

ĐẶC ĐIỂM VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ THỞ MÁY Ở TRẺ SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Lê Phước Truyền^{1,2}, Đinh Tấn Phương², Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, điều trị và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhi sốc sốt xuất huyết dengue cần thở máy tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu theo dõi dọc từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023 trên 113 bệnh nhi được chẩn đoán sốc sốt xuất huyết dengue. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: nhóm có thở máy (n=31) và nhóm không thở máy (n=82). Các thông số lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị được phân tích chi tiết và so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Nhóm thở máy có tỷ lệ sốc SXHD nặng và sốc kéo dài cao hơn rõ rệt so với nhóm không thở máy ($p<0,001$). Nhóm này cũng có các chỉ số sinh hóa như lactate, AST, ALT, troponin I và NT-proBNP tăng cao hơn đáng kể, kèm tình trạng toan chuyển hóa nặng hơn. Tổng lượng dịch và thời gian truyền dịch cũng cao hơn đáng kể. Các yếu tố nguy cơ thở máy được xác định gồm: sốc SXHD nặng (OR = 6,093), SIPA bất thường (OR = 5,112), NT-proBNP > 7 pmol/L (OR = 3,647), AST > 1000 IU/L (OR = 6,808). **Kết luận:** Bệnh nhi sốc sốt xuất huyết dengue thở máy có biểu hiện lâm sàng nặng hơn, rối loạn sinh hóa nhiều hơn và cần điều trị tích cực hơn. Các yếu tố nguy cơ thở máy được xác định gồm: mức độ sốc, SIPA bất thường, NT-proBNP tăng, AST > 1000 IU/L.

Từ khóa: sốc, sốt xuất huyết, thở máy, dengue

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR MECHANICAL VENTILATION IN CHILDREN WITH DENGUE SHOCK SYNDROME AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Objective: To describe the clinical characteristics, treatment, and risk factors associated with mechanical ventilation in pediatric patients with dengue shock syndrome (DSS) at Children's Hospital 1. **Subjects and Methods:** A longitudinal observational study was conducted from January 2021 to December 2023, involving 113 children diagnosed with DSS. Patients were divided into two groups: those requiring mechanical ventilation (n=31) and those not requiring ventilation (n=82). Clinical, laboratory, and therapeutic parameters were analyzed and compared between the two groups. **Results:** The mechanically ventilated group had significantly higher rates of severe DSS (64.5% vs. 26.8%) and prolonged

shock (32.3% vs. 1.2%, $p<0.001$). This group also showed markedly elevated levels of lactate, AST, ALT, troponin I, and NT-proBNP, as well as more severe metabolic acidosis. Total fluid volume and duration of fluid resuscitation were significantly greater. Identified risk factors for mechanical ventilation included severe DSS, elevated SIPA scores, increased NT-proBNP, and AST > 1000 IU/L. **Conclusion:** Children with DSS requiring mechanical ventilation presented with more severe clinical and biochemical disturbances, necessitating more intensive treatment. Early identification of risk factors may improve prognosis in this high-risk population. **Keywords:** shock, dengue hemorrhagic fever, mechanical ventilation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do siêu vi dengue (DENV) gây ra, lây truyền qua muỗi Aedes aegypti. Năm 2022, Việt Nam ghi nhận 367.729 ca nhiễm DENV, trong đó có 140 trường hợp tử vong.¹ Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), SXHD có thể tiến triển từ thể nhẹ đến nặng, trong đó sốc SXHD là biến chứng nguy hiểm nhất, có thể dẫn đến suy đa cơ quan và tử vong nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời.²

