

- acromioclavicular joint separations restores coracoclavicular distance more accurately than PDS augmentation, however presents with a high rate of acromial osteolysis". Arch Orthop Trauma Surg, 132 (1), 33-9.
4. **Johansen J. A., Grutter P. W., McFarland E. G., Petersen S. A.** (2011) "Acromioclavicular joint injuries: indications for treatment and treatment options". J Shoulder Elbow Surg, 20 (2 Suppl), S70-82.
  5. **Koukakis A., Manouras A., Apostolou C. D., Lagoudianakis E., Papadima A., Triantafyllou C., Korres D., Allen P. W., Amini A.** (2008) "Results using the AO hook plate for dislocations of the acromioclavicular joint". Expert Rev Med Devices, 5 (5), 567-72.
  6. **Lin H. Y., Wong P. K., Ho W. P., Chuang T. Y., Liao Y. S., Wong C. C.** (2014) "Clavicular hook plate may induce subacromial shoulder impingement and rotator cuff lesion--dynamic sonographic evaluation". J Orthop Surg Res, 9, 6.
  7. **Luis G. E., Yong C. K., Singh D. A., Sengupta S., Choon D. S.** (2007) "Acromioclavicular joint dislocation: a comparative biomechanical study of the palmaris-longus tendon graft reconstruction with other augmentative methods in cadaveric models". J Orthop Surg Res, 2, 22.
  8. **Modi C. S., Beazley J., Zywiell M. G., Lawrence T. M., Veillette C. J.** (2013) "Controversies relating to the management of acromioclavicular joint dislocations". Bone Joint J, 95-b (12), 1595-602.

## CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ LỌC MÁU LIÊN TỤC Ở TRẺ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Nguyễn Hà Phương<sup>1</sup>, Phùng Nguyễn Thế Nguyên<sup>2</sup>, Đỗ Châu Việt<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Lọc máu liên tục cần thiết cho bệnh nhi sốt xuất huyết dengue có tổn thương các cơ quan. Nghiên cứu này khảo sát các chỉ định lọc máu và kết quả của phương pháp lọc máu liên tục ở trẻ sốt xuất huyết dengue. **Đối tượng và phương pháp:** hồi cứu mô tả chỉ định và kết quả của 40 trẻ sốt xuất huyết dengue nặng được lọc máu liên tục tại Khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1 và Khoa Nhiễm, Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2017 đến 31/12/2021. **Kết quả:** chỉ định lọc máu: 67,5% bệnh nhi chỉ định lọc máu liên tục là do tổn thương thận cấp, 27,5% quá tải dịch và tổn thương cơ quan nhưng không tổn thương thận cấp, 2 trường hợp (5,0%) bệnh nhân được lọc máu liên tục do suy gan cấp, toan chuyển hóa kéo dài. Tỷ lệ tử vong là 50%. Kết quả lọc máu: không có sự khác biệt giữa các đặc điểm dịch tễ học giữa nhóm sống và nhóm tử vong. Trong 6 giờ đầu sau khi tiến hành lọc máu, Glasgow không cải thiện ở cả 2 nhóm sống và tử vong. Điểm Glasgow có cải thiện thời điểm 24 giờ sau khi bắt đầu lọc máu ở nhóm sống nhưng không cải thiện ở nhóm tử vong thời điểm 24 giờ sau khi bắt đầu lọc máu. Trong 6 giờ đầu sau lọc máu điểm PRISM cải thiện ở cả 2 nhóm và khác biệt thời điểm này giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,05$ ). Tuy nhiên thời điểm 24 giờ sau khi bắt đầu lọc máu điểm PRISM chỉ cải thiện ở nhóm sống. Các xét nghiệm đa số cải thiện trong 24 giờ đầu lọc máu ngoại trừ Bilirubin máu và ở thời điểm 24 giờ sau lọc máu men gan, NH<sub>3</sub>, lactate máu, pH và HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>

