KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CỦA CÁC BỆNH NHÂN THAI NGOÀI TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH NĂM 2023

Trần Thị Thu Hường[1], Ngô Văn Thịnh[2], Nguyễn Tuấn Minh[3], Nguyễn Thị Tâm Lý[4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật ở các bệnh nhân thai ngoài tử cung (TNCT) được điều trị tại bệnh viện phụ sản Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 183 bệnh nhân thai ngoài tử cung được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tỉ lệ điều trị thai ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở lần lượt là 92,3% và 7,7%. Tỉ lệ bảo tồn được vòi tử cung là 4,4%. Tất cả bệnh nhân đều có khối chửa nằm trên vòi tử cung, tỉ lệ khối chửa ở đoạn bóng là 79,2%, đoạn e, 13,7%, đoạn loa vòi 5,5% và đoạn kẽ là 1,6%. 81,5% bệnh nhân khi phẫu thuật đều đã có tình trạng vỡ khối chửa. 84,7% bệnh nhân mất máu < 500ml, tỉ lệ truyền máu là 12%, trong đó 2% bệnh nhân cần truyền ≥ 3 đơn vị máu. **Kết luận:** Phần lớn các trường hợp thai ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ sản Nam Định được điều trị bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng, 4,4% bệnh nhân bảo tồn được vòi tử cung sau mổ. Vị trí khối chửa thường gặp nhất là đoạn bóng vòi tử cung với tỉ lệ 79,2%. 15,3% bệnh nhân có lượng máu mất > 500ml, tỉ lệ cần truyền máu là 12%.

Từ khóa: Thai ngoài tử cung, phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Phụ sản Nam Định

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT FOR ECTOPIC PREGNANCY PATIENTS TREATED AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2023

Objective: To describe some surgical characteristics of patients with ectopic pregnancy treated at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective study on 183 patients with ectopic pregnancy who underwent surgery at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2023 to December 2023. **Results**: The proportion of patients treated with laparoscopic surgery was 92.3%, while 7.7% underwent laparotomy. The rate of salpingostomy was 4.4%. All patients presented with ectopic pregnancies located in the fallopian tube. The distribution of ectopic pregnancies by anatomical site was as follows: ampullary segment (79.2%), isthmic segment (13.7%), infundibular segment (5.5%), and interstitial segment (1.6%). At the time of surgery, 81.5% of patients had experienced tubal rupture. Blood loss of less than 500 mL was observed in 84.7% of cases, and the blood transfusion rate was 12%, with 2% of patients requiring ≥ 3 units of blood. **Conclusion:** The majority of ectopic pregnancies at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital were managed via laparoscopic surgery, with a tubal preservation rate of 4.4%. The ampullary segment was the most common site of ectopic pregnancy, accounting for 79.2% of cases. Blood loss was more than 500 mL in 15,3% of patients, and 12% required blood transfusion.

Keywords: Ectopic pregnancy, laparoscopy, Nam Định Obstetrics and Gynecology Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung (TNTC) là một cấp cứu sản khoa nguy hiểm, là bệnh lý gây tử vong mẹ thường gặp nhất trong 3 tháng đầu thai kỳ với tỉ lệ 4-6% [1]. Bệnh lý này xảy ra khi phôi thai làm tổ ngoài buồng tử cung, thường gặp nhất tại vòi tử cung, dẫn đến nguy cơ vỡ khối chửa và xuất huyết nội nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán và can thiệp kịp thời. Phương pháp điều trị TNTC hiện nay bao gồm phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mở ổ bụng, và điều trị nội khoa bằng methotrexate. Trong đó, phẫu thuật nội soi được ưu tiên nhờ ưu thế ít xâm lấn, giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và bảo tồn khả năng sinh sản. Tuy nhiên, việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng, kích thước, vị trí khối chửa, nồng độ β-hCG cũng như kỹ năng của phẫu thuật viên.

