

NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI ÁP LỰC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM ĐẶT QUA TĨNH MẠCH NỀN TRONG ĐIỀU TRỊ SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Phan Văn Năm⁽¹⁾, Phan Hùng Việt⁽²⁾, Phạm Hữu Hòa

⁽¹⁾Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long.

⁽²⁾Bộ môn nhi Trường Đại học Y Dược Huế.

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát sự biến đổi của áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) đặt qua đường tĩnh mạch nền và tìm hiểu mối tương quan giữa giá trị áp lực tĩnh mạch trung tâm với các đặc điểm lâm sàng trong theo dõi sốc sốt xuất huyết Dengue (SXH-D). **Đối tượng và phương pháp:** bao gồm 43 bệnh nhân được chẩn đoán sốc SXH-D độ III và độ IV vừa nhập khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ 3/2009 – 8/2010. Mỗi bệnh nhân sẽ được đặt CVP qua tĩnh mạch nền. **Kết quả:** Giá trị trung bình của CVP được đo lần đầu là $7,3 \pm 3,0$ CmH_2O , sau 30 phút là $9,5 \pm 2,6$ CmH_2O , sau 60 phút là $10,2 \pm 2,3$ CmH_2O , sau 2 giờ là $10,4 \pm 2,3$ CmH_2O , sau 3 giờ là $10,5 \pm 2,4$ CmH_2O , sau 6 giờ là $10,5 \pm 2,5$ CmH_2O , sau 12 giờ là $10,8 \pm 2,5$ CmH_2O , sau 24 giờ là $12 \pm 2,8$ CmH_2O , sau 36 giờ là $12,4 \pm 4,1$ CmH_2O . Có mối tương quan nghịch mức độ vừa giữa trị số CVP lúc bắt đầu đo với thời gian làm đầy mao mạch ($r = -0,32$; $p < 0,05$), với tăng tần số tim ($r = -0,43$, $p < 0,05$). Có tương quan thuận mức độ vừa giữa trị số CVP lúc bắt đầu đo với hiệu số huyết áp tâm thu ($r = 0,31$, $p < 0,05$). **Kết luận:** Trị số của CVP biến đổi rõ rệt nhất trong giờ đầu theo dõi. Trị số của CVP ít thay đổi qua các thời điểm 2, 3, 6, 12 giờ. Thời điểm bắt đầu đo CVP cho thấy: có mối tương quan nghịch mức độ vừa giữa trị số CVP với thời gian làm đầy mao mạch, với tăng tần số tim, có sự tương quan thuận mức độ vừa giữa trị số CVP với hiệu số huyết áp tâm thu.

Abstract

STUDY THE CHANGE OF CENTRAL VENOUS PRESSURE THROUGH CATHETER PLACED IN BASILIC VEIN IN TREATMENT OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER SHOCK AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

Phan Van Nam, Phan Hung Viet, Pham Huu Hoa

Objective: To study the change of central venous pressure (CVP) placed through the basilic vein and to find a correlation between the value of central venous pressure with clinical features in Dengue hemorrhagic fever shock. **Patients and methods:** included 43 patients ≤ 15 years old and hospitalized with diagnosis of Dengue Hemorrhagic fever with shock (level 3, level 4) at intensive care unit of Can tho Children's Hospital from 3/2009 - 8/2010. Each patients had their CVP measures through catheter placed in basilic vein. **Results:** The average value of CVP measured for the first time was $7,3 \pm 3,0$ CmH_2O , after 30 minutes was $9,5 \pm 2,6$ CmH_2O , after 60 minutes was $10,2 \pm 2,3$ CmH_2O , after 2 hours was $10,4 \pm 2,3$ CmH_2O , after 3 hours was $10,5 \pm 2,4$ CmH_2O , after 6 hours was $10,5 \pm 2,5$ CmH_2O , after 12 hours was $10,8 \pm 2,5$ CmH_2O , after 24 hours was $12 \pm 2,8$ CmH_2O , and after 36 hours was $12,4 \pm 4,1$ CmH_2O .

