

6. Brain D O: Donnell, Gabrielle Lohom (2009), "An estimation of minimum effective anesthetic volume of 2% Lidocaine in ultrasound-guided axillary brachial plexus block", *Anesthesiology*, 111(1), p25-28

7. Brull R, Lupu M, Perlas A, Chan VW, McCartney CJ. (2009), "Compared with dual nerve stimulation, ultrasound guidance shortens the time for infraclavicular block performance", *Can J Anaesth*, 56(11):812-8

8. Casati A, Vinciguerra F, Scarioni M, Cappelleri G et al. (2003), "Lidocaine versus ropivacaine for

continuous interscalene brachial plexus block after open shoulder surgery", *Acta Anaesthesiol Scand*, 47(3):355-60.

9. Hopkins P.M. (2007), "Ultrasound guidance as a gold standard in regional anaesthesia", *British Journal of Anaesthesia*, 98(3)-p299-301.

10. Hugh M. Smith, Christopher M. Duncan and James R. Hebl. (2009), "Clinical utility of low-volume ultrasound-guided interscalene block", *J Ultrasound Med*, 28:1251-1258.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN

ĐOÀN VĂN QUYÊN, NGÔ VĂN TRUYỀN

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sốt xuất huyết Dengue là một trong những bệnh truyền nhiễm quan trọng ở Việt Nam. Tìm hiểu những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố tiên lượng giúp cho việc chẩn đoán, điều trị sớm làm giảm tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân.

**Mục tiêu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị theo phác đồ Bộ Y tế và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh Sốt xuất huyết Dengue ở người lớn.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, sử dụng bộ KIT SD Boline NS1, IgG/IgM rapid test để xác định nhiễm virut Dengue, xét nghiệm Hct, BC, TC, AST, ALT, Bilirubin máu, PT, aPTT và Fibrinogen, siêu âm.

**Kết quả:** Nghiên cứu 146 bệnh nhân SXHD: SXHD 45,2%, SXHD có dấu hiệu cảnh báo 48,6% và SXHD nặng 6,1%, 100% bệnh nhân SXHD có sốt và sốt cao đột ngột, số ngày sốt trung bình  $5,9 \pm 1,2$  ngày, từ 3-10 ngày, Chấm xuất huyết chiếm 89,7%, xuất huyết nội 1,3%, Gan to 13%, Cô đặc máu 34,4%, TDMP 21,9%, TDMB 28%, PNTTM 28,7%, TC <10G/L ngày 6-7 90,8%, BC giảm 64,71%. Khởi bệnh 99,3%, tử vong 0,7%. Dấu hiệu tiền sốc: vật vã - li bì 100%, đau bụng nhiều 11,1%, lạnh đầu chi 100%, nhiệt độ giảm đột ngột 88,8%, mạch >100 lần / phút 100%, gan to 33,3%, TDMP 66,6%, TDMB 77,7%, xuất huyết tăng 33,3%, nôn nhiều 22,2%. Yếu tố tiên lượng nặng: đau bụng nhiều 9,7%, vật vã - li bì 100%, lạnh đầu chi 100%, mạch > 100L/phút 41,1%, xuất huyết gia tăng 100%, PNTTM 14,2%, TDMP 18,7%, TDMB 17%.

**Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng giúp cho việc chẩn đoán, điều trị sớm làm giảm tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân và điều trị SXHD theo phác đồ Bộ Y Tế đạt kết quả cao.

### SUMMARY

**CLINICAL, PARA CLINICAL FEATURES, RESULT OF TREATMENT AND PROGNOSTIC FACTORS IN DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN ADULTS**

**Background:** Dengue haemorrhagic fever is one of the important infectious diseases in Vietnam.

*Studying the paraclinical, clinical characteristics and prognostic factors to diagnose and treat early reducing the mortality of DHF.*

**Ojective:** Determine the paraclinical, clinical characteristics and find out prognostic related factors to Dengue hemorrhagic fever in adults.

**Method:** Description, cross-sectional study, using the SD Boline KIT NS1, IgG / IgM rapid test for determining dengue virus infection, testing Hct, leukocyte, platelet, AST, ALT, bilirubin, PT, aPTT and Fibrinogen, ECHO.

