

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. Jarukitsopa et al.**, "Epidemiology of systemic lupus erythematosus and cutaneous lupus erythematosus in a predominantly white population in the United States", *Arthritis Care Res.*, 67(6), 2015, tr 817–828.
2. **J. M. Gill, A. M. Quisel, P. V. Rocca, D. T. Walters**, "Diagnosis of systemic lupus erythematosus", *Am. Fam. Physician*, 68(11), 2003, tr 2179–2186.
3. **G. Yaniv et al.**, "A volcanic explosion of autoantibodies in systemic lupus erythematosus: a diversity of 180 different antibodies found in SLE patients", *Autoimmun. Rev.*, 14(1), 2015, tr 75–79.
4. **M. Arroyo-Avila et al.**, "Clinical associations of anti-Smith antibodies in PROFILE: a multi-ethnic lupus cohort", *Clin. Rheumatol.*, 34(7), 2015, tr 1217–1223.
5. **Nguyễn Văn Toàn**, "Áp dụng thang điểm SLEDAI trong tiên lượng bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống tại khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai", Luận Văn Thạc sĩ Y Học, trường Đại học Y Hà Nội, 2011.
6. **Đặng Thu Hương, Nguyễn Tất Thắng**, "Tỉ lệ kháng thể kháng nucleosome trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống-Mối tương quan giữa kháng thể kháng nucleosome với ANA, anti-dsDNA và độ hoạt động của bệnh", *Tạp chí Y Học TP.Hồ Chí Minh*, *Tạp chí Y Học TP.Hồ Chí Minh*, 2013, tr 294–300.
7. **Nguyễn Hữu Trường**, "Nghiên cứu mối tương quan giữa mức độ hoạt động bệnh với một số tự kháng thể trong lupus ban đỏ hệ thống", Luận án Tiến sĩ Y Học, trường Đại học Y Hà Nội, 2017.
8. **Lê Hữu Doanh, Cần Huyền Hân**, "Mối liên quan giữa kháng thể kháng Smith với mức độ nặng của bệnh lupus ban đỏ hệ thống", *TCNCYH 98*, 2015, tr 31–36.

CHỈ SỐ V3R/V7 TRONG XÁC ĐỊNH VỊ TRÍ KHỞI PHÁT NGOẠI TÂM THU THẤT CÓ NGUỒN GỐC TỪ ĐƯỜNG RA THẤT TRÁI VÀ ĐƯỜNG RA THẤT PHẢI

Phon Phaly¹, Trần Văn Đồng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vị trí khởi phát NNTT từ ĐRTT dẫn truyền điện thế về phía V3R rõ hơn và ĐRTP dẫn truyền điện thế về V7 rõ hơn. Do đó, việc sử dụng kết hợp tỷ lệ sóng R ở V3R và V7 có thể cải thiện sự phân biệt giữa nguồn gốc khởi phát ĐRTP và ĐRTT. **Mục tiêu:** Nhận xét giá trị chẩn đoán của chỉ số V3R/V7 trong dự đoán vị trí khởi phát của rối loạn nhịp thất từ đường ra thất trái và đường ra thất phải. **Đối tượng & phương pháp:** 58 bệnh nhân ngoại tâm thu thất vô căn có chỉ định thăm dò điện sinh lý xét RFCA theo khuyến cáo của ACC/AHA/ESC năm 2006, khuyến cáo của ESC năm 2015 và đồng thuận chuyên gia của EHRA/HRS năm 2009. **Kết quả:** Phần lớn các NNTT khởi phát ĐRTP (74,1%), tuổi trung bình 50,5 tuổi, tỉ lệ nữ cao hơn so với nam (69,0% so với 31,0%). Chỉ số V3R/V7 có giá trị tốt trong chẩn đoán phân biệt NNTT khởi phát ĐRTP và ĐRTT với diện tích dưới đường cong là 0,80 (0,62-0,97). Với giá trị V3R/V7 \geq 0,73; được chẩn đoán NNTT khởi phát đường ra thất trái với độ nhạy 66,7% và độ đặc hiệu 100%. **Kết luận:** Chỉ số V3R/V7 có giá trị tốt trong chẩn đoán phân biệt NNTT đường ra thất phải và đường ra thất trái.