Bệnh viện Phụ sản Nam Định là bệnh viện hạng II chuyên ngành sản phụ khoa hoạt động từ năm 1987 với quy mô 250 giường, mỗi năm có khoảng 200 bệnh nhân TNTC nhập viện điều trị. Nhằm đánh giá đúng tình trạng, nâng cao hiểu biết, chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật TNTC phù hợp với tình hình thực tế tại tỉnh Nam Định, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật ở các bệnh nhân TNCT được điều trị tại Bệnh viện phụ sản Nam Định năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: - Bệnh nhân được chẩn đoán thai ngoài tử cung

- Được can thiệp phẫu thuật điều trị tại Bệnh

[1]*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
[2]*Bệnh viện Phụ sản Nam Định*
[3]*Bệnh viện Phụ sản Hà Nội*
[4]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec:*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm Lý
Email: nguyentamly@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025
Ngày duyệt bài: 12.2.2025

viện Phụ sản Nam Định từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023

- Có đầy đủ hồ sơ, bệnh án lưu trữ với đầy đủ thông tin cần nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu thuận tiện là tất cả các bệnh nhân thai ngoài tử cung được điều trị phẫu thuật thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tại bệnh viện Phụ sản Nam Định từ 01/01/2023 đến hết 31/12/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

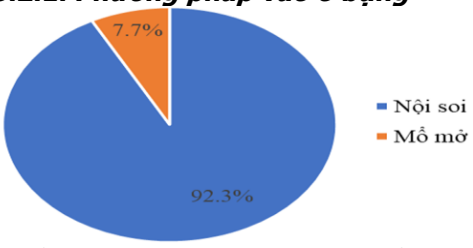
Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân

Đặc điểm		Số lượng (n=183)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	X̄ ± SD	33,4 ± 5,9	
	Min - Max	18 – 49	
Tiền sử chửa ngoài tử cung	Có	20	10,9
	Không	163	89,1
Các phương pháp có thai	Tự nhiên	177	96,7
	IUI	4	2,2
	IVF	2	1,1
Tam chứng cơ năng	Có	70	38,2
	Không	113	61,8
Hình ảnh khối chửa điển hình trên siêu âm	Có	40	21,8
	Không	143	78,2
Nồng độ βhCG	<1000 IU/ml	96	52,4
	≥1000 IU/ml	87	47,6

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 33,4 ± 5,9, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 49 tuổi. 96,7% bệnh nhân có thai tự nhiên, 10,9% bệnh nhân có tiền sử chửa ngoài tử cung. 38,2% bệnh nhân có đầy đủ 3 triệu chứng cơ năng điển hình, 21,8% bệnh nhân có hình ảnh khối chửa điển hình trên siêu âm, 52,4% bệnh nhân có nồng độ βhCG < 1000 IU/ml.

3.2. Một số đặc điểm phẫu thuật

3.2.1. Phương pháp vào ổ bụng



Biểu đồ 1: Phương pháp vào ổ bụng

Nhận xét: Có 92,3% bệnh nhân được xử trí bằng phẫu thuật nội soi, 7,7% bệnh nhân mổ mở.

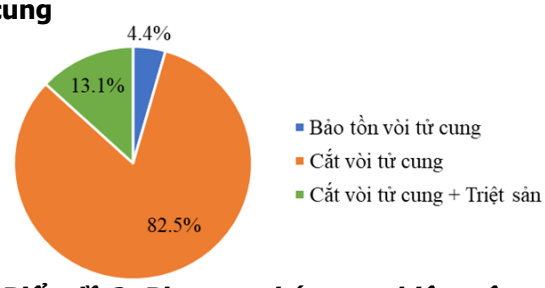
3.2.2. Đặc điểm khối chửa ngoài tử cung

Bảng 2: Đặc điểm khối chửa ngoài tử cung

Đặc điểm		n (183)	Tỉ lệ (%)
Vị trí khối chửa	Kẽ	3	1,6
	Eo	25	13,7
	Bóng	145	79,2
	Loa	10	5,5
Tình trạng khối chửa	Chưa vỡ	26	14,3
	Đã vỡ	149	81,4
	Sảy qua loa	5	2,7
	Huyết tụ thành nang	3	1,6

Nhận xét: Tỉ lệ chửa ngoài tử cung tại đoạn bóng chiếm tỉ lệ cao nhất là 79,2%. Có 81,4% khối chửa đã vỡ trước khi phẫu thuật.