**Result:** Research 146 DHF patients: DHF 45.2%, DHF warning sign 48.6% and severe DHF 6.1%, 100% of DHF patients have fever and a sudden high fever, days of averaged fever  $5.9 \pm 1.2$  days from 3-10 days, petechiae 89.7%, internal bleeding 1.3%, hepatomegaly 13%, high Hct 34.4%, pleural effusion 21.9%, peritoneal effusion 28%, edema of gallbladder 28.7%, platelet <10G / L the 6-7day 90.8%, Leukopenia 64.71%. Recovery 99.3%, mortality 0.7%. Signs before the shock: discomfort 100%, abdominal pain 11.1%, cold extremities 100%, sudden temperature drops 88.8%, pulse > 100 beats / minute 100%, hepatomegaly 33, 3%, pleural effusion 66.6%, peritoneal effusion 77.7%, increased bleeding 33.3%, vomiting 22.2%. Severe prognosis factors: abdominal pain 9.7%, discomfort 100%, cold extremities 100%, pulse > 100 beats / minute 41.1%, increased bleeding 100%, edema of gallbladder 14.2%, pleural effusion 18.7%, peritoneal effusion 17%.

**Conclusion:** Understanding clearly the paraclinical, clinical characteristics and prognostic factors to diagnose and treat early reducing the mortality and treating DHF with guideline of Ministry of Health is good result.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh do virut Dengue gây ra, được truyền chủ yếu do muỗi *Aedes aegypti*, xảy ra nhiều nơi trên thế giới, bệnh cảnh đa dạng, từ nhẹ đến nặng, có thể gây tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm [5], [3].

Theo WHO 2009, SXHD đang lưu hành trên 100 quốc gia và đe dọa đến sức khoẻ của 2,5 tỷ người trên toàn thế giới, trong đó khu vực Châu Á Thái Bình Dương có đến 1,8 tỷ, chiếm 72% tổng số dân có nguy cơ Sốt xuất huyết Dengue trên toàn thế giới.

Những năm gần đây ở Việt Nam, SXHD xuất hiện liên tục, Đồng bằng Sông Cửu Long xảy ra quanh năm. Trước đây, SXHD phổ biến ở trẻ em. Hiện nay, bệnh lại xảy ra phổ biến ở người lớn với tỷ lệ 30,9% trong tổng số các trường hợp SXHD [11]. Bệnh cảnh phức tạp và đa dạng, có thể nặng dẫn đến tử vong. Tìm hiểu bệnh cảnh nhiễm virút Dengue ở người lớn giúp thầy thuốc biết rõ những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tiên lượng để chẩn đoán, điều trị sớm làm giảm tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân.

Xuất phát từ cơ sở trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với các mục tiêu sau:

1. Xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng Sốt xuất huyết Dengue ở người lớn.
2. Đánh giá quả điều trị Sốt xuất huyết Dengue theo phát đồ Bộ Y Tế
3. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh Sốt xuất huyết Dengue ở người lớn.

#### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên nhập viện ở BVĐKTƯ Cần Thơ có sốt và xuất huyết có ít nhất 1 trong 3 xét nghiệm (+)sau: NS1, IgM và IgG.

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** nghiên cứu được thực hiện từ tháng 07 năm 2010 đến tháng 02 năm 2011 tại BVĐKTƯ Cần Thơ.

#### **Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

#### **Phương pháp xét nghiệm trong nghiên cứu**

- Xét nghiệm chẩn đoán bệnh SXHD: sử dụng bộ KIT SD Bioline Test tìm kháng nguyên NS1 và IgM – IgG được thực hiện ở BVĐKTƯCT.
- Xét nghiệm Hct, BC, TC, Hct được bằng máy Cell-Dyn 3700, Abbott Diagnostic
- Xét nghiệm AST, ALT và Bilirubin: sử dụng máy sinh hóa Olympus Au 640
- Xét nghiệm về rối loạn đông máu: sử dụng máy STA Compact, Diagnostic Stago

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê Stata 8.0.

#### **KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

Qua nghiên cứu 146 bệnh nhân SXHD chúng tôi ghi nhận những vấn đề sau đây:

#### **1. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TẾ HỌC SXHD**

##### **1.1. Phân bố bệnh SXHD theo giới tính**

Trong 146 bệnh nhân SXHD nam 57,5%, nữ 42,5%. Nam mắc SXHD cao hơn nữ. Chúng tôi nghĩ do tính cảm thụ virút Dengue ở nam cao hơn nữ. Hà Văn Phúc (2006) [11], nam 55,3% và nữ 44,7%; Lye D C (2008) [9] nam 77%, nữ 23%; Khan E (2010) [7] ở Pakistan nam 63,2% và nữ 36,8%; Mai Hữu Phước (2011) nam 54,3% và nữ 45,7%. Các tác giả trên cũng giống với nghiên cứu của chúng tôi. Nam mắc

bệnh SXHD nhiều hơn nữ.

