

(2,22%), 2 bệnh nhân (4,44%) rò dịch não tủy sau mổ, 2 trường hợp tụ dịch galea (4,44%), 4 bệnh nhân (8,89%) nhiễm trùng vết mổ thì 3 trường hợp phải mổ lại. 45 BN (100%) được theo dõi và khám lại sau mổ trong thời gian 6 và 12 tháng. Đánh giá kết quả theo dõi tại thời điểm 12 tháng cho thấy: kết quả tốt về mặt lâm sàng là 93,33%; kết quả không thay đổi là 6,67%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fawaz S Almotairi, Per Hellström, Thomas Skoglund, et al.** (2020). Chiari I malformation—neuropsychological functions and quality of life. *Life* 162(7): 1575-1582.
2. **Hale Öktem, Alper Dilli, Ayla Kürkcüoğlu, et al.** (2016). Prevalence of Chiari type I malformation on cervical magnetic resonance imaging: a retrospective study. *Anatomy*, 10(1): 40-45.
3. **Nasser MF El-Ghandour** (2012). Long-term outcome of surgical management of adult Chiari I malformation. *Neurosurgical review*, 35: 537-547.
4. **Saniya S Godil, Scott L Parker, Scott L Zuckerman, et al.** (2013). Accurately measuring outcomes after surgery for adult Chiari I malformation: determining the most valid and responsive instruments. *Neurosurgery*, 72(5): 820-827.
5. **Scott L Parker, Saniya S Godil, Scott L Zuckerman, et al.** (2013). Comprehensive assessment of 1-year outcomes and determination of minimum clinically important difference in pain, disability, and quality of life after suboccipital decompression for Chiari malformation I in adults. *Neurosurgery*, 73(4): 569-581.
6. **Leonardo Aliaga, Katherine E Hekman, Reza Yassari, et al.** (2012). A novel scoring system for assessing Chiari malformation type I treatment outcomes. *Neurosurgery*, 70(3): 656-665.
7. **Nicholas M Wetjen, John D Heiss, Edward H Oldfield** (2008). Time course of syringomyelia resolution following decompression of Chiari malformation Type I. *Journal of Neurosurgery: Pediatrics*, 1(2): 118-123.
8. **Vicko Gluncic, Michael Turner, Delilah Burrowes, et al.** (2011). Concurrent Chiari decompression and spinal cord untethering in children: feasibility in a small case series. *Acta neurochirurgica*, 153(1): 109-114.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN MẮC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CÓ TỔN THƯƠNG GAN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN SẢN - NHI TỈNH QUẢNG NGÃI

Đỗ Duy Thanh<sup>1</sup>, Nguyễn Mậu Thạch<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Tuyền<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tổn thương gan là biểu hiện thường gặp trong sốt xuất huyết Dengue (SXHD). Tăng men gan là một trong những yếu tố tiên lượng sốt xuất huyết Dengue nặng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi mắc sốt xuất huyết Dengue có tổn thương gan và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến mức độ nặng ở đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang bệnh nhi từ 1 tháng đến dưới 16 tuổi được chẩn đoán SXHD, xét nghiệm có tổn thương gan (AST/ALT  $\geq$ 120 U/L) điều trị tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ 31/10/2021 đến 31/10/2022. **Kết quả:** gồm 177 bệnh nhi SXHD tổn thương gan. Đa số tổn thương gan ở mức độ nhẹ, chiếm 93,2% (165/177). SXHD có dấu hiệu cảnh báo (DHCB) chiếm tỷ lệ cao nhất 45,8% (81/177); SXHD (32,8%) (58/177) và SXHD nặng 21,4% (38/177). Tỷ lệ bệnh nhi thoát huyết tương nặng chiếm 14,2% (25/177); 4 trường hợp suy tạng, trong đó 3 trường hợp suy gan và 1 trường hợp SXHD thể não. Các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của

bệnh nhi SXHD có tổn thương gan là: triệu chứng xuất huyết trên da; li bì, bứt rứt; buồn nôn, nôn; đau bụng vùng gan; gan lớn; số lượng tiểu cầu  $<50 \times 10^9/L$ ; tiểu cầu giảm nhanh; cô đặc máu; hạ Natri máu; rối loạn thời gian Prothrombin; rối loạn thời gian aPTT; mức độ tổn thương gan và có dấu thoát dịch trên siêu âm. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nặng ở bệnh nhi SXHD có tổn thương gan cao. Cần tầm soát men gan thường quy hơn ở bệnh nhi SXHD để phát hiện các trường hợp tổn thương gan sớm, giúp đánh giá và xử trí kịp thời. **Từ khóa:** Sốt xuất huyết Dengue, tổn thương gan.