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu đã mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của SXHD ở bệnh nhi em. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương trên 164 bệnh nhi cho thấy nhóm tuổi 11–15 chiếm tỷ lệ cao nhất, với các triệu chứng phổ biến như sốt, buồn nôn, chán ăn và da sung huyết.³ Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai nghiên cứu mô tả 800 trường hợp sốc SXHD, biểu hiện xuất huyết niêm chiếm 4%, tăng CRP chiếm 11,3%, albumin máu <25 g/l chiếm 11,3%, tăng lactat máu >2 mmol/l chiếm 40,2%.⁴ Tuy nhiên, các nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào mô tả lâm sàng chung, chưa đi sâu vào nhóm bệnh nhi có diễn tiến nặng cần hỗ trợ hô hấp. Hiện nay, số liệu và nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của nhóm bệnh nhi sốt xuất huyết dengue cần thở máy tại Việt Nam còn hạn chế.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, điều trị và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhi SXHD cần thở máy tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, từ đó cung cấp dữ liệu thực tiễn hỗ trợ công tác chẩn đoán và điều trị hiệu quả hơn cho nhóm bệnh nhân rất nặng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô

¹Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phước Truyền

Email: dr.letruyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

tả theo dõi dọc. Nghiên cứu bao gồm tất cả bệnh nhi được chẩn đoán sốc SXHD nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc (HSTC-CD), Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2023. Các bệnh nhi được lựa chọn từ 1 tháng đến 16 tuổi, được chẩn đoán sốc SXHD theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế.⁵ Đồng thời cũng loại trừ các bệnh nhi có bệnh lý tim mạch, hô hấp hoặc thần kinh mạn tính nền. Các biến số được thu thập theo bệnh án mẫu, gồm các biến về dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị. Các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm troponin I và NTproBNP được thực hiện ở thời điểm 6 giờ sau nhập viện (G6) và bổ sung trong quá trình điều trị tùy theo chỉ định lâm sàng của bác sĩ điều trị. Trong nghiên cứu này, chỉ định thở máy trong nghiên cứu này dựa trên phụ lục 7 điều trị suy hô hấp cấp trong hướng dẫn chẩn đoán sốt xuất huyết dengue của Bộ Y tế năm 2023. Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần

trăm; các biến định lượng được biểu diễn bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ vị, tùy theo phân phối. So sánh tỷ lệ giữa hai nhóm sử dụng phép kiểm chi bình phương hoặc kiểm Fisher khi điều kiện không đủ. So sánh trung bình dùng phép kiểm t-test; so sánh trung vị sử dụng kiểm định Mann-Whitney. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$. Tất cả thông tin thu thập đều có sự đồng thuận của bệnh nhi và người nhà. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thông qua theo quyết định số 38/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 27/01/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023, có 113 bệnh nhi bị sốc SXHD được đưa vào nghiên cứu. Trong đó, 31 bệnh nhi (27,4%) có chỉ định thở máy theo tiêu chí điều trị suy hô hấp cấp bao gồm các tình huống sốc kèm suy hô hấp tiến triển, thất bại NCPAP, tổn thương gan nặng, quá tải dịch, hoặc thể não kèm suy hô hấp.

Bảng 1: So sánh lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị giữa hai nhóm