##### **1.2. Phân bố bệnh SXHD theo tuổi**

Nhóm 16-25 tuổi: 76,7%; nhóm 26-35 tuổi: 16,4%; nhóm 36-45 tuổi: 5,4%; nhóm trên 45 tuổi: chiếm 1,3%. Bệnh giảm dần khi tuổi càng cao do đáp ứng miễn dịch được củng cố dần. Theo Đông Thị Hoài Tâm 2006 tái nhiễm nhiều lần, miễn dịch bảo vệ tăng dần. Mai Hữu Phước (2011), 20-29 tuổi: 43,2%, 30-39 tuổi: 22,2%, 40- 49 tuổi: 11,1%, 50- 59 tuổi: 3,7%, tỉ lệ bệnh giảm dần khi tuổi càng cao, phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

##### **1.3. Phân bố bệnh SXHD theo mức độ và giới**

Nhóm SXHD: 33,3% nam và 61,2% nữ; nhóm SXHD cảnh báo: 61,9% nam và 30,6% nữ; nhóm SXHD nặng: 4,7% nam và 8% nữ. Vậy SXHD và SXHD nặng nữ có tỉ lệ cao hơn nam và ngược lại nhóm SXHD cảnh báo thì nam cao hơn nữ với P= 0,001. Hà Văn Phúc (2006) tỉ lệ mắc bệnh ở nam luôn cao hơn nữ ở mọi mức độ.

##### **1.4. Phân bố bệnh SXHD theo mức độ và tuổi**

- Nhóm 16-25 tuổi: 47,3% SXHD, 45,5% SXHD cảnh báo và 7,2% SXHD nặng.
- Nhóm 26-35 tuổi: 33,3% SXHD, 62,5% SXHD cảnh báo và 4,2% SXHD nặng.
- Nhóm 36-45 tuổi: 37,5% SXHD, 62,5% SXHD cảnh báo
- Nhóm trên 45 tuổi: 100% SXHD

Chúng tôi nhận thấy SXHD cảnh báo tập trung vào nhóm tuổi: 26-35 tuổi và 36-45 tuổi, còn SXHD nặng tập trung vào nhóm tuổi 16-25 tuổi. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với P> 0,05. Theo Hà Văn Phúc thì kết quả như chúng tôi [11].

##### **1.5. Phân bố bệnh SXHD theo địa phương**

Bệnh SXHD có ở 9 tỉnh thành Đồng bằng Sông Cửu Long: Thành phố Cần Thơ, Hậu Giang, Vĩnh Long, Đồng Tháp, Trà Vinh, Kiên Giang, Bạc Liêu, Sóc Trăng Và Cà Mau, là bệnh phổ biến, cần có biện pháp phòng chống tích cực để làm giảm dịch SXHD.

#### **2. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH SXHD**

##### **2.1. Dấu hiệu lâm sàng**

##### **2.1.1. Mức độ bệnh SXHD người lớn**

Trong 146 bệnh nhân SXHD: SXHD 45,2%, SXHD có dấu hiệu cảnh báo 48,6% và SXHD nặng 6,1%. SXHD có dấu hiệu cảnh báo cao nhất, kể đến SXHD và SXHD nặng thấp nhất. So với trẻ em thì mức độ nặng ở người lớn thấp hơn. Hà Văn Phúc (2006) [11] tỉ lệ sốc ở trẻ em 16,1%, nghiên cứu chúng tôi thì sốc ở người lớn chỉ 6,1%. Francisco Espinoza-Gómez (2005) [4] SXHD 7,9%, SXHD cảnh báo 90,3% và SXHD nặng 1,7% gần giống như nghiên cứu của chúng tôi với nhóm SXHD cảnh báo chiếm tỉ lệ cao nhất.

##### **2.1.2. Ngày nhập viện**

Nhập viện ngày 1: 2,7%, ngày 2: 10,2%, ngày 3: 21,9%, ngày thứ 4: 32,3%, ngày 5: 24,6%, ngày 6: 6,8%, ngày 7: 3,4%. Bệnh nhân nhập viện từ ngày 1-7 khi khởi sốt, tập trung từ ngày thứ 3- 5 của bệnh và nhiều nhất vào ngày thứ 4. Nhập viện sớm hay muộn phụ thuộc nhiều yếu tố: tính chất khởi bệnh, thành phần xã hội, nơi ở, tuổi.