#### SUMMARY

### RESEARCH INTO THE CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER WITH HEPATIC DAMAGE IN CHILDREN AT QUANG NGAI OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

**Introduction:** Hepatic damage is a common manifestation of Dengue hemorrhagic fever (DHF). Elevated liver enzymes is one of the predictors of severe Dengue. **Objective:** Describe the clinical, paraclinical characteristics of Dengue hemorrhagic fever with hepatic damage in children and explore the factors associated with severe Dengue. **Subject and Method:** Cross-sectional description of children from

<sup>1</sup>Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinh TUYEN889@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023

1 month to under 16 years old are diagnosed DHF had hepatic damage (AST/ALT  $\geq 120$  U/L) and treated at Quang Ngai Obstetrics and Pediatrics Hospital from 31/10/2021 to 31/10/2022. **Result:** There were 177 DHF children had hepatic damage. Most hepatic damage in the study was mild, accounting for 93.2% (165/177). The Dengue with warning signs accounted for the highest rate with 45.8% (81/177), followed by Dengue without warning signs (32.8%) (58/177) and severe Dengue (21.4%) (38/177). There were 14.2% (25/177) children with severe plasma leakage; 4 cases of severe organ impairment, of which 3 cases of hepatic failure and 1 case of **encephalitis**. Factors related to severe Dengue are: petechiae; lethargy or restlessness; nausea, vomiting; abdominal pain (liver region); hepatomegaly; platelet count  $< 50 \times 10^9/L$ ; rapid decrease in platelet count; increase in haematocrit (Hct); hyponatremia; Prothrombin time disorder; activated partial thromboplastin time (aPTT) disorder; classification of hepatic damage and plasma leakage determined on ultrasound. **Conclusion:** The rate of Dengue with warning signs and severe Dengue in DHF had hepatic damage is high. It is necessary to screen liver enzymes to detect early cases of hepatic damage and help timely management. **Keywords:** Dengue hemorrhagic fever, hepatic damage.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm gây dịch do 4 týp vi rút Dengue gây ra. Bệnh có đặc trưng là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương có thể dẫn đến sốc và tử vong nếu không được điều trị đúng và kịp thời. Tổn thương gan là biểu hiện thường gặp trong sốt xuất huyết Dengue. Tăng men gan là một trong những yếu tố tiên lượng sốt xuất huyết Dengue nặng [6].

### Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi mắc sốt xuất huyết Dengue có tổn thương gan.
2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh nhi mắc sốt xuất huyết Dengue có tổn thương gan.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhi từ 1 tháng đến dưới 16 tuổi, chẩn đoán SXHD nhập viện, xét nghiệm có tổn thương gan (AST/ALT  $\geq 120$  U/L) điều trị tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

### Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tuổi từ 1 tháng đến dưới 16 tuổi.
- Được chẩn đoán sốt xuất huyết theo Quyết định 3705/QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2019<sup>[1]</sup>; dựa vào lâm sàng, xét nghiệm test nhanh NS1Ag (+) hoặc Dengue IgM (+).
- Xét nghiệm AST và/hoặc ALT  $\geq 120$  U/L.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhi có bệnh nền

tim mạch, bệnh phổi, bệnh về máu (giảm tiểu cầu, huyết tán), các bệnh mạn tính, các bệnh nhiễm trùng trước đó, bệnh suy giảm miễn dịch tiên phát hoặc mắc phải, bệnh nhi có sử dụng các chất, các thuốc gây tăng men gan.

**Số liệu được xử lý** bằng phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Gồm 177 bệnh nhi SXHD có tổn thương gan với các đặc điểm dưới đây.

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

**Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi SXHD có tổn thương gan**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi SXHD có tổn thương gan**

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n=177)	Tỷ lệ (%)
Xuất huyết trên da (n=75)	Xuất huyết dạng chấm	65	36,7
	Xuất huyết dạng nốt – bầm nơi tiêm	5	2,8
	Xuất huyết dạng mảng	2	1,1
	Xuất huyết dạng chấm và mảng	3	1,7
Xuất huyết niêm mạc (n=42)	Chảy máu chân răng	8	4,5
	Chảy máu mũi	15	8,5
	Tiêu hóa	8	4,5
	Hành kinh sớm, kéo dài	11	6,3
Không có dấu xuất huyết		60	33,9
Li bì, bứt rứt		83	46,9
Buồn nôn, nôn		76	42,9
Đau bụng vùng gan		114	64,4
Gan lớn		75	42,4

**Nhận xét:** + 33,9% (60/177) bệnh nhi không có biểu hiện xuất huyết da, niêm mạc. Xuất huyết trên da chiếm tỷ lệ cao hơn so với xuất huyết niêm mạc (42,4% so với 23,7%).

+ Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau bụng vùng gan (64,4%); li bì, bứt rứt (46,9%); buồn nôn, nôn (42,9%) và gan lớn (42,4%).

**Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhi SXHD có tổn thương gan**

- Đặc điểm về huyết học

**Bảng 2. Đặc điểm về huyết học**

Đặc điểm	Trung bình, Trung vị (25 <sup>th</sup> -75 <sup>th</sup> )
Ngày bệnh bạch cầu thấp nhất (ngày)	4,5 $\pm$ 1,1
Giá trị bạch cầu thấp nhất ( $\times 10^9/L$ )	3,0 (1,9 – 3,9)
Ngày bệnh bạch cầu bắt đầu tăng lại (ngày)	5,5 $\pm$ 1,1
Ngày bệnh tiểu cầu thấp nhất (ngày)	5,5 $\pm$ 0,9

Giá trị tiểu cầu thấp nhất (x10 <sup>9</sup> /L)	29,0 (15,0 – 74,0)	
Ngày bệnh tiểu cầu bắt đầu tăng lại (ngày)	6,5 ± 0,9	
<b>Đặc điểm</b>	<b>Số lượng (n=177)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Tiểu cầu giảm nhanh	96	54,2
Cô đặc máu	64	36,2

**Nhận xét:** + Bạch cầu thấp nhất được ghi nhận vào ngày thứ 4,5 ± 1,1 của bệnh. Bạch cầu bắt đầu tăng lại vào ngày thứ 5,5 ± 1,1.

+ Tiểu cầu thấp nhất vào ngày thứ 5,5 ± 0,9 của bệnh. Tiểu cầu bắt đầu tăng lại vào ngày thứ 6,5 ± 0,9 của bệnh.

+ Có 54,2% (96/177) tiểu cầu giảm nhanh và 36,2% (64/177) cô đặc máu.

**Bảng 3. Đặc điểm về men gan**

Đặc điểm AST, ALT		Số lượng (n=177)	Tỷ lệ (%)	Trung vị (25 <sup>th</sup> -75 <sup>th</sup> )
Nồng độ AST (U/L)	<120	18	10,2	166,3 (137,1 – 200,1)
	120 - <400	148	83,6	
	400 - <1000	9	5,1	
	≥1000	2	1,1	
Nồng độ ALT (U/L)	<120	115	65,0	84,2 (49,0 – 148,7)
	120 - <400	58	32,7	
	400 - <1000	3	1,7	
	≥1000	1	0,6	
<b>Mức độ tổn thương gan</b>		<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>	
Nhẹ		165	93,2	
Trung bình		9	5,1	
Nặng		3	1,7	

**Nhận xét:** + Nồng độ AST từ 120 - <400 (U/L) chiếm tỷ lệ cao nhất (83,6%). Trung vị của nồng độ AST là 166,3 (137,1 – 200,1) (U/L). Có 2 trường hợp AST ≥1000 (U/L).

+ Nồng độ ALT <120 (U/L) chiếm tỷ lệ cao nhất (65,0%). Trung vị của nồng độ ALT là 84,2 (49,0 – 148,7) (U/L). Có 1 trường hợp ALT ≥1000 (U/L).

+ Đa số tổn thương gan trong nghiên cứu là mức độ nhẹ, chiếm 93,2%.

- Đặc điểm xét nghiệm khác

**Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm khác**

Cận lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình Trung vị (25 <sup>th</sup> -75 <sup>th</sup> )

**Bảng 6. Liên quan giữa lâm sàng và mức độ nặng**

Triệu chứng	Mức độ nặng		Tổng cộng	p
	SXHD nặng (n=38)	SXHD + SXHD có DHCB (n=139)		

Natri máu (mmol/L) (n=74)	135–145	30	40,5	133,5 ± 3,8
	<135	44	59,5	
Thời gian Prothrombin (giây) (n=52)	Bình thường	28	53,8	15,6 ± 3,0
	Rối loạn	24	46,2	
aPTT (giây) (n=52)	Bình thường	10	19,2	46,4 ± 14,2
	Rối loạn	42	80,8	
Đặc điểm thoát dịch trên siêu âm (n=97)	Có dấu thoát dịch	63	64,9	
	Không có dấu thoát dịch	34	35,1	
Vị trí thoát dịch	Túi mật	56	57,7	
	Ố bụng	54	55,7	
	Màng phổi	41	42,3	
	Bao gan	5	5,2	
	Màng tim	3	3,1	
	Thận	1	1,0	
	Tĩnh hoàn	1	1,0	

**Nhận xét:** + Nồng độ AST từ 120 - <400 (U/L) chiếm 83,6%.

+ Nồng độ ALT <120 (U/L) cao nhất 65,0%.

