

chủng *T. tonsurans* ít có, chủ yếu là các tiểu bào tử hình thon, hình quả bóng xuất hiện nhiều trong các chủng được phân lập. Các đại bào tử của chủng *T. metagrophytes* hình điều xì gà, thành tế bào mỏng, tiểu bào tử hình tròn thành đám như chùm nho, có chủng cho hình thái của sợi xoắn. Hình thái chủng *T. schoenleinii* là sợi nấm có vách ngăn, dưới bề mặt có dạng cành cây gạc nai, gạc hươu không xuất hiện đại bào tử và tiểu bào tử. Đặc điểm hình thái của chủng *M. canis* là các đại bào tử hình con suốt, đầu nhọn có nhiều vách ngăn > 6 ngăn thành tế bào dày xì không xuất hiện bào tử nhỏ, rất hữu ích để chúng ta quan sát phân biệt nhận diện loài. Đặc điểm của chủng *M. gypseum* là các đại bào tử < 6 vách ngăn thành tế bào mỏng đầu tròn. Không thấy tiểu bào tử.

Nghiên cứu về tính chất sinh lý, sinh hóa của các loài trong đó có 23 chủng *T. tonsurans*, chúng tôi đã thử nghiệm trên môi trường thạch Ure cho kết quả: thay đổi sắc tố, lên màu đỏ trên thạch Ure, âm tính với thử nghiệm test xuyên tóc. Về điều kiện tăng trưởng, *T. tonsurans* phát triển tốt ở 37 độ và cần thiamine để tăng trưởng. Tính chất của 6 chủng *T. mentagrophytes* đều dương tính với Urea và test thử nghiệm xuyên tóc, phát triển tốt ở 37 độ, không cần thiamin để tăng trưởng. 2 chủng *T. schoenleinii* không có các tính chất trên. Có 14 chủng thuộc chi *Microsporum* gồm 2 loài *M.*

canis và *M. gypseum* có tính chất sinh lý, sinh hóa khác biệt nhau. Loài *M. gypseum* thay đổi sắc tố đỏ trên môi trường thạch Urea, âm tính với thử nghiệm xuyên tóc còn loài *M. canis* âm tính với Urea, dương tính với thử nghiệm xuyên tóc. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rõ sự khác biệt về tính chất sinh lý, sinh hóa giữa các loài.

V. KẾT LUẬN

T. tonsurans và *M. canis* là hai chủng thường gặp nhất gây nấm da đầu. Dựa vào thời gian khuẩn lạc tăng trưởng, hình thái và màu sắc đại thể của khuẩn lạc cũng giúp chúng ta dễ dàng nhận định chủng khuẩn lạc gây bệnh, giúp chẩn đoán sớm để điều trị sớm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elewski, B.E.**, Tinea capitis: a current perspective. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2000. 42(1): p. 1-20.
2. **Bhat, Y.J., et al.**, Clinicoepidemiological and Mycological Study of Tinea Capitis in the Pediatric Population of Kashmir Valley: A Study from a Tertiary Care Centre. *Indian Dermatol Online J*, 2017. 8(2): p. 100-103.
3. **Triviño-Duran, L., et al.**, Prevalence of tinea capitis and tinea pedis in Barcelona schoolchildren. *The Pediatric infectious disease journal*, 2005. 24(2): p. 137-141.
4. **Pomeranz, A.J. and S.S. Sabnis**, Tinea capitis: epidemiology, diagnosis and management strategies. *Paediatr Drugs*, 2002. 4(12): p. 779-83.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH HO GÀ TẠI KHOA BỆNH NHIỆT ĐỐI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Ngô Anh Vinh¹, Võ Mạnh Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh ho gà tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An năm 2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 100 bệnh nhân được chẩn đoán ho gà theo tiêu chuẩn của Hội nghị ho gà toàn cầu năm 2011 điều trị nội trú tại khoa Bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Lứa tuổi dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 74%. Tất cả các trường hợp đều có biểu hiện ho (100%) với cơn ho kịch phát chiếm 95%, ho đỏ mặt, tím tái chiếm 68%.

