

THỰC TRẠNG KÍCH ĐỘNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC TÍCH CỰC TẠI KHOA NỘI - HỒI SỨC THẦN KINH, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Thị Phương¹, Nguyễn Anh Tuấn^{1,2},
Dương Minh Đức¹, Phạm Thị Ngọc², Trần Đăng Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ xuất hiện kích động trên người bệnh Hồi sức tích cực (ICU) và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu được tiến hành trên 74 người bệnh ICU. Bộ công cụ Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) được sử dụng để xác định tình trạng kích động trên người bệnh. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có tình trạng kích động trong 7 ngày đầu tiên sau nhập ICU là 55,4%. Các yếu tố bao gồm: tiền sử lạm dụng rượu, thông khí nhân tạo, có buộc giữ, thời gian thở máy, điểm Glasgow, điểm CPOT của người bệnh có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng xuất hiện kích động. Trong đó, điểm Glasgow và điểm CPOT là các yếu tố dự đoán có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của tình trạng kích động. **Kết luận:** Để nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc thì việc đào tạo cho nhân viên y tế đặc biệt là Điều dưỡng ICU đánh giá tình trạng kích động từ đó có những biện pháp phòng ngừa và kiểm soát kích động sớm là vô cùng cần thiết. **Từ khóa:** Thang đo kích động - an thần Richmond (RASS), yếu tố dự đoán, người bệnh ICU

SUMMARY

AGITATION AND RELATED FACTORS AMONG INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF NEUROLOGY AND NEURO INTENSIVE CARE, VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Determine the incidence of agitation and explore related factors among ICU patients at the Department of Neurology and Neuro Intensive Care, Viet Duc University Hospital. **Methodology:** Prospective cohort study was conducted in 74 ICU patients. Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) was used to determine agitation status in patients. **Results:** The incidence of agitation in patients during the first 7 days after ICU admission is 55.4%. Factors such as a history of alcohol abuse, mechanical ventilation, use of physical restraints, and duration of mechanical ventilation, GCS score, and CPOT score are significant and related the occurrence of agitation. Among these, the GCS and CPOT score are significant predictive factors for the occurrence of agitation.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương

Email: nguyennphuong5610@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

Conclusion: It is essential to train healthcare staff, especially ICU nurses, to assess agitation in order to improve the quality of treatment and care. This will facilitate the implementation of preventive measures and the early control of agitation.

Keywords: RASS, predictors, ICU patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kích động là một rối loạn chức năng nhận thức cấp tính thường thấy ở những người bệnh được đưa vào điều trị tại ICU. Các nghiên cứu cho thấy rằng từ 31,8 – 56,7% người bệnh ICU có biểu hiện kích động.^{1,2} Kích động có liên quan đến các kết quả bất lợi như tỷ lệ tự rút ống nội khí quản ngoài kế hoạch cao hơn, nguy cơ rút các ống thông tiểu, ống thông dạ dày, ven truyền, tháo bỏ thiết bị, ngã và bị thương; hơn nữa, những trường hợp bị kích động có thể cần buộc giữ hạn chế về vận động để kiểm soát sự kích động và cần nhiều thuốc an thần và giảm đau hơn, dẫn tới kéo dài thời gian nằm trong ICU, gia tăng chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong.^{3,4}

Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh trực thuộc Trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có tổng 16 giường ICU. Là một khoa Hồi sức chuyên sâu về Thần kinh, có rất nhiều nguyên nhân tiềm ẩn gây kích động trên nhóm người bệnh này; tuy nhiên, dữ liệu về các yếu tố dự đoán kích động trên nhóm người bệnh này còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu đã được thực hiện với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ xuất hiện kích động trên người bệnh ICU và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

• Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả người bệnh được điều trị nội trú tại đơn vị Hồi sức tích cực, Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2023.

- Người bệnh ≥ 18 tuổi.

• Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh điều trị nội trú tại đơn vị Hồi sức tích cực dưới 24 giờ.

- Người bệnh rối loạn tâm thần.

- Gia đình người bệnh không đồng ý cho

người bệnh tham gia vào nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2023 đến tháng 12/2023

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, mô tả.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, có 74 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu.