+ Natri máu giảm (<135 mmol/L): chiếm 59,5%; thời gian aPTT rối loạn: 80,8%; Siêu âm có dấu thoát dịch: 64,9%.

**Phân bố mức độ nặng của bệnh nhi SXHD có tổn thương gan**

**Bảng 5. Phân bố mức độ nặng bệnh SXHD**

Mức độ nặng bệnh SXHD	Số lượng (n=177)	Tỷ lệ (%)	
SXHD	58	32,8	
SXHD có DHCB	81	45,8	
SXHD nặng (n=38)	Thoát huyết tương nặng	25	14,2
	Xuất huyết nặng	4	2,2
	Thoát huyết tương nặng + Xuất huyết nặng	5	2,8
	Suy tạng	4	2,2
<b>Tổng</b>	<b>177</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** + SXHD có DHCB chiếm tỷ lệ cao nhất: 45,8%.

+ Có 14,2% thoát huyết tương nặng; 4 trường hợp suy tạng.

**3.2. Các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh nhi mắc sốt xuất huyết Dengue có tổn thương gan**

**Liên quan giữa lâm sàng và mức độ nặng**

		n	%	n	%	n	
Xuất huyết trên da	Có	26	68,4	49	35,3	75	<0,05
	Không	12	31,6	90	64,7	102	
Li bì, bứt rứt	Có	34	89,5	49	35,3	83	*<0,05
	Không	4	10,5	90	64,7	94	
Buồn nôn, nôn	Có	23	60,5	53	38,1	76	<0,05
	Không	15	39,5	86	61,9	101	
Đau bụng vùng gan	Có	35	92,1	79	43,2	114	*<0,05
	Không	3	7,9	60	56,8	63	
Gan lớn	Có	32	84,2	43	30,9	75	<0,05
	Không	6	15,8	96	69,1	102	

(\* là p Fisher hiệu chỉnh)

**Nhận xét:** Bệnh nhi có các triệu chứng: xuất huyết trên da; li bì, bứt rứt; buồn nôn, nôn; đau bụng vùng gan; gan lớn có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với SHXD và SXHD có DHCb.

**Liên quan giữa cận lâm sàng và mức độ nặng**

- Liên quan giữa xét nghiệm huyết học và mức độ nặng

**Bảng 7. Liên quan giữa xét nghiệm huyết học và mức độ nặng**

Đặc điểm		Mức độ nặng				Tổng cộng	p
		SXHD nặng (n=38)		SXHD + SXHD có DHCb (n=139)			
		n	%	n	%		
Số lượng tiểu cầu (x10 <sup>9</sup> /L)	<50	18	47,4	27	19,4	45	<0,05
	50 - <100	7	18,4	44	31,7	51	
	≥100	13	34,2	68	48,9	81	
Tiểu cầu giảm nhanh	Có	31	81,6	65	46,8	96	<0,05
	Không	7	18,4	74	53,2	81	
Cổ đặc máu	Có	34	89,5	30	21,6	64	*<0,05
	Không	4	10,5	109	78,4	113	

(\* là p Fisher hiệu chỉnh)

**Nhận xét:** Bệnh nhi có số lượng tiểu cầu <50 (x10<sup>9</sup>/L); tiểu cầu giảm nhanh; cổ đặc máu có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với SHXD và SXHD có DHCb.