13% trường hợp có bạch cầu tăng cao $\geq 30.10^3/ml$, trong đó 52% trường hợp có số lượng bạch cầu lympho $\geq 70\%$. Về kết quả điều trị, hầu hết bệnh nhân tiến triển tốt (95%) với thời gian điều trị trung bình là $10,03 \pm 8,3$ ngày. Tỷ lệ có biến chứng chiếm 63% trong đó gặp nhiều nhất là viêm phổi (chiếm 46%). Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố: tuổi dưới 3 tháng, viêm phổi và bạch cầu máu ngoại vi tăng cao trên $30.10^3/mm^3$ là các yếu tố tiên lượng tình trạng ho gà nặng. **Kết luận:** Ho là dấu hiệu đặc trưng của bệnh ho gà gặp trong tất cả các trường hợp. Các yếu tố gồm tuổi dưới 3 tháng, viêm phổi và bạch cầu máu ngoại vi tăng cao trên $30.10^3/mm^3$ là các yếu tố có liên quan độc lập đến tình trạng ho gà nặng. **Từ khoá:** lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị, ho gà.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, PARA-CLINICAL FEATURES AND RESULTS OF TREATMENT

OF PERTUSSIS AT THE DEPARTMENT OF TROPICAL DISEASE, NGHE AN OBSTETICS AND PEDIATRIC HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical, paraclinical characteristics and treatment results of pertussis at Nghe An Obstetrics and Children's Hospital in 2017. **Subjects and research methods:** 100 patients, who were diagnosed with pertussis according to the criteria of Global whooping cough conference 2011, were inpatient treatment at the Department of Tropical Diseases - Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Patients's ages under 3 months accounted for the highest proportion with 74%. All cases had symptoms of cough (100%) with paroxysmal cough accounting for 95%, cough with red face and cyanosis accounting for 68%. 13% of cases had elevated white blood cells $\geq 30,103/ml$, 52% of which had lymphocyte counts $\geq 70\%$. Regarding the treatment results, most patients progressed well (95%) with an average treatment time of 10.03 ± 8.3 days. The rate of complications is 63%, of which the most common is pneumonia (46%). The results of multivariate regression analysis showed that the following factors: patient's age under 3 months, pneumonia and peripheral blood leukocyte increase above $30,103/mm^3$ are predictive factors for severe pertussis. **Conclusion:** Cough is a characteristic sign of whooping cough found in all cases. Factors including age under 3 months, pneumonia and peripheral blood white blood cell count above $30,103/mm^3$ are factors that are independently related to severe pertussis. **Keywords:** clinical, paraclinical, treatment results, pertussis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho gà là bệnh truyền nhiễm lây truyền qua đường hô hấp, gây ra bởi trực khuẩn Bordetella pertussis. Bệnh có khả năng lây truyền cao với những người tiếp xúc chưa được tiêm phòng đặc biệt ở giai đoạn sớm của bệnh. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính trên toàn thế giới có khoảng 50 triệu ca mắc ho gà và 300.000 ca tử vong mỗi năm. Ở các nước đang phát triển, tỉ lệ tử vong do ho gà ở trẻ nữ nhi được ước tính khoảng 4% [1], [2].

Mặc dù vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván (DPT) đã được tiêm phòng phổ cập nhưng bệnh ho gà vẫn chưa hoàn toàn được kiểm soát. Trong những năm gần đây ở Việt Nam, các vụ dịch ho gà vẫn xảy ra ở một số nước, kể cả các nước phát triển có tỷ lệ tiêm phòng cao [3]. Tại Việt Nam theo báo cáo của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, số ca mắc ho gà trong năm 2015, 2016 tăng gấp 3 lần so với năm 2014 [4].

Ho gà có thể gây ra các biến chứng nặng, thậm chí dẫn đến tử vong ở trẻ nhỏ và trẻ nữ nhi, đặc biệt đối với những trường hợp chưa được tiêm phòng đầy đủ. Các biểu hiện lâm sàng của bệnh ở trẻ nhỏ thường không điển hình và

đễ tiến triển nặng. Ngoài ra, do có tiêm phòng nên bệnh cảnh lâm sàng của ho gà cũng có nhiều thay đổi [5]. Vì thế để chẩn đoán chính xác bệnh cần có các xét nghiệm đặc hiệu như Realtime Polymerase Chain Reaction (PCR) ho gà. Tuy nhiên, việc sử dụng xét nghiệm chẩn đoán này tại Bệnh viện tuyến dưới còn hạn chế do điều kiện kỹ thuật chưa cho phép. Vì thế, việc chẩn đoán sớm bệnh ho gà dựa trên lâm sàng và các xét nghiệm thường quy là rất cần thiết. Bởi vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh ho gà tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 100 bệnh nhân được chẩn đoán ho gà theo tiêu chuẩn GPI 2011 (Hội nghị ho gà toàn cầu năm 2011) điều trị nội trú tại khoa Bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Chúng tôi chọn tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán ca bệnh lâm sàng theo GPI 2011 (áp dụng khi không có điều kiện xét nghiệm chẩn đoán đặc hiệu) [6].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân không hợp tác tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả.