Bộ công cụ nghiên cứu: Gồm 2 phần:

- Phần 1: Đặc điểm lâm sàng của người bệnh, bao gồm: Tuổi, giới, BMI, bệnh mãn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp, tim mạch, hô hấp), hút thuốc, lạm dụng rượu, nguyên nhân nhập ICU, thở máy, điểm Glasgow, đánh giá đau theo thang điểm CPOT, số ngày thở máy, số ngày nằm ICU.

- Phần 2: Thang đo kích động – an thần Richmond (RASS): được phát triển từ năm 2002, ngày càng được sử dụng nhiều trên thế giới. RASS có thể được sử dụng ở tất cả người bệnh nhập viện để mô tả mức độ tỉnh táo hoặc kích động của họ. Thang điểm RASS đã đưa ra được nhiều mức độ kích động - an thần khác nhau, việc mô tả giữa các mức độ kích động - an thần cũng rất rõ ràng, chi tiết, dễ hiểu. RASS là thang điểm với 10 mức độ, trong đó: có 4 cấp độ lo lắng hoặc kích động (RASS +1 đến RASS +4); 1 mức độ biểu thị trạng thái bình tĩnh và tỉnh táo (RASS 0); và 5 cấp độ an thần (RASS -1 đến RASS -5).

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến liên tục được trình bày dưới dạng giá trị trung bình (M) và độ lệch chuẩn (SD). Biến phân loại được tính theo tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Một số thuật toán thống kê phân tích (Independent Sample T-test, Chi-square, Fisher's exact test) được sử dụng để tìm hiểu một số yếu tố liên quan. Multiple Logistic Regression được sử dụng để tìm ra các yếu tố dự đoán tình trạng kích động của người bệnh. Với tất cả các phân tích, giá trị $p < 0,05$ chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

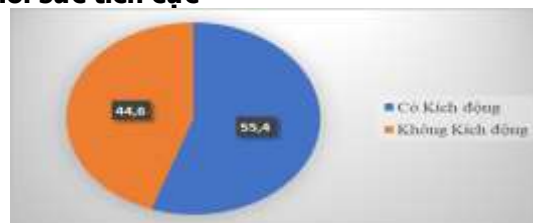
Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Thông tin cá nhân của người tham gia sẽ được mã hóa để xác định người tham gia. Tất cả các biểu mẫu thu thập và dữ liệu được bảo mật và chỉ nhà nghiên cứu mới có thể truy cập vào dữ liệu. Nghiên cứu viên chỉ quan sát không can thiệp hay thay đổi bất cứ quy trình nào tại đơn vị thực hiện. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học của Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

thông qua theo quyết định số 1275/QĐ-VD ngày 29/5/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

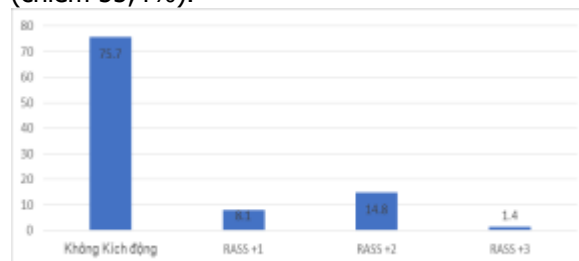
Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của người bệnh là $46,07 \pm 18,80$; với đa số là nam giới (74,3%). Hơn một nửa số người bệnh đều không có tiền sử hút thuốc lá và uống rượu (lần lượt là 54,1% và 83,8%). Phần lớn người bệnh có tình trạng phẫu thuật sọ não (68,9%). Thời gian thở máy và thời gian nằm ICU trung bình lần lượt là $12,61 \pm 9,06$ ngày và $16,76 \pm 9,71$ ngày, với 70,3% người bệnh có tình trạng thông khí nhân tạo. Điểm Glasgow và điểm CPOT trung bình là $6,96 \pm 1,56$ và $2,20 \pm 1,84$ điểm.

Thực trạng kích động trên người bệnh Hồi sức tích cực



Biểu đồ 1: Tình trạng kích động của người bệnh trong 7 ngày đầu nhập ICU (n = 74)

Nhận xét: Có 41 người bệnh xuất hiện tình trạng kích động (đạt điểm từ +1 tới +4 trên thang điểm RASS) trong 7 ngày đầu nằm ICU (chiếm 55,4%).