There are an inverse correlations between CVP value measured for the first time with capillary refill time ($r = -0.32$, $p < 0.05$) and with increased heart rate ($r = -0.43$, $p < 0.05$). There is a moderate correlation between CVP value with systolic blood pressure ($r = 0.31$, $p < 0.05$). **Conclusion:** The value of CVP is the most obvious change in the first hour of treatment. CVP values slightly changed in the 2, 3, 6 and 12 hours interval. There are an inverse correlations between CVP value measured for the first time with capillary refill time and with increased heart rate. There is a moderate correlation between CVP value with systolic blood pressure.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXH-D) là một bệnh nhiễm trùng cấp tính do vi rút Dengue gây ra. Bệnh có thể gây ra sốc dẫn tới tử vong nếu không điều trị thích hợp và không kịp thời [3],[10]. Tử vong trong bệnh SXH-D thường là do chẩn đoán muộn và điều trị không đúng dẫn đến sốc kéo dài, tái sốc, sốc không hồi phục, suy hô hấp do quá tải tuần hoàn, phù phổi cấp, tổn thương đa cơ quan [1],[4],[5]. Trong những trường hợp sốc kéo dài, tái sốc hoặc sốc không hồi phục thì việc bù dịch sẽ gặp nhiều khó khăn do khó kiểm soát được lượng dịch truyền. Bởi vậy việc đo được CVP là kim chỉ nam cho việc điều trị tiếp theo [2],[10]. Tuy nhiên để khắc phục các yếu tố ảnh hưởng đến trị số của CVP như: tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng tim... cũng như giúp cho việc đặt catheter tĩnh mạch thành công khi các mô tại chỗ chọc tĩnh mạch chưa bị phù nề. Nên đặt catheter để đo CVP sớm hơn khi trẻ bị sốc SXH-D có những yếu tố tiên lượng nặng. Do đó chúng tôi nghiên cứu với mục đích đánh giá sự thất thoát của thể tích tuần hoàn nhằm góp phần cho việc điều trị có hiệu quả, giảm tỉ lệ tử vong và giảm chi phí điều trị.

Mục tiêu:

1. Khảo sát sự biến đổi của áp lực tĩnh mạch trung tâm đặt qua đường tĩnh mạch nền trong theo dõi sốc sốt xuất huyết Dengue.

2. Tìm hiểu mối tương quan giữa giá trị áp lực tĩnh mạch trung tâm với một số đặc điểm lâm sàng trong sốc sốt xuất huyết Dengue.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

43 Bệnh nhân được chẩn đoán sốc SXH-D độ III và độ IV vừa nhập khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ 3/2009 - 8/2010.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu.

+ *Tiêu chuẩn chọn bệnh*

Chẩn đoán lâm sàng SXH-D độ III và độ IV (theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1997) [10].

Lâm sàng: sốt cao liên tục từ 5- 7 ngày, xuất huyết da niêm, gan to đau và sốc.

Cận lâm sàng: Hematocrite tăng ($\geq 20\%$ so với trị số khi bình thường), tiểu cầu giảm (≤ 100.000 tế bào / mm^3).

Phản ứng huyết thanh Mac-Elisa (+) và được sự đồng ý của gia đình bệnh nhi.

+ *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Sốc kéo dài.

- Nhiễm trùng ở vị trí dự tính đặt catheter để đo CVP.

- Những bệnh nhân có kèm theo các bệnh mạn tính như: bệnh tim bẩm sinh, hội chứng Down, hội chứng thận hư, suy tim...

- Không được sự hợp tác của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân.

- Tiến hành: đo CVP sớm ngay từ lúc vào phòng hồi sức.

- Phương tiện nghiên cứu: Dụng cụ đo CVP (Catheter CAVAFIX của công ty B.Braun, thước đo áp lực (Manometer) của công ty Abbott hoặc B.Braun).

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1: Nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	%
≤5 tuổi	7	16,3
5 đến 10 tuổi	29	67,4
>10 tuổi	7	16,3
Tổng	43	100
X±SD (tuổi)	8,0 ± 2,6	

Nhóm tuổi vào viện thường gặp nhất là 5-10 tuổi chiếm tỷ lệ 67,4%. Tuổi trung bình của nghiên cứu là $8,0 \pm 2,6$ tuổi.

+ **Giới tính:** Nam: 15 (34,9%), Nữ: 28 (65,1%). Nữ / Nam = 1,9/1.