2.2.1.1. Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án điều trị nội trú của các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ho gà như đã nêu trên. Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Các số liệu được thu thập bao gồm: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, các biến chứng, kết quả xét nghiệm (số lượng bạch cầu và bạch cầu lympho máu ngoại vi), các phương pháp điều trị, kết quả điều trị (tình trạng khi ra viện), thời gian nằm viện. Các tiêu chuẩn đánh giá bao gồm:

- Tình trạng bệnh nặng: được xác định là bệnh nhân có suy hô hấp phải thở oxy hoặc thở máy, hoặc có tăng áp động mạch phổi nặng trên siêu âm tim.

- Tiêu chuẩn bệnh nhân tiến triển tốt: bệnh nhân không thở oxy hoặc hỗ trợ về hô hấp. Các triệu chứng cải thiện trên lâm sàng và cận lâm sàng.

- Tiêu chuẩn bệnh nhân tiến triển xấu: bệnh nhân có chỉ định thở oxy hoặc hỗ trợ về hô hấp. Các triệu chứng không cải thiện trên lâm sàng và cận lâm sàng.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 4/2017 đến tháng 09/2017.

- Địa điểm nghiên cứu: khoa bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Sản nhi Nghệ An.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các số liệu được trình bày dưới dạng n (số lượng) và tỷ lệ (%). Sử dụng kiểm định Chi bình phương (χ^2) để so sánh các tỷ lệ. Sau khi phân tích hồi quy đơn biến, các yếu tố tiên lượng tình trạng bệnh nặng được phân tích bằng hồi quy đa biến logistic.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu không ảnh hưởng tới sức khỏe bệnh nhân và các thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học của Bệnh viện Sản nhi Nghệ an.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi lựa chọn được 100 bệnh nhân ho gà từ tháng 4/2017 đến tháng 9/2017 đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được trình bày ở các bảng sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi	< 3 tháng	74	74%
	4 tháng – 9 tuổi	26	26%
Giới	Nam	56	56%
	Nữ	44	44%
Tiêm chủng	Có tiêm phòng DPT	2	2%
	Tiêm chưa đủ mũi	7	7%
	Không tiêm, không rõ	91	91%
Tổng		100	100%

Nhận xét: Lứa tuổi dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 74%. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ (56% và 44%). Hầu hết bệnh nhân đều không tiêm hoặc tiêm sử dụng phòng không rõ, chiếm tới 91%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	0-3 tháng (n=74) n (%)	>3 tháng (n=26) n (%)	Tổng (n=100) n (%)
Ho	73 (73%)	27 (27%)	100%
Ho kịch phát	68 (68%)	27 (27%)	95%
Ho cơn tím tái, đỏ mặt	62 (62%)	6 (6%)	68%
Nôn sau ho	40 (40%)	10 (10%)	50%
Sốt	6 (6%)	8 (8%)	14%
Suy hô hấp	8 (8%)	1 (1%)	9%
Cơ ngừng thở	5 (5%)	1 (1%)	6%

Nhận xét: Tất cả các trường hợp đều có

biểu hiện ho (100%) với cơn ho kịch phát chiếm 95%, ho đỏ mặt, tím tái chiếm 68% và nôn sau ho chiếm 50%. Các tỷ lệ bệnh nhân có sốt, suy hô hấp và có cơn ngừng thở chiếm tỷ lệ lần lượt là 14%, 9% và 6%.

Bảng 3. Đặc điểm bạch cầu máu ngoại vi

Chỉ số	Giá trị	
Số lượng bạch cầu ($10^3/mm^3$)	Trung bình (min - max)	14,54 (5,89-42,20)
	< 30 (n,%)	87 (87%)
	\geq 30 (n,%)	13 (13%)
Tỷ lệ bạch cầu lympho (%)	Trung bình (min-max)	68,25% (41,90-91,80)
	< 70% (n,%)	48 (48%)
	\geq 70% (n,%)	52 (52%)

