

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẺ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG CÓ TĂNG ÁP LỰC Ổ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2016-2017

Trần Tôn Thái*, Trần Ngọc Dung, Trương Ngọc Phước

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bs.trantonthai78@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) nặng có tăng áp lực ổ bụng (ALOB) gây suy hô hấp và nhiều biến chứng, nguy cơ tử vong cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhi SXHD nặng có tăng ALOB tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ; 2) Tìm hiểu mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với mức độ tăng ALOB ở bệnh nhi SXHD nặng, và 3) Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhi SXHD nặng có tăng ALOB tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2016-2017. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhi từ 15 tuổi trở xuống, được chẩn đoán xác định SXHD nặng có tăng ALOB. Điều trị tăng ALOB bằng các phương pháp nội khoa. **Kết quả:** Tất cả các bệnh nhi đều có suy hô hấp do tràn dịch màng bụng (TDMB), tràn dịch màng phổi (TDMP). Có mối liên quan giữa dịch màng phổi, sốc kéo dài, tái sốc, giá trị CVP tăng với tăng ALOB ở bệnh nhi ($p=0,032$). Kết quả điều trị: trong 15 bệnh nhi có tăng ALOB độ 1, có 14 trường hợp trở lại bình thường sau điều trị (93,3%), 10 bệnh nhi tăng ALOB độ 2, có 9 trường hợp giảm áp lực ổ bụng (90%), 10 bệnh nhi tăng ALOB độ 3, có 9 trường hợp giảm áp lực ổ bụng (90%), và 15 bệnh nhi tăng ALOB độ 4 có 11 bệnh nhi (73,3%) giảm ALOB. Áp lực bàng quang (ALBQ) giảm 13,6 cmH₂O ở nhóm không chọc dò, ALBQ giảm 11,85 cmH₂O ở 7 bệnh nhi có chọc dò. Có 43 trường hợp giảm ALOB sau điều trị (86%), 42 trường hợp khỏi hoàn toàn (84%), 1 trường hợp tử vong (2%) và 7 trường hợp chuyển viện (14%). **Kết luận:** Chọc dò ổ bụng giải áp có kết quả tốt trong xử trí tăng ALOB trên bệnh nhi SXHD.

Từ khóa: ALBQ, ALOB, tăng ALOB, sốt xuất huyết

ABSTRACT

THE CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION IN CHILDREN WITH SEVERE DENGUE HEMORRHAGIC FEVER

Thai Tran Ton, Dung Tran Ngoc, Phuoc Truong Ngoc

Background: Severe hemorrhagic fever with intra-abdominal hypertension (IAH) cause respiratory failure and many complications, fatal risk is high. **Objectives:** 1) Identify the clinical, laboratory of severe dengue hemorrhagic fever patients with IAH at Can Tho Children's Hospital; 2) Find out some related factor of the clinical and laboratory features with IAH; and 3) Evaluate the treatment outcome of IAH in children with dengue shock syndrome in 2016-2017. **Method:** A case series study among 50 pediatric dengue fever patients aged <15 years who were diagnosed with IAH. **Result:** All pediatric patients have respiratory failure (100%) due to peritoneal fluid, pleural effusion. There was a relationship between pleural effusion, prolonged shock, re-shock, CVP and IAH in pediatric patients. Treatment outcome: in 15 patients with IAH of grade I, 14 cases returned to normal (93.3%), 10 patients with IAH of grade II, 9 with abdominal pressure reduction (90%), 10 patients with IAH of grade III, 9 with abdominal pressure reduction (90%) and 15 patients with IAH of grade IV have 11 patients (73.3%) reduced abdominal pressure. Intravesical pressure (IVP) in the nonoperated group decreased by 13.6 cmH₂O. IVP in 7 patients had indication of abdominal decompression decreased by 11.85 cmH₂O. There were 43 cases of IAH reduction (86%), 42 cases completely (84%), 1 death (2%). **Conclusion:** abdominal decompression have been shown to be effective in management of IAH in severe hemorrhagic fever patients.