- Liên quan giữa Natri máu và mức độ nặng

**Bảng 8. Liên quan giữa Natri máu và mức độ nặng**

Đặc điểm		Mức độ nặng				Tổng cộng	p
		SXHD nặng (n=30)		SXHD + SXHD có DHCb (n=44)			
		n	%	n	%		
Natri máu	Giảm	22	73,3	22	50,0	44	<0,05
	Bình thường	8	26,7	22	50,0	30	

**Nhận xét:** Natri máu giảm có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với SHXD và SXHD có DHCb.

- Liên quan giữa xét nghiệm đông, cầm máu và mức độ nặng

**Bảng 9. Liên quan giữa xét nghiệm đông, cầm máu và mức độ nặng**

Đặc điểm		Mức độ nặng				Tổng cộng	p
		SXHD nặng (n=26)		SXHD + SXHD có DHCb (n=26)			
		n	%	n	%		
Thời gian Prothrombin	Rối loạn	18	69,2	6	23,1	24	<0,05
	Bình thường	8	30,8	20	76,9	28	
aPTT	Rối loạn	25	96,2	17	65,4	42	*<0,05
	Bình thường	1	3,8	9	34,6	10	

(\* là p Fisher hiệu chỉnh)

**Nhận xét:** Bệnh nhi rối loạn thời gian Prothrombin và aPTT có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với SHXD và SXHD có DHCb.

- Liên quan giữa tổn thương gan và mức độ nặng

**Bảng 10. Liên quan giữa tổn thương gan và mức độ nặng**

Triệu chứng		Mức độ nặng				Tổng cộng	p
		SXHD nặng (n=38)		SXHD + SXHD có DHCB (n=139)			
		n	%	n	%		
Mức độ tổn thương gan	Nặng	3	7,9	0	0	3	* < 0,05
	Trung bình	4	10,5	5	3,6	9	
	Nhẹ	31	81,6	134	96,4	165	

(\* là p Fisher hiệu chỉnh)

**Nhận xét:** Bệnh nhi có tổn thương gan càng nặng thì có tỷ lệ mắc SXHD nặng càng cao.

- Liên quan giữa thoát dịch trên siêu âm và mức độ nặng

**Bảng 11. Liên quan giữa thoát dịch trên siêu âm và mức độ nặng**

Dấu thoát dịch trên siêu âm	Mức độ nặng				Tổng cộng	p
	SXHD nặng (n=27)		SXHD + SXHD có DHCB (n=70)			
	n	%	n	%		
<b>Có</b>	25	92,6	38	54,3	63	* < 0,05
<b>Không</b>	2	7,4	32	45,7	34	

(\* là p Fisher hiệu chỉnh)

**Nhận xét:** Bệnh nhi có dấu thoát dịch trên siêu âm có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với SHXD và SXHD có DHCB.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi mắc sốt xuất huyết Dengue có tổn thương gan

**Lâm sàng:** trong nghiên cứu chúng tôi, 33,9% (60/177) bệnh nhi không có xuất huyết da, niêm mạc. Xuất huyết trên da chiếm tỷ lệ cao hơn so với xuất huyết niêm mạc (42,4% so với 23,7%). Dạng xuất huyết trên da thường gặp theo thứ tự là: chấm 36,7% (65/177), nốt (2,8%) (5/177), mảng 1,1% (2/177). Vị trí xuất huyết niêm mạc thường gặp nhất là: mũi (8,5%). Nghiên cứu của một số tác giả khác: tác giả Nguyễn Mậu Thạch<sup>[3]</sup> ghi nhận có 41,2% (113/272) bệnh nhân có dấu xuất huyết, trong đó 35,9% xuất huyết trên da và 5,3% xuất huyết niêm mạc. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Vy<sup>[4]</sup>, 369 bệnh nhi sốt xuất huyết thì: xuất huyết da dạng chấm chiếm 66,7%, dạng mảng hay bầm máu 8,1% và 3,4% bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa. Khi có viêm thành mạch hay giảm tiểu cầu thì biểu hiện chính hay gặp của bệnh là xuất huyết dạng chấm. Khi tiểu cầu giảm < 50x10<sup>9</sup>/L hoặc có rối loạn đông máu thì sẽ xuất hiện vết bầm nơi tiêm hoặc chảy máu khó cầm, chảy máu niêm mạc rỉ rả, kinh nguyệt bất thường hay kéo dài<sup>[5]</sup>.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là: đau bụng vùng gan (64,4%); li bì, bứt rứt (46,9%); buồn nôn, nôn (42,9%) và gan lớn (42,4%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Vy<sup>[4]</sup>: dấu hiệu gan lớn chiếm 32% (118/369). Tác giả

Nguyễn Mậu Thạch<sup>[3]</sup>: triệu chứng gan lớn chiếm tỷ lệ 20,8%. Theo y văn: ở bệnh nhân SXHD chức năng gan ít nhiều bị rối loạn, tế bào gan người là tế bào đích của vi rút Dengue và việc nhân lên của vi rút gây ra tiến trình hoại sinh trong tế bào này<sup>[7]</sup>.