Nhận xét: Số lượng bạch cầu tăng nhẹ giao động quanh mức $14,54.10^3/mm^3$ với 13% bệnh nhân có bạch cầu tăng cao $\geq 30.10^3/mm^3$. Trong đó có 52% trường hợp có tỷ lệ bạch cầu lympho $\geq 70\%$.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 4. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh điều trị	Azithromycin	16	16%
	Erythromycin	52	52%
	Kết hợp 2 kháng sinh	32	32%
Tiên triển	Tốt	95	95%
	Xấu	5	5%
Thời gian điều trị	< 10 ngày	55	55%
	10-15 ngày	31	31%
	>15 ngày	14	14%
	Trung bình	10,03 \pm 8,3 (ngày)	
Tổng		100	100%

Nhận xét: Kháng sinh điều trị chủ yếu là erythromycin chiếm 52%, có 32% trường hợp phải sử dụng kết hợp 2 loại kháng sinh. Hầu hết bệnh nhân có tiên triển bệnh tốt, chiếm 95%. Thời gian điều trị bệnh dưới 10 ngày là chủ yếu (chiếm 55%) và trung bình là 10,03 \pm 8,3 ngày.

Bảng 5. Tỷ lệ các biến chứng của bệnh

Nhóm tuổi	0-3 tháng (n,%)	>3 tháng (n,%)	Tổng (n,%)
Suy hô hấp	8 (8%)	1 (1%)	9 (9%)
Tăng áp động mạch phổi	6 (6%)	2 (2%)	8 (8%)
Viêm phổi	32(32%)	14(14%)	46(47%)
Không biến chứng	28 (28%)	9 (9%)	37(37%)

Nhận xét: Tỷ lệ có biến chứng chiếm 63% trong đó gặp nhiều nhất là viêm phổi (chiếm 46%). Các biến chứng còn lại là suy hô hấp và tăng áp động mạch phổi chiếm tỷ lệ lần lượt là

9% và 8%.

3.5. Một số yếu tố tiên lượng nặng của bệnh nhân

Bảng 6. Một số yếu tố tiên lượng nặng

Yếu tố	p	OR	95% CI
Tuổi dưới 3 tháng	0,007	5,41	1,89-11,12
Viêm phổi	0,003	21,6	4,31-89,10
Bạch cầu >30.10 ³ /mm ³	0,004	5,97	3,14-15,22

Nhận xét: Khi phân tích hồi quy đa biến, kết quả cho thấy các yếu tố gồm tuổi dưới 3 tháng, viêm phổi và bạch cầu máu ngoại vi tăng cao trên 30.10³/mm³ là các yếu tố tiên lượng tình trạng ho gà nặng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao nhất với 74% (Bảng 1). Tương tự, trong nghiên cứu của tác giả Trần Minh Điển và cộng sự năm 2015, trên 269 ca bệnh được chẩn đoán ho gà theo tiêu chuẩn GPI đã cho thấy tuổi dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (56,5%) [2].

Về đặc điểm lâm sàng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ho là triệu chứng phổ biến nhất, gặp ở tất cả các bệnh nhân, trong đó đa số bệnh nhân có cơn ho kịch phát kéo dài (95%). Phần lớn bệnh nhân có dấu hiệu mặt đỏ hoặc tím tái sau cơn ho (68%) (Bảng 2). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Trần Minh Điển với tất cả các trường hợp (100%) đều có ho trong đó có 95,9% trường hợp ho kịch phát, chủ yếu đỏ mặt và tím (74,7%) [2]. Trong nghiên cứu của Lương Minh Hoà và cộng sự tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy các triệu chứng thường gặp như ho cơn dài (92,9%), đỏ mặt (98,4%), tím tái (81,1%), tăng tiết đờm dãi (94,5%) [4]. Tương tự, một số nghiên cứu ở nước ngoài cũng cho thấy triệu chứng ho gặp trong 100% các trường hợp ho gà, cơn ho kịch phát cũng là dấu hiệu thường gặp với tỷ lệ khoảng 54 - 97,6% tùy theo nghiên cứu và giai đoạn của bệnh [7], [8]. Như vậy có thể nhận thấy ho là triệu chứng chính của bệnh với tính chất cơn ho đặc trưng là dấu hiệu lâm sàng quan trọng trong bệnh ho gà ở trẻ em.

Ngoài triệu chứng cơn ho đặc trưng thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy dấu hiệu nôn sau ho chiếm 50% các trường hợp (Bảng 2). Đặc điểm này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới [1], [7], [8]. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi, một số triệu chứng ít gặp hơn như sốt, cơn ngừng thở và suy hô hấp. Tương tự, nghiên cứu của Trần Minh Điển và cộng sự cũng cho rằng đây là các triệu chứng gặp trong bệnh ho gà ở trẻ em nhưng tần

suất gặp không thường xuyên [2].