Keywords: IVP, IAP, IAH, hemorrhagic fever

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay sốt xuất huyết Dengue (SXHD) vẫn còn diễn biến phức tạp, có nhiều dạng bệnh nặng điều trị rất khó khăn và rất tốn kém. Cùng với sốc kéo dài và rối loạn đông máu, suy hô hấp là một yếu tố quan trọng góp phần gây tử vong ở trẻ bị SXHD [1]. Cơ chế chính của suy hô hấp là do tăng tính thấm thành mạch gây phù mô kẽ, tràn dịch màng phổi, tràn dịch ổ bụng [2]. Trong đó, tràn dịch ổ bụng là triệu chứng lâm sàng thường gặp trên bệnh nhi SXHD nặng gây tăng áp lực ổ bụng, chèn ép ổ bụng dẫn tới suy hô hấp, sốc, suy thận và giảm tưới máu các cơ quan trong ổ bụng [8], [9]. Trong bệnh lý SXHD, SXHD nặng kèm theo tăng ALOB có hội chứng chèn ép ổ bụng vẫn còn là một vấn đề khá mới, phức tạp trong chẩn đoán và xử trí. Có rất ít công trình nghiên cứu trong và ngoài nước đề cập đến vấn đề này, chỉ có vài báo cáo cho biết các trường hợp sốc SXHD có tràn dịch ổ bụng, tăng áp lực ổ bụng gây suy hô hấp làm tăng nguy cơ tử vong trong SXHD [3], [4]. Nhằm cung cấp thêm thông tin khoa học cho chẩn đoán và xử trí SXHD nặng có tăng ALOB, góp phần cho điều trị bệnh ngày càng tốt hơn, giảm tỉ lệ tử vong và giảm chi phí điều trị cho bệnh nhi, chúng tôi thực hiện đề tài này. Với 3 mục tiêu:

- 1). *Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue nặng có tăng áp lực ổ bụng tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.*
- 2). *Tìm hiểu mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với mức độ tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue nặng tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.*
- 3). *Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue nặng có tăng áp lực ổ bụng tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhi ≤ 15 tuổi được chẩn đoán SXHD nặng có tăng ALOB nhập vào khoa Hồi sức cấp cứu và chống độc bệnh viện Nhi Đồng TP. Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhi thỏa 3 điều kiện: (1) được chẩn đoán SXHD theo WHO (2009) và Bộ Y tế Việt Nam (2011), (2) triệu chứng của SXHD nặng (sốc, xuất huyết nặng, suy tạng nặng), và (3) có tăng áp lực ổ bụng (khi ALBQ $\geq 16\text{cmH}_2\text{O}$).

Tiêu chuẩn loại trừ: có những bệnh lý khác: tim bẩm sinh, viêm phổi, suy gan, suy thận, bệnh lý về máu. Dị dạng, tổn thương đường niệu không đo được ALBQ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: thực hiện tại khoa Hồi sức cấp cứu và Chống độc bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ tháng 5/2016 đến tháng 12/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: 50 bệnh nhi được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, dân tộc, tình trạng dinh dưỡng.
- Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhi SXHD nặng có tăng ALOB: ngày vào sốc, phân độ sốc SXHD, biểu hiện xuất huyết, tri giác, TDMB, TDMP, suy hô hấp, tái sốc, sốc kéo dài, tiểu cầu, bạch cầu, Hct, đường huyết, SGOT, SGPT, Ure, Creatinin.
- Các yếu tố liên quan đến mức độ tăng ALOB ở bệnh nhi SXHD nặng, gồm XHTH, TDMP, sốc kéo dài, tái sốc, hỗ trợ hô hấp, CVP, bạch cầu, Hct.

- Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhi SXHD nặng có tăng ALOB: các bệnh nhi đưa vào điều trị được phân thành 2 nhóm

+ Nhóm chưa có chỉ định chọc dò giải áp ổ bụng: Điều trị như 1 tình trạng SXHD nặng

+ Nhóm có chỉ định chọc dò ổ bụng giải áp: khi bệnh nhi sốc SXHD có tràn dịch ổ bụng lượng nhiều, áp lực bàng quang đo được ≥ 27 cmH₂O kèm suy hô hấp hoặc tổn thương thêm 1 cơ quan khác.

Kết quả điều trị chung: gồm: **khỏi bệnh (bệnh nhân xuất viện: hết sốt 2 ngày, tỉnh táo, Mạch, HA bình thường, TC > 50.000/mm³), chuyển tuyến trên, và tử vong.**

Đánh giá mức độ tăng ALOB gián tiếp qua ALBQ: tăng áp lực ổ bụng khi ALOB ≥ 12 mmHg# 16 cmH₂O, tăng ALOB được chia thành 4 độ: độ 1: ALOB 12-15 mmHg#16-20,5 cmH₂O; độ 2: ALOB 16-20 mmHg#21-27 cmH₂O; độ 3: ALOB 21-25 mmHg#27,5-34 cmH₂O, và độ 4: ALOB >25 mmHg#>34 cmH₂O

Phương pháp xử lý & phân tích số liệu: thu thập số liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 18.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần suất, tỉ lệ %. Các biến định lượng được trình bày bằng các chỉ số trung bình, độ lệch chuẩn. Khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu trên 50 bệnh nhi. Trong đó bệnh nhi <5 tuổi chiếm 16%, từ 5-9 tuổi chiếm 54%, >9 tuổi chiếm 36%. Nam giới chiếm 46%, nữ chiếm 54%. Dân tộc kinh chiếm 94%. Có 16% trẻ thừa cân.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của SXHD nặng có tăng ALOB

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi

Đặc điểm lâm sàng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ngày vào sốc	N3	1	2%
	N4	19	38%
	N5	23	46%
	N6	7	14%
Phân độ SXHD	Sốc SXHD nặng	9	18%
	Sốc SXHD	41	82%
Biểu hiện xuất huyết	Xuất huyết dưới da	46	92%
	Xuất huyết niêm mạc	8	16%
	Xuất huyết tiêu hóa	34	68%
	Xuất huyết phối hợp	7	14%
Tri giác	Tỉnh	40	80%
	Lơ mơ	10	20%
Tràn dịch màng bụng		50	100%
Tràn dịch màng phổi		46	92%
Suy hô hấp		50	100%
Gan to		50	100%
Sốc kéo dài		10	20%
Tái sốc		43	86%

Có 19 bệnh nhi sốc vào ngày 4, 23 bệnh nhi sốc vào ngày 5. Sốc sốt xuất huyết Dengue có 41 bệnh nhi (82%). Có 46 trường hợp xuất huyết dưới niêm, 8 trường hợp xuất

huyết niêm mạc, 34 trường hợp xuất huyết tiêu hoá và 7 trường hợp xuất huyết phổi hợp. Có 50 trường hợp có dịch màng bụng, 44 trường hợp có dịch màng phổi, 50 trường hợp suy hô hấp, 50 trường hợp gan to, 10 trường hợp sốc kéo dài và 43 tái sốc.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhi

Cận lâm sàng		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tiểu cầu (ngàn/mm ³)	50-<100	27	54%
	<50	23	46%
Bạch cầu (ngàn/mm ³)	>9	8	16%
	4-9	38	76%
	<4	4	8%
Hct (%)	>40	13	26%
	<40	37	74%
Đường huyết (mg/dL)	<3,3mmol/L	0	0
	3,3 - 5,6mmol/L	22	44%
	>5,6mmol/L	28	56%
Na ⁺ máu (mEq/L)	≥130	48	96%
	<130	2	4%
Lactate máu (mmol/L)	>2,2	25	50%
	<2,2	25	50%
SGPT (U/L)	≥80	18	36%
	<80	32	64%
SGOT (U/L)	≥80	33	66%
	<80	17	34%
Ure (mmol/L)	>6,4	3	6%
	1,8-6,4	47	94%
Creatinin (mmol/L)	> 61,9	22	44%
	35,4-61,9	27	54%
	<35,4	1	2%
Suy gan		21	42%
Suy thận		1	2%
Rối loạn đông máu		41	82%
Mac-Elisa (+)		32	64%
NS1 (+)		12	24%
Mac-Elisa (+) và NS1(+)		6	12%