Bảng 3.2: Sự biến đổi CVP trong giờ đầu vào viện

Thông số		Sự biến đổi CVP trong giờ đầu khi đo		
		Bắt đầu đo (a)	30 phút sau (b)	60 phút sau (c)
CVP	X±SD (CmH ₂ O)	7,3 ± 3,0	9,5 ± 2,6	10,2 ± 2,3
	P	a so với b và c <0,05 b so với c > 0,05		

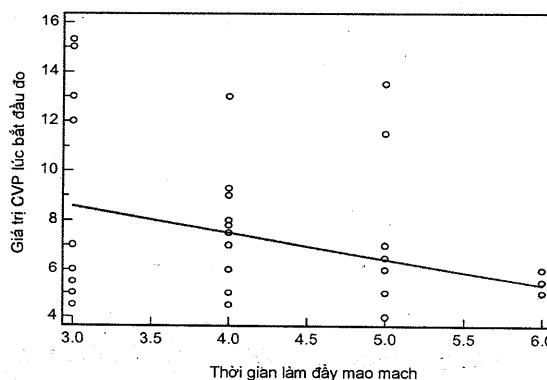
- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trị số của CVP giữa thời điểm bắt đầu đo với thời điểm 30 phút sau và 60 phút sau với $p < 0,05$.

Bảng 3.3: Sự biến đổi CVP những giờ tiếp theo

Thông số		Sự biến đổi CVP những giờ tiếp theo					
		2 giờ	3 giờ	6 giờ	12 giờ	24 giờ	36 giờ
CVP (CmH ₂ O)	X	10,4	10,5	10,5	10,8	12,0	12,4
	SD	2,3	2,4	2,5	2,5	2,8	4,1
p		So sánh giữa các thời điểm 2, 3, 6, 12 giờ > 0,05 So sánh giữa các thời điểm 2, 3, 6, 12 với sau 24 giờ < 0,05					

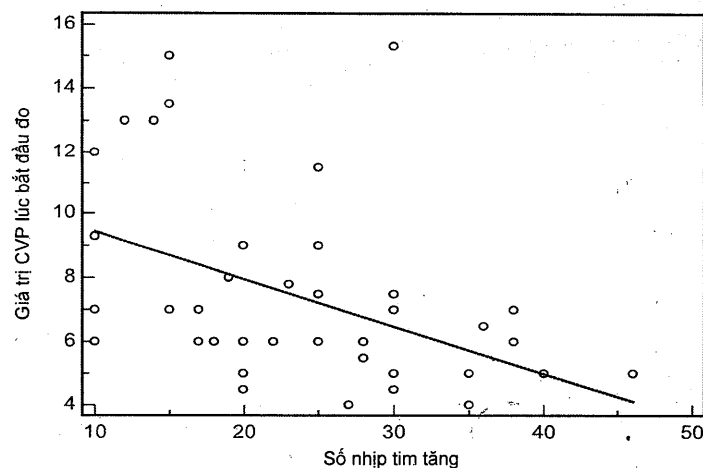
- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trị số CVP đo thời điểm trước 12 giờ với thời điểm đo sau 24 giờ, $p < 0,05$.

+ **Tương quan giữa thời gian làm đầy mao mạch với trị số CVP lúc bắt đầu đo**



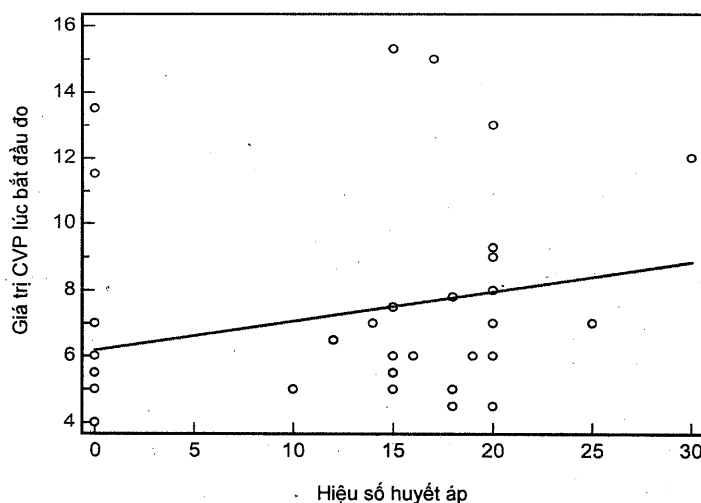
Biểu đồ 1. Có mối tương quan nghịch mức độ vừa giữa thời gian làm đầy mao mạch với CVP lúc bắt đầu đo, với $r = -0,32$; $p < 0,05$; $y = -1,07x + 11,77$.