máu giữa hai nhóm sống và tử vong khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,05$ ). Nhóm sống có thời gian nằm khoa hồi sức lâu hơn nhóm tử vong và khác biệt này có nghĩa thống kê ( $P < 0,05$ ). Số lần lọc máu tối thiểu 1 chu kỳ và nhiều nhất là 12 chu kỳ. **Kết luận:** 67,5% bệnh nhân được lọc máu do tổn thương thận, 32,5% bệnh nhân được lọc máu không do tổn thương thận. Tỷ lệ tử vong là 50,0%. Thang điểm PRISM III cải thiện sau 24 giờ lọc máu ở nhóm sống so với nhóm tử vong. Lactate máu, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> cải thiện sau 24 giờ lọc máu ở nhóm sống so với nhóm tử vong. Nhóm sống có thời gian nằm khoa hồi sức lâu hơn nhóm tử vong.

**Từ khóa:** sốt xuất huyết dengue, CRRT, chỉ định CRRT, kết quả điều trị.

### SUMMARY

#### INDICATIONS AND OUTCOME OF CRRT IN DENGUE HEMORRHAGIC FEVER CHILDREN

**Objectives:** Continuous Renal Replacement Therapy is essential for pediatric dengue hemorrhagic fever with organ involvement. This study investigates the indications for dialysis and the outcome of continuous dialysis in children with dengue hemorrhagic fever. **Materials and methods:** retrospectively describe the indications and outcomes of 40 children with severe dengue receiving continuous hemodialysis at the Intensive Care Unit - Anti-poisoning Department, Children's Hospital 1 and the Department of Infection, Children's Hospital 2 since January 1, January 2017 to December 31, 2021. **Results:** Indications for CRRT: 67,5% of pediatric patients indicated for CRRT due to acute kidney injury, 27,5% fluid overload and organ damage but no kidney damage, 2 cases (5,0%) were continuously dialysis due to acute liver failure, prolonged metabolic acidosis. Mortality rate: 50,0%. Result of CRRT: there was no difference between the epidemiological characteristics between the living and the dead groups. During the first 6 hours after dialysis, Glasgow did not improve in both survival and death groups.

<sup>1</sup>Bệnh viện TP. Thủ Đức

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP. HCM, Bệnh viện Nhi Đồng 1

<sup>3</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyennphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

Glasgow score improved 24h after initiating dialysis in the living group, but did not improve in the death group 24 h after initiating dialysis. In the first 6 hours after dialysis, the PRISM score improved in both groups and the difference at this time between the two groups was statistically significant ( $P < 0,05$ ). However, at 24 h after initiation of dialysis, PRISM scores improved only in the surviving group. Most of the tests improved in the first 24 hours of dialysis with the exception of blood bilirubin and at 24 hours after continuous dialysis liver enzymes,  $\text{NH}_3$ , blood lactate, pH and  $\text{HCO}_3^-$  blood between the two groups were significantly different between the two groups. millet ( $P < 0,05$ ). The group of surviving patients had a longer stay in the ICU than the group of dead patients and this difference was statistically significant ( $P < 0,05$ ). The minimum number of continuous dialysis sessions is 1 cycle of dialysis and at most 12 cycles. **Conclusions:** 67,5% of patients received CRRT due to kidney damage, 32,5% of patients received dialysis without kidney damage. Mortality rate was 50,0%. The PRISM III score improved after 24 h of dialysis in the living group compared with the death group. Blood lactate,  $\text{HCO}_3^-$  improved after 24 h of dialysis in the living group compared with the death group. The survival group had a longer stay in the ICU than the death group. **Keywords:** dengue hemorrhagic fever, CRRT, indications for CRRT, outcome.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc máu liên tục là biện pháp điều trị nhằm loại bỏ khỏi cơ thể dịch, điện giải và các chất độc (nội hoặc ngoại sinh) cho thấy có hiệu quả trên các bệnh nhân suy đa cơ quan do những nguyên nhân khác như sốc nhiễm khuẩn, ong đốt, tay chân miệng... Trong các biện pháp điều trị tổn thương đa cơ quan thì lọc máu liên tục được biết đến nhiều hơn trong khoảng 20 năm trở lại đây.