Có 23 trường hợp tiểu cầu <50 ngàn/mm³, 5 trường hợp bạch cầu >9 ngàn/mm³, 13 trường hợp Hct >40%, 22 trường hợp đường huyết 3,3 - 5,6mmol/L, 2 trường hợp Na⁺ máu <130 mEq/L. Có 25 trường hợp tăng Lactate máu (50%). Có 18 trường hợp SGPT ≥80 U/L và 33 trường hợp SGOT ≥80 U/L, 3 trường hợp Ure máu >6,4 mmol/L và 22 trường hợp Creatinin > 61,9 mmol/L. Tỷ lệ suy gan của bệnh nhi là 42%, suy thận là 2%, rối loạn đông máu 82%, tỷ lệ Mac Elisa(+) là 64%, NS1(+) là 24%, cả 2 dương tính là 12%

Bảng 3. Mức độ tăng áp lực ổ bụng dựa trên áp lực bàng quang

Mức độ tăng ALOB	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Độ 1	15	30%
Độ 2	10	20%
Độ 3	10	20%
Độ 4	15	30%

Có 15 bệnh nhi (30%) tăng áp lực ổ bụng độ 1, 10 bệnh nhi tăng áp lực ổ bụng độ 2 (20%), 10 bệnh nhi tăng áp lực ổ bụng độ 3 (20%) và 15 bệnh nhi tăng độ 4 (30%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ tăng áp lực ổ bụng của bệnh nhi

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến mức độ tăng áp lực ổ bụng

Đặc điểm		Áp lực ổ bụng				P
		Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	
XH tiêu hóa		5 (14.7%)	7(20.6%)	9(26.5%)	13(38.2%)	0,005
Tràn dịch màng phổi		11(23,9%)	10(21,7%)	10(21,7%)	15(32,6%)	0,024
Sốc kéo dài		0	2(20%)	2(20%)	6(60%)	0,04
Hỗ trợ hô hấp	Thở Oxy	2(100%)	0	0	0	<0,001
	NCPAP	9(64,3%)	3(21,4%)	2(14,3%)	0	
	Thở máy	4(11,8%)	7(20,6%)	8(23,5%)	15(44,1%)	
Giá trị CVP	<16cmH ₂ O	1(100,0%)	0	0	0	<0,001
	16-2cmH ₂ O	13(92,9%)	1(7,1%)	0	0	
	>24cmH ₂ O	1(2,9%)	9(25,7%)	10(28,6%)	15(42,9%)	
Bạch cầu (ngàn/mm ³)	<4	4(100%)	0	0	0	0,032
	4-9	10(26,3%)	7(18,4%)	10(26,3%)	11(28,9%)	
	>9	1(12,5%)	3(37,5%)	0	4(50,0%)	
Hct (%)	40-45	4(30,8%)	6(46,2%)	2(15,4%)	1(7,7%)	0,034
	<40	11(29,7%)	4(10,8%)	8(21,6%)	14(37,8%)	

Có mối liên quan giữa xuất huyết tiêu hoá, dịch màng phổi và sốc kéo dài, giữa hỗ trợ hô hấp (nhóm thở máy), giá trị CVP cao, các yếu tố cận lâm sàng như: bạch cầu, Hct% với phân độ áp lực ổ bụng, cụ thể áp lực ổ bụng tăng ở các bệnh nhi có bạch cầu tăng và Hct% giảm. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (p=0,032).