+ Tương quan giữa tăng tần số tim với CVP lúc bắt đầu đo



Biểu đồ 2. Có tương quan nghịch mức độ vừa giữa trị số CVP lúc bắt đầu đo với tăng tần số tim, $r = -0,43$, $p < 0,05$; $y = -0,15x + 10,94$.

+ Tương quan giữa hiệu số huyết áp tâm thu với CVP lúc bắt đầu đo



Biểu đồ 3. Có tương quan thuận mức độ vừa giữa hiệu số huyết áp tâm thu với trị số CVP lúc bắt đầu đo với $r = 0,31$, $p < 0,05$; $y = 0,09x + 6,17$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Lứa tuổi thường gặp nhất là 5-10 tuổi, chiếm tỷ lệ 67,4%. Tuổi trung bình của nghiên cứu là $8,0 \pm 2,6$ tuổi. Trong nhóm tuổi này trẻ bắt đầu tiếp xúc với môi trường ngày càng nhiều hơn. Trẻ có nguy cơ bị nhiễm vi rút Dengue thứ phát nhiều hơn rất nhiều so với nhóm tuổi nhỏ < 5 tuổi. Phù hợp với nhận định của các tác giả Bạch Văn Cam [1], Tạ Văn Trâm [4].

Bệnh nhi nữ bị sốc SXH-D gặp nhiều hơn nam với tỷ suất nữ/nam = 1,9/1.

4.2. Sự biến đổi CVP trong khoảng giờ đầu hồi sức

Đo CVP là một trong những phương pháp hữu hiệu để theo dõi huyết động do đó thường được chỉ định rất sớm trong hồi sức sốc giảm thể tích nói chung. Theo dõi trị số của CVP sẽ giúp đánh giá được tiền gánh, qua đó thể hiện được thể tích tuần hoàn trong cơ thể.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 2 cho thấy trị số CVP đo được tại mốc khởi đầu (sau khi trẻ đã nhận được khoảng 15-20 ml/kg dịch Ringer Lactate

cấp cứu ban đầu) trung bình là $7,3 \pm 3,0$ CmH_2O . Đây là trị số nằm trong giới hạn bình thường của CVP điều này cho thấy hiệu quả rõ rệt của liệu pháp truyền dịch nhanh theo phác đồ (20 ml/kg/1 giờ đầu với sốc độ III, 20ml/kg/15 phút đầu cho sốc sốt xuất huyết độ IV).

Sau khi được tiếp tục truyền dịch chống sốc theo đúng phác đồ, trị số CVP đo tại thời điểm 30 phút tiếp tục tăng lên nhưng vẫn ở trong giới hạn của bình thường là $9,5 \pm 2,6$ CmH_2O và sau 60 phút điều trị là $10,2 \pm 2,3$ CmH_2O . Chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trị số của CVP đo giữa các thời điểm lúc bắt đầu và lúc 30 phút với $p < 0,05$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê từ thời điểm 30 phút với 60 phút, với $p > 0,05$.

Bạch Văn Cam [1] khi nghiên cứu về tổn thương các cơ quan trong sốc SXH-D kéo dài cho thấy trị số CVP tại thời điểm nghiên cứu là trong giới hạn bình thường $8,9 \pm 1,5$ CmH_2O . Bạch Văn Cam [2] khi nghiên cứu về giá trị của CVP trong điều trị sốc SXH-D cũng ghi nhận những bệnh nhân sốc do SXH-D vào viện chưa được chuyển dịch chống sốc thì trị số CVP thường rất thấp < 5 CmH_2O phản ánh rõ tình trạng giảm thể tích.

Somyos [8] nhận xét sốc SXH-D kéo dài rất cần phải đo CVP bởi vì khi đó trị số CVP đo được thường rất cao > 15 CmH_2O . Đây chính là một trở ngại rất lớn cho vấn đề bù dịch chống sốc. CVP tăng cao trong trường hợp bệnh nhân sốc nặng kéo dài chứng tỏ chức năng tim đã bị suy. Sarin Y [7] cho rằng đặt CVP và theo dõi sốc dựa vào CVP trong sốc do SXH-D đóng vai trò rất quan trọng. Việc bù dịch theo CVP sẽ giúp chúng ta kiểm soát tốt lượng dịch truyền vào cũng như tình trạng thoát quản của sốc và khả năng co bóp của cơ tim. Vatsal [9] ghi nhận rằng sau điều trị bù dịch nhanh trong sốc sốt xuất huyết từ 30 phút đến 1 giờ với dung dịch Ringer Lactate trị số CVP sẽ trở về giới

hạn bình thường. Điều này cũng giống như trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.3. Sự biến đổi CVP những giờ tiếp theo

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3 cho thấy trị số CVP đo được từ thời điểm 2 giờ đến 12 giờ sau sốc là khá ổn định và dao động trong biên độ từ $10,4 \pm 2,43$ CmH_2O đến $10,8 \pm 2,5$ CmH_2O . Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê của CVP từ thời điểm 2 giờ đến 12 giờ sau điều trị, $p > 0,05$.