### 2.1.3. Triệu chứng sốt

Số ngày sốt trung bình  $5,9 \pm 1,2$  ngày, từ 3 - 10 ngày. Số ngày sốt trung bình theo mức độ bệnh, SXHD:  $5,8 \pm 1,2$  ngày, SXHD cảnh báo:  $6 \pm 1,1$  ngày, SXHD nặng:  $5,2 \pm 1,2$  ngày. Sốt cao đột ngột 100%, nhiệt độ trung bình:  $38,41 \pm 0,89^{\circ}\text{C}$ , thấp nhất  $37,0^{\circ}\text{C}$  cao nhất  $40,5^{\circ}\text{C}$ . Thời gian sốt kéo dài 10 ngày. Theo Nguyễn Trọng Lân (2004) [8] sốt 4-5 ngày, Đông Thị Hoài Tâm (2006) 2-7 ngày, Phạm Văn Phúc (2006) [11] 2-8 ngày. Nghiên cứu của chúng tôi, sốt kéo dài là đặc thù riêng trong SXHD ở người lớn.

Dấu hiệu kèm theo sốt: mệt mỏi 100%, nhức đầu 80,8%, nôn 36,3%, đau cơ khớp 8,2%, sung huyết 13,7%, sung huyết kết mạc 58,2%, đau thượng vị 56,1%, phát ban 19,1%.

### 2.1.4. Dấu hiệu xuất huyết

Xuất huyết là triệu chứng đặc thù: chàm xuất huyết 89,7%, mảng xuất huyết 2%, chảy máu mũi 1,4%, chảy máu răng 4,1%, xuất huyết tiêu hóa 1,4%, tử ban hồi phục 1,4%. Chàm xuất huyết đa số, các dạng khác tỉ lệ rất thấp như xuất huyết tiêu hóa 1,4%. Hà Văn Phúc (2006) [11] chàm xuất huyết 100%, mảng xuất huyết 5,5%, chảy máu cam 5,1%, chảy máu chân răng 2,3%, xuất huyết tiêu hóa 1,4%, tử ban hồi phục 5,1% gần giống nghiên cứu của chúng tôi.

### 2.1.5. Gan trong SXHD

Gan to 13% mật độ mềm, có hoặc không đau vùng gan. SXHD 4,5%, SXHD cảnh báo 18,3%, SXHD nặng 33,3%. Gan to tăng theo độ nặng,  $p=0,01$ . WHO (2001) 60% SXHD người lớn và 90-96% bệnh nhân nhi gan to. Francisco E.G (2005) [4] Mehico gan to 5,5% và SXHD nặng 60% phù hợp với nghiên cứu chúng tôi.

Hoại tử tế bào gan, AST 89,2% tăng từ 2-5 lần; ALT 66,9% tăng từ 2-5 lần. Đa số bệnh nhân SXHD có hoại tử tế bào gan. Tăng bilirubin máu không nhiều 20%. Theo Om Parkash (2010) (Pakistan) [10] ALT tăng 86%, so với chúng tôi thì cao hơn nhiều. Đây là đặc tính riêng về bệnh trên từng dân tộc khác nhau.

### 2.1.6. Hội chứng sốc Dengue

Có 9/146 (6,1%) bệnh nhân sốc, 7 sốc nhẹ và 2 sốc nặng, từ ngày 3 - 7 của bệnh. Dấu hiệu tiền sốc: đau bụng tăng thêm 11,1%, gan to 33,3%, tràn dịch màng phổi 66,6%, tràn dịch màng bụng 77,7%, vật vã - bứt rứt 100%, lạnh đầu chi 100%, vã mồ hôi 66,6%, nhiệt độ giảm đột ngột 88,8%, mạch  $>100$  lần/phút 100%, xuất huyết gia tăng 33,3%, nôn nhiều 22,2%. Nguyễn Trọng Lân (2004) [8], hội chứng sốc Dengue rơi vào ngày 4,5 của bệnh. Hà Văn Phúc (2006) [11] sốc rơi và ngày 3-6. Nghiên cứu chúng tôi về triệu chứng sốc cũng giống các tác giả. Tuy nhiên, thời điểm vào sốc dài hơn các tác giả, từ ngày 3-7 của bệnh.