Thông số	Thở máy (n=31) Trung vị (tứ phân vị) hay %	Không thở máy (n=82) Trung vị (tứ phân vị) hay %	P
Lâm sàng			
Tuổi	7,9 (4,1; 10,8)	9,1 (6,7; 12,5)	0,214
Ngày bệnh	4 (4; 5)	5 (4; 5)	0,007
Sốc SXHD nặng	64,5%	26,8%	<0,001
Sốc kéo dài	32,3%	1,2%	<0,001
SIPA G0 bất thường	87,1%	90,2%	0,628
SIPA G6 bất thường	67,7%	23,2%	<0,001
Cận lâm sàng			
Lactate	6,36 (2,68; 11,86)	3,04 (2,01; 4,41)	<0,001
Albumin	2,08 (1,5; 3,02)	2,47 (1,76; 3,17)	0,112
AST	1085 (387,6; 2925,6)	225 (103,5; 660,7)	<0,001
ALT	368,4 (119,3; 1153,4)	124,7 (44,1; 306,7)	<0,001
Ure	6,36 (4,95; 8,48)	4,3 (3,3; 5,8)	<0,001
Creatinin	74,5 (53,1; 108,9)	58,3 (48,8; 71,9)	0,004
CRP	5,3 (2,3; 15,3)	3,6 (2,3; 6,0)	0,063
NTproBNP	15,5 (5,3; 129,8)	3,2 (1,75; 5,6)	<0,001
Troponin I	59,9 (20; 275)	14,3 (3,8; 83,7)	0,001
pH	7,365 (7,282; 7,477)	7,48 (7,45; 7,52)	<0,001
PCO ₂	25 (18,3; 29,9)	24,7 (21,2; 29,5)	0,824
PO ₂	136 (107; 172)	110,9 (96,5; 140,6)	0,034
HCO ₃ ⁻	15,1 (8,2; 19)	18,9 (15,5; 21,9)	0,001
BE	-10,2 (-18,5; -5,4)	-4,7 (-8,3; -1,6)	<0,001
Na	129 (126; 132)	130,6 (127,1; 133,7)	0,221
K	4,29 (3,8; 4,65)	3,93 (3,56; 4,32)	0,049
Ca	0,99 (0,93; 1,05)	1,06 (1; 1,1)	0,004
Điều trị			
Tổng dịch chống sốc	178 (158; 208)	371 (276; 540)	<0,001
Thời gian chống sốc	35,5 (30; 40)	50 (42; 70)	<0,001
Tốc độ dịch	5,2 (4,7; 5,7)	7,6 (5,5; 9,5)	<0,001
Thời gian nằm viện	13 (7; 33)	6 (5; 7)	<0,001

SIPA: pediatric age-adjusted shock index (chỉ số sốc hiệu chỉnh ở trẻ em), AST: Aspartate Transferase; ALT: Alanine Transferase; CRP: C-Reactive Protein; BE: Base excess.

Nhóm thở máy có ngày bệnh trung vị ngắn hơn (4 ngày so với 5 ngày, $p=0,007$). Tỷ lệ sốc SXHD nặng trong nhóm thở máy cao hơn đáng kể (64,5% so với 26,8%, $p<0,001$). Sốc kéo dài cũng phổ biến hơn ở nhóm này (32,3% so với 1,2%, $p<0,001$). Chỉ số SIPA ở thời điểm giờ 6 (SIPA G6) bất thường – một dấu hiệu cảnh báo sớm tình trạng huyết động mất bù – được ghi nhận ở 67,7% bệnh nhi nhóm thở máy, so với chỉ 23,2% ở nhóm không thở máy ($p<0,001$).

Nhóm thở máy có tình trạng rối loạn chuyển hóa nặng hơn rõ rệt. Lactate huyết thanh trung vị ở nhóm này là 6,36 mmol/L (so với 3,04 mmol/L ở nhóm không thở máy). Toan chuyển hóa biểu hiện rõ qua pH thấp hơn (7,365 so với 7,48), HCO_3^- thấp hơn (15,1 so với 18,9 mmol/L), và BE âm sâu hơn (-10,2 so với -4,7 mmol/L). Tổn thương gan cấp là cũng khác biệt đáng kể giữa hai nhóm: AST trung vị là 1085 IU/L và ALT là 368,4 IU/L ở nhóm thở máy – cao hơn gấp 4–5 lần so với nhóm không thở máy. Chỉ số NT-proBNP và troponin I – các dấu ấn thể hiện tình trạng quá tải dịch và tổn thương tim – cũng cao hơn rõ rệt ở nhóm thở máy: NT-proBNP trung vị lần đầu là 15,5 pmol/L (so với 3,2 pmol/L), và ở giờ thứ 18 là 97,8 pmol/L (so với 13,0 pmol/L); troponin I giờ thứ 18 là 179 pg/L (so với 35,7 pg/L).