Một số trường hợp sốt xuất huyết dengue nặng vẫn không cải thiện sau nhiều giờ điều trị với biểu hiện sốc kéo dài tổn thương nhiều cơ quan như suy hô hấp, suy gan, suy thận, rối loạn đông máu, xuất huyết tiêu hóa, hội chứng suy đa cơ quan đưa đến tử vong nếu không điều trị kịp thời cũng như không có đủ phương tiện điều trị. Cơ chế bệnh sinh gây tổn thương đa cơ quan trong sốt xuất huyết dengue nặng vẫn chưa rõ ràng và có thể do nhiều yếu tố phối hợp.

Bệnh viện Nhi Đồng 1 và Bệnh viện Nhi Đồng 2 là hai bệnh viện nhi khoa lớn nhất khu vực phía Nam, tiếp nhận và điều trị đa số các trường hợp sốt xuất huyết dengue nặng biến chứng suy đa cơ quan. Nhưng thực tế tại Việt Nam và trên thế giới, chưa có những nghiên cứu sâu rộng về lọc máu liên tục ở trẻ sốt xuất huyết dengue. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Chỉ định và kết quả lọc máu liên tục ở trẻ sốt xuất huyết dengue" nhằm mục tiêu mô tả tỷ lệ tử vong; so sánh so sánh một số đặc điểm lâm

sàng, cận lâm sàng, diễn tiến của lọc máu ở nhóm sống và nhóm tử vong; so sánh một số đặc điểm dịch tể học, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ các chỉ định lọc máu liên tục; tỷ lệ tử vong và so sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, diễn tiến của lọc máu ở nhóm sống và nhóm tử vong.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** 40 trẻ sốt xuất huyết dengue được lọc máu liên tục tại Khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1 và Khoa Nhiễm, Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2017 đến 31/12/2021.

**Phương pháp:** mô tả hàng loạt ca, hồi cứu.

**Tiêu chí chọn mẫu:**

**Tiêu chí đưa vào.** Trẻ được chẩn đoán SXHD theo BYT năm 2019 và lọc máu tại BVND1 và BVND2 trong thời gian nghiên cứu.

**Tiêu chí loại ra.** Không thu thập đủ dữ liệu cần cho nghiên cứu.

Có các bệnh lý khác đi kèm như: tim bẩm sinh có suy tim, cao áp phổi, bệnh lý thần kinh.

Các biến số

Cân nặng truyền dịch: là cân nặng bệnh nhân hoặc cân nặng lý tưởng theo CDC nếu bệnh nhân có dư cân hoặc béo phì.

Mạch nhanh: khi tần số mạch nhanh theo tuổi: < 2 tuổi: > 180 lần/phút; 2 – 5 tuổi: > 140 lần/phút; 6 – 12 tuổi: > 130 lần/phút; > 12 tuổi: > 110 lần/phút.

Sốc SXHD: bao gồm mạch nhanh nhẹ, HA kẹp (hiệu số  $\text{HATTh} - \text{HATTr} \leq 20\text{mmHg}$ ), chi lạnh ẩm, bứt rứt vật vã, tiểu ít < 1 ml/kg/giờ, thời gian đổ đầy mao mạch  $\geq 3$  giây.

Sốc SXHD nặng: khi mạch không bắt được, HA không đo được hoặc hạ HA nặng ( $\text{HATTh} < 70\text{mmHg}$  ở trẻ > 1 tuổi, hiệu áp  $\leq 10\text{mmHg}$ ).

Sốc kéo dài: khi còn sốc sau  $\geq 6$  giờ điều trị hoặc tổng lượng dịch truyền  $\geq 60\text{ml/kg}$ .

Tái sốc: sốc trở lại khi huyết động đã ổn định > 6 giờ.

Tái sốc nhiều lần: xác định khi tái sốc  $\geq 2$  lần.

Toan chuyển hóa: khi có sự mất cân bằng acid – bazơ trong máu có liên quan đến nồng độ  $\text{HCO}_3^- < 20 \text{ mmol/l}$ , cụ thể sự mất cân bằng này là pH máu giảm.

PRISM III6: thang điểm đánh giá nguy cơ tử vong của trẻ.

FO: dịch dư được tính bằng công thức  $\text{FO} = (\text{dịch nhập} - \text{dịch xuất}) / \text{cân nặng} \times 100\%$ .