## 2.2. Cận lâm sàng

### 2.2.1. Các trị số xét nghiệm huyết học

Hematocrit: ngày 1- 3: tăng Hct 24,3%, cô đặc máu 14,6%; ngày 4-5: tăng Hct 23,2%, cô đặc máu 34,4%; ngày 6- 7: tăng Hct 20,6%, cô đặc máu 33,3%. Tăng Hct từ ngày 1-3 có và cô đặc máu tỉ lệ

thấp 14,6%, tiếp tục tăng đến ngày 4-7 đạt 34,4% và hơn 7 ngày. Bệnh nhân sốc đều có cô đặc máu. Suvatte và cộng sự (1981) Hct cao nhất ngày 4-5, về bình thường ngày 6-7. Nghiên cứu chúng tôi giống với Suvatte. Tuy nhiên, vào ngày 6- 7 hiện tượng cô đặc máu còn cao chiếm 33,3% mà Suvatte ghi nhận về bình thường. Đây là đặc điểm riêng ở người lớn có diễn tiến bệnh kéo dài.

Tiểu cầu: ngày 1-3:  $<100\text{G/L}$  53%,  $\geq 100\text{G/L}$  49,9%; ngày 4-5:  $<100\text{G/L}$  84%,  $\geq 100\text{G/L}$  15,9%; ngày 6-7:  $<100\text{G/L}$  90,8%,  $\geq 100\text{G/L}$  9,2%. Giảm tiểu cầu xảy ra sớm ngày 1-3 đạt 53,05%, tăng dần ngày 4-5 đạt 84,04% và ngày 6-7 đến 90,8%. Nguyễn Thanh Hùng (2004) [6] giảm tiểu cầu 93,8% ngày 3-7 gần giống chúng tôi.

Bạch cầu:  $<4\text{G/L}$  ngày 1-3: 51%; ngày 4-5: 64,7%; ngày 6-7: 49,4%. Có hiện tượng giảm bạch cầu. BCĐNTT  $<1,5\text{G/L}$  ngày 4-5: 53,7%, ngày 6-7 52,8%. Lymphocyte  $<1\text{G/L}$  vào ngày 1-3 75,5%, ngày 4-5 53%, ngày 6-7 35,6%. Lymphocyte giảm nặng những ngày đầu, tăng dần ngày 6-7 và  $>3\text{G/L}$  18,3%. Theo Erum Khan (2010) [7] bạch cầu  $<4\text{G/L}$  40,3%, giảm BCĐNTT 31,8%.

### 2.2.2. Siêu âm

Siêu âm 146 bệnh nhân SXHD: gan to 13%, phù nề thành túi mật (PNTTM) 28,7%, tràn dịch màng bụng (TDMB) 28%, tràn dịch màng phổi (TDMP) 21,9%. Theo mức độ bệnh:

- Nhóm SXHD: gan to 4,55%, PNTTM 3,03%, TDMB 1,52%, TDMP 1,52%.

- Nhóm SXHD cảnh báo: gan to 18,3%, PNTTM 47,8%, TDMB 46,4%, TDMP 5,21%.

- Nhóm SXHD nặng: gan to 33,3%, PNTTM 66,6%, TDMB 77,7%, TDMP 66,6%.

Kết quả trên cho thấy mức độ bệnh càng nặng thì tỉ lệ gan to, PNTTM, TDMB và TDMP càng cao,  $P=0,00-0,01$ . Hà Văn Phúc (2006) [11] PNTTM 48,7%; TDMB 38,2%; TDMP 23,5%. Siêu âm về gan và tràn dịch màng rất có ích cho tiên lượng.

### 2.2.3. Xét nghiệm đông máu

Khảo sát 8 trường hợp SXHD nặng: TP  $<70\%$  25%, aPTT  $>40$  giây 87,5%, Fibrinogen  $<2\text{g/L}$  25%, có 2 trường hợp (25%) TP  $<70\%$ , Fibrinogen  $<2\text{g/L}$  và tiểu cầu  $<100\text{G/L}$  đủ tiêu chuẩn chẩn đoán DIC, 1 xuất huyết tiêu hóa nặng tử vong, 1 xuất huyết âm đạo điều trị khỏi. Đông Thị Hoài Tâm (2006) xuất huyết nặng và kéo dài do rối loạn đông máu ở người lớn phổ biến hơn ở trẻ em. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

## 2.3. Sự liên quan giữa lâm sàng và cận lâm sàng dự đoán nguyên nhân

Dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng giúp dự đoán nguyên nhân khi bệnh nhân mới vào viện, không hay chưa kịp xét nghiệm đặc hiệu, giúp thầy thuốc có phương án điều trị phù hợp hơn. Ghi nhận như sau: khi có sốt và xuất huyết từ 1-8 có thể đến 10 ngày thì dự đoán SXHD là 75,5%; sốt, xuất huyết, gan to 86,3%; sốt, xuất huyết, PNTTM 77,7%; sốt, xuất huyết, TDMP 86,4%; sốt, xuất huyết, TDMB 81,1%;

sốt, xuất huyết, gan to, TDMP 92,3%; sốt, xuất huyết, gan to, TDMP, TDDB 80%; sốt, xuất huyết, gan to, TDMP, TDDB 91,6%.