3.4. Kết quả điều trị tăng ALOB ở bệnh nhi SXHD nặng

Bảng 5. Thay đổi áp lực bàng quang trước và sau điều trị ở 2 nhóm bệnh nhi

Áp lực bàng quang		TB ± ĐLC	TB khác biệt ± ĐLC (KTC 95%)	T-Test P
Nhóm không chọc dò (n=43)	Trước điều trị	27,14± 8,67	13,6±8,2 (11,07- 16,1)	10,7
	Sau điều trị	13,5± 4,89		<0,001
Nhóm có chọc dò (n=7)	Trước chọc dò	40,43 ± 7,5	11,857±4,981 (7,251- 16,464)	6,2
	Sau chọc dò	28,57 ± 5,7		0,001

ALBQ trước điều trị trung bình 27,14cmH₂O, sau điều trị là 13,5cmH₂O, giảm 13,6cmH₂O. ALBQ trước chọc dò trung bình 40,43cmH₂O, sau chọc dò là 28,57cmH₂O, giảm 11,857cmH₂O. Sự khác biệt trước sau có ý nghĩa thống kê (p=0,001).

Bảng 6. Thay đổi mức độ áp lực bàng quang chung sau điều trị

Mức độ tăng ALOB trước	Mức độ tăng áp lực ổ bụng Sau điều trị					χ^2 (Fisher) P
	Bình thường	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	
Độ 1	14(93,3%)	1(6,7%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	15 0,039
Độ 2	9(90%)	0(0%)	1(10%)	0(0%)	0(0%)	
Độ 3	9(90%)	0(0%)	1(10%)	0(0%)	0(0%)	
Độ 4	11(73,3%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	4(26,7%)	
TỔNG	43(86%)	1(2%)	2(40%)	0	4(8%)	

Sau điều trị, áp lực ổ bụng của các bệnh nhi đều giảm, sự khác biệt tỷ lệ phân loại áp lực ổ bụng các độ thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p=0,039$)

Bảng 7. Kết quả điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng có tăng áp lực ổ bụng

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Khỏi hoàn toàn	42	84%
Chuyển viện	7	14%
Tử vong	1	2%
Tổng	50	100%

Có 42 trường hợp khỏi hoàn toàn, 1 tử vong và 7 trường hợp chuyển viện.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Hầu hết các bệnh nhi trong nghiên cứu đều có tổn thương các cơ quan. Phần lớn các trường hợp sốc SXHD vô sốc vào ngày thứ 4 (19 ca chiếm 38%) và ngày thứ 5 (23 ca chiếm 46%) tái sốc xảy ra cao với 43 trẻ (86%). Tất cả các bệnh nhi đều có suy hô hấp (100%) do tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi, trong đó tràn dịch màng bụng chiếm tỷ lệ cao với 100%. Nghiên cứu của Lý Tố Khanh trên nhóm bệnh nhi sốc SXHD tái sốc ghi nhận: suy hô hấp 68,8%; tràn dịch màng phổi 97%; xuất huyết tiêu hóa 20,8% [1]. Nghiên cứu của Tạ Văn Trầm trên nhóm bệnh nhi sốc SXHD kéo dài cho thấy xuất huyết tiêu hóa 62,5%; đông máu nội mạch lan tỏa 73,8%; suy chức năng gan 66% [4]. Khảo sát biểu hiện xuất huyết cho thấy có 34 trường hợp xuất huyết tiêu hóa. Xuất huyết tiêu hóa là biểu hiện lâm sàng của rối loạn đông máu nặng. Các nghiên cứu ghi nhận xuất huyết tiêu hóa thường gặp trong SXHD nặng. Nghiên cứu của Huỳnh Nguyễn Duy Liêm (2010) cho thấy 23,9% bệnh nhi sốc SXHD có xuất huyết tiêu hóa [6]. Nghiên cứu của Tạ Văn Trầm ghi nhận xuất huyết tiêu hóa ở nhóm SXHD có sốc kéo dài là 62,5%, cao hơn ở nhóm chứng là 16,3% ($p<0,01$), phân tích hồi qui logistic tác giả nhận thấy xuất huyết tiêu hóa sớm là yếu tố nguy cơ của sốc SXHD kéo dài với $OR = 3,65$ [4]. Tỷ lệ suy gan của bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi là 42%, suy thận là 2%, rối loạn đông máu 98%, tỷ lệ Mac Elisa(+) là 64%, NS1(+) là 24%, cả 2 dương tính là 12%. Tổn thương các cơ quan ở các bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với các nghiên cứu khác trên các bệnh nhi SXHD nặng. Kết quả này cho thấy mức độ nặng của các bệnh nhi sốc SXHD có tăng áp lực ổ bụng trong nghiên cứu. Qua phân tích về đặc điểm mẫu nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy 50 bệnh nhi sốc SXHD có tăng áp lực ổ bụng trong nghiên cứu nhập khoa Hồi sức, bệnh viện Nhi đồng trong tình trạng nặng, có tổn thương nhiều cơ quan và có nhiều yếu tố nguy cơ góp phần gây hội chứng chèn ép ổ bụng.