Tuy nhiên từ thời điểm 24 giờ và 36 giờ thì CVP dao động ở ngưỡng cao hơn từ $12,0 \pm 2,8$ CmH_2O đến $12,4 \pm 4,1$ CmH_2O . Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CVP trước 12 giờ điều trị với thời điểm 24 giờ sau điều trị.

Kết quả nghiên cứu của tôi cũng giống với nghiên cứu của Bạch Văn Cam [2] khi theo dõi trị số của CVP ở nhiều thời điểm trong quá trình điều trị sốc SXH-D.

Trên những bệnh nhân sốc giảm thể tích mà trước đó có tình trạng tim mạch bình thường, được điều trị một lượng lớn dịch truyền thì CVP cao sẽ phản ánh tình trạng quá tải trên bệnh nhân, và do vậy rất có giá trị trong hướng dẫn điều trị sốc. Theo dõi sát sự biến đổi của trị số CVP từng thời điểm sẽ giúp tránh được tình trạng quá tải cho bệnh nhân có thể dẫn tới suy tim phù phổi cấp [6].

4.4. Tương quan giữa thời gian làm đầy mao mạch với trị số CVP lúc bắt đầu đo

Theo kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 1 tại thời điểm lúc bắt đầu đo CVP chúng tôi thấy có mối tương quan nghịch mức độ vừa giữa thời gian làm đầy mao mạch với trị số CVP với hệ số tương quan là $r = -0,32$; $p < 0,05$; và phương trình hồi quy tuyến tính là $y = -1,07x + 11,77$. Còn tại thời điểm từ 30 phút sau đo CVP lần đầu trở đi không còn có sự tương quan giữa thời gian làm đầy mao mạch với giá trị CVP, $p > 0,05$.

4.5. Tương quan giữa tăng tần số tim với CVP lúc bắt đầu đo

Theo kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 2 tại thời điểm lúc bắt đầu đo CVP, chúng tôi thấy có mối tương quan nghịch mức độ vừa giữa tăng tần số tim với trị số CVP với hệ số tương quan là $r = -0,43$, $p < 0,05$; với phương trình hồi qui tuyến tính là $y = -0,15x + 10,94$. Điều này cho thấy rằng khi bệnh nhân sốc giảm thể tích như trong sốc SXH-D. Khi trị số CVP còn thấp chứng tỏ lượng dịch bù vào cơ thể chưa đủ thì tim phải làm việc tăng lên để bù trừ nhằm bảo đảm cung lượng tim. Chính vì vậy tần số tim tỷ lệ nghịch với trị số CVP khi mới bắt đầu đo.

Tuy nhiên tại thời điểm đo CVP lúc 30 phút trở đi chúng tôi thấy không còn có mối tương quan giữa số lần tăng tần số tim với trị số CVP. Điều này cho thấy rằng nếu chúng ta bù dịch đủ và đúng theo phác đồ, khi đó trị số CVP sẽ ít dao động và tần số tim sẽ chậm lại về giới hạn bình thường.

4.6. Tương quan giữa hiệu số huyết áp tâm thu với áp lực tĩnh mạch trung tâm

Theo kết quả ở biểu đồ 3 tại thời điểm lúc bắt đầu đo CVP chúng tôi thấy có tương quan thuận mức độ vừa giữa hiệu số huyết áp tâm thu với trị số CVP với $r = 0,31$, $p < 0,05$; và với phương trình hồi qui tuyến tính là $y = 0,09x + 6,17$. Điều này cho thấy rằng sốc sốt xuất huyết khi chưa điều trị bù dịch chống sốc tích cực thì huyết áp càng kẹp. Khi huyết áp đo được càng kẹp chứng tỏ trị số CVP của bệnh nhân càng thấp thể hiện tình trạng giảm thể tích tuần hoàn nặng đây là cơ sở quan trọng cho việc cần thiết phải bù dịch thật nhanh để đưa bệnh nhân thoát sốc.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy không còn có sự tương quan giữa hiệu số huyết áp tâm thu với CVP vào thời điểm 30 phút trở đi. Điều này cho thấy nếu điều trị sớm và tích cực thì trị số CVP nhanh chóng trở về bình thường.

