

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

Phạm Ngọc Doanh, Trần Thị 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.

Tại Quảng Ngãi, kỹ thuật nội soi ống mềm đã được thực hiện từ nhiều năm trước, tuy nhiên việc thực hiện chưa được nhiều. Từ khi triển khai chế độ trực thường trú nội soi, những trường hợp dị vật ống tiêu hóa trên được xử trí như là một cấp cứu, do đó số lượng bệnh nhân có nhiều hơn, hơn nữa các bác sĩ lâm sàng cũng đã quen với chỉ định này.

Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích: Nhận xét đặc điểm lâm sàng các trường hợp dị vật ống tiêu hóa trên đã được xử trí tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi và đánh giá hiệu quả, mức độ an toàn của kỹ thuật này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh nghi ngờ mắc DV, sơ đồ chọn lựa đối tượng nghiên cứu được tóm tắt trong hình 1

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi dùng phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả, không đối chứng.

Các tiêu chí ghi nhận: độ tuổi, vị trí mắc dị vật, thời gian từ lúc mắc dị vật đến lúc can thiệp, triệu chứng, biến chứng do thủ thuật, biến chứng do dị vật, tỉ lệ thành công, thời gian làm thủ thuật.

Phân tích số liệu bằng các thuật toán thống kê thông thường bằng phần mềm SPSS 16.0

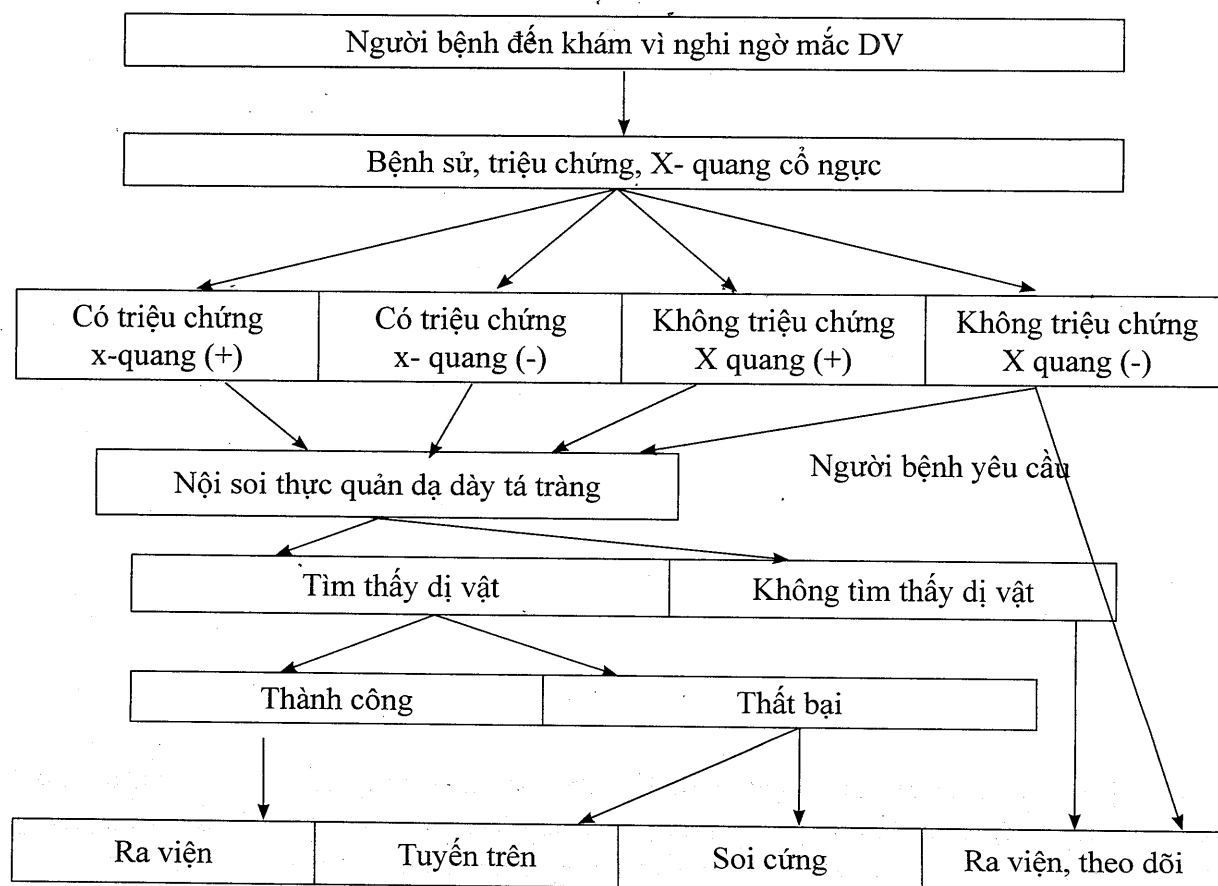
Phương tiện: Máy nội soi ống mềm có truyền hình Pentax EPK-150 được trang bị sẵn tại phòng nội soi bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi.