Từ khóa: Ngoại tâm thu thất, đường ra thất phải, đường ra thất trái, V3R/V7.

SUMMARY

V_{3R}/V₇ INDEX FOR DIFFERENTIATING

¹Bệnh viện Presh Ket Melea (Vương quốc Campuchia)

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phon Phaly

Email: drphonphaly22@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2021

Ngày duyệt bài: 9.11.2021

LEFT FROM RIGHT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT ARRHYTHMIAS ORIGINS

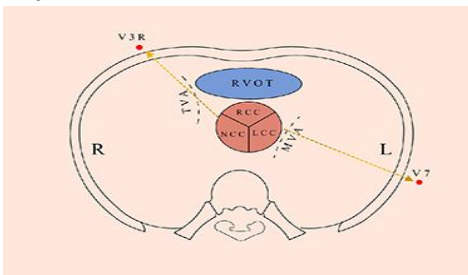
Background: The site of origin of ventricular arrhythmias (VAs) from the left ventricular-outflow tract (LV-OT) conducts the potential to V3R more clearly, and the RV-OT conducts the potential to V7 more clearly. Therefore, the combined use of R-wave ratios in V3R and V7 could improve the distinction between the origin of RV-OT and LV-OT. **Objectives:** To evaluate the diagnostic value of the V3R/V7 index in predicting the origin of ventricular arrhythmias from the LV-OT and the RV-OT. **Subjects & methods:** 58 patients of idiopathic ventricular arrhythmias with indications for electrophysiological testing (RFCA) as recommended by ACC/AHA/ESC in 2006, ESC recommendations in 2015 and expert consensus by EHRA/HRS in 2009. **Results:** Majority of patients VAs with origin of RV-OT (74.1%), average age is 50.5 years old, the rate of female is higher than that of male (69.0% vs 31.0%). The V3R/V7 index has good value in the differential diagnosis of VAs with origin of RV-OT and LV-OT with the area under the curve (UAC) of 0.80 (0.62-0.97). With value V3R/V7 \geq 0.73; diagnosed with LV-OT with origin of left ventricular outflow tract with a sensitivity of 66.7% and a specificity of 100%. **Conclusion:** V3R/V7 index has good value in differential diagnosis of right ventricular outflow tract and left ventricular outflow tract.

Keywords: Ventricular arrhythmias, right ventricular outflow tract, left ventricular outflow tract, V3R/V7 index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngoại tâm thu thất (NNTT) là rối loạn nhịp tim phổ biến, bệnh gặp cả người khỏe mạnh và tăng cao ở trên những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch¹. Mối quan hệ giải phẫu giữa NNTT vị trí

khởi phát ĐRTP và ĐRTT là yếu tố quan trọng để phân biệt nguồn gốc khởi phát NTTT. Các nghiên cứu trước đây cho thấy NTTT có nguồn gốc từ ĐRTT xuất hiện quá trình chuyển đổi sóng R sớm hơn và các chỉ số được sử dụng để xác định vị trí khởi phát NTTT, đều bắt nguồn từ sự biến đổi sóng R ở các chuyển đạo trước tim. Tuy nhiên nhiều bệnh nhân cấu trúc giải phẫu thay đổi dẫn đến biến đổi tư thế tim gây những khó khăn trong phân biệt vị trí khởi phát NTTT bằng cách sử dụng các chuyển đạo trước tim tiêu chuẩn. Trên cơ sở V3R nằm về phía bên phải nhiều hơn so với V1; V7 nằm về phía bên trái nhiều hơn so với V6 và vị trí khởi phát NTTT khởi phát ĐRTT nằm bên trái và phía sau vị trí khởi phát của NTTT khởi phát ĐRTP, gây ra sự lan truyền điện thế từ điểm khởi phát ĐRTT về phía V3R rõ hơn dẫn đến biên độ sóng R lớn hơn. Ngược lại, sự kích hoạt bắt nguồn từ ĐRTP phù hợp hơn với trục của chuyển đạo V7, dẫn đến biên độ sóng R lớn hơn trong chuyển đạo V7. Do đó, việc sử dụng kết hợp tỷ lệ sóng R ở V3R và V7 có thể cải thiện sự phân biệt giữa nguồn gốc khởi phát ĐRTP và ĐRTT.