Nguyễn Trọng Lân [5] trong nghiên cứu

của mình ghi nhận có 48 trường hợp huyết áp kẹp nhưng chỉ có 12 trường hợp CVP thấp $< 5 \text{ CmH}_2\text{O}$ trong khi có 26 trường hợp CVP bình thường và 10 trường hợp CVP cao $> 10 \text{ CmH}_2\text{O}$. Tác giả kết luận rằng không có mối liên quan giữa huyết áp kẹp và trị số của CVP trong trường hợp sốc kéo dài bởi vì phần lớn bệnh nhân đã bù đủ dịch hoặc đã quá tải.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu sự biến đổi của áp lực tĩnh mạch trung tâm đặt qua đường tĩnh mạch nền ở bệnh nhân sốc sốt xuất huyết Dengue tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

5.1. Sự biến đổi của áp lực tĩnh mạch trung tâm trong quá trình sốc

- Trị số của áp lực tĩnh mạch trung tâm biến đổi rõ rệt nhất trong giờ đầu theo dõi từ $7,3 \pm 3,0 \text{ CmH}_2\text{O}$ lúc bắt đầu đo đến $10,2 \pm 2,3 \text{ CmH}_2\text{O}$ lúc 60 phút. Với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

- Trị số của áp lực tĩnh mạch trung tâm ít thay đổi qua các thời điểm 2, 3, 6, 12 giờ trong khoảng từ $10,4 \pm 2,3 \text{ CmH}_2\text{O}$ đến $10,8 \pm 2,5 \text{ CmH}_2\text{O}$.

- Trị số của áp lực tĩnh mạch trung tâm có chiều hướng tăng cao hơn trước sau 24 giờ đến 36 giờ, dao động trong khoảng từ $12,0 \pm 2,8$ đến $12,4 \pm 4,1 \text{ CmH}_2\text{O}$.

5.2. Tương quan giữa trị số áp lực tĩnh mạch trung tâm với một số biểu hiện lâm sàng

- Có mối tương quan nghịch mức độ vừa giữa thời gian làm đầy mao mạch với trị số áp lực tĩnh mạch trung tâm lúc bắt đầu đo, với $r = -0,32$; $p < 0,05$; $y = -1,07x + 11,77$.

- Có tương quan nghịch mức độ vừa giữa áp lực tĩnh mạch trung tâm lúc bắt đầu đo với tăng tần số tim, $r = -0,43$, $p < 0,05$; $y = -0,15x + 10,94$.

- Có tương quan thuận mức độ vừa giữa hiệu số huyết áp tâm thu với trị số CVP lúc bắt đầu đo với $r = 0,31$, $p < 0,05$; $y = 0,09x + 6,17$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bạch Văn Cam, Lâm Thị Mỹ, Nguyễn Minh Tiến (2006), "*Tổn thương các cơ quan trong sốc sốt xuất huyết Dengue kéo dài*", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 10 phụ bản số 1, tr. 143- 150.
2. Bạch Văn Cam, Nguyễn Thị Kim Thoa (1996), "*Giá trị áp lực tĩnh mạch trung ương trong điều trị sốt xuất huyết*", Báo cáo khoa học về một số vấn đề mới về sốt xuất huyết khu vực phía Nam năm 1995, bệnh viện Nhi Đồng I, tr. 145 - 152.
3. Bạch Văn Cam, Nguyễn Bạch Huệ, Tăng Chí Thượng (1995), "*Nhận xét các trường hợp sốt xuất huyết tử vong tại khoa cấp cứu - sản sóc tăng cường, BV Nhi đồng I năm 1995*", Báo cáo khoa học về một số vấn đề mới về sốt xuất huyết khu vực phía Nam năm 1995, BV Nhi Đồng I.
4. Tạ Văn Trâm (2004), *Các yếu tố liên quan đến sốc sốt xuất huyết Dengue kéo dài ở trẻ em*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. Tạ Văn Trâm, Nguyễn Trọng Lâm (2001), "*Các yếu tố liên quan tử vong trong sốt xuất huyết Dengue*", Y học TP. Hồ Chí Minh, tr. 106-110.
6. Praveen K, Sunit S, Rakesh L. (2010), *Pediatric Sepsis Guidelines: summary for resource-limited countries*, *Indian Journal of Critical Care Medicine*, Vol. 14, No. 1, pp. 41- 52
7. Sarin Y., Shavinder S., Tejinder S. (1998), *Dengue Viral Infection. Indian Pediatrics*, volume 35; pp. 129-137.
8. Somyos K, Pisit N (1994), *Clinical Manifestations and Hemorrhagic Fever (DHF) by 1 More Than 10,000 Case*, *Trop. Med.*, 36 (3), pp. 93-101.
9. Vatsal M, Dilip R (2006), *Dengue fever*, In: *Tropical Infections in the ICU. JAPI*, Vol. 54; pp. 291-298.
10. World Health Organization (1997), *Dengue Haemorrhagic Fever: Diagnosis, Treatment, prevention and Control*, 2nd edition, Geneva: WHO.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ LẤY DỊ VẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN BẢNG NỘI SOI ỐNG MỀM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NGÃI