2.3. Quy trình kỹ thuật

Chuẩn bị người bệnh: Tất cả người bệnh sau khi đã chọn lọc, được giải thích kỹ về lợi ích và những tai biến có thể xảy ra, cam kết đồng ý làm thủ thuật.

Tùy thuộc vào hình dáng, kích thước dị vật, chúng tôi có thể gắn cáp vào đầu ống soi để dễ khảo sát và thao tác.

Hình 1: Sơ đồ nghiên cứu



Tiến hành thủ thuật: Người bệnh nằm nghiêng trái trên bàn soi, sau khi gây tê hầu họng bằng dung dịch lidocain 10% dạng spray, dùng ống soi được bôi trơn bằng xylocain 2% dạng mỡ, đưa qua hầu họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng quan sát trong quá trình soi. Khi nào thấy được dị vật, ngừng lại quan sát, tìm vị trí thuận lợi nhất trên dị vật, dùng kẹp chuyên dụng kéo dị vật cùng với ống soi ra ngoài, có những trường hợp không thể kẹp dị vật được, chúng tôi đẩy xuống dạ dày và cho người bệnh ra viện, theo dõi phồng vắn qua điện thoại kết quả.

Thủ thuật được cho là thành công khi:

- Gắp được dị vật ra ngoài.

- Khối thức ăn có thể tiêu hóa được như khối xương thịt không gắp được ra ngoài nhưng đẩy xuống dạ dày được.

- Dị vật không tiêu hóa được như khối răng không có máu, kích thước không quá 5 cm, không gắp được ra ngoài nhưng đẩy xuống dạ dày được, chúng tôi cho người bệnh xuất viện và theo dõi qua điện thoại, cho đến khi nào dị vật ra ngoài bằng đường tự nhiên. Tất cả những người bệnh thuộc loại này của chúng tôi kết quả đều thành công.

Thủ thuật được cho là thất bại khi gắp ra ngoài hoặc đẩy xuống dạ dày không được (chúng tôi chưa gặp những dị vật không tiêu hóa được > 5cm).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Trong số 54 ca nội soi lấy dị vật, 30 nữ (55,5%), 24 nam (44,5%). Tuổi trung bình 55,6, nhỏ nhất 14, cao nhất 81.

Số ca tìm thấy dị vật là 47 chiếm 87,04%, Không có ca nào tìm thấy trên 1 dị vật. Trong đó nam 21 (44,7%) ca nữ 26 ca (55,3%), số ca không tìm thấy dị vật 7 (12,96%) (Bảng 3.1)

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo giới tính

Giới	n	%	P
Nam	28	28.87	0,466
Nữ	69	71.13	
Tổng	47	100	

Trong bảng này, sự khác biệt về tỷ lệ nam, nữ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Phân bố số ca theo nhóm tuổi:

Bảng 3.2: Phân bố số ca theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	(%)	p
14-39	15	31,9	0,098
40-59	69	46,8	
>60	10	21,3	

Sự khác biệt về độ tuổi mắc DV không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Về vị trí mắc dị vật:

Bảng 3.3: Phân bố theo vị trí mắc dị vật

Vị trí	n	(%)	p
Hầu họng	2	4,26	0,000
Thực quản trên	35	74,46	
Thực quản giữa	9	19,15	
Thực quản dưới	1	2,13	

Thực quản trên 74,46% (35 ca), thực quản giữa 19,15 % (9 ca), hầu họng 4,26% (2 ca), thực quản dưới 2,13% (1ca).

Sự khác biệt về vị trí rất có ý nghĩa thống kê. Vị trí thực quản trên là phổ biến nhất, thực quản dưới rất hiếm gặp.