Biểu đồ 2: Mức độ kích động của người bệnh trong ngày đầu tiên nhập ICU (n=74)

Nhận xét: Biểu đồ 1 cho thấy trong 24 giờ đầu nhập khoa, có 1,4% số người bệnh có kích động đạt điểm +3 trên thang điểm RASS (giật kéo nội khí quản, catheter hoặc có hành vi quá khích với nhân viên y tế); có tới 14,8% số người bệnh có kích động đạt điểm +2 trên thang điểm RASS (thường xuyên giãy giụa hoặc thở chống máy); có 8,1% số người bệnh có kích động đạt điểm +1 trên thang RASS (lo lắng hoặc sợ hãi nhưng không giãy giụa quá mức).

Một số yếu tố liên quan đến sự xuất hiện tình trạng kích động

Bảng 1: Một số yếu tố liên quan đến tình trạng kích động trên người bệnh ICU (n=74)

		Có (n=41)	Không (n=33)	Tổng (n=74)	t/X ²	p value
Tiền sử lạm dụng rượu	Có	10 (83,3)	2 (16,7)	12 (16,2)	4,521	0,033
	Không	31 (50,0)	31 (50,0)	62 (83,8)		
Thông khí nhân tạo	Có	22 (42,3)	30 (57,7)	52 (70,3)	12,144	< 0,001
	Không	19 (86,4)	3 (13,6)	22 (29,7)		
Có buộc giữ không	Có	30 (68,2)	14 (31,8)	44 (59,5)	7,100	0,007
	Không	11 (36,7)	19 (63,3)	30 (40,5)		
Thời gian thở máy		10,10 ± 9,04	15,73 ± 8,19	12,61 ± 9,06	2,777	0,007
Điểm Glasgow		7,63 ± 1,63	6,14 ± 0,97	6,96 ± 1,56	-4,865	< 0,001
Điểm CPOT		3,02 ± 1,77	1,17 ± 1,36	2,20 ± 1,84	-4,954	< 0,001

Nhận xét: Kết quả cho thấy tiền sử lạm dụng rượu, thông khí nhân tạo, có buộc giữ không, thời gian thở máy, điểm Glasgow, điểm CPOT của người bệnh có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng xuất hiện kích động ($p = 0,033$; $p < 0,001$; $p = 0,007$, $p = 0,007$; $p < 0,001$; $p < 0,001$).

Các yếu tố dự đoán tình trạng kích động

Bảng 2: Các yếu tố dự đoán tình trạng kích động trên người bệnh ICU (n = 74)

Biến	B	SE	Odds ratio	p
Tiền sử lạm dụng rượu	-1,955	1,014	3,715	0,054
Thông khí nhân tạo	-0,776	0,886	0,767	0,381
Có buộc giữ không	0,458	0,684	0,448	0,503
Thời gian thở máy	0,001	0,039	0,001	0,979
Điểm Glasgow	0,629	0,299	4,435	0,035
Điểm CPOT	0,041	0,018	5,356	0,021

Nagelkerke R Square = 0,536

Nhận xét: Hồi quy logistic được sử dụng để đánh giá liệu các biến dự đoán gồm tiền sử uống rượu, thông khí nhân tạo, có buộc giữ không, thời gian thở máy, điểm Glasgow, điểm CPOT có dự đoán có ý nghĩa thống kê với tình trạng xuất hiện kích động (giả định về quan sát các biến độc lập và phụ thuộc có tương quan tuyến tính với log được kiểm tra và đáp ứng). Khi tất cả các biến này được xem xét cùng nhau chúng dự đoán có ý nghĩa thống kê liệu tình trạng kích động có xuất hiện hay không với $X^2 = 39,058$, $df = 8$, $n = 74$, $p < 0,001$. Bảng 2 cho thấy nguy cơ xuất hiện tình trạng kích động tăng lên khi điểm Glasgow và điểm CPOT tăng lên.