**Cận lâm sàng:** Kết quả bảng 2 cho thấy, bạch cầu thấp nhất vào ngày thứ 4,5 ± 1,1 của bệnh và có giá trị trung vị là 3,0 (1,9 – 3,9) (x10<sup>9</sup>/L). Bạch cầu bắt đầu tăng lại vào ngày thứ 5,5 ± 1,1. Tiểu cầu thấp nhất vào ngày thứ 5,5 ± 0,9 và có giá trị trung vị là 29,0 (15,0 – 74,0) (x10<sup>9</sup>/L). Tiểu cầu bắt đầu tăng lại vào ngày thứ 6,5 ± 0,9 của bệnh. Như vậy giá trị bạch cầu có biểu hiện tăng lại trước tiểu cầu một ngày. Có 54,2% bệnh nhi biểu hiện tiểu cầu giảm nhanh và 36,2% bệnh nhi biểu hiện cô đặc máu. Số lượng bạch cầu giảm nặng, ngay cả ở giai đoạn sốt. Theo hướng dẫn của WHO năm 2012<sup>[7]</sup>, sự giảm nhanh tiểu cầu là một trong những chỉ điểm trong SXHD có dấu hiệu cảnh báo.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ AST từ 120 - < 400 (U/L) chiếm tỷ lệ cao nhất (83,6%). Có 2 trường hợp AST ≥ 1000 (U/L). Nồng độ ALT < 120 (U/L) chiếm tỷ lệ cao nhất (65,0%). Có 1 trường hợp ALT ≥ 1000 (U/L). Đa số tổn thương gan ở mức độ nhẹ. Nghiên cứu của Nguyễn Mậu Thạch<sup>[3]</sup>: trung vị nồng độ AST là 82,2 (51,9 – 131,0) (U/L); Nồng độ ALT chủ yếu là ở mức < 120 (U/L), chiếm 86%. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có kết quả nồng độ AST, ALT cao hơn so với nghiên cứu khác. Tuy nhiên có thể

nhận thấy rằng, trong SXHD nồng độ AST thường có xu hướng tăng cao hơn so với ALT<sup>[7]</sup>.

Qua bảng 4, trong số 74 bệnh nhi xét nghiệm thì Natri máu giảm: 59,5% (44/74). Thời gian Prothrombin bình thường: 53,8% (28/52). Thời gian aPTT rối loạn: 80,8% (42/52); 64,9% (63/97) có dấu thoát dịch trên siêu âm; vị trí thoát dịch là túi mật (57,7%), ổ bụng (55,7%) và màng phổi (42,3%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, SXHD có DHCB chiếm tỷ lệ cao nhất với 45,8% (81/177); tiếp đến là SXHD (32,8%) (58/177) và SXHD nặng (21,4%) (38/177); 14,2% (25/177) bệnh nhi thoát huyết tương nặng; 4 trường hợp suy tạng, trong đó 3 trường hợp suy gan và 1 trường hợp SXHD thể não. Tác giả Nguyễn Hữu Châu Đức<sup>[2]</sup> ghi nhận tỷ lệ SXHD và SXHD có DHCB là 94,6%; tỷ lệ SXHD nặng là 5,4%, thấp hơn trong nghiên cứu chúng tôi. Tăng men gan là một trong những yếu tố tiên lượng sốt xuất huyết Dengue nặng. Giả thuyết đưa ra là do vi rút Dengue xâm nhập trực tiếp gây hoại tử lan tỏa tế bào gan hoặc do sốc kéo dài và xuất huyết dẫn đến thiếu máu nuôi, hoại tử ở gan, thận<sup>[6]</sup>.

**4.2. Các yếu tố liên quan đến mức độ nặng.** Qua bảng 6, bệnh nhi có xuất huyết trên da; li bì, bứt rứt; buồn nôn, nôn; đau bụng vùng gan; gan lớn có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với SHXD và SXHD có DHCB. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của chúng tôi có cùng kết quả với nghiên cứu của các tác giả khác<sup>[2], [3]</sup>. Những triệu chứng kể trên là những triệu chứng xuất hiện khi có thoát mạch nhiều, cô đặc máu tăng, nguy cơ bệnh nhân diễn tiến nặng<sup>[7]</sup>.