3.3. Triệu chứng:

Bảng 3.4: Phân bố theo loại dị vật

Loại dị vật	n	Tỷ lệ (%)	p
Xương vịt	15	31,9	0,02
Xương cá	14	29,8	
Xương gà	6	12,8	
Răng giả	6	12,8	
Xương heo	5	10,6	
Tăm tre	1	2,1	
Tổng cộng	47	100	

Đau họng 42,6% (23ca), nuốt đau 74,1% (40 ca), đau sau xương ức 57,4% (31 ca), nuốt nghẹn 33,3% (18 ca), khó nuốt 22,2% (12 ca).

Nhận xét: nuốt đau là triệu chứng phổ biến nhất. Chúng tôi không xử lý thống kê đặc điểm này

Về bản chất dị vật, xương vịt 31,9% (15 ca), xương cá 29,8% (14ca), xương gà 12,8% (6 ca), xương heo 10,6% (5 ca), răng chàm 12,8% (6 ca), tăm tre 2,1% (1 ca), phổ biến nhất là xương vịt, xương cá. (Bảng 3.4).

Sự khác biệt về tần suất các nhóm dị vật rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong đó phổ biến nhất là xương vịt, xương cá. Dị vật là tăm tre hiếm gặp.

Về tai biến do thủ thuật:

Bảng 3.5: Các tai biến do thủ thuật

Biến chứng	n	Tỷ lệ (%)	p
Có tai biến	2	4,3	0,000
Không có tai biến	45	95,7	

Chúng tôi chia làm 2 lô để kiểm định, thấy rằng sự khác biệt về tần suất giữa nhóm có tai biến do thủ thuật và nhóm không có tai biến do thủ thuật rất có ý nghĩa thống kê. Phần lớn các ca có can thiệp thủ thuật không có biến tai biến. Có 2 trường hợp có tai biến chỉ là sưng niêm mạc gây chảy máu nhẹ và tự cầm không có triệu chứng mất máu.

Biến chứng do dị vật:

Bảng 3.6: Phân bố các biến chứng do dị vật

Biến chứng	n	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng	27	57,4
Sốt chảy máu	16	34,0
Áp xe rò mủ	4	8,5

Có 57,4% (27 ca) không có biến chứng, 34,0% (16 ca) sốt chảy máu tất cả đều nhẹ không có dấu hiệu mất máu, 8,5% (5 ca) áp xe thực quản rò mủ. Những ca dò mủ chỉ xử kháng sinh thông thường, không có hậu quả nặng.

Thời gian mắc:

Trung bình 22 giờ, tối thiểu 30 phút, tối đa 168 giờ (7 ngày)

Thời gian lấy dị vật:

Trung bình 17,1 phút tối thiểu 2 phút, tối đa 70 phút

Kết quả của thủ thuật

Bảng 3.7: Phân tích kết quả phẫu thuật

Kết quả	n	Tỷ lệ (%)	p
Thất bại	3	6,4	0,000
Thành công	44	93,6	

Tỷ lệ thành công của thủ thuật là 93,6 %. Có 3 trường thủ thuật thất bại, trong đó chuyển tuyến trên 1 ca và được nội soi lấy dị vật bằng ống cứng có gây mê kết quả tốt, 2 ca chuyển khoa tai mũi họng lấy bằng ống soi cứng có tiền mê và gây tê tại chỗ kết quả tốt.

4. BÀN LUẬN

4.1. Triệu chứng lâm sàng:

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi phần lớn người bệnh có triệu chứng nuốt đau (74,1%), các triệu chứng khác theo thứ tự thường gặp là đau sau xương ức, đau họng, nuốt nghẹn, khó nuốt. So với Trần Văn Huy (Huế), triệu chứng thường gặp nhất là khó nuốt (83,3%), các triệu chứng khác theo thứ tự tần suất là đau sau xương ức, nôn, đau thượng vị, cảm giác nghẹt thở [3]. Báo cáo của Conway WC và cs ở 51 ca, triệu chứng phổ biến nhất là khó nuốt (75%) [5].

Nói chung có khác nhau về tần suất nhưng các triệu có trên người bệnh mắc DV không khác nhau có thể vì đây là những triệu chứng có tính chất chủ quan, nên sự khác nhau về cảm nhận của từng người bệnh cũng có thể khác nhau.

4.2. Biến chứng do dị vật

Có 57% số ca không có biến chứng, 34% có biến chứng nhẹ là sốt chảy máu, 8,5% số ca biến chứng áp xe chảy mủ tại chỗ mắc.

Đây là những biến chứng đã có trước khi can thiệp thủ thuật.