IV. BÀN LUẬN

Tình trạng kích động trên người bệnh ICU. Người bệnh có tổn thương thần kinh thường dẫn đến rối loạn ý thức, và khi trong tình trạng hôn mê có thể biểu hiện hành vi vận động bất thường, đặc trưng bởi tăng động, chuyển

động không có mục đích và kích động gây gián đoạn, ảnh hưởng đến việc chăm sóc người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ người bệnh có tình trạng kích động trong quá trình điều trị 7 ngày đầu tiên sau nhập ICU khá cao với tỉ lệ 55,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của David 2020 với tỉ lệ kích động trên người bệnh chấn thương sọ não (CTSN) điều trị tại ICU là 56,7%.¹ Nghiên cứu của tác giả Wang năm 2021 cũng cho thấy tỉ lệ kích động trên 308 người bệnh ICU sau CTSN là 52,6%.⁵ Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Thiago năm 2016 với tỉ lệ kích động của người bệnh trong 7 ngày đầu sau nhập ICU là 31,8%,² nghiên cứu của tác giả Singh thực hiện trên 146 người bệnh chấn thương sọ não cho thấy tỉ lệ kích động là 36,3%.⁶ Sự thay đổi về tỉ lệ kích động này có thể được giải thích bằng sự khác biệt trong tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh, sử dụng các bộ công cụ sàng lọc kích động khác nhau (RASS, ABS, Ramsay score), thời gian đánh giá kích động sau khi nhập ICU, và nhận thức không đầy đủ hoặc quá mức về những hành vi này.

Các yếu tố liên quan đến tình trạng kích động. Kết quả cho thấy tiền sử lạm dụng rượu có liên quan với tình trạng xuất hiện kích động. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Jaber với việc chỉ ra tiền sử nghiện rượu làm tăng nguy cơ kích động lên 3 lần.⁷ Nghiên cứu của tác giả Burk 2014 cũng cho thấy tiền sử nghiện chất có nguy cơ làm tăng tỉ lệ kích động lên 2,5 lần.⁸

Thông khí nhân tạo có liên quan đến tình trạng xuất hiện kích động, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Almeida.⁹ Lý do có thể giải thích cho mối liên quan này bao gồm sự hiện diện của ống nội khí quản/mở khí quản, dịch tiết đường hô hấp và sự không đồng bộ với máy thở.

Đa phần người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều được buộc giữ để hạn chế tình trạng người bệnh rút ống, và tình trạng buộc giữ cũng được chỉ ra là có mối liên quan đến tình trạng xuất hiện kích động. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Burk.⁸ Mặc dù khó có thể xác định liệu việc sử dụng biện pháp buộc giữ diễn ra trước hay sau khi bị kích động, tuy nhiên mối liên hệ giữa biện pháp buộc giữ và tình trạng kích động là rõ ràng, việc hạn chế vận động bằng biện pháp buộc giữ về mặt thể chất sẽ làm tăng tình trạng căng thẳng, từ đó có thể làm tăng tình trạng kích động.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra điểm Glasgow và điểm đau theo CPOT của người có liên quan với tình trạng xuất hiện kích động, trong đó nhóm người bệnh có tình trạng kích động có điểm Glasgow, điểm CPOT cao hơn nhóm người bệnh không có tình trạng kích động. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu khác trước đó.^{2,3,4,9} Phần lớn người bệnh tham gia trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tình trạng phẫu thuật (68,9%), điều này cho thấy họ có khả năng cao trải qua cơn đau trong vòng 7 ngày đầu tiên theo dõi. Đau vừa hoặc nặng thường phổ biến hơn ở những người bệnh kích động, tuy nhiên nghiên cứu không chỉ ra liệu cơn đau của người bệnh có xảy ra trước khi kích động hay không, bên cạnh đó việc đo lường cơn đau, đặc biệt là ở một nhóm người bệnh không có khả năng giao tiếp là khó khăn và việc đánh giá tính hợp lệ thường khó nắm bắt.⁸

