hemoglobin, tăng lactate, creatinin cao, bilirubin huyết thanh cao. Khi so sánh đáp ứng điều trị với thuốc kháng sốt rét giữa các trường hợp sốt rét nặng và các trường hợp không có biến chứng nghiên cứu này ghi nhận gian điều trị thuốc kháng sốt rét dài hơn so với nhóm sốt rét thông thường.. Kết quả cuối cùng của điều trị sốt rét thường và sốt năng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê do tất cả đều được phát hiện sớm và điều trị kịp thời với thuốc kháng sốt rét. Trên lâm sàng, SR ác tính thường bắt đầu điều trị artesunate tĩnh mạch chậm sau đó chuyển sang uống dựa vào biểu hiện cải thiện lâm sàng

Đáp ứng cuối cùng của điều trị sốt rét nhìn chung là rất hiệu quả với tỷ lệ sống là 97,9%, trong đó có 44 ca (93,61%) được xuất viện, 2 ca (4,25%) chuyển bệnh viện Nhiệt Đới, trong đó có 1 ca còn sốt và 1 ca sốt liên tục kèm tiểu sậm tuy nhiên KSTSR trên phết máu âm tính ngày thứ 4 sau điều trị. Tất cả đều khỏi bệnh không dư chứng. Chỉ có 1 ca (2,12%) tử vong vì hội chứng thực bào máu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cho thấy việc điều trị sốt rét trẻ em hiện đã có kết quả rất tốt với tỷ lệ tử vong thấp ngay cả trường hợp nặng và có biến chứng. Thuốc kháng sốt rét thuộc dẫn xuất của artemisinin vẫn là thuốc chủ yếu trong điều trị sốt rét hiện nay ở trẻ em. Để có kết quả tốt này ngoài điều trị cần phải nhận biết bệnh sớm, cho chỉ định xét nghiệm tìm KSTSR, cần phải tuân thủ theo hướng dẫn điều trị chuẩn và theo dõi bệnh nhân trên lâm sàng và cả xét nghiệm cận lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amaratunga C, Sreng S, Suon S, et al. (2012),** "Artemisinin-resistant Plasmodium falciparum in Pursat province, western Campuchia: A parasite clearance rate study", Lancet Infectious Diseases, 12, pp. 851–8.
2. **Bộ Y tế (2016),** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh sốt rét, Hà Nội.
3. **Kamal K, Ur Rahman M, Rizvi FH (2013),** "Mode of Presentation and Susceptibility to Treatment of Malaria in Children at Thal, a Remote Area of KP, Pakistan", Annals of Pakistan Institute of Medical Sciences, 9 (2), pp. 74-77.
4. **Lopera-Mesa TM, Doumbia S, Chiang S, et al. (2013),** "Plasmodium falciparum clearance rates in response to artesunate in Malian children with malaria: Effect of acquired immunity", Journal of Infectious Diseases, 207, pp. 1655–63.
5. **Pukrittayakamee S, Chantra A, Simpson JA, et al. (2000),** "Therapeutic responses to different antimalarial drugs in vivax malaria", Antimicrobial Agents Chemotherapy, 44 (6), pp. 1680-5.
6. **World Health Organization (2016),** World Malaria Report, World Health Organization: Geneva

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM RUỘT THỪA CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2018

Lê Văn Thêm*, Nguyễn Thị Thùy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm ruột thừa cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương năm 2018. **Phương pháp**: Mô tả ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Đau bụng là lí do chính khiến bệnh nhân vào viện (94%); Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện đa số dưới 12 giờ (44%). Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi phẫu thuật khá dài, phần lớn từ 12 giờ trở lên (76%); Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau bụng, rối loạn tiêu hóa. Trong đó, bệnh nhân thường đau bụng khởi phát ở vùng hố chậu phải, sau đó tới vùng quanh rốn, thượng vị, đau khu trú chủ yếu tại vùng hố chậu phải, diễn biến tăng dần. Các triệu chứng về rối loạn tiêu hóa thường gặp là nôn, buồn nôn, chán ăn; Hầu hết các bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng với các triệu chứng đặc trưng như môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi (90%). Đa số bệnh nhân có sốt, phần lớn là sốt nhẹ (34%); Phản ứng thành bụng là triệu chứng gặp ở tất cả các bệnh nhân khi khám bụng; Đa số bệnh nhân có đau tại điểm Mc Burney (90%).

**Trường đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương.*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm
Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.12.2020
Ngày phản biện khoa học: 22.2.2021
Ngày duyệt bài: 2.3.2021

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE APPENDICITIS PATIENT TREATED AT HAI DUONG GENERAL HOSPITAL IN 2018

Objective: Describe the clinical characteristics of the appendicitis patient treated at Hai Duong General Hospital in 2018. **Method:** Horizontal description. **Research results**: Abdominal pain was the main reason why patients were hospitalized (94%); Time to first appear symptoms to admission was mostly less than 12 hours (44%). Time to appear first symptoms to surgery is quite long, mostly from 12 hours or more