Hình 1. Vị trí điểm đặt điện cực chuyển đạo V3R và V7

Điều trị triệt để bằng năng lượng sóng có tần số radio là phương pháp hiệu quả đối với bệnh nhân không đáp ứng điều trị nội khoa. Tuy nhiên, để có thể điều trị thành công cần có thời gian xác định vị trí khởi phát của NTTT và điều này làm tăng nguy cơ biến chứng cho bệnh nhân cũng như ảnh hưởng không nhỏ đến bác sĩ can thiệp khi phải làm việc trong môi trường phóng xạ. Năm 2018, nghiên cứu của Dian Cheng trên 105 bệnh nhân rối loạn nhịp thất đã cho thấy ý nghĩa của chỉ số V3R/V7 trong xác định ngoại tâm thu thất đường ra thất phải và trái; với chỉ số $V3R/V7 \geq 0.85$ có giá trị dự đoán ngoại tâm thu thất có nguồn gốc đường ra thất trái với độ nhạy 87% và độ đặc hiệu 96%². Mục tiêu nghiên cứu: *Nhận xét giá trị chẩn đoán của chỉ số V3R/V7 trong dự đoán vị trí khởi phát của rối loạn nhịp thất từ đường ra thất trái và đường ra thất phải.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi lựa chọn ngẫu nhiên vào nghiên cứu 58 bệnh nhân ngoại tâm thu thất vô căn có chỉ định thăm dò điện sinh lý xét RFCA theo khuyến cáo của ACC/AHA/ESC năm 2006, khuyến cáo của ESC năm 2015 và đồng thuận chuyên gia của EHRA/HRS năm 2009.

+ NTTT đơn dạng dày gây triệu chứng lâm sàng, không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc bệnh nhân không muốn dùng thuốc kéo dài.

+ NTTT đơn dạng gây kích hoạt bão điện hoặc nhịp nhanh thất liên hồi.

+ NNT đơn dạng không bền bỉ gây triệu chứng lâm sàng, trợ hoặc không dung nạp với điều trị nội khoa.

- Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định về vị trí ổ NTTT sau thăm dò điện sinh lý và triệt đốt thành công.

Những bệnh nhân loại trừ khỏi nghiên cứu là những bệnh nhân có ngoại tâm thu thất đa dạng, có bệnh lý tim thực tổn kèm theo có thể dẫn tới biến đổi trên điện tâm đồ bề mặt: bệnh mạch vành, các bệnh lý cơ tim, bệnh lý van tim, .v.v., có các rối loạn nhịp khác ngoài NTTT có thể làm thay đổi trục điện tim, hình dạng phức bộ QRS bình thường: block nhánh, block phân nhánh, hội chứng Brugada, .v.v., có rối loạn nhịp thất khởi phát ở ngoài đường ra thất.

3.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh được tiến hành tại viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai từ 01/08/2020 đến ngày 31/05/2021.

Tất cả bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ thông qua thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Ghi điện tâm đồ bề mặt với 12 chuyển đạo tiêu chuẩn và 4 chuyển đạo V3R và V7, V8, V9.

Vị trí khởi phát rối loạn nhịp thất dựa trên kết quả thăm dò điện sinh lý học và kết quả triệt đốt, được thực hiện tại đơn vị Tim mạch can thiệp thuộc Viện Tim mạch, bệnh viện Bạch Mai.