### 3. ĐIỀU TRỊ SXHD THEO PHÁC ĐỒ BỘ Y TẾ

Hướng dẫn của Bộ Y tế 2011 [2], điều trị SXHD gồm: chống co đặc máu, khắc phục hậu quả xuất huyết, giảm tiểu cầu nặng, điều trị triệu chứng. Áp dụng điều trị 146 bệnh nhân SXHD, SXHD có dấu hiệu cảnh báo, và SXHD nặng kết quả: khỏi bệnh 99,3%, tử vong 0,7% do rối loạn đông máu nặng. Nhóm SXHD và SXHD có dấu hiệu cảnh báo, uống được và Hct không tăng cao, cung cấp nước điện giải bằng đường uống và truyền dịch khi uống không được, SXHD nặng đều được truyền dịch theo phác đồ của Bộ Y tế. Uống 90,4%, RL hay NaCl 0,9% 9,6%, CPT 1,3%, máu 0,7%. Nhóm uống không chuyển độ, truyền dịch chuyển độ 35,7%, điều trị ra sốc trong 24 giờ với SXHD nặng.

Chúng tôi nhận thấy, cung cấp nước điện giải trong SXHD và SXHD có dấu hiệu cảnh báo bằng đường uống hiệu quả cao, rất thuận lợi cho điều trị tại nhà ở các thể nhẹ. Truyền dịch có chuyển độ 35,7% trong khi uống thì không có trường hợp chuyển độ vì nhóm truyền dịch đã có dấu hiệu cảnh báo nặng nên nguy cơ vào sốc cao cũng là hợp lý.

### 4. MỘT SỐ YẾU TỐ CÓ Ý NGHĨA TIÊN LƯỢNG NẶNG

Trong 146 bệnh nhân SXHD, 9 trường hợp sốc có các dấu hiệu tiên sóc và đó là các dấu hiệu tiên lượng nặng.

#### 4.1. Dấu hiệu tiên sóc

Đau bụng tăng 11,1%; gan to 33,3%; TDMP 66,6%; TDDB 77,7%; vật vã-bứt rứt 100%; lạnh đầu chi 100%; vã mồ hôi 66,6%; nhiệt độ giảm đột ngột 88,8%; mạch >100 lần / phút 100%; xuất huyết tăng 33,3%, nôn nhiều 22,2%. TCYTTG (2001), đưa ra 5 dấu hiệu tiên sóc: vật vã hoặc li bì, đau bụng dữ dội, lạnh đầu chi, sung huyết da, tiểu ít. Chúng tôi bổ sung dấu hiệu tiên sóc: nhiệt độ giảm đột ngột, mạch >100 lần / phút, TDMP, TDDB, xuất huyết tăng, nôn nhiều.

#### 4.2. Các yếu tố lâm sàng có ý nghĩa tiên lượng nặng

- Đau bụng nhiều: tỉ lệ vào sốc (9,76%) cao hơn không đau bụng (1,56%)  $p < 0,05$ .
- Vật vã - li bì: vào sốc 100%,  $p < 0,001$ .
- Lạnh đầu chi: vào sốc 100%,  $p < 0,001$ .
- Mạch > 100L/phút: tỉ lệ vào sốc (41,1%) cao hơn mạch < 100L/phút (1,5%)  $p < 0,001$
- Xuất huyết tăng: vào sốc (100%) cao hơn không xuất huyết tăng (4,8%)  $p < 0,001$ .

#### 4.3. Các yếu tố cận lâm sàng có ý nghĩa tiên lượng nặng

- PNTTM: tỉ lệ vào sốc (14,29%) cao hơn không có PNTTM (2,88%)  $p = 0,01$
- TDMP: tỉ lệ vào sốc cao hơn (18,75%) không có TDMP (2,63%)  $p = 0,001$
- TDDB: vào sốc (17%) nhiều hơn so với không TDDB (1,9%)  $p = 0,001$

Theo Hà Văn Phúc (2006) [11] ghi nhận yếu tố tiên lượng như sau:

**Về lâm sàng:** giảm sút đột ngột, xuất huyết niêm mạc và phủ tạng, gan to và đau bụng nhiều, lạnh đầu chi, vật vã - li bì, vã mồ hôi, tiểu ít nôn nhiều, sung huyết da.