Nhóm thở máy được truyền dịch với tổng liều lớn hơn: 371 mL/kg so với 178 mL/kg ở nhóm không thở máy. Thời gian truyền dịch kéo dài hơn (50 giờ so với 35,5 giờ), tốc độ dịch cao hơn (7,6 mL/kg/giờ so với 5,2 mL/kg/giờ). Điều này cho thấy thở máy là yếu tố tiên lượng nặng và liên quan chặt chẽ đến nguy cơ tử vong.

Về đặc điểm thở máy, toàn bộ đều được thở máy với mode kiểm soát áp lực (A/C PC), thời gian thở máy trung vị là 10 ngày (5,5; 17,5), ngắn nhất là 25 giờ, dài nhất là 57 ngày. Thời điểm khởi đầu thở máy trung vị 17 giờ (0,63; 31). Các bệnh nhi trong nghiên cứu, khi khởi đầu được cài đặt tần số thở máy ban đầu theo lứa tuổi, sau đó tần số thở máy được tăng, đồng thời IP cũng tăng dần. Ngoài ra, toàn bộ các bệnh nhi trong nghiên cứu được sử dụng áp lực dương cuối kỳ thở ra (PEEP) cao và thể tích khí lưu thông (VT) thấp từ 6-8 ml/kg như bảng 2.

Bảng 2: Thông số thở máy của dân số nghiên cứu (n=31)

Thông số	Thông số ban đầu	Thông số cao nhất
----------	------------------	-------------------

Áp lực hít vào (IP – cmH ₂ O)	20 (16; 23)	30 (27; 32)
Áp lực dương cuối kỳ thở ra (cmH ₂ O)	12 (8; 14)	18 (16; 24)
Tần số thở (RR - lần/phút)	25 (20; 27,5)	30 (30; 30)
FiO ₂ (%)	80 (60; 100)	100
Trigger (lít/phút)	2	2
Thể tích khí lưu thông (ml/kg)	6 (6; 7)	8

Qua phân tích chi tiết, các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến nhu cầu thở máy bao gồm: sốc SXHD nặng, sốc kéo dài, SIPA G6 bất thường, lactate > 5 mmol/L, pH < 7,40, BE < -10 mmol/L, AST > 1000 IU/L, NT-proBNP > 7 pmol/L, troponin I tăng. Những yếu tố trên có thể được xem là các chỉ điểm cảnh báo sớm để chỉ định can thiệp hô hấp tích cực và chuyển khoa hồi sức sớm nhằm cải thiện tiên lượng.

Để xác định các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến nhu cầu thở máy ở bệnh nhi sốc sốt xuất huyết dengue, chúng tôi thực hiện phân tích chi tiết hồi quy logistic nhị phân với biến phụ thuộc là “thở máy” (có/không) và bốn biến độc lập được lựa chọn dựa trên ý nghĩa lâm sàng và thống kê từ phân tích chi tiết đơn biến: (1) mức độ sốc, (2) chỉ số SIPA bất thường tại thời điểm G6, (3) NT-proBNP lần 1 > 7 pmol/L, và (4) AST > 1000 IU/L (bảng 3).

Bảng 3. Các yếu tố nguy cơ thở máy trong phân tích đa biến

Biến số	B	p	Exp (B)	95%CI
Sốc SXHD nặng	1,807	0,004	6,093	1,793–20,708
SIPA tại G6 bất thường	1,632	0,009	5,112	1,504–17,373
Tăng NT-proBNP	1,294	0,037	3,647	1,082–12,294
AST 1000 IU/L	1,918	0,004	6,808	1,864–24,862
Constant	-5,304	<0,001	0,005	

Tổn thương gan cấp (AST cao) và rối loạn chức năng tim (NT-proBNP tăng) không chỉ là biểu hiện sinh hóa đơn thuần mà còn là các yếu tố tiên lượng độc lập, phản ánh diễn tiến nặng cần hỗ trợ hô hấp xâm lấn. Đặc biệt, chỉ số SIPA bất thường tại thời điểm giờ 6 – một chỉ số huyết động đơn giản, dễ áp dụng trong lâm sàng – có giá trị tiên lượng rõ rệt, gợi ý rằng bệnh nhân cần được đánh giá và điều trị tích cực nếu SIPA vượt ngưỡng.