3.3. Các chỉ số đánh giá điện tim

1. Biên độ sóng R và S trong chuyển đạo V₁ đến V₃, V_{3R} và V₇ đến V₉.

2. Tỷ lệ sóng V_{3R} / V₇.

3. Tỷ lệ sóng V₃ R / V₈.

4. Tỷ lệ sóng V_{3R} / V₉.

5. Chỉ số vùng chuyển tiếp (TZ).

6. Tỷ lệ chuyển tiếp V₂.

7. Chỉ số V_{2S} / V_{3R}.

3.4. Phân tích số liệu nghiên cứu

- Các chỉ số được sử dụng để phân biệt NTTT khởi phát vị trí ĐRTP và ĐRTT bao gồm:

+ TZ được định nghĩa là vị trí của chuyển đạo đầu tiên trong đó biên độ sóng R và S bằng nhau. Điểm TZ tăng 0,5 theo vị trí của TZ, nếu tỷ lệ sóng R/S nằm trong khoảng 0,9 và 1.1.

+ Tỷ số chuyển tiếp tại V2 và V3: tính bằng tỷ lệ giữa tỷ số biên độ R/(R+S) của ngoại tâm thu và tỷ số biên độ R/(R+S) nhịp xoang tại V2 và V3.

+ Chỉ số V_{3R}/V₇ được xác định là tỉ lệ biên độ sóng R trong chuyển đạo V_{3R} và V₇

+ Các chỉ số V_{3R}/V₈ và V_{3R}/V₉ được xác định tương tự.

- Phân tích và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22. Các biến số được phân tích giá trị trung bình ± SD và kiểm định bằng Student T test. Phân tích đường cong ROC với độ chính xác được thể hiện bằng diện tích dưới đường cong (AUC). Dùng chỉ số Youden (Youden index) J để xác định điểm cut-off và độ nhạy, độ đặc hiệu của từng điểm cut-off. Giá trị p để so sánh độ nhạy và độ đặc hiệu giữa các thuật toán khác nhau được thực hiện bằng McNemar test. Giá trị p ≤ 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 58 trường hợp NTTT, trong đó phần lớn các NTTT khởi phát ĐRTP(74,1%). Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 50,5 tuổi, tỉ lệ nữ cao hơn so với nam (69,0% so với 31,0%).

4.1. Đặc điểm một số chỉ số phân biệt NTTT khởi phát đường ra thất phải và thất trái

Bảng 1. Đặc điểm một số chỉ số phân biệt NTTT khởi phát đường ra thất phải và thất trái

Thông số	ĐRTP (n=43)	ĐRTT (n=15)	p
Biên độ V3R	1,7±1,3	4,7±5,1	0,001
Biên độ V4R	1,7±1,5	6,6±12,7	0,01
Biên độ V5R	1,9±1,5	2,7±2,5	0,14
Biên độ V7	9,7±4,5	6,4±4,2	0,02
Biên độ V8	7,5±3,7	4,9±4,9	0,07
Biên độ V9	5,8±4,3	2,4±2,1	0,005
Chỉ số biên độ R/S (%)	33,7±31,9	32,6±36,5	0,88
Tỉ lệ V2S/V3R	5,3±6,0	1,2±2,1	0,01
Tỷ lệ V3R/V7	0,2±0,1	1,1±1,3	0,00
Tỉ lệ V3R/V8	0,3±0,2	2,6±5,3	0,006
Tỷ lệ V3R/V9	0,4±0,4	3,4±5,5	0,001

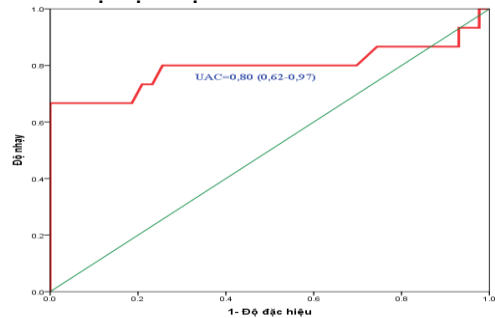
- Giá trị trung bình của biên độ sóng V3R và V4R cao hơn ở nhóm NTTT đường ra thất trái. Giá trị trung bình của biên độ sóng R ở chuyển