Tổn thương thận cấp: xác định độ lọc cầu thận ước đoán bằng cách tính độ thanh thải

creatinine ước lượng theo công thức Schwartz cổ điển:  $GFR = K \times \text{chiều cao (cm)} / \text{Creatinine huyết thanh (mg/dl)}$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

67,5% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ định lọc máu liên tục là do tổn thương thận cấp, 27,5% quá tải dịch và tổn thương cơ quan nhưng không tổn thương thận cấp. 72,5% bệnh nhân chỉ định lọc máu có quá tải dịch FO ≥ 15-20% bao gồm có tổn thương thận cấp và không tổn thương thận cấp. 2 trường hợp được lọc máu do suy gan cấp, toan chuyển hóa kéo dài. Tỷ lệ tử vong là 50%.

**Bảng 1. So sánh đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng nhóm sống và nhóm tử vong.**

Đặc điểm	Sống (N=20)	Tử vong (N=20)	P
Tuổi	7,1 ± 3,3	8,4 ± 3,5	0,235a

Giới tính: Nam	13(56,5%)	10(43,5%)	0,339c	
Thừa cân - Béo phì	10(50,0%)	10(50,0%)	1,0c	
Nơi cư trú: Tỉnh khác	17(56,7%)	13(43,3%)	0,144d	
Ngày vào sốc	4,5 ± 0,7	4,6 ± 0,8	0,746a	
Sốc nặng	7(50,0%)	7(50,0%)	1,0c	
Sốc kéo dài	4(36,4%)	7(63,6%)	0,288d	
Tái sốc 1 lần	3(30,0%)	7(70,0%)	0,144d	
Tái sốc ≥ 2 lần	0 (0%)	3(100,0%)	0,072d	
Glasgow	T0	10,1 ± 1,0	9,4 ± 1,7	0,118a
	T6	10,3 ± 0,7	9,4 ± 1,5	0,083a
	T24	10,5 ± 0,9	8,6 ± 1,4	<0,001a
PRISM	T0	18,6 ± 3,9	20,6 ± 3,2	0,085a
	T6	14,8 ± 3,8	17,4 ± 3,7	<0,001a
	T24	11,1 ± 3,6	20,9 ± 4,6	<0,001a

- (a): Phép kiểm T độc lập
- (c): Phép kiểm Chi bình phương
- (d): Phép kiểm chính xác Fisher's

**Bảng 2. So sánh một số đặc điểm cận lâm sàng nhóm sống và nhóm tử vong**

Đặc điểm	Thời điểm	Sống (N=20)	Tử vong (N=20)	P
AST (UI/I)	T0	5876,5 (2920,3 – 10363,8)	7014,5 (2069,3 – 12243,5)	0,513b
	T6	5026,5 (2574,5 – 8999,1)	5839,7 (1684,0 – 11304,0)	0,073b
	T24	2540,5 (1321,3 – 4522,5)	5983,7 (1584,3 – 11064,0)	0,028b
	P'	0,027*	0,981*	
ALT (UI/I)	T0	1012,7 (644,8 – 1933,2)	1295,1(424,6 – 2939,0)	0,244b
	T6	1015,5 (479,3 – 1970,8)	1396,2(570,0 – 2917,5)	0,102b
	T24	640,5 (389,0 – 897,3)	1639,3(526,1 – 2174,3)	0,018b
	P'	0,128*	0,901*	
Bilirubin TP (µmol/l)	T0	38,5 (22,4 – 106,9)	60,0 (30,4 – 81,8)	0,858b
	T6	42,9 (22,5 – 115,5)	78,6 (41,0 – 96,7)	0,206b
	T24	49,1 (21,1 – 97,9)	87,1 (58,4 – 119,8)	0,078b
	P'	0,868*	0,877*	
NH3 (µmol/l)	T0	116,0 (70,1 – 167,0)	120,0 (54,2 – 151,3)	0,901b
	T6	88,2 (61,3 – 135,9)	105,0 (59,2 – 133,8)	0,085b
	T24	74,1 (49,3 – 89,3)	84,8 (72,5 – 137,1)	0,023b
	P'	0,006*	0,768*	
Lactate (mmol/l)	T0	4,4 (1,9 – 8,2)	8,7 (6,8 – 12,1)	0,003b
	T6	4,5 (1,8 – 7,9)	9,7 (5,9 – 13,1)	<0,001b
	T24	3,0 (2,2 – 4,1)	8,4 (6,4 – 11,7)	<0,001b
	P'	0,419*	0,771*	
Creatinine (µmol/l)	T0	166,7 (85,0 – 240,6)	190,8 (127,0 – 244,4)	0,425b
	T6	135,7 (72,0 – 193,0)	179,0 (108,5 – 205,7)	0,371b
	T24	97,8 (71,8 – 148,4)	118,3 (86,9 – 166,6)	0,166b
	P'	0,074*	0,021*	
pH	T0	7,35 ± 0,11	7,30 ± 0,10	0,168a
	T6	7,37 ± 0,08	7,30 ± 0,09	0,134a
	T24	7,40 ± 0,07	7,33 ± 0,09	0,008a
	P'	0,167**	0,483**	
HCO3-	T0	17,3 ± 4,0	13,8 ± 5,4	0,024a
	T6	17,4 ± 2,9	14,8 ± 5,9	0,037a
	T24	20,0 ± 3,0	16,3 ± 3,5	<0,001a
	P'	0,017**	0,299**	