Về đặc điểm cận lâm sàng, kết quả của chúng tôi cho thấy số lượng bạch cầu tăng nhẹ, dao động quanh mức 14,54.10³/mm³. Có 13% số bệnh nhân có bạch cầu tăng cao \geq 30.10³/mm³. Số lượng bạch cầu lympho tăng, mức trung bình là 68,25% trong đó có 52% số bệnh nhân có bạch cầu lympho tăng \geq 70% (Bảng 3). Tương tự trong nghiên cứu của Trần Minh Điển cho thấy số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng với giá trị trung bình là 16.10³/mm³ và dao động từ 5,9 đến 98.10³/mm³ trong đó bạch cầu lympho là 11,0 (3,3 – 45,0) 10³/mm³ [2].

Về điều trị, hầu hết các bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh macrolid uống (68%), tuy nhiên có 32% trường hợp phải sử dụng kết hợp 2 loại kháng sinh trong đó có 1 kháng sinh tĩnh mạch. Kết quả cũng cho thấy, số bệnh nhân tiến triển tốt chiếm tỷ lệ khá cao (95%) trong đó không có bệnh nhân tử vong (Bảng 4). Có 5 bệnh nhân tiến triển xấu gồm 2 bệnh nhân chuyển khoa Hồi sức tích cực và 3 bệnh nhân chuyển tuyến trên nhưng không có trường hợp nào tử vong. Về biến chứng chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là viêm phổi chiếm 46%, còn lại là suy hô hấp và tăng áp động mạch phổi chiếm tỷ lệ lần lượt là 9% và 8% (Bảng 5). Trong nghiên cứu của Trần Minh Điển và cộng sự, có 7 bệnh nhân (2,6%) phải điều trị bằng thay máu, trong đó 5 bệnh nhân được kết hợp cả thay máu và ECMO và 5 trường hợp tử vong [2]. Các biến chứng trong nghiên cứu này nặng hơn so với chúng tôi vì đây là nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương, nơi chủ yếu tiếp nhận các bệnh nhân nặng ở các Bệnh viện tuyến dưới chuyển lên và hầu hết là đáp ứng kém với điều trị ban đầu. Theo M.Takeuchi và cộng sự, trong 660 trẻ ho gà dưới 1 tuổi điều trị nội trú ở Nhật Bản đã cho thấy các biến chứng của bệnh bao gồm: viêm phổi (7,4%), ngừng thở/suy hô hấp (12,6%), co giật (1,4%), bệnh lý não/viêm não (0,6%) và tử vong là 1/660 trường hợp (0,15%) [1]. Các biến chứng trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với tác giả này vì chúng tôi chủ yếu tiếp nhận các bệnh nhân ở mức độ nhẹ với hầu hết không có tình trạng suy hô hấp, tăng áp phổi (Bảng 5). Điều này có liên quan đến tiêu chuẩn nhập viện khác nhau đối với bệnh nhân ho gà ở các cơ sở điều trị của từng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi phân tích đa biến kết quả cho thấy tuổi dưới 3 tháng, viêm phổi và bạch cầu máu ngoại vi tăng cao trên 30.10³/mm³ là các yếu tố tiên lượng tình trạng ho gà nặng (Bảng 6). Nghiên cứu của Trần