đạo V7 và V9 cao hơn ở nhóm ĐRTP. Tỉ lệ V3R/V7, V3R/V8, V3R/V9 trung bình ở nhóm NTTT đường ra thất phải đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm NTTT đường ra thất trái. Giá trị trung bình của tỉ lệ V2S/V3R cao hơn ở nhóm NTTT đường ra thất phải, có ý nghĩa thống kê

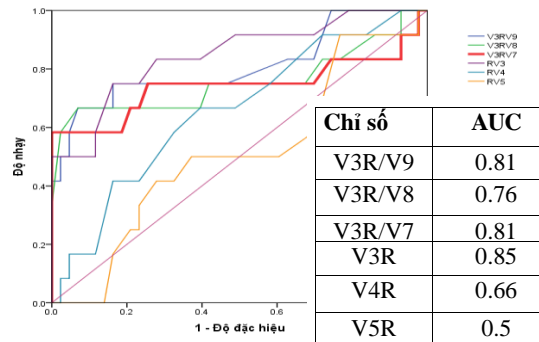
4.2. Giá trị chẩn đoán của chỉ số V3R/V7

Chỉ số V3R/V7 có giá trị tốt trong chẩn đoán phân biệt NTTT đường ra thất phải và đường ra thất trái với diện tích dưới đường cong là 0,80 (0,62-0,97).

Dùng chỉ số Youden (Youden index) J để xác định điểm cut-off và độ nhạy, độ đặc hiệu của chỉ số V3R/V7 trong phân biệt NTTT đường ra thất phải và thất trái, chúng tôi xác định được điểm J có giá trị V3R/V7 ≥ 0,73; được chẩn đoán NTTT khởi phát đường ra thất trái với độ nhạy 66,7% và độ đặc hiệu 100%.



Biểu đồ 3.4. Giá trị chẩn đoán của V3R/V7 (n=58)



Biểu đồ 2. Giá trị chẩn đoán phân biệt NTTT đường ra thất phải và đường ra thất trái

Các chỉ số V3R/V7, V3R/V9 và biên độ sóng V3R có giá trị tốt trong chẩn đoán NTTT đường ra thất phải và thất trái. Trong đó biên độ sóng V3R có độ nhạy cao nhất 75,0% và chỉ số V3R/V7 có độ đặc hiệu cao nhất 100%.

4.3. So sánh giá trị các tiêu chuẩn chẩn đoán phân biệt vị trí khởi phát NTTT từ ĐRTP và ĐRTT

Bảng 2. So sánh giá trị chẩn đoán vị trí khởi phát NTTT từ ĐRTP và ĐRTT

Tiêu chuẩn	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	AUC(95% CI)
TZ index <0	66,7	51,2	0,6 (0,4-0,8)
Chỉ số thời gian sóng R $\geq 50\%$	93,3	16,3	0,5 (0,4-0,7)
Chỉ số biên độ R/S $\geq 30\%$	73,3	33,6	0,5 (0,4-0,7)
Chỉ số V2S/V3R ≤ 1.5	76,7	73,3	0,8 (0,6-0,8)
Tỷ số chuyển tiếp tại V2 ≥ 0.6	67,4	86,7	0,8 (0,6-0,9)
Tỷ lệ V4/V8 > 3	81,4	53,7	0,7 (0,5-0,8)
Chỉ số V4/V8 > 2.28	80,0	5,0	0,6 (0,4-0,8)

So với chỉ số V3R/V7 các chỉ số khác dùng để phân biệt NTTT từ ĐRTP và ĐRTT đều có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng đường cong ROC để xác định giá trị chẩn đoán định khu của chỉ số V3R/V7. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số V3R/V7 có giá trị tốt trong chẩn đoán phân biệt NTTT đường ra thất phải và đường ra thất trái với diện tích dưới đường cong là 0,80 (0,62-0,97). Dùng chỉ số Youden (Youden index) J để xác định điểm cut-off và độ nhạy, độ đặc hiệu của chỉ số V3R/V7 trong phân biệt NTTT đường ra thất phải và thất trái, chúng tôi xác định được điểm J có giá trị V3R/V7 $\geq 0,73$ được chẩn đoán NTTT khởi phát ĐRTT với độ nhạy 66,7% và độ đặc hiệu 100%. Kết quả này cho thấy giá trị trong chẩn đoán định khu tốt, tuy nhiên thấp hơn so với nghiên cứu nguyên bản của tác giả Dian Cheng³ năm 2018 khi cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 80% và 98,6% khi tỉ số V3R/V7 $\geq 0,85$. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, đồng thời do hình thể của người Việt Nam và người nước ngoài có một số sự khác biệt nhất định dẫn đến thay đổi vị trí vùng chuyển tiếp và một vài thông số trên điện tâm đồ.