Đồng thời, NT-proBNP có diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,824, cho thấy khả năng tiên lượng tốt nhu cầu thở máy ở trẻ sốc SXHD. Troponin I có AUC là 0,708, thể hiện giá

trị chẩn đoán ở mức trung bình trong việc dự đoán nhu cầu thở máy.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 113 bệnh nhi sốc SXHD được theo dõi trong 3 năm, 31 trường hợp (27,4%) cần thở máy, trong đó 17 ca tử vong, chiếm 54,8% nhóm này. Điều này nhấn mạnh rằng thở máy không chỉ là một biện pháp điều trị hỗ trợ mà còn là dấu hiệu tiên lượng nặng và tử vong ở bệnh nhi sốt xuất huyết dengue. Việc nhận diện các yếu tố liên quan đến chỉ định thở máy có ý nghĩa then chốt trong việc can thiệp kịp thời để cải thiện kết cục.

Phân tích cho thấy các yếu tố lâm sàng như sốt xuất huyết dengue nặng, sốc kéo dài, và chỉ số SIPA G6 bất thường có liên quan rõ rệt đến nhu cầu thở máy. Đây là các yếu tố dễ ghi nhận tại tuyến đầu và có thể dùng như tiêu chí đánh giá nguy cơ ban đầu. Đặc biệt, sốc kéo dài (32,3% ở nhóm thở máy so với 1,2% ở nhóm không thở máy) là chỉ dấu lâm sàng mạnh gợi ý tổn thương cơ quan tiến triển, khó hồi phục bằng bù dịch và vận mạch thông thường.

Ở khía cạnh sinh hóa, AST > 1000 IU/L và NT-proBNP > 7 pmol/L là hai yếu tố có giá trị tiên lượng mạnh, phản ánh tổn thương gan cấp và suy chức năng tim, tương ứng. Đây là điều đặc biệt quan trọng vì men gan thường được xem như chỉ số theo dõi tổn thương mô gan hơn là yếu tố chỉ định can thiệp sớm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, AST cao là yếu tố tiên lượng độc lập cho thở máy (OR=6,81, p=0,004), cho thấy cần cập nhật vai trò của men gan vào các mô hình tiên lượng SXHD.

Kết quả của nghiên cứu hiện tại có điểm khác biệt đáng kể với các công trình trước đây. Trong nghiên cứu hồi cứu của Lê Vũ Phượng Thy và cộng sự (2019) tại cùng bệnh viện, tỷ lệ thở máy trong sốc sốt xuất huyết dengue là 26,3%,⁶ gần tương đương nghiên cứu này (27,4%). Tuy nhiên, nghiên cứu năm 2019 không ghi nhận trường hợp tử vong nào, trong khi nghiên cứu hiện tại ghi nhận 17 ca tử vong, toàn bộ nằm trong nhóm thở máy. Điều này cho thấy nhóm bệnh nhân năm 2021–2022 có mức độ nặng cao hơn hoặc thở máy được chỉ định ở giai đoạn muộn hơn. Quan trọng hơn, Lê Vũ Phượng Thy và cộng sự mô tả tổn thương hô hấp như tràn dịch màng phổi và phù phổi là đặc điểm chính, trong khi nghiên cứu hiện tại cho thấy rối loạn đa cơ quan – đặc biệt là gan và tim – mới là yếu tố tiên lượng mạnh hơn.