P: Giá trị so sánh giữa nhóm sống và nhóm tử vong

P': Giá trị so sánh giữa 3 thời điểm T0, T6 và T24

(a): Phép kiểm T độc lập

(b): Phép kiểm phi tham số Mann Whitney

(\*): Kiểm định Kruskal Wallis

(\*\*): Kiểm định One Way Anova

**Bảng 3. So sánh một số đặc điểm lọc máu liên tục nhóm sống và nhóm tử vong**

Đặc điểm	Sống (N=20)	Tử vong (N=20)	P
Thời gian từ lúc sốc đến lúc lọc máu (giờ)	48,0 (33,9–81,0)	66,5 (30,0–84,0)	0,361b
Thời gian từ lúc có chỉ định đến lúc lọc máu (giờ)	19,8 (9,3–24,8)	24,5 (9,8 – 48,8)	0,154b
Ngày lọc máu	7,2 ± 1,4	7,6 ± 2,1	0,484a
Số lần lọc máu	3 (2 – 5)	3 (1 – 5)	0,734b
Thời gian lọc máu (giờ)	176,8 (101,3–259,6)	103,8 (62,1–237,6)	0,199b
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	17 (10–28)	8 (5–16)	0,009b

(a): Phép kiểm T độc lập

(b): Phép kiểm phi tham số Mann Whitney

Số lần lọc máu liên tục trung bình là 3,6 ± 2,8 trong đó bệnh nhân tối thiểu lọc máu 1 chu kỳ và nhiều nhất là 12 chu kỳ. Trong 18 bệnh nhân được thay huyết tương kết hợp với lọc máu liên tục, bệnh nhân được thay ít nhất 1 chu kỳ và nhiều nhất là 15 chu kỳ. 50% số bệnh nhân trong nghiên cứu được cứu sống sau lọc máu liên tục và 25% bệnh nhân phải chạy thận nhân tạo sau đó.

**IV. BÀN LUẬN**

Cho đến nay vẫn chưa có đồng thuận về chỉ định rõ ràng lọc máu liên tục cho bệnh nhân SXHD cũng như thời điểm bắt đầu lọc máu trên đối tượng bệnh nhân SXHD. Bệnh nhân SXHD nặng thường là những bệnh nhân sốc kéo dài, tái sốc cần sử dụng một lượng dịch lớn trong quá trình chống sốc. Tỷ lệ bệnh nhân được lọc máu do chỉ định do thận trong nghiên cứu của chúng tôi là 67,5% trong đó những bệnh nhân có kèm quá tải dịch chiếm tỷ lệ lên tới 60,0%. Trên thế giới đã có nhiều bằng chứng về sự liên quan giữa quá tải dịch ở bệnh nhân nặng và có kết cục xấu. Goldstein và cộng sự nghiên cứu trên trẻ rối loạn chức năng đa cơ quan được lọc máu và nhận thấy quá tải dịch tại thời điểm bắt đầu lọc máu có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao hơn, tỷ lệ sống còn của những bệnh nhân có FO < 20% là 58,0% so với nhóm có FO > 20% là 40,0%<sup>4</sup>. Lọc