Phạm Ngọc Doanh, Trần Thị Kim Quy

Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Dị vật ống tiêu hóa trên là một cấp cứu thường gặp. Việc xử trí bằng nội soi ống mềm là một lựa chọn hàng đầu. Nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu: Khảo sát đặc điểm dị vật tại bệnh viện đa khoa Quảng Ngãi từ 5/2010 đến 12/2010 và đánh giá hiệu quả, độ an toàn của kỹ thuật nội soi lấy dị vật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả những bệnh nhân có chỉ định nội soi lấy dị vật ống tiêu hóa trên bằng nội soi mềm tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi từ 5/2010 đến 12/2010. Dùng kỹ thuật lấy dị vật qua nội soi ống mềm. Tổng kết, thống kê, phân tích. **Kết quả:** Loại dị vật: Xương vịt 31,9%, xương cá 29,8%, xương gà 12,8%, răng giả 12,8%, xương heo 10,6%, tăm tre 2,1%. Tỷ lệ thành công của thủ thuật là 93,6. Tỷ lệ tai biến do thủ thuật là 4,4%, không có tai biến nghiêm trọng. **Kết luận:** Nội soi ống mềm là phương pháp lấy dị vật ống tiêu hóa trên hiệu quả, khá an toàn.

Abstract

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULT OF DIGESTIVE FOREIGN BODY REMOVAL BY ENDOSCOPY AT QUANG NGAI GENERAL HOSPITAL

Pham Ngoc Doanh, Tran Thi Kim Quy

Background: Ingested foreign things in upper GI tract are acute cases that are frequently seen in clinical practices. Flexible endoscopic removal of the ingested foreign things is now the first choice. **Aims:** Investigating characteristics of ingested foreign things, and evaluating the efficacy and safety of endoscopic removal techniques. **Subjects and Methods:** 47 patients participated in the study. Diagnosis of ingested foreign things have made by history, clinical manifestations, X – ray and endoscopy. The used instruments are conventional flexible endoscopy and accessories. **Results and Discussion:** The ingested foreign things are duck bones 31,9%, fish bones 29.8%, chicken bones 12.8%, dental prostheses 12.8%, pig bones 10.6% and bamboo sticks 2.1%. Endoscopic removal have been successfully performed making up 93.6%. There were some minor complications such as bleeding erosions (4.4%), no case with serious complications. **Conclusion:** Flexible endoscopic removal is an effective and relatively safe procedure for patients with digested foreign things.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật ống tiêu hóa trên (DV) là một tình huống cấp cứu khá thường gặp trong thực hành nội soi tiêu hóa, chỉ đứng sau xuất huyết tiêu hóa [18]. Tuy nhiên phần lớn các DV tự đi xuống và ra ngoài một cách tự nhiên. Theo y văn, khoảng 10-20% các trường hợp cần can

thiệp nội soi, 1% cần phải phẫu thuật [7,9].

Những tiến bộ về nội soi tiêu hóa can thiệp gần đây đã chứng minh rằng lấy dị vật ống tiêu hóa bằng nội soi ống mềm là một lựa chọn ưu tiên trong xử trí DV. Thái độ chẩn đoán và xử trí sớm có vai trò quan trọng trong việc hạn chế biến chứng.