Võ Duy Minh (2021) mô tả đặc điểm lâm sàng và điều trị sốt xuất huyết dengue nặng tại

Bệnh viện Nhi Đồng 1, với 1 trường hợp thở máy và tỷ lệ tử vong thấp.⁷ Dù cùng bệnh viện, nhưng cỡ mẫu nhỏ, đồng thời nghiên cứu cứu của tác giả Võ Duy Minh chỉ chọn các bệnh nhân tại khoa Cấp Cứu và tiêu chí lựa chọn khác nhau khiến kết quả không thể so sánh trực tiếp. Tuy nhiên, sự thiếu tập trung vào nhóm thở máy cho thấy khoảng trống trong nghiên cứu trước đây mà nghiên cứu hiện tại đã lấp đầy.

Nghiên cứu của Nguyễn Hà Phương và cộng sự ở 40 trẻ SXHD nặng được lọc máu liên tục tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 và 2, tỉ lệ tử vong cũng tương đương so với nghiên cứu này.⁸ Nhóm bệnh nhân cần thở máy, có thể có tổn thương đa cơ quan, đặc biệt là gan và tim và thường được lọc máu liên tục để hỗ trợ đa cơ quan. Trong nghiên cứu hiện tại có nhiều trường hợp có men gan > 1000 IU/L, NT-proBNP tăng cao, suy thận, cho thấy phù hợp với chỉ định lọc máu liên tục theo khuyến cáo gần đây. Do đó, cần nghiên cứu sâu hơn vai trò của CRRT như một phương thức điều trị hỗ trợ sớm cho nhóm bệnh nhi có nguy cơ tử vong cao do suy hô hấp tiến triển trong sốc SXHD.

Thông qua phân tích chi tiết hồi quy logistic, bốn yếu tố độc lập được xác định có liên quan đến nguy cơ thở máy, bao gồm: mức độ sốc (OR=6,09), SIPA bất thường (OR=5,11), NT-proBNP >7 (OR=3,65), và AST >1000 IU/L (OR=6,81). Đây là mô hình tiên lượng đơn giản, có tính ứng dụng lâm sàng cao vì tất cả đều là thông số thường quy.

Đặc biệt, ROC của NT-proBNP giờ thứ 6 và 18 đều vượt 0,82, khẳng định giá trị phân biệt tốt trong tiên lượng thở máy. Troponin I có AUC thấp hơn (~0,71) nhưng vẫn có giá trị hỗ trợ chẩn đoán. Phân tích này không chỉ củng cố kết quả từ hồi quy mà còn đề xuất các mốc thời gian theo dõi sinh hóa cụ thể để đánh giá nguy cơ diễn tiến nặng. So với các nghiên cứu trước, công trình này có một số điểm nổi bật: thiết kế theo dõi dọc, giúp quan sát chính xác quá trình diễn tiến bệnh lý và phản ứng với điều trị. Phân tích kết hợp lâm sàng – huyết động – sinh hóa – điều trị, cung cấp góc nhìn toàn diện và thực tiễn cho bác sĩ lâm sàng. Đồng thời, các chỉ dấu sinh học như NT-proBNP và troponin I được đánh giá có hệ thống trong tiên lượng nhu cầu thở máy ở sốt SXHD ở bệnh nhi.

Từ kết quả nghiên cứu, có thể đề xuất rằng các bệnh nhi sốc sốt SXHD có sốc kéo dài, AST tăng cao, NT-proBNP tăng sớm và chỉ số SIPA bất thường tại thời điểm nhập viện nên được theo dõi sát và chuyển khoa hồi sức sớm. Đồng

thời, việc xây dựng các mô hình điểm tiên lượng dựa trên các yếu tố này có thể hỗ trợ phân tầng nguy cơ và quyết định can thiệp hô hấp xâm lấn đúng thời điểm.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Bệnh nhi sốc sốt xuất huyết dengue cần thở máy có đặc điểm lâm sàng và sinh hóa nặng hơn, với tỷ lệ tử vong cao. Các yếu tố tiên lượng thở máy gồm: sốc SXHD nặng, sốc kéo dài, SIPA bất thường, AST > 1000 IU/L và NT-proBNP > 7 pmol/L. Cần theo dõi sát và can thiệp sớm ở nhóm nguy cơ cao. Việc ứng dụng các chỉ số tiên lượng này có thể giúp cải thiện kết cục điều trị. Nên tiếp tục nghiên cứu mở rộng đa trung tâm để xác nhận giá trị các yếu tố này.