3.3. Phương pháp can thiệp trên vòi tử cung



Biểu đồ 2: Phương pháp can thiệp trên vòi tử cung

Nhận xét: Tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung, cắt vòi tử cung, cắt vòi tử cung phối hợp với triệt sản lần lượt là 4,4%, 82,5% và 13,1%.

3.4. Lượng máu mất trong ổ bụng và truyền máu

Bảng 3: Lượng máu mất trong ổ bụng và tỉ lệ truyền máu

Lượng máu mất	Không truyền máu	Có truyền máu	Tổng
<500ml	155	0	155(84,7%)
500-1000ml	6	19	25(13,7%)
>1000ml	0	3	3(1,6%)
Tổng	161(88,0%)	22(12,0%)	100%

Nhận xét: Có 84,7% bệnh nhân có lượng máu mất < 500ml, 13,7% bệnh nhân mất 500 – 1000ml máu, 1,6% bệnh nhân mất > 1000ml. Có 12% bệnh nhân cần truyền máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 33,4 ± 5,9 tuổi, tương đồng với kết quả của Lý Thị Hồng Vân (2016) là 33,3 ± 6,4 tuổi và Đỗ Thị Thi (2021) là 32,64 ± 6,66 tuổi [2,3]. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật thai ngoài tử cung chiếm 10,9%. Đáng chú ý, tất cả các trường hợp TNTC tái phát

đều xảy ra ở bên đối diện với vị trí phẫu thuật trước đó, không ghi nhận trường hợp nào mang thai tại mỏm cắt cũ. Tất cả bệnh nhân có tiền sử TNTC đều được xử trí bằng phẫu thuật cắt vòi tử cung.

Trong số các bệnh nhân TNTC, 3,3% có tiền sử can thiệp hỗ trợ sinh sản, bao gồm 2,2% thực hiện bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) và 1,1% thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm (IVF). Theo nghiên cứu của Vương Tiến Hòa, tỷ lệ TNTC ở bệnh nhân hỗ trợ sinh sản dao động từ 1% đến 4%. Mặc dù bản thân hỗ trợ sinh sản không làm tăng nguy cơ TNTC, nhưng các bệnh nhân này thường có bất thường liên quan đến tử cung hoặc vòi tử cung, làm tăng nguy cơ TNTC trong nhóm đối tượng này [4].

Triệu chứng lâm sàng kinh điển của TNTC bao gồm chậm kinh, đau bụng, và ra máu âm đạo bất thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 89,1% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, 72,1% chậm kinh và 63,9% ra máu âm đạo bất thường. Tỷ lệ bệnh nhân đồng thời có cả ba triệu chứng điển hình chỉ chiếm 38,2%.

Kết quả siêu âm cho thấy 97,8% bệnh nhân phát hiện khối bất thường, trong đó 21,8% là khối điển hình và 6% có tim thai trong khối. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Huy Văn với tỷ lệ phát hiện khối cạnh tử cung là 96,8% và khối điển hình là 19,4%. Tuy nhiên, tỷ lệ phát hiện khối bất thường của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Hồ Thị Phương Thảo, trong đó chỉ ghi nhận 63,7% bệnh nhân có khối bất thường [5,6]. Sự khác biệt có thể do yếu tố kỹ thuật và kinh nghiệm siêu âm. Việc phát hiện khối điển hình trên siêu âm đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm và chính xác TNTC, giúp can thiệp kịp thời. Trong số bệnh nhân không phát hiện khối điển hình các bác sĩ phải kết hợp thông tin lâm sàng và xét nghiệm β-hCG để đưa ra chẩn đoán và chỉ định can thiệp phù hợp.

Xét nghiệm định lượng β-hCG huyết thanh không chỉ giúp xác định tình trạng mang thai mà còn hỗ trợ phân biệt giữa TNTC, sảy thai và thai bình thường, cũng như theo dõi sau điều trị nội khoa hoặc bảo tồn vòi tử cung. Trong nghiên cứu này, 100% bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm β-hCG. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ β-hCG < 1000 mIU/ml tại thời điểm can thiệp là 52,4%, trong đó 6% (11 trường hợp) có nồng độ β-hCG < 100 mIU/ml, thấp nhất là 44,83 mIU/ml. Điều này cho thấy, ngay cả khi nồng độ β-hCG thấp, nếu bệnh nhân có các triệu chứng điển hình như chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo, cần được thăm khám kỹ lưỡng để tránh bỏ sót TNTC, giúp chẩn đoán và can thiệp kịp thời nhằm bảo vệ sức khỏe và tính mạng người bệnh