4.2. Một số yếu tố liên quan tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhi

Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng xuất huyết tiêu hóa và tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhi, cụ thể những bệnh nhi xuất huyết tiêu hóa có áp lực ổ bụng cao hơn những bệnh nhi khác ($p<0,05$). Các nghiên cứu trước nhận thấy xuất huyết tiêu hóa thường gặp trong sốc SXHD nặng. Trong bệnh cảnh này tính thấm thành mạch thường tăng cao kèm rối loạn đông máu nặng đòi hỏi phải truyền nhiều dịch, máu và các sản phẩm máu. Đây là những yếu tố nguy cơ của tăng áp lực ổ bụng và hội chứng chèn ép ổ bụng nên nguy cơ chọc dò ổ bụng giải áp trong các trường hợp sốc SXHD có xuất huyết tiêu hóa sẽ tăng. Có mối liên quan giữa dịch màng phổi, sốc kéo dài, tái sốc >1 lần và tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Những bệnh nhi có

tăng áp lực ổ bụng đều có triệu chứng suy hô hấp và gan to. Tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi là những yếu tố nguy cơ góp phần tăng áp lực ổ bụng và hội chứng chèn ép ổ bụng.

4.3. Kết quả điều trị tăng áp lực ổ bụng

Trong 15 bệnh nhi có tăng áp lực ổ bụng độ 1, có 14 trường hợp trở lại bình thường (giảm 93,3%), 10 bệnh nhi tăng áp lực độ 2, có 9 trường hợp giảm áp lực ổ bụng (90%), 10 bệnh nhi tăng áp lực độ 3 có 9 trường hợp giảm áp lực ổ bụng (90%), và trong 15 bệnh nhi tăng áp lực độ 4 có 11 bệnh nhi (tỷ lệ 73,3%) giảm áp lực ổ bụng. Áp lực bàng quang ở nhóm không chọc dò, trước điều trị trung bình 27,14 cmH₂O, sau điều trị là 13,5 cmH₂O, giảm 13,6 cmH₂O. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhi cần chọc dò ổ bụng giải áp, trị số áp lực bàng quang trước chọc dò trung bình 40,43 cmH₂O, sau chọc dò là 28,57 cmH₂O, giảm 11,857 cmH₂O. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Quang (2013) cho thấy chọc dò ổ bụng giải áp làm giảm đáng kể áp lực bàng quang trong cả 2 nhóm tăng áp lực ổ bụng độ 3 (từ 31,4 xuống 17,5 cmH₂O, $p<0,001$) và độ 4 (từ 40,4 xuống 21,4 cmH₂O, $p<0,001$) [5]. Năm 2006, tác giả Kamath (Ấn Độ) đã tiến hành giải áp ổ bụng trên bệnh nhi sốc SXHD độ IV với sốc kéo dài bằng cách rút dịch ổ bụng. Kết quả cho thấy cả 2 trường hợp này đều cải thiện nhanh chóng tình trạng hô hấp và huyết động học, diễn tiến thuận lợi và xuất viện. Trường hợp thứ 3 không được can thiệp giải áp, bệnh nhi tử vong trong bệnh cảnh suy hô hấp và sốc kéo dài [10]. Tỷ lệ điều trị thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 84%, có 42 trường hợp khỏi hoàn toàn, 1 trường hợp tử vong và 7 trường hợp chuyển viện. So sánh với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Quang (2013) với tỷ lệ chọc dò ổ bụng giải áp thành công trong nghiên cứu là 84,8%, có 16 trường hợp thất bại (15,2%), trong đó 10 trường hợp có áp lực bàng quang giảm <25% so với trước khi chọc dò và 7 trường hợp không cải thiện được tình trạng suy hô hấp sau khi chọc dò ổ bụng phải đặt nội khí quản giúp thở trong vòng 3 giờ [5].