Số lượng tiểu cầu  $< 50$  ( $\times 10^9/L$ ); tiểu cầu giảm nhanh; cô đặc máu có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với SHXD và SXHD có DHCB. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Theo Nguyễn Thị Anh Vy<sup>[4]</sup> số lượng tiểu cầu thấp dần có ý nghĩa thống kê theo mức độ nặng của SXHD. Nghiên cứu của Yolanda N.<sup>[8]</sup> cho thấy số lượng tiểu cầu  $< 125$  ( $\times 10^9/L$ ) có liên quan đến sốt xuất huyết Dengue nặng. Tiểu cầu giảm nhanh và cô đặc máu là một trong những yếu tố dự báo tiên lượng nặng của bệnh SXHD<sup>[1]</sup>.

Qua bảng 8,9: bệnh nhi có biểu hiện giảm Natri máu có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với SHXD và SXHD có DHCB. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Trường hợp hạ Natri máu nặng có thể dẫn đến rối loạn tri giác và tử vong, đòi hỏi phải phát hiện và xử trí kịp thời<sup>[1]</sup>. Bệnh nhi có rối loạn thời gian Prothrombin và aPTT có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với

SHXD và SXHD có DHCB. Rối loạn trong cơ chế đông, cầm máu của bệnh SXHD bao gồm tăng tính thấm thành mạch, bất thường đông máu do bệnh lý thành mạch, giảm tiểu cầu và giảm yếu tố đông máu do tiêu thụ trong quá trình đông máu nội mạc lan tỏa gây xuất huyết nặng<sup>[5]</sup>.

Qua bảng 10, bệnh nhi tổn thương gan mức độ nặng có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với SXHD và SXHD có DHCB (7,9% so với 0%). Bệnh nhi tổn thương gan mức độ trung bình có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với SXHD và SXHD có DHCB (10,5% so với 3,6%). Bệnh nhi tổn thương gan mức độ nhẹ có tỷ lệ mắc SXHD nặng thấp hơn so với SXHD và SXHD có DHCB (81,6% so với 94,6%). Như vậy mức độ tổn thương gan càng nặng thì càng làm tăng tỷ lệ nặng của bệnh. Tác giả Nguyễn Mậu Thạch<sup>[3]</sup> ghi nhận bệnh nhân có AST, ALT càng cao thì có khả năng mắc SXHD có DHCB và SXHD nặng càng cao. Nghiên cứu của Yolanda N.<sup>[8]</sup> cho thấy AST  $> 135$  (U/L) có liên quan đến sốt xuất huyết Dengue nặng (OR=5,12; 95%CI: 1,6 – 15,7,  $p < 0,05$ ). Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Tuy nhiên cần lưu ý ở những trường hợp tổn thương gan mức độ nhẹ thì vẫn có thể tiến triển thành SXHD nặng do thoát huyết tương nặng hoặc xuất huyết nặng.

Cũng trong nghiên cứu này, bệnh nhi có dấu thoát dịch trên siêu âm có tỷ lệ mắc SXHD nặng cao hơn so với SHXD và SXHD có DHCB.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nặng ở bệnh nhi SXHD có tổn thương gan cao. Cần tầm soát men gan thường quy hơn ở bệnh nhi SXHD để phát hiện các trường hợp tổn thương gan sớm, giúp đánh giá và xử trí kịp thời.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2019), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết Dengue.
2. **Nguyễn Hữu Châu Đức, Nguyễn Thị Minh Thư** (2022), Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue, Tạp chí Y học lâm sàng, 76, tr.100-106
3. **Nguyễn Mậu Thạch** (2022), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em tại Bệnh viện Sản-Nhi Quảng Ngãi, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.
4. **Nguyễn Thị Anh Vy** (2020), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.
5. **Adane T., Getawa S.** (2021), Coagulation Abnormalities in Dengue fever infection: A

systematic review and meta-analysis, PLoS. Negl. Trop. Dis., 15(8), p. e0009666.

6. **T. Nguyen M., Ho T. N., Nguyen V. V., et al.** (2017), An Evidence-Based Algorithm for Early Prognosis of Severe Dengue in the Outpatient Setting, Clinical Infectious Diseases, 64(5), pp. 656-663.

7. **WHO** (2012), Handbook World Health Organization And Special Programme For Research And Training In Tropical Diseases.
8. **Yolanda N., Harris Alfian** (2017), Initial clinical and laboratory profiles to predict pediatric Dengue infection severity, Paediatr. Indones., 57(6), pp. 303-309.

## VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG

Nghiêm Phương Thảo<sup>1</sup>, Lưu Ngọc Bảo Trân<sup>1</sup>, Võ Thanh Mai<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** mô tả đặc điểm siêu âm của ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) và xác định vai trò của siêu âm trong chẩn đoán UTMTC theo thang điểm IETA. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 343 phụ nữ đến khám phụ khoa tại bệnh viện Từ Dũ từ 01/2019 đến 06/2022. Tất cả các trường hợp này đều được siêu âm 2D, Doppler màu qua ngã âm đạo và có kết quả giải phẫu bệnh nội mạc tử cung (NMTC) trên mô nạo sinh thiết lòng tử cung. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu 44,50±8,14 tuổi, nhóm >45 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 51,3%. Nhóm bệnh nhân có BMI ≥25 chiếm 46,4%. Có 9 trường hợp (2,6%) ung thư nội mạc tử cung. Bề dày trung bình NMTC của nhóm UTMTC là 22,82±18,52mm cao hơn nhóm lành tính là 11,72±6,67mm (p=0,001). Đa số các trường hợp UTMTC có cấu trúc NMTC không đồng dạng (77,8%), đường giữa NMTC không quan sát được (66,7%), khó xác định ranh giới giữa NMTC và cơ tử cung (66,7%), bờ NMTC không đều (88,9%), không có dịch trong lòng tử cung (77,8%). Trên siêu âm Doppler, nhóm UTMTC có tín hiệu màu nhiều (33,4%) và có nhiều mạch máu (44,5%). Khi không có dấu hiệu "khó xác định ranh giới giữa NMTC và cơ TC" thì nguy cơ UTMTC giảm 96% (p<0,001). Kiểu hình tưới máu với sự hiện diện của nhiều mạch máu và điểm Doppler > 2 điểm trở lên làm tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung với OR lần lượt là 90,9 và 66,7 lần (p<0,001). Giá trị của các đặc điểm siêu âm theo IETA trong chẩn đoán UTMTC như sau: bề dày của lớp NMTC ≥15,8mm, đường giữa NMTC không quan sát được, ranh giới NMTC và cơ tử cung khó xác định có đều có độ nhạy là 66,67%, độ đặc hiệu lần lượt là 73,95%, 82,63% và 92,11%. **Kết luận:** việc đánh giá nội mạc tử cung một cách chi tiết theo hướng dẫn của IETA sẽ rất cần thiết trong việc phát hiện sớm các trường hợp ung thư nội mạc tử cung

**Từ khóa:** siêu âm, ung thư nội mạc tử cung, thang điểm IETA

### SUMMARY

#### ROLE OF ULTRASOUND IN DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL CANCER

**Objective:** To describe the sonographic features and to define role of ultrasound in diagnostic of endometrial cancer (EC) using the International Endometrial Tumor Analysis (IETA) terminology. **Methods:** A cross-sectional retrospective study of 343 women with biopsy endometrial undergoing standardized transvaginal grayscale and Doppler ultrasound (US) examination according to the IETA study protocol. **Results:** Median age was 44,50±8,14, patients with BMI ≥ 25 accounted for 46.4%. There were 9 cases (2,6%) of endometrial cancer. The mean endometrial thickness (ET) of endometrial cancer group was 22,82±18,52mm, higher than benign group (11,72±6,67mm), p=0,001. The majority of EC had non-uniform echogenicity (77,8%), not-defined endometrial midline (66,7%), not-defined endometrial-myometrial junction (66,7%), no fluid in the endometrial cavity (77,8%). When there is no sign "not defined endometrial-myometrial junction", the risk of EC is decreased by 96% (p<0,001). On Doppler ultrasound, multiple dominant vessels and Doppler score > 2 increased the risk of endometrial cancer with an OR of 90.9 and 66.7 times, respectively (p<0.001). The value of US according to IETA in diagnosing EC is as follow: ET≥ 15,8mm, not-defined endometrial midline, not-defined endometrial-myometrial junction have sensitivity of 66.67%, specificity was 73.95%, 82.63% and 92.11%, respectively. **Conclusion:** a detailed and thorough endometrial assessment according to the IETA terminology will be necessary in early diagnosis of EC.

**Keywords:** ultrasound, endometrial cancer, International Endometrial Tumor Analysis (IETA).

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một thống kê tại Phần Lan vào năm 2019 cho thấy ung thư nội mạc tử cung (NMTC) chiếm khoảng 7,7% các trường hợp ung thư ở phụ nữ, xếp hàng thứ 4 trong các loại ung thư thường gặp. Tỷ lệ sống 1 năm và 5 năm của nhóm bệnh nhân này ở Phần Lan ước tính lần lượt là 91,8%

<sup>1</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: nghiempuongthao2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023