4.2. Đặc điểm phẫu thuật của các bệnh nhân chửa ngoài tử cung. Phẫu thuật nội soi trong TNTC có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở, giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm lượng máu mất và thời gian nằm viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 92,3% trường hợp được mổ nội soi, tương đương với nghiên cứu của Đinh Thị Thu Hương bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (90,9%), nhưng thấp hơn nghiên cứu tại bệnh viện Phụ sản Trung ương của Phạm Khắc Cương (97,9%), Cao Thị Lý (100%) [7,8,9]. Tỷ lệ mổ nội soi phụ thuộc vào chẩn đoán sớm hay muộn, trình độ phẫu thuật viên và trang thiết bị y tế. Phẫu thuật nội soi được đưa vào ứng dụng tại bệnh viện phụ sản Nam Định từ năm 2013 và ngày càng được phát triển và hoàn thiện. Tỉ lệ phẫu thuật nội soi trong điều trị chửa ngoài tử cung tại viện tăng từ 79,3% năm 2021 lên 92,3% năm 2023 nhờ cải thiện kỹ thuật và cơ sở vật chất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi vị trí khối chửa hay gặp nhất là đoạn bóng chiếm 79,2%, sau đó là đoạn eo 13,7%, loa vòi chiếm 5,5% và đoạn kẽ 1,6%. Kết quả này cũng được tìm thấy trong nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Hồ Thị Phương Thảo với tỉ lệ đoạn bóng 73,2%, đoạn eo 13,2, đoạn loa 11,2, đoạn kẽ 2,4%, nghiên cứu của Nguyễn Văn Cường với tỉ lệ đoạn bóng 66,2%, đoạn eo 12,9%, đoạn eo 8,9% đoạn kẽ 3,6% vị trí khác 8,4% [6, 10].

Có 8 trường hợp thai ngoài tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung, chiếm tỷ lệ 4,4%, tất cả đều được thực hiện bằng phương pháp phẫu thuật nội soi. Trong số đó, 7 trường hợp là bệnh nhân chưa có con và 1 trường hợp đã có 1 con. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Khắc Cương (2018) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội với tỷ lệ bảo tồn VTC là 4,8%, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Cao Thị Lý tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (11,1%) [8, 9]. Sự khác biệt về tỷ lệ bảo tồn vòi tử cung giữa các nghiên cứu có thể xuất phát từ nhiều yếu tố như thời điểm chẩn đoán sớm hay muộn, tình trạng lâm sàng, vị trí và kích thước khối chửa, cũng như nồng độ β-hCG. Ngoài ra, quan điểm của phẫu thuật viên cũng đóng vai trò quan trọng, vì mặc dù bảo tồn VTC giúp duy trì khả năng sinh sản, nhưng đồng thời có thể làm tăng nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật, sót rau sau mổ, và đặc biệt là nguy cơ TNTC tái phát trong những lần mang thai sau.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các trường hợp TNTC được phẫu thuật khối chửa đều đã vỡ, chiếm 81,5%, trong khi tỷ lệ chưa vỡ

chỉ chiếm 14,2%. Tỷ lệ khối chửa vỡ cao có thể do đặc điểm cấp cứu của bệnh lý này, với nguy cơ khối chửa vỡ bất cứ lúc nào. Ngoài ra, một bộ phận người dân chưa nhận thức đầy đủ về mức độ nguy hiểm của TNTC, dẫn đến việc chỉ đến khám khi đã xuất hiện các triệu chứng dọa vỡ hoặc đã vỡ.