V. KẾT LUẬN

Sau điều trị, áp lực ổ bụng độ 4 giảm 73,3%, độ 3 giảm 90%, độ 2 giảm 90%, độ 1 giảm 93,3%. Có 43 trường hợp giảm áp lực ổ bụng sau điều trị (86%), 42 trường hợp khỏi hoàn toàn (84%), 1 trường hợp tử vong (2%) và 7 trường hợp chuyển viện (14%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lý Tố Khanh (2009) "Các yếu tố liên quan đến tái sốc trong sốc sốt xuất huyết Dengue tại bệnh viện nhi đồng 1 năm 2007-2008". *Tạp Chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh tập 13 số 1*, tr.1-9.
2. Nguyễn Trọng Lâm, Tạ Văn Trâm (2001) "Các yếu tố liên quan đến tử vong trong sốt xuất huyết Dengue". *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 5, tr. 106-110.
3. Nguyễn Minh Tiến, Lâm Thị Mỹ (2006) "Tổn thương các cơ quan trong sốc sốt xuất huyết Dengue kéo dài". *Tạp chí y học Thành Phố Hồ Chí Minh tập 10 số 1*.
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*. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. Phạm Văn Quang (2013) Vai trò của đo áp lực bàng quang trong chẩn đoán và xử trí tăng áp lực ổ bụng trên bệnh nhi sốc sốt xuất huyết Dengue. *Luận án tiến sĩ y học*. Đại học Y Dược TPHCM.

6. Huỳnh Nguyễn Duy Liêm, Lâm Thị Mỹ (2010) "Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở trẻ em sốt xuất huyết Dengue có rối loạn đông máu". *Y Học TP. Hồ Chí Minh* Tập 14, Phụ bản của Số 1, 2010.
7. Nguyễn Anh Tú, Đông Thị Hoài Tâm (2013) "Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và độ nặng sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em". *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 17, Phụ bản của Số 1, 2013.
8. B. V. Cam, D. T. Tuan, L. Fonsmark, A. Poulsen, N. M. Tien, H. M. Tuan, E. D. Heegaard (2002) "Randomized comparison of oxygen mask treatment vs. nasal continuous positive airway pressure in dengue shock syndrome with acute respiratory failure". *J Trop Pediatr*, 48, (6), 335-9.
9. V. Gupta, T. P. Yadav, R. M. Pandey, A. Singh, M. Gupta, P. Kanaujiya, A. Sharma, V. Dewan (2011) "Risk factors of dengue shock syndrome in children". *J Trop Pediatr*, 57, (6), 451-6.
10. S. R. Kamath, S. Ranjit (2006) "Clinical features, complications and atypical manifestations of children with severe forms of dengue hemorrhagic fever in South India". *Indian J Pediatr*, 73, (10), 889-95.

(Ngày nhận bài: 23/09/2020 - Ngày duyệt đăng: 19/12/2020)
