng phác đồ điều trị này như của Nguyễn Huy luân và cộng sự [2]. So với các nghiên cứu thực hiện những năm trước đó, tỷ lệ điều trị sống của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của Lương Thị Quỳnh Nga tỷ lệ tử vong là 4,1% năm 2017 [4] và Văn Thị Cẩm Thanh và cộng sự là 4,3% năm 2015-2016 [7]. Điều này cho thấy, nếu bệnh nhân được chẩn đoán sớm, bù dịch đúng theo phác đồ của Bộ Y Tế năm 2019 sẽ làm giảm đáng kể tỉ lệ tử vong ở trẻ SXHD, bước đầu cho thấy hiệu quả của phác đồ này.

Thời gian điều trị trung bình của nhóm SXHD có DHCB là  $3,8 \pm 1,52$  ngày, trung vị là 4 ngày tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Huy Luân và cộng sự [2]. Thời gian điều trị trung bình trẻ SXHD nặng là  $5,33 \pm 1,72$  ngày, trung vị là 5 ngày tương tự như nghiên cứu của Lương Thị Quỳnh Nga là  $4.7 \pm 2.7$  ngày, trung vị là 5 ngày [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm SXHD có DHCB có 71% trường hợp chỉ cần bù dịch bằng đường uống là Oresol, có 29% cần dùng thêm dịch tinh thể đẳng trương trong quá trình điều trị. Lượng dịch tinh thể đẳng trương trung bình trong thời gian điều trị là  $37,95 \pm 14,52$ ml/kg, thời gian truyền dịch trung bình là  $7,67 \pm 3,5$  giờ.

Tổng lượng dịch truyền trung bình ở bệnh nhân SXHD nặng thể sốc trong nghiên cứu của chúng tôi là  $111,76 \pm 34,82$  ml/kg tương tự như của Văn Thị Cẩm Thanh và cộng sự lượng dịch

truyền chống sốc là  $115,9 \pm 44,8$  ml/kg [7]. Thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Huy Luân và cộng sự là 127,6 ml/kg và Võ Duy Minh là  $163,5 \pm 43,8$  ml/kg [2, 3, 6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian truyền dịch trung bình là  $18,7 \pm 7,64$  giờ tương tự như nghiên cứu của Văn Thị Cẩm Thanh là  $20,2 \pm 8,9$  giờ ngắn hơn so với Phạm Thị Kiều Trang là 27,4 giờ, của Võ Duy Minh là  $31,3 \pm 7,9$  giờ [3, 6, 7]. Tổng lượng dịch truyền và thời gian của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Có sự khác biệt này có thể do sốc SXHD nặng chiếm tỷ lệ cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Huy Luân là 22,5%, của Võ Duy Minh là 17,1% và trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào sốc nặng [2, 3].

Trong quá trình điều trị sốc, có 67,7% ca chuyển truyền dung dịch cao phân tử cao hơn so với nghiên cứu của Võ Duy Minh là 60% và Phạm Thị Kiều Trang là có 50,6% [3, 6]. Tuy nhiên, lượng cao phân tử trung bình là  $35,73 \pm 14,21$  ml/kg tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Luân và cộng sự thấp hơn của Phạm Thị Kiều Trang là 54,4 ml/kg [2, 6]. Có sự khác biệt này có thể do sự khác biệt trong cách sử dụng dung dịch cao phân tử của 2 nghiên cứu khác nhau. Với nghiên cứu của chúng tôi, sẽ chuyển dùng cao phân tử khi bệnh nhân ít cải thiện về triệu chứng lâm sàng và hematocrit có xu hướng không giảm mà tổng liều dịch tinh thể đẳng trương  $\geq 60$  ml/kg, khi chuyển đổi sang dung dịch cao phân tử sẽ giảm dần liều và không sử dụng cao phân tử kéo dài, thường duy trì mỗi liều từ 1-2h, sau đó sẽ đánh giá lại triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm công thức máu để quyết định hướng điều trị tiếp theo khác với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Kiều Trang sẽ giảm dần liều dung dịch cao phân tử nhưng sẽ duy trì 2-3 giờ ở mỗi liều. Điều này cho thấy việc dùng cao phân tử vẫn còn những ý kiến khác nhau.

Việc truyền albumin trong điều trị sốc SXHD nhằm mục đích nâng nồng độ albumin máu, làm tăng áp lực keo, duy trì thể tích dịch nội mạch, hạn chế được việc truyền cao phân tử đặc biệt trong các trường hợp suy tạng nặng. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 3 ca (9,7%) có sử dụng Albumin. Tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Luân và cộng sự có 4 trường hợp cần truyền Albumin [2].