Lượng máu trong ổ bụng phản ánh thời điểm chẩn đoán và mức độ nghiêm trọng của bệnh. Mất máu nhiều thường kéo dài thời gian phẫu thuật, làm chậm quá trình hồi phục, đồng thời tăng nguy cơ phải truyền máu, dính bụng sau mổ và gây ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất lẫn tâm lý của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, 84,7% trường hợp mất máu dưới 500 ml, 13,7% mất từ 500-1000 ml, và 1,6% mất trên 1000 ml. Tỷ lệ mất máu trên 500 ml cao hơn so với nghiên cứu của Cao Thị Lý (7,8%) và Cao Xuân Hùng (11,5%) [9, 11]. Ngoài ra, 12% bệnh nhân trong nghiên cứu cần truyền máu, kết quả này tương đương với Hồ Thị Phương Thảo (11,3%) nhưng thấp hơn Đỗ Thị Thi (30,8%) và cao hơn Đinh Thu Hương (6%) [3, 6, 7]. Sự khác biệt này có thể do điều kiện khác nhau giữa các cơ sở y tế. TNTC là một bệnh lý cấp cứu, khi khối chửa vỡ có thể gây mất máu nhiều, thậm chí đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân. Trong các tình huống này cần can thiệp cấp cứu nhanh chóng, hồi sức tích cực để bảo vệ sức khỏe cũng như tính mạng cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn các trường hợp chửa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ sản Nam Định được điều trị bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng, 4,4% bệnh nhân bảo tồn được vòi tử cung sau mổ. Vị trí khối chửa thường gặp nhất là đoạn bóng vòi tử cung với tỉ lệ 79,2%. 15,3% bệnh nhân có lượng máu mất > 500ml, tỉ lệ cần truyền máu là 12%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Âu Nhựt Luân.** Thai ngoài tử cung, Bài giảng sản khoa, Nhà xuất bản Y học, 2020,tr: 50-60.
2. **Lý Thị Hồng Vân.** Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí chửa ngoài tử cung tại khoa sản Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 trong 3 năm 2013-2015.
3. **Đỗ Thị Thi.** Nghiên cứu điều trị ngoại khoa chửa ngoài tử cung tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ, Trường đại học Y Hà Nội. 2021.
4. **Vương Tiến Hoà.** Chẩn đoán và xử trí thai ngoài tử cung, Nhà xuất bản y học. 2012.
5. **Nguyễn Huy Văn.** Nghiên cứu điều trị chửa ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện đa khoa huyện Mường Lát, tỉnh Thanh Hoá. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội. 2022.
6. **Hồ Thị Phương Thảo.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân thai ngoài tử cung được phẫu thuật tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông. Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y hà Nội, 2022.
7. **Đinh Thu Hương.** Nghiên cứu điều trị chửa ngoài tử cung bằng phẫu thuật tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội. 2018.
8. **Phạm Khắc Cương.** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chửa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa. Trường đại học Y Hà Nội. 2018.
9. **Cao Thị Lý.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chửa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Khoá luận tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa. Trường đại học Y Hà Nội. 2020.
10. **Nguyễn Văn Cường.** Kết quả điều trị chửa ngoài tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y hà Nội. 2018.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỨC ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN BA VÌ NĂM 2023

Phạm Bá Hiền[1], Nguyễn Thị Hòa[1], Phạm Hoàng Sơn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu và đối tượng: Nghiên cứu đánh giá đặc điểm và mức độ nặng của 671 bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Đa khoa Ba Vì từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2023. **Phương pháp:** mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng phổ biến: sốt (100%), đau đầu (69,6%), đau khớp (58,7%),xuất huyết 19,5%. Có 14,9% bệnh nhân có dấu hiệu cảnh báo (DHCB) và 0,7% SXHD nặng. Biểu hiện DHCB thường gặp: chảy máu chân răng (12,5%), gan to (11,2%) và nôn nhiều (10,4%). Có 7,5% bệnh nhân chuyển từ SXHD sang SXHD có DHCB và 0,4% từ DHCB sang SXHD nặng. Các yếu tố: nam giới, ≥ 60 tuổi, triệu chứng đau hạ sườn phải, phát ban liên quan đến chuyển độ nặng SXHD. ***Từ khóa:*** sốt xuất huyết Dengue, dấu hiệu cảnh báo, bệnh viện Ba Vì.

[1]Bệnh viện Đa khoa huyện Ba Vì
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bá Hiền
Email: phambahien.bvdd@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 16.01.2024
Ngày duyệt bài: 12.2.2025

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SEVERITY OF DENGUE HEMORRHAGIC