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn tồn tại một số hạn chế. Nghiên cứu với cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, được thực hiện tại một đơn vị ICU (chuyên về thần kinh) do đó kết quả của chúng tôi có thể không khái quát chung được đối với các ICU khác - nơi hệ thống chăm sóc sức khỏe bao gồm các đặc điểm về bệnh nhân, cơ sở vật chất, nguồn lực nhân viên y tế có sự khác biệt. Bên cạnh đó, tỉ lệ xuất hiện kích động của người bệnh ICU có sự khác biệt giữa các nghiên cứu xuất phát từ lý do đối tượng nghiên cứu được lựa chọn, bộ công cụ được sử dụng để sàng lọc và thời gian được sử dụng để theo dõi tình trạng kích động vẫn chưa có sự thống nhất giữa các nghiên cứu. Một hạn chế khác là nghiên cứu của chúng tôi đã không ghi lại liều lượng và thuốc an thần, giảm đau được sử dụng hàng ngày và thuốc gây mê trong thời gian phẫu thuật cho người bệnh (mà hơn một nửa số người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng phẫu thuật), do đó chúng tôi không thể đánh giá

ảnh hưởng của thuốc an thần, giảm đau và thuốc gây mê trong nhóm đối tượng này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên tổng số 74 người bệnh ICU tại Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, chúng tôi thu được các kết quả chính như sau: Tỉ lệ người bệnh có tình trạng kích động trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao (55,4%). Các yếu tố tiền sử lạm dụng rượu, thông khí nhân tạo, có buộc giữ không, thời gian thở máy, điểm Glasgow, điểm CPOT của người bệnh có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng xuất hiện kích động ($p < 0,05$). Trong đó, điểm Glasgow và điểm CPOT là các yếu tố dự đoán có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của tình trạng kích động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Williamson DR, Cherifa SI, Frenette AJ, et al.** Agitation, confusion, and aggression in critically ill traumatic brain injury-a pilot cohort study (ACACIA-PILOT). Pilot and feasibility studies. Dec 11 2020;6(1):193. doi:10.1186/s40814-020-00736-5
2. **Thiago M. L. A., Luciano C. P. A., Paulo M. G. N., et al.** Risks factors for agitation in clinical ill patients. Res Bras Ter Intensiva. 2016;28(4):413-419.
3. **O'Connor H, Al-Qadheeb NS, White AC, et al.** Agitation during prolonged mechanical ventilation at a long-term acute care hospital: risk factors, treatments, and outcomes. Journal of intensive care medicine. Jul-Aug 2014;29(4):218-24. doi:10.1177/0885066613486738
4. **Luk E, Sneyers B, Rose L, et al.** Predictors of physical restraint use in Canadian intensive care units. Critical care (London, England). Mar 24 2014;18(2):R46. doi:10.1186/cc13789
5. **Wang Z, Winans NJ, Zhao Z, et al.** Agitation Following Severe Traumatic Brain Injury Is a Clinical Sign of Recovery of Consciousness. Original Research. 2021-April-21 2021;8doi: 10.3389/fsurg.2021.627008
6. **Singh R, Venkateshwara G, Nair KP, et al.** Agitation after traumatic brain injury and predictors of outcome. Brain injury. 2014;28(3): 336-40. doi:10.3109/02699052.2013.873142
7. **Jaber S, Chanques G, Altairac C, et al.** A prospective study of agitation in a medical-surgical ICU: incidence, risk factors, and outcomes. Chest. Oct 2005;128(4):2749-57. doi:10.1378/chest.128.4.2749
8. **Burk RS, Grap MJ, Munro CL, et al.** Predictors of agitation in critically ill adults. American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses. Sep 2014; 23(5):414-23. doi:10.4037/ajcc2014714
9. **Almeida TM, Azevedo LC, Nosé PM, et al.** Risk factors for agitation in critically ill patients. Rev Bras Ter Intensiva. Oct-Dec 2016;28(4):413-419. Fatores de risco para desenvolvimento de agitação em pacientes críticos. doi:10.5935/0103-507x.20160074