Minh Điển và cộng sự cũng đưa nhận định tương tự chúng tôi về các yếu tố tiên lượng bệnh ho gà nặng [2]. Một số tác giả trên thế giới đã công bố về yếu tố nguy cơ tử vong ở trẻ mắc ho gà. Cụ thể, tác giả L. K. Mikelova và cộng sự đã cho thấy viêm phổi và tăng bạch cầu là yếu tố nguy cơ tử vong [9]. Nghiên cứu của K. Winter cũng tiến hành trên các bệnh nhân ho gà dưới 4 tháng tuổi đã cho thấy các yếu tố nguy cơ tử vong bao gồm tăng bạch cầu, cân nặng khi sinh thấp, phải đặt nội khí quản, phải điều trị bằng khí NO [10]. Trong khi đó, Berger và cộng sự cho thấy các yếu tố nguy cơ tử vong trong bệnh ho gà là bạch cầu máu tăng cao và tăng áp lực động mạch phổi [3].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 100 bệnh nhân được chẩn đoán ho gà theo tiêu chuẩn của Hội nghị ho gà toàn cầu năm 2011 điều trị nội trú tại khoa Bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, chúng tôi đưa ra một số kết luận: ho là dấu hiệu đặc trưng của bệnh ho gà gặp trong tất cả các trường hợp. Các yếu tố gồm tuổi dưới 3 tháng, viêm phổi và bạch cầu máu ngoại vi tăng cao trên $30.10^3/mm^3$ là các yếu tố có liên quan độc lập đến tình trạng ho gà nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Takeuchi M, H Yasunaga, H Horiguchi, S Matsuda (2012). The incidence of pertussis hospitalizations among Japanese infants: excess hospitalizations and complications. *Epidemiol Infect.* 140(8), 1497-502.
2. Trần Minh Điển, Phạm Hồng Sơn, Nguyễn Trọng Thành và cộng sự (2015). Đặc điểm bệnh nhân ho gà tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2015. *Tạp chí y học dự phòng;* 27(6). 69-76.
3. Berger JT, Joseph A Carcillo, Thomas P Shanley, et al (2013). Critical Pertussis Illness in Children, A Multicenter Prospective Cohort Study. *Pediatric critical care medicine.* 14(4), 356-65.
4. Lương Minh Hoà, Đỗ Thiện Hải, Đỗ Thị Thúy Nga và cộng sự (2019). Đánh giá kháng thể IgG kháng ho gà ở các bà mẹ có trẻ dưới 3 tháng tuổi mắc và không mắc bệnh ho gà tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội, năm 2017 - 2018. *Tạp chí Y học Dự Phòng,* 28 (4), 108 -114.
5. Cui Zhang, Yanmei Zong, Zhe Wang, et al (2022). Risk factors and prediction model of severe pertussis in infants < 12 months of age in Tianjin, China (2022). *BMC Infect Dis;* 22(1):24.
6. Cherry JD, Tan T, Wirsing von Konig CH, et al (2012). Clinical definitions of pertussis: Summary of a Global Pertussis Initiative roundtable meeting, February 2011. *Clin Infect Dis;* 54(12): 1756-64.
7. Narkeviciute I, Ema Kavaliunaite, Genovaite Bernatoniene, et al (2005). Clinical presentation of pertussis in fully immunized children in Lithuania. *BMC Infect Dis;* 5, 40.
8. Alberto E Tozzi, Lucilla Ra, Marta L Ciofi degli Atti, et al (2003). Clinical presentation of pertussis in unvaccinated and vaccinated children in the first six years of life. *Pediatrics.* 112(5):1069-75.
9. Mikelova LK, Scott A Halperin, David Scheifele, et al (2003). Predictors of death in infants hospitalized with pertussis: a case-control study of 16 pertussis deaths in Canada. *J Pediatr.* 143(5), 576-81.
10. Kathleen Winter, Kathleen Harriman, Jennifer Zipprich, et al (2012). California pertussis epidemic, 2010. *J Pediatr.* 161(6), 1091-6.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY KÈM NẠO VẾT HẠCH HỆ THỐNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Đình Hiếu¹, Nguyễn Hoàng Quân¹,
Lê Duy Tuấn¹, Phạm Văn Bình²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cho đến nay phẫu thuật vẫn giữ vai trò quyết định trong điều trị ung thư dạ dày với cắt dạ dày rộng rãi kết hợp nạo vét hạch hệ thống có nguy cơ di căn. **Mục tiêu:** Từ 10/2020 – 10/2023. Đánh giá

kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày kèm nạo vét hạch hệ thống tại Khoa ngoại- Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An giai đoạn 10/2020 – 10/2023. **Đối tượng:** Bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư biểu mô tuyến dạ dày. **Kết quả:** 225 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày. Tuổi trung bình: 55,3 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 1,71. Cách thức phẫu thuật: 185 BN cắt đoạn dạ dày kèm nạo vét hạch, 40 BN cắt toàn bộ dạ dày kèm nạo vét hạch. Vị trí thường gặp là 1/3 dưới với 125 BN. Tổng số hạch nạo vét được 2327 hạch, có 310 hạch di căn, chiếm 13,3%. Nổi lưu thông tiêu hóa theo kiểu Finsterer là chủ yếu với 59,5%, 19,1% nổi theo phương pháp Roux en – Y với 15,2% nổi máy. **Kết**

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hiếu

Email: bshieu27021986@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024