Chúng tôi dùng các chỉ số được sử dụng phổ biến trong các nghiên cứu để so sánh giá trị chẩn đoán vị trí khởi phát NTTT bao gồm TZ index <0, chỉ số thời gian sóng R $\geq 50\%$, chỉ số biên độ R/S $\geq 30\%$, chỉ số V2S/V3R ≤ 1.5 , tỷ số chuyển tiếp tại V2 ≥ 0.6 , chỉ số V4/V8 > 2.28 . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các chỉ số V3R/V7, V3R/V9 và biên độ sóng V3R có giá trị tốt trong chẩn đoán NTTT đường ra thất phải và thất trái. Trong đó biên độ sóng V3R có độ nhạy cao nhất 75,0% và chỉ số V3R/V7 có độ đặc hiệu cao nhất 100%. So với chỉ số V3R/V7 các chỉ số khác (TZ index, chỉ số thời gian sóng R, chỉ số biên độ R/S, chỉ số V2S/V3R, tỉ số chuyển tiếp tại V2, tỉ lệ V4/V8) dùng để phân biệt NTTT từ ĐRTP và ĐRTT đều có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn.

Chúng tôi cũng nhận thấy, giá trị của các thông số trong chẩn đoán vị trí khởi phát NTTT rất khác nhau giữa các nghiên cứu; thông thường chỉ số nào được phát triển ở nghiên cứu nào sẽ có giá trị chẩn đoán cao nhất ở nghiên cứu đó, ví dụ như chỉ số V2S/V3R ở nghiên cứu của Yoshida hay chỉ số V4/V8 trong nghiên cứu của Zhang^{4,5}. Như vậy, để xác định giá trị chẩn đoán vị trí khởi phát NTTT từ ĐRTP hay ĐRTT cần có nhiều nghiên cứu hơn. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng khó có thể loại bỏ được các yếu tố nhiễu trong quá trình thực hành, vì vậy nên sử dụng nhiều chỉ số đồng thời để có thể xác định chính xác hơn vị trí khởi phát NTTT có ĐRTP và ĐRTT nhằm rút ngắn thời gian thực hiện thủ thuật và triệu đốt trong phẫu thuật. Từ đó, nâng cao chất lượng điều trị và giảm tác hại của tia X lên cả bệnh nhân và nhân viên y tế.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số V3R/V7 có giá trị tốt trong chẩn đoán phân biệt NTTT đường ra thất phải và đường ra thất trái. Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu sâu hơn để so sánh giá trị của chỉ số này với các chỉ số khác được sử dụng trước đây để xác định vị trí khởi phát NTTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Morshedi-Meibodi A, Evans JC, Levy D, Larson MG, Vasan RS.** Clinical correlates and prognostic significance of exercise-induced ventricular premature beats in the community: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2004;109(20):2417-2422.
- Cheng D, Ju W, Zhu L, et al.** V3R/V7 Index: A Novel Electrocardiographic Criterion for Differentiating Left From Right Ventricular Outflow Tract Arrhythmias Origins. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*. 2018;11(11):e006243.
- Cheng D, Ju W, Zhu L, et al.** VR/V7 Index. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*. 2018;11(11):e006243.
- Yoshida N, Yamada T, McElderry HT, et al.** A novel electrocardiographic criterion for differentiating a left from right ventricular outflow tract tachycardia origin: the V2S/V3R index. *Journal of cardiovascular electrophysiology*.