máu liên tục là một thành phần quan trọng trong điều trị bệnh nhân nặng có tổn thương thận cấp. Quá tải dịch có thể xảy ra do biến chứng của tổn thương thận cấp hoặc biến chứng của các hội chứng lâm sàng nặng khác như suy tim sung huyết, bù dịch quá nhiều hoặc hội chứng nguy kịch hô hấp cấp 5. Nghiên cứu của Modem thực hiện trên bệnh nhân tổn thương thận cấp có hoặc không quá tải dịch được lọc máu liên tục nhận thấy quá tải dịch là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong<sup>8</sup>.

Nhóm bệnh nhân được chỉ định lọc máu liên tục không do thận trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 32,5%. Trong đó chỉ định chiếm nhiều nhất là tổn thương đa cơ quan không kèm AKI tiếp đến là quá tải dịch và suy gan cấp, toan chuyển hóa kéo dài. Trên đối tượng bệnh nhân sốc nhiễm trùng, chỉ định lọc máu không do thận khá đa dạng và với nhiều mục đích khác nhau như sốt cao liên tục, giảm các hóa chất gây viêm, giảm liều vận mạch, ARDS nặng. Ronco đã mô tả hai mặt đối lập của rối loạn điều hòa miễn dịch trong nhiễm khuẩn huyết: hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) và hội chứng đáp ứng kháng viêm bù trừ (CARS) 7. Ông nhận thấy trong nhiễm khuẩn huyết cả SIRS và CARS có thể cùng tồn tại gây suy đa cơ quan nghiêm trọng. Việc lọc máu để lấy đi các chất gây viêm nhưng đồng thời cũng lấy đi những chất kháng viêm nên kết quả có thể không tốt hơn.

Tỷ lệ tử vong là 50,0%. Không có trường hợp nào tử vong sớm trước 24 giờ sau lọc máu. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu Nguyễn Minh Tiến là 40,4%<sup>2</sup>. Trên đối tượng bệnh nhân sốc nhiễm trùng được lọc máu liên tục, tỷ lệ tử vong trong các nghiên cứu là Phùng Nguyễn Thế Nguyên 54,5%<sup>3</sup>, Nguyễn Minh Tiến 39,6%<sup>1</sup>.

Không có sự khác biệt về các yếu tố dịch tễ giữa nhóm sống và nhóm tử vong. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Minh Tiến và cộng sự năm 2016 tại bệnh viện Nhi Đồng 12.

Về các đặc điểm lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi có điểm PRISM III ở hai nhóm thời điểm T6 và T24 khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,05). Tác giả Nguyễn Minh Tiến cũng ghi nhận điều này ở thời điểm kết thúc lọc máu trong nghiên cứu của mình 2. Các đặc điểm lâm sàng khác như mức độ sốc trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt, điều này khác với nghiên cứu của Nguyễn Minh Tiến có lẽ do sự khác nhau ở thời điểm nghiên cứu.

Về đặc điểm cận lâm sàng, các xét nghiệm đa số cải thiện trong 24 giờ đầu lọc máu ngoại trừ Bilirubin máu và ở thời điểm 24 giờ sau lọc

máu liên tục men gan, NH<sub>3</sub>, lactate máu, pH và HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> giữa hai nhóm có sự khác biệt. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Tiến cho thấy men gan, Bilirubin, lactate máu có sự khác biệt giữa hai nhóm tại thời điểm kết thúc lọc máu. Sự khác biệt giữa các kết quả này có thể do thời điểm đánh giá, nghiên cứu của chúng tôi là 24 giờ sau lọc máu còn của Nguyễn Minh Tiến là khi đã kết thúc lọc máu. Không có sự khác biệt về một số đặc điểm lọc máu liên tục giữa hai nhóm sống và nhóm tử vong.