4.3. Biến chứng do thủ thuật

Có 95,7% số ca không có biến chứng do thủ thuật, 4,3% có biến chứng do thủ thuật tất cả các ca này chỉ là sốt chảy máu niêm mạc, không có triệu chứng mất máu. Điều đó cho thấy thủ thuật có tính an toàn cao.

4.4. Bản chất dị vật

Khác với một số nghiên cứu khác [12,16] loại dị vật rất đa dạng và phân bố không giống nhau tần suất các loại dị vật trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là xương vịt (31,9%) và xương cá (29,8%). Có nhiều lý do để giải thích điều này.

Thứ nhất, Quảng Ngãi là một tỉnh ven biển, hơn nữa có hệ thống sông ngòi phong phú, hơn nữa thịt vịt và cá thông thường có giá cả thấp nên bữa ăn hàng ngày trong gia đình thịt vịt, cá là phổ biến. *Thứ hai* việc chế biến và thói quen ăn uống khác với các nước châu Âu, người dân ăn cá, thịt thường không lấy xương ra trước. Hơn nữa, xương cá, xương gà là những vật sắc nhọn, khó đi qua hầu họng, thực quản. Trong một số nghiên cứu khác [13,14] dị vật thường gặp là đồng xu, kim loại, tuy nhiên phần lớn ở trẻ em, do thói quen tò mò, đùa nghịch.

Chúng tôi không thực hiện nội soi ở trẻ em nên không có số liệu này. [20] nghiên cứu so sánh hai giai đoạn thời gian cách nhau 5 năm ở người Trung Quốc thấy rằng sau 5 năm, nền kinh tế Trung Quốc có nhiều biến đổi nhưng tỷ lệ mắc xương cá không thay đổi, chúng tôi cũng cho rằng trong thời gian tới tại Quảng Ngãi, phân bố các loại dị vật có thể không thay đổi nhiều. Các nghiên cứu tại châu Âu, Mỹ [2,8] không đề cập đến xương vịt mà chỉ đề cập đến xương gà do đó chúng tôi không có điều kiện để so sánh.

DV được tìm thấy trong mẫu của chúng tôi là 47 ca (87%). trong số 54 ca được nội soi lấy dị vật tương đương với [20], thấp hơn báo cáo của Li [12] nhưng cao hơn báo cáo của Mosca [15]. Điều này có thể có nhiều lý do, trước hết trong số những trường hợp không tìm thấy dị vật có thể chỉ là loạn cảm họng, sau đó có thể dị vật tự đi xuống nếu đủ nhỏ không sắc nhọn ... loại dị vật, kích thước dị vật, tỉ lệ bệnh lý thực quản đi kèm, thời gian từ lúc mắc đến lúc làm thủ thuật được cho là những yếu tố chính ảnh hưởng đến tỷ lệ tìm thấy dị vật. Hơn nữa trong mẫu của [20] có sử dụng chụp baryt thực quản trước khi soi, điều này có thể có ảnh hưởng đến khả năng nhìn của kỹ thuật viên trong lúc tìm dị vật. Hội nội soi tiêu hóa Mỹ khuyến cáo rằng không

nên chụp cản quang thường quy trong trường hợp này vì nguy cơ hít phải thuốc cản quang, thuốc có thể phủ niêm mạc thực quản khó tìm tổn thương và phủ dị vật khó tìm thấy những dị vật nhỏ có màu trắng, nhỏ mảnh như xương cá [7].

4.5. Vị trí dị vật

Tất cả các báo cáo trong và ngoài nước đều thống nhất về vị trí thường gặp nhất là thực quản trên [16]. Chúng tôi cũng thấy rằng phần lớn dị vật khu trú ở thực quản trên. Rõ ràng là thực quản là phần hẹp nhất trong ống tiêu hóa, ngoại trừ ruột thừa, thức ăn không đi qua. Có 4 chỗ hẹp sinh lý gồm: cơ vòng thực quản trên, ngang mức quai động mạch chủ, ngang qua khí quản gốc và cơ vòng dưới thực quản, nơi tiếp nối thực quản dạ dày, ở những chỗ này dị vật dễ mắc lại. Theo y văn khẩu kính những chỗ này ở người lớn khoảng 23mm [4,18]. Ngoài ra, có những bệnh của thực quản làm dễ mắc dị vật như u thực quản như ung thư, túi thừa, hẹp.

Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi ở những ca lấy được dị vật không thấy có trường hợp nào có bệnh thực quản kèm theo có lẽ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn, hoặc thời gian nghiên cứu chưa đủ lâu.

Dị vật ở thực quản trên có thể là khó lấy nhất do trường nhìn ở đây hẹp.