VI. TÀI TRỢ KINH PHÍ

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 332/2024 /HĐ-ĐHYD, ngày 27 tháng 08 năm 2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Dengue Situation Updates 2023. Accessed 10 November 2023, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365676>

2. WHO. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. World Health Organization Copyright ©; 2009.
3. Lê Thị Văn, Nguyễn VL, Đỗ TH, Nguyễn TBL, Ngô TTH. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sốt xuất huyết dengue ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi trung ương năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 11/26 2024;544(2):doi:10.51298/vmj.v544i2.11858
4. Phạm Thị Kiều Trang, Nghĩa NT, Tuấn TD, Nguyễn PNT. Sốc sốt xuất huyết dengue tại Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2019;23(4):93-99.
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết dengue. Quyết định số 2760/QĐ-BYT. 2023;ngày 04 tháng 07 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y Tế.
6. Lê Vũ Phương Thy, Phạm Văn Quang. Tổn thương phổi ở bệnh nhi sốc sốt xuất huyết dengue có hỗ trợ hô hấp. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019;3(23):274-282.
7. Võ Duy Minh, Phùng Nguyễn Thế Nguyên. 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. 01/12 2022;509(1):doi:10.51298/vmj.v509i1.1776
8. Nguyễn Hà Phương, Nguyễn PNT, Việt ĐC. Chỉ định và kết quả lọc máu liên tục ở trẻ sốt xuất huyết dengue. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;536(2):69-73.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH THUẬN

Đỗ Quyên¹, Lê Huy Thạch¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm túi mật cấp (VTMC) là gánh nặng lớn cho hệ thống chăm sóc sức khỏe và phẫu thuật cắt túi mật nội soi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị VTMC tại Bệnh viện đa khoa Ninh Thuận. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả 44 bệnh nhân VTMC, được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại khoa Ngoại tổng hợp từ tháng 1/2022 đến 10/2024. **Kết quả:** Trong số 44 bệnh nhân, nữ chiếm 61,4%, tuổi trung bình 53,9. Tỷ lệ bệnh kèm theo cao (84,1%), phổ biến nhất là tăng huyết áp (29,5%). Triệu chứng lâm sàng gồm đau bụng (100%), chủ yếu ở hạ sườn phải (63,6%), sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (34,1%), điểm đau túi mật dương tính (68,2%) và túi mật to sờ thấy (22,7%). Cận lâm sàng ghi nhận bạch cầu $\geq 10-15\text{G/L}$ (47,7%), siêu âm cho thấy thành túi mật dày (100%) và dịch

quanh túi mật (45,5%). Tỷ lệ túi mật có sỏi là 84,1%. 68,2% bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 72 giờ sau nhập viện. Tỷ lệ cắt túi mật nội soi thành công đạt 90,9%, chuyển mổ mở 9,1%. Tai biến trong mổ là 4,5%. Biến chứng sau mổ gồm nhiễm trùng vết mổ (2,3%), tụ dịch dưới gan (9,1%) và rò mật (2,3%). **Kết luận:** Cắt túi mật nội soi là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị VTMC, với tỷ lệ biến chứng thấp. **Từ khóa:** Viêm túi mật cấp, phẫu thuật cắt túi mật nội soi, Bệnh viện đa khoa Ninh Thuận.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS AT NINH THUAN PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Introduction: Acute cholecystitis is a huge burden on the healthcare system. Laparoscopic cholecystectomy is the gold standard in the care for patients with acute cholecystitis. **Objective:** Evaluation of results of laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis at Ninh Thuan provincial general hospital. **Method:** A descriptive retrospective study of 44 patients with acute

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Quyên

Email: dr.doquyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025