## V. KẾT LUẬN

67,5% bệnh nhân được lọc máu do tổn thương thận, 32,5% bệnh nhân được lọc máu không do tổn thương thận. Tỷ lệ tử vong là 50,0%. Thang điểm PRISM III cải thiện sau 24 giờ lọc máu ở nhóm sống so với nhóm tử vong. Lactate máu, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> cải thiện sau 24 giờ lọc máu ở nhóm sống so với nhóm tử vong. Nhóm sống có thời gian nằm khoa hồi sức lâu hơn nhóm tử vong...

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Tiến, Phạm Văn Quang, Phùng Nguyễn Thế Nguyên, và cộng sự (2015), "Lọc máu liên tục trong sốc nhiễm khuẩn biến chứng suy đa cơ quan ở trẻ em tại Khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện Nhi Đồng 1", Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 19(3), 63-74.

- Nguyễn Minh Tiến, Phạm Văn Quang, Phùng Nguyễn Thế Nguyên, và cộng sự (2016), "Kết quả lọc máu liên tục trong điều trị sốc sốt xuất huyết dengue biến chứng suy đa cơ quan tại Khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ năm 2004-2016", Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 20(4), 7-15.
- Phùng Nguyễn Thế Nguyên (2014), "Khảo sát chỉ định, cơ chế và liều lọc máu liên tục trong nhiễm khuẩn huyết trẻ em", Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 18(4), 224-31.
- Goldstein SL, Somers MJ, Baum MA, Symons JM, Brophy PD, Blowey D, et al. (2005), "Pediatric patients with multi-organ dysfunction syndrome receiving continuous renal replacement therapy", Kidney Int, 67(2), 653-8.
- Ronco C, Bellomo R, Kellum J, Ricci Z (2018), "Continuous renal replacement therapy", Elsevier, 987-93.
- Mirza S, Malik L, Ahmed J, Malik F, Sadiq H, Ali S, et al. (2020), "Accuracy of Pediatric Risk of Mortality (PRISM) III Score in Predicting Mortality Outcomes in a Pediatric Intensive Care Unit in Karachi", Cureus, 12(3), e7489.
- Ronco C, Bellomo R, Homel P, Brendolan A, Dan M, Piccinni P, et al. (2000), "Effects of different doses in continuous veno-venous haemofiltration on outcomes of acute renal failure: a prospective randomised trial", Lancet, 356(9223), 26-30.
- Modem V, Thompson M, Gollhofer D, Dhar AV, Quigley R (2014), "Timing of continuous renal replacement therapy and mortality in critically ill children", Critical care medicine, 42(4), 943-53.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH KAWASAKI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Ngô Anh Vinh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Nam<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Kawasaki và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tổn thương động mạch vành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán xác định Kawasaki điều trị ở Bệnh viện sản nhi Nghệ An từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2021. **Kết quả:** Các triệu chứng thường gặp nhất là sốt liên tục  $\geq 5$  ngày, ban đỏ da, biến đổi khoang miệng (đều gặp 100% các trường hợp). Thể bệnh chủ yếu là thể điển hình (93,5%). Hầu hết bệnh

nhân có số lượng bạch cầu máu tăng (67,7%), tốc độ máu lắng tăng (75%), CRP tăng (80%). Tổn thương động mạch vành chiếm 38,7%, trong đó tổn thương động mạch vành trái là 50%, động mạch vành phải là 33,3% và cả 2 động mạch vành là 16,7%. Kết quả phân tích đa biến cho thấy, nồng độ CRP và albumin là những yếu tố độc lập dự đoán nguy cơ tổn thương động mạch vành. **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là sốt kéo dài trên 5 ngày, ban đỏ da, biến đổi khoang miệng. Các triệu chứng cận lâm sàng thường gặp là máu lắng, CRP và bạch cầu tăng, Albumin giảm. Tổn thương động mạch vành trên siêu âm tim chiếm tỷ lệ khá cao (38,7%). Nồng độ CRP và Albumin là những yếu tố độc lập dự đoán nguy cơ tổn thương động mạch vành.

**Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố liên quan, tổn thương động mạch vành, Kawasaki.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024