2014;25(7):747-753.

5. Zhang F, Hamon D, Fang Z, et al. Value of a posterior electrocardiographic lead for localization

of ventricular outflow tract arrhythmias: the V4/V8 ratio. JACC: Clinical Electrophysiology. 2017;3(7):678-686.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU CỦA NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đỗ Thái Sơn¹, Phạm Trung Kiên², Trần Tuấn Anh¹,
Ngô Thị Kim Quế¹, Khổng Thị Ngọc Mai³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm rối loạn đông máu ở trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu 38 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Trung tâm Nhi khoa. **Kết quả:** triệu chứng của nhiễm khuẩn huyết hay gặp là khó thở 86,8%, bú kém 84,2%, có 34,2% trẻ có biểu hiện xuất huyết dưới da, chảy máu phổi 10,6%. Số lượng tiểu cầu giảm chiếm 55,3% trường hợp; tỉ lệ prothrombin giảm chiếm 44,7%, thời gian Thromboplastin từng phần hoạt hoá (APTT) kéo dài chiếm 34,2% và fibrinogen giảm chiếm 34,2%. **Kết luận:** các biểu hiện lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh hay gặp là các dấu hiệu khó thở, bú kém. Các rối loạn đông cầm máu là giảm số lượng tiểu cầu, tỉ lệ prothrombin giảm, APTT kéo dài.

Từ khóa: Rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn huyết, sơ sinh, cấy máu

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF COAGULATION DISORDERS OF NEONATAL SEPSIS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL'S PEDIATRIC CENTER

Objectives: Description of clinical features and coagulation disorders in neonates infected with sepsis at Thai Nguyen National hospital's Pediatric center.

Methods: across-sectional descriptive study.

Results: Common clinical symptoms of sepsis are difficult breathing 86.8%, poor feeding 84.2%, mainly 34.2% of them are subcutaneous bleeding, followed by pulmonary bleeding with 10.6%. The decrease in platelet count accounted for 55.3% of cases, the rate of Prothrombin decreased by 44.7%, activated partial thromboplastin time (APTT) was prolonged by 34.2% and decreased fibrinogen accounted for 34.2%.

Conclusions: The most common clinical

manifestations of neonatal sepsis are difficulty breathing, and poor feeding. The coagulation disorders are decreased platelet count, decreased prothrombin ratio, extended APTT.

Keywords: coagulation, sepsis, neonates, blood culture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh là nhiễm trùng toàn thân nặng, bệnh không chỉ gây tử vong hàng đầu ở cả trẻ sơ sinh đủ tháng và non tháng, mà còn để lại những di chứng nặng nề. Nhiễm trùng huyết là một biểu hiện đáp ứng của cơ thể với nhiễm trùng, gây ra hầu hết các triệu chứng của nhiễm khuẩn huyết. Chẩn đoán sớm nhiễm khuẩn huyết ở trẻ sơ sinh không dễ dàng vì biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, các biểu hiện này rất đa dạng, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của nhiễm khuẩn huyết, nhanh chóng trở nên nặng nề, một trong những hậu quả là rối loạn đông máu và tổn thương các cơ quan. Bình thường hệ thống đông máu ở trạng thái cân bằng động, khi có tác động của nội độc tố, ngoại độc tố vi khuẩn vào hệ thống này thì đều có thể xảy ra rối loạn đông máu, vì vậy rối loạn đông máu rất hay gặp ở trẻ sơ sinh nhiễm trùng huyết, các rối loạn này ở nhiều mức độ khác nhau từ nhẹ đến nặng, như đông máu nội quản rải rác, xuất huyết não. Tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, hàng năm trẻ sơ sinh chiếm 23,5% số bệnh nhân vào viện điều trị, trong đó tỉ lệ trẻ nhiễm khuẩn huyết cao [4]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm rối loạn đông máu ở trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian nghiên cứu.

¹Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Đại Nam

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thái Sơn

Email: dothaison@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2021

Ngày duyệt bài: 10.11.2021