4.6. Tỷ lệ thành công

Từ khi có báo cáo lấy dị bằng ống soi lần đầu tiên vào năm 1972 [15], việc ứng dụng kỹ thuật này ngày càng phổ biến do có nhiều cải tiến như không gây mê toàn thân mà chỉ gây tê tại chỗ, thậm chí việc dùng an thần cũng không cần thiết... Rõ ràng là với tỉ lệ thành công cao và biến chứng ít, thời gian ngắn so với nội soi ống cứng hoặc phẫu thuật nên nội soi ống mềm là một lựa chọn hàng đầu. Nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ thành công 94% cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác trong khoảng thời gian những năm gần đây [6,8,11,16,18].

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Xương cá và xương vịt, xương gà là phổ biến nhất trong những DV tại Quảng Ngãi. Việc dùng nội soi mềm để lấy DV là an toàn và hiệu quả. Việc lấy dị vật bằng ống cứng hoặc phẫu thuật chỉ cần thiết khi

nội soi ống mềm thất bại.

Qua nghiên cứu này chúng tôi khuyến cáo chỉ định nội soi ống mềm lấy DV là sự lựa chọn đầu tiên, chỉ can thiệp bằng ống soi cứng hoặc phẫu thuật khi nội soi mềm thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Nương Mỹ Nhân, Bùi Thị Xuân Nga, Nguyễn Cao An, Trần Thế Hải, Đinh Xuân Thu. *Đánh giá kết quả lấy dị vật đường ăn bằng ống nội soi cứng và ống nội soi mềm*. Y học thực hành. 2007; 6: 35-41.
2. Trần Minh Trường. *Đánh giá lâm sàng và kết quả lấy dị vật thực quản bằng ống soi cứng tại bệnh viện Chợ Rẫy 1/2002-5/2008*. Y học thực hành. 2008; 5: 25-31.
3. Trần Văn Huy. *Nghiên cứu hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật lấy dị vật ống tiêu hóa cao bằng nội soi*. Y học thực hành. 2009.8 (phụ trang hội nghị nội khoa và xạ phẫu bằng tia gamma): 435-40.
4. Bloom RR, Nakano PH, Gray SW, et al. *Foreign bodies of the gastrointestinal tract*. Am Surg. 1986;52:618-621.
5. Conway WC, Sugana C, Ono H, Lucas CE. *Upper GI foreign body: An adult urban emergency hospital experience*. Surg Endosc;2007; 21 (3) 455-6.
6. Chaves DM, Ishioka S, Fe'lix VN, et al. *Removal of a foreign body from the upper gastro-intestinal tract with a flexible endoscope: a prospective study*. Endoscopy. 2004;36:887-892.
7. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. *Guideline for the management of ingested foreign bodies*. Gastrointest Endosc. 2002;55:802-806.
8. Kim JK, Kim SS, Kim JI, et al. *Management of foreign bodies in the gastrointestinal tract: an analysis of 104 cases in children*. Endoscopy. 1999;31:302-304.
9. Ginsberg GG. *Management of ingested foreign objects and food bolus impactions*. astrointest Endosc. 1995;41:33-38.
10. Katsinelos P, Kountouras J, Paroutoglou G, et al. *Endoscopic techniques and management of foreign body ingestion and food bolus impaction in the upper gastrointestinal tract: a retrospective analysis of 139 cases*. J Clin Gastroenterol. 2006;40:784-789. 1312 Dig Dis Sci (2010) 55:1305-1312.
11. Lai AT, Chow TL, Lee DT, et al. *Risk factors predicting the development of complications after foreign body ingestion*. Br J Surg. 2003;90:1531-1535.
12. Li ZS, Sun ZX, Zou DW, et al. *Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China*. Gastrointest Endosc. 2006;64:485-492.
13. Lin CH, Chen AC, Tsai JD, et al. *Endoscopic removal of foreign bodies in children*. aohsiung J Med Sci. 2007;23:447-452.
14. Little DC, Shah SR, St Peter SD, et al. *Esophageal foreign bodies in the pediatric population: our first 500 cases*. J Pediatr Surg. 2006;41:914-918.
15. McKechnie JC. *Gastroscopic removal of a phytobezoar*. Gastroenterology. 1972;62:1047-1051.
16. Mosca S, Manes G, Martino R, et al. *Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: report on a series of 414 adult patients*. Endoscopy. 2001;33:692-696.