Đa phần các trẻ được bù dịch hợp lý và chống sốc kịp thời, nên ghi nhận rất ít trường hợp thất bại với oxy cannula. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7,3% phải thở Oxy và nhóm nặng là 33,3%, không có trường hợp nào phải chuyển thở CPAP và thở máy thấp hơn nghiên

cứu của tác giả Nguyễn Huy Luân và cộng sự có 5 ca phải chuyển sang thở NCPAP và của Võ Duy Minh và cộng sự có 74,3% hỗ trợ hô hấp, trong đó 31,4% thở NCPAP và 2,9% thở máy. Những ca được hỗ trợ CPAP đa phần là quá tải dịch, tổng lượng dịch truyền lớn. Có 8,3% SXHD nặng truyền khối tiểu cầu, không có ca nào phải truyền khối hồng cầu, máu toàn phần hay huyết tương tươi đông lạnh. Lợi tiểu được sử dụng ở SXHD nặng là 22,2% và nhóm có DHCB là 1,2% [2, 3].

## V. KẾT LUẬN

Can thiệp điều trị một cách nhanh chóng, thích hợp theo phác đồ của Bộ Y Tế năm 2019 đã góp phần làm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong của bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2019), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết Dengue", Quyết định số 3705/QĐ-BYT ngày 22 tháng 08 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội.
- Nguyễn Huy Luân và cộng sự** (2022), "Đặc điểm tổn thương các cơ quan và điều trị bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo và

- sốt xuất huyết Dengue nặng tại bệnh viện Bệnh nhiệt đới", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 26(1), tr. 225-233.
- Võ Duy Minh và cộng sự** (2021), "Đặc điểm lâm sàng và điều trị sốc sốt xuất huyết dengue ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 2019-2020", Tạp chí Y học Việt Nam. 509(1), tr. 374-377.
- Lương Thị Quỳnh Nga** (2020), Nhận xét kết quả điều trị sốt xuất huyết nặng ở trẻ em trong vụ dịch 2017, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Nguyễn Mậu Thạch và cộng sự** (2024), "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi", Tạp chí Nhi khoa. 17(1), tr. 16-23.
- Phạm Thị Kiều Trang và cộng sự** (2019), "Sốc sốt xuất huyết Dengue tại bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 23(4), tr. 93-98.
- Văn Thị Cẩm Thanh và Đoàn Thị Ngọc Diệp** (2018), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue nặng có sốc tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2015 đến 31/12/2016", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 22(4), tr. 95-102.
- Bhatt, Samir, et al.** (2013), "The global distribution and burden of Dengue", Nature. 496(7446), pp. 504-507.

## ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG VỔNG MẠC TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CÓ BỆNH THẬN MẠN TÍNH LỌC MÁU CHU KỲ

Trần Tuấn Tú<sup>1,2</sup>, Lương Thị Hải Hà<sup>3</sup>, Lê Anh Tâm<sup>4</sup>, Vũ Tuấn Anh<sup>5</sup>, Đặng Đức Minh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tổn thương võng mạc trên bệnh nhân đái tháo đường có bệnh thận mạn tính lọc máu chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 23 bệnh nhân đái tháo đường đang lọc máu chu kỳ được điều trị tại trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai và khoa Nội thận nhân tạo Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** - Có 36 mắt có tổn thương võng mạc đái tháo đường, gồm chưa tăng sinh và tăng sinh. - Độ dày võng mạc trung tâm trung bình là  $265,6 \pm 125,8\mu\text{m}$ . - Thời gian lọc máu không có liên quan đến bệnh võng mạc đái tháo

đường. - Chỉ số HbA1C và glucose có liên quan đến tình trạng bệnh võng mạc đái tháo đường với  $p < 0,05$ , trong khi đó triglyceride, creatinine không liên quan đến bệnh võng mạc đái tháo đường ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Những phát hiện trong nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi sức khỏe võng mạc ở bệnh nhân đái tháo đường có bệnh thận mạn tính đang lọc máu chu kỳ, đặc biệt là trong việc quản lý chỉ số HbA1C và glucose máu. **Từ khóa:** đái tháo đường, bệnh võng mạc đái tháo đường, bệnh thận mạn tính.

**Chữ viết tắt:** Võng mạc đái tháo đường (VMĐTĐ), Đái tháo đường (ĐTĐ)

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF RETINAL DAMAGE IN DIABETIC PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING INTERMITTENT HEMODIALYSIS

**Objective:** To assess retinal damage in diabetic patients with chronic kidney disease undergoing intermittent hemodialysis. **Subjects and Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted on 23 diabetic patients undergoing periodic dialysis at the Nephrology and Dialysis Center, Bạch Mai Hospital, and the Hemodialysis Department of Phúc Yên

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>4</sup>Bệnh viện Đa khoa hữu nghị Lạc Việt

<sup>5</sup>Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Hải Hà

Email: haihamat@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024