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHI HO GÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Minh Điển¹, Đỗ Thị Thúy Nga¹,
Nguyễn Mạnh Cường², Phùng Thị Bích Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi ho gà tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ho gà điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Nghiên cứu mô tả tiến cứu loạt ca bệnh được thực hiện từ 01/01/2019 đến 31/12/2020. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng thường gặp ở trẻ mắc bệnh ho gà có tam chứng: ho tăng dần (99,7%), ho thành cơn kịch phát (97,9%), tăng xuất tiết đờm sau khi ho (96,6%). 69,9% trẻ mắc bệnh có triệu chứng tím tái, chỉ 6,0% trẻ có tiếng rít. Một số biến chứng hay gặp là viêm phổi (48,7%), suy hô hấp (34,6%). Tăng áp lực động mạch phổi là biến chứng nặng có thể đe dọa tính mạng với tỷ lệ gặp là 9,7%. Trẻ dưới 4 tháng hay gặp triệu chứng tím tái, cơn ngừng thở và các biến chứng viêm phổi, suy hô hấp hơn. Số lượng WBC và bạch cầu Lympho tăng dần từ cuối tuần thứ nhất, tăng cao nhất ở tuần thứ hai và giảm dần từ tuần thứ ba của bệnh. Tổn thương chủ yếu trên phim chụp X-quang ngực là hình ảnh tăng đậm các nhánh phế quản cạnh tim hai bên (58,1%). **Kết luận:** Trẻ ho gà thường xuất hiện với dấu hiệu ho tăng dần, tím tái và ngừng thở, bệnh nặng thường dẫn tới viêm phổi suy hô hấp và tử vong. Số lượng WBC và bạch cầu Lympho giảm dần, có hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang.

Từ khóa: bệnh ho gà, biến chứng, trẻ em

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH WHOOPIING COUGH AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of children with whooping cough at the National Children's Hospital. **Subjects and methods:** Children under 16 years old were diagnosed with whooping cough and treated at the National Children's Hospital. A prospective descriptive study of a series of cases was conducted from January 1, 2019 to December 31, 2020. **Results:** Common clinical characteristics in children with whooping cough include the triad: increasing cough (99.7%), paroxysmal cough (97.9%), increased sputum secretion after coughing (96.6%). 69.9% of children with the disease had symptoms of cyanosis, only 6.0%

of children had wheezing. Some common complications are pneumonia (48.7%), respiratory failure (34.6%). Increased pulmonary artery pressure is a serious complication that can be life-threatening with an incidence of 9.7%. Children under 4 months often have symptoms of cyanosis, apnea, and complications of pneumonia and respiratory failure. WBC and lymphocytes increases gradually from the end of the first week, peaks in the second week, and decreases gradually from the third week of the disease. The main lesion on chest X-ray is the image of increased density of the bronchial branches next to the heart on both sides (58.1%). **Conclusion:** Whooping cough patients often present with increasing cough, cyanosis and respiratory arrest. Severe illness often leads to pneumonia, respiratory failure and death. Paraclinical signs include a gradual decrease in total leukocytes and lymphocytes, and lung lesions on X-rays. **Keywords:** Children, whooping cough, complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho gà là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây qua đường hô hấp, có khả năng gây dịch, do vi khuẩn *Bordetella pertussis* gây ra, thường gặp ở trẻ nhỏ. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới năm 2014, mỗi năm trên toàn cầu có khoảng 24,1 triệu ca mắc, 160.700 ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi, phần lớn liên quan đến trẻ sơ sinh (53%) [1]. Hơn nữa, trong ba thập kỷ qua các báo cáo dịch tễ tại nhiều quốc gia cho thấy xu hướng tái bùng phát bệnh ho gà, kể cả các quốc gia phát triển có tỷ lệ bao phủ vắc xin cao [2]. Thực trạng tái nổi bệnh ho gà đã đặt ra cho y tế cộng đồng nhiều thách thức trong kiểm soát bệnh [3]. Trẻ mắc ho gà có các biến chứng khó kiểm soát như viêm phổi nặng, suy hô hấp, tổn thương não, đặc biệt tình trạng tăng áp lực động mạch phổi (TADMP) là vấn đề khó khăn trong hồi sức bệnh ho gà và ngày càng được quan tâm chẩn đoán, điều trị [4]. Tại Việt Nam, bệnh ho gà cũng chưa hoàn toàn được kiểm soát, đặc biệt từ năm 2015 số ca báo cáo mắc ho gà có xu hướng gia tăng mặc dù đã áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán mới [5-7]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi ho gà tại Bệnh viện Nhi Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ho gà điều

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Điển

Email: dientm@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025