**Về cận lâm sàng:** bệnh nhân có biểu hiện tăng tính thấm thành mạch co đặc máu và giảm tiểu cầu càng nhiều nguy cơ rơi vào sốc càng cao. Cũng giống nghiên cứu chúng tôi.

### KẾT LUẬN

Nghiên cứu 146 bệnh nhân SXHD người lớn tại BVĐK TƯ Cần Thơ từ tháng 07 năm 2010 đến tháng 01 năm 2011 chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

#### 1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH SXHD

##### Đặc điểm lâm sàng

- Mức độ nặng: SXHD 45,2%, SXHD có dấu hiệu cảnh báo 48,6% và SXHD nặng 6,1%

- 100% bệnh nhân SXHD có sốt, trong đó 100% sốt cao đột ngột, số ngày sốt trung bình  $5,9 \pm 1,2$  ngày, tối thiểu 3 ngày và tối đa 10 ngày.

- Châm xuất huyết chiếm 89,7%, còn lại các dạng xuất huyết khác, riêng xuất huyết nội tạng rất thấp 1,3%, nhưng đều rơi vào sốc.

- Gan to chiếm tỉ lệ 13%, bệnh nhân có sốc gan to 33,3%.

##### Đặc điểm cận lâm sàng

- Co đặc máu 34,4%; siêu âm có TDMP 21,9%, TDDB 28%, PNTTM 28,77%.

- Tiểu cầu giảm <10G/L vào ngày 6-7 90,8%, Bạch cầu giảm 64,7%.

#### 2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SXHD THEO PHÁC ĐỒ CỦA BỘ Y TẾ

Khỏi bệnh 99,3%, tử vong 0,7%. Bù dịch bằng đường uống ở SXHD và SXHD có dấu hiệu cảnh báo không có hiện tượng chuyển độ. Bù dịch bằng đường truyền SXHD có dấu hiệu cảnh báo chuyển độ 35,7%. Điều trị theo phác đồ Bộ Y Tế đạt kết quả cao.

#### 3. MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG

- Dấu hiệu tiên sóc: vật vã - li bì 100%, đau bụng nhiều 11,1%, lạnh đầu chi 100%, nhiệt độ giảm đột ngột 88,8%, mạch >100 lần / phút 100%, gan to 33,3%, TDMP 66,6%, TDDB 77,7%, xuất huyết tăng 33,3%, nôn nhiều 22,2%.

- Bệnh nhân SXHD khi xuất hiện các dấu hiệu sau đây có ý nghĩa tiên lượng nặng với  $P < 0,05$ : đau bụng nhiều 9,7%, vật vã - li bì 100%, lạnh đầu chi 100%, mạch > 100L/phút 41,1%, xuất huyết gia tăng 100%, PNTTM 14,2%, TDMP 18,7%, TDDB 17%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2000), Báo cáo tổng kết mục tiêu phòng chống sốt xuất huyết năm 1999 và kế hoạch năm 2000, Hà Nội tháng 02 năm 2000, tr 12
2. Bộ Y tế (2011), Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue, Ban hành theo quyết định số 458/QĐ-BYT, ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế
3. Duane J.G, Gary G.C (1995), Dengue/Dengue haemorrhagic fever :The emergence of a global health

prolem. Center for Disease Control and Prevention Fort Collins, Colorado, and San Juan, Puerto Rico, USA

4. Francisco E.G, Porfirio D.D, Claudia T.L (2005), "Clinical pattern of hospitalized patients during a Dengue epidemic in Colima, Mexico", *Dengue Bulletin*, Vol 29 pp 8-17

5. Đỗ Quang Hà (2003), *Virút Dengue và dịch sốt xuất huyết*, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, tr 8

6. Nguyễn Thanh Hùng (2004), *Đặc điểm lâm sàng, điều trị và miễn dịch SXHD ở trẻ nhũ nhi*, Luận án tiến sĩ y học.

7. Khan E, Kisat M, Khanv N et all (2010), "Demographic and clinical features of Dengue fever in Pakistan from 2003–2007: A Retrospective Cross-Sectional Study" *PLoS One* v.5(9)

8. Nguyễn Trọng Lân (2004), *Sốt Dengue và sốt xuất huyết Dengue*, Nhà xuất bản y học, tr 198-205

9. Lye D.C, Chan M, Lee V.J et all (2008), "Do young adults with uncomplicated Dengue fever need hospitalisation? A retrospective analysis of clinical and laboratory features", *Singapore Med J* 49(6) p 476-479