17. Mosca S, Manes G, Martino R, Amitrano L, Bottino V, Bove A, Camera A, De mucci C, Di constazo G, Guarascione M, lampasi F, picascia S, Picciotto FP Riccio E, Roccp VP, Uomo G, Balzano A. *Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: Report on a series of adult patient*. Endoscopy; 2010; 33 (8) 692-6.
18. Pfau P. Ingested foreign objects and food bolus impactions. In: Ginsberg GG, Kochman ML, Norton I, et al., eds. *Clinical Gastrointestinal Endoscopy*. Saunders: Elsevier; 2005:291–304.
19. Pfau PR, Ginsberg GG. *Foreign bodies and Bezoars*. In: Feldman. M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 8th ed. Saunders: Elsevier; 2006:499–513.
20. Shenghong Zhang, Yi Cui, Xiaorong Gong, Fang Gu, minhu Chen, Bihui Zhong. *Endoscopic management of foreign bodies in the gastrointestinal tract in South China: retrospective study*. Sig Dis Sci 2010;55: 1305-01312.

NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI CỦA HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH ĐO BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÔNG XÂM NHẬP VÀ XÂM NHẬP Ở BỆNH NHI SỐC DO SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Hà Anh Tuấn⁽¹⁾, Phan Hùng Việt⁽²⁾, Phạm Hữu Hòa

⁽¹⁾Bệnh viện Nhi Cần Thơ, ⁽²⁾Bộ môn Nhi Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu sự biến đổi của huyết áp động mạch đo bằng phương pháp không xâm nhập (NIBP) và xâm nhập (PA) ở bệnh nhi sốc do Sốt xuất huyết Dengue. **Đối tượng và phương pháp:** gồm 60 bệnh nhi ≤ 15 tuổi nhập viện với chẩn đoán Sốt xuất huyết Dengue có sốc (độ 3, độ 4) tại Khoa Hồi sức Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. Mỗi bệnh nhi sẽ được đo đồng thời huyết áp động mạch bằng 2 phương pháp NIBP và PA. **Kết quả nghiên cứu:** Tại thời điểm sốc trị số HATT đo bằng NIBP là $100,7 \pm 10,8$ mmHg cao hơn trị số HATT đo bằng PA $91,7 \pm 8,9$ mmHg. Sai số giữa 2 phương pháp là $9,1 \pm 9,4$ mmHg ($p < 0,05$). Thời điểm thoát sốc trị số huyết áp tâm thu đo bằng NIBP là $104,4 \pm 10,6$ mmHg và HATT đo bằng PA là $105,5 \pm 12,3$ mmHg. Sai số 2 phương pháp đo là $12,3 \pm 10,3$ mmHg. **Kết luận:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của trị số huyết áp động mạch đo bằng 2 phương pháp ở thời điểm sốc của sốt xuất huyết.

Abstract

STUDY THE CHANGE OF ARTERIAL BLOOD PRESSURE MEASURED BY NON-INVASIVE AND INVASIVE METHODS IN CHILDREN WITH DENGUE HEMORRHAGIC FEVER SHOCK

Ha Anh Tuan, Phan Hung Viet, Pham Huu Hoa

Objective: To study the change of arterial blood pressure measured by non-invasive (NIBP) and invasive (PA) methods in children with Dengue Hemorrhagic fever shock. **Patients and methods:** included 60 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. Each patient's arterial blood pressure will be simultaneously measured by both NIBP and PA methods. **Results:** At the time of shock, value of systolic blood pressure measured by the NIBP was $100,7 \pm 10,8$ mmHg, which was higher than the values measured by the PA was $91,7 \pm 8,9$ mmHg ($p < 0,05$). Differentiating between the two methods was $9,1 \pm 9,4$ mmHg. At the time of shock exit, value of systolic blood pressure measured by the NIBP was $104,4 \pm 10,6$ mmHg and measured by the PA was $105,5 \pm 12,3$ mmHg. Differentiating between the two measurements was $12,3 \pm 10,3$ mmHg. **Conclusion:** There was a statistically significant difference of blood pressure values measured by two non-invasive and invasive methods at the time of shock.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh nhiễm trùng cấp tính do virus Dengue gây ra. Bệnh rất nguy hiểm thường xảy ra sốc có thể gây tử vong nhanh chóng cho bệnh nhi nếu không

phát hiện đúng và kịp thời [1].

Diễn tiến của sốc trong bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXH-D) thường khá phức tạp. Sốc có thể kéo dài, dễ tái sốc nhiều lần. Chính vì vậy việc xác định chính xác