10. Parkash O, Almas A, Jafri S.M.W et all (2010), "Severity of acute hepatitis and its outcome in patients with dengue fever in a tertiary care hospital Karachi, Pakistan (South Asia)" *BMC Gastroenterol* v.10

11. Hà Văn Phúc (2006), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và yếu tố tiên lượng bệnh sốt xuất huyết Dengue ở huyện Vĩnh Thuận – Kiên Giang*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II

## TỔNG QUAN CÁC NGUYÊN NHÂN NGHE KÉM Ở TRẺ EM

NGUYỄN TUYẾT XƯƠNG, KHU THỊ KHÁNH DUNG

*Bệnh viện Nhi Trung ương*

NGUYỄN ANH DŨNG, *Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tổng quan các nguyên nhân nghe kém ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tìm kiếm và nghiên cứu những bài báo, báo cáo, luận văn, thông tin khoa học sử dụng các từ khóa như: "nguyên nhân nghe kém", "nghe kém", "trẻ em", "tổng quan" trong các cơ sở dữ liệu trong nước và quốc tế, luận văn Y học, các trang mạng về vấn đề này. **Kết quả:** Nhiều nguyên nhân gây nghe kém ở trẻ em bao gồm bẩm sinh hoặc mắc phải. Các nguyên nhân bẩm sinh bao gồm di truyền, nhiễm khuẩn trong quá trình mang thai, dùng một số loại kháng sinh trong quá trình mang thai, trẻ bị đẻ non, cân nặng sơ sinh thấp, thiếu Oxy, vàng da sau sinh. Trong khi đó viêm màng não, viêm tai mạn tính, sử dụng một số loại kháng sinh gây ngộ độc tai, chấn thương vùng đầu, tiếng ồn, độ tuổi là những nguyên nhân mắc phải. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn trong quá trình mang thai ở bà mẹ, nhiễm khuẩn ở trẻ em, sử dụng một số loại kháng sinh gây ngộ độc, nguyên nhân ở trẻ do đẻ non, thiếu Oxy, vàng da sơ sinh và tiếng ồn là những nguyên nhân chính của nghe kém ở trẻ em.

**Từ khóa:** Nguyên nhân nghe kém, nghe kém, trẻ em, tổng quan.

### SUMMARY

**CAUSES OF HEARING LOSS IN CHILDREN: A LITERATURE REVIEW**

**Aims:** Review the cause of hearing loss in children. **Methods:** A search has been taken using keywords "causes of hearing loss", "hearing loss", "children" in databases including Pubmed, Science direct, Vietnamese Journal Databases, undergraduate and postgraduate theses, published and unpublished reports related to the hearing loss. **Results:** Many causes of hearing loss in children have been reviewed, including congenital and

acquired causes. Congenital causes include infections during pregnancy, low birth weight, birth asphyxia, severe jaundice in the neonatal period, and using of ototoxic drugs. In the meanwhile acquired causes include infectious diseases in childhood, chronic ear infection, head injury and excessive noise. **Conclusion:** There are many causes of hearing loss in children including infections during pregnancy, infectious diseases in childhood, use of ototoxic drugs, low birth weight, severe jaundice, and excessive noise.

**Keywords:** causes of hearing loss, hearing loss, children, review

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém là hiện tượng giảm một phần hay toàn bộ khả năng cảm nhận về âm thanh [4, 5]. Tổ chức Y tế thế giới (TCYTGT) ước tính có khoảng 5% dân số, tương đương với 360 triệu người trên toàn thế giới bị nghe kém, trong đó có 32 triệu trẻ em dưới 15 tuổi. Các nước có thu nhập thấp và trung bình có tỷ lệ nghe kém cao nhất thế giới. Nghe kém có thể gây ra gánh nặng nề về kinh tế và xã hội do bệnh điếc và nghễnh ngãng gây ra [5]. Do đó, việc phát hiện và can thiệp kịp thời đóng vai trò quan trọng trong việc mang lại cuộc sống tốt hơn cho trẻ, đồng thời giảm gánh nặng cho bản thân và gia đình của trẻ.

Nghe kém ở trẻ có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên. Việc tìm hiểu các nguyên nhân của nghe kém đóng vai trò quan trọng trong việc khuyến cáo cho cộng đồng phòng tránh những một số nguyên nhân gây nghe kém cũng như tăng cường nhận thức của các bà mẹ trong việc sàng lọc nghe kém sớm cho trẻ. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu tổng quan các nguyên nhân gây nghe kém ở trẻ em.

### ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1 Đối tượng