(76%); The common clinical symptoms are abdominal pain, digestive disorders. In which, the patient usually has abdominal pain that starts in the right pelvic fossa, then to the area around the navel, epigastric, localized pain mainly in the right pelvic fossa, progressing gradually. Symptoms of common digestive disorders are vomiting, nausea, loss of appetite; Most patients have an infectious syndrome with characteristic symptoms such as dry lips, dirty tongue, and bad breath (90%). The majority of patients had fever, most of them were low-grade (34%); Abdominal wall reaction is a symptom seen in all patients on abdominal examination; Most patients have pain at Mc Burney's point (90%)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp (VRTC) là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất của cấp cứu đau bụng ngoại khoa, đó là tình trạng viêm cấp tính của ruột thừa, có thể dẫn tới biến chứng viêm phúc mạc và tử vong nếu bệnh nhân không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Theo phân tích hệ thống nghiên cứu bệnh tật toàn cầu, trên thế giới có khoảng 11,6 triệu ca viêm ruột thừa đã được ghi nhận, trong đó có 50100 ca tử vong [1]. Tại Mỹ, viêm ruột thừa cấp là nguyên nhân phổ biến hàng đầu của đau bụng cấp đòi hỏi phẫu thuật. Mỗi năm tại Mỹ có hơn 300000 bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp và được chỉ định phẫu thuật cắt ruột thừa [2]. Ở Việt Nam, theo Tôn Thất Bách và cộng sự, từ năm 1980-1984, viêm ruột thừa chiếm 58,38%các trường hợp mổ cấp cứu do bệnh lý bụng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức [3].

Viêm ruột thừa cấp biểu hiện bởi nhiều triệu chứng, bao gồm dấu hiệu đau kinh điển ở hố chậu phải, kèm theo sốt vừa, chán ăn, rối loạn tiêu hóa như nôn mửa, ỉa lỏng,... Tuy nhiên tới 40% bệnh nhân không có các triệu chứng điển hình này [2]. Các triệu chứng cơ năng cũng thay đổi đa dạng tùy thuộc vào từng bệnh nhân khiến cho bệnh cảnh viêm ruột thừa cấp vô cùng đa dạng và phong phú.

Chẩn đoán VRTC chủ yếu dựa vào theo dõi diễn biến lâm sàng và sự các sự biến đổi đặc trưng trên cận lâm sàng và bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nhằm hạn chế các biến chứng[3]. Chẩn đoán xác định chắc chắn VRTC khi có kết luận kết quả giải phẫu mô bệnh học của bệnh nhân có viêm ruột thừa.

Mặc dù hiện nay đã có nhiều phương pháp cận lâm sàng giúp chẩn đoán viêm ruột thừa chính xác hơn nhưng theo dõi các diễn biến lâm sàng vẫn đóng một vai trò quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi người bệnh chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm ruột thừa cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu.

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp điều trị tại khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương năm 2018.

- *Tiêu chuẩn chẩn đoán:* bệnh nhân được mổ có kết quả giải phẫu bệnh là viêm ruột thừa.
- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc BN có tiền sử rối loạn tâm thần, câm, điếc.

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

- *Thời gian:* Tháng 12/2018.
- *Địa điểm:* Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả ngang

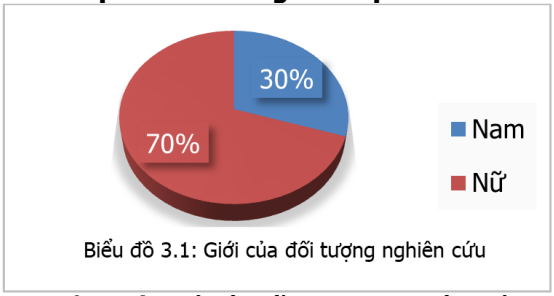
2.2.2. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Phỏng vấn trực tiếp: Thông tin cá nhân, lí do vào viện, các triệu chứng cơ năng.
- Khám lâm sàng: Thăm khám các triệu chứng thực thể.

2.2.3. Xử lý số liệu: Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân



Biểu đồ 3.1: Giới của đối tượng nghiên cứu

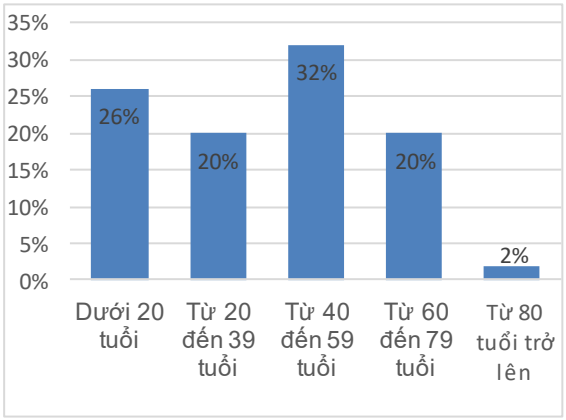
Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có giới tính nữ cao gấp hơn 2 lần tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có giới tính nam (70% so với 30%).

Bảng 3.1: Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dưới 12 giờ	22	44.0
Từ 12 giờ đến dưới 24 giờ	12	24.0

Từ 24 giờ đến dưới 36 giờ	5	10.0
Từ 36 giờ đến dưới 48 giờ	2	4.0
Từ 48 giờ trở lên	9	18.0
Tổng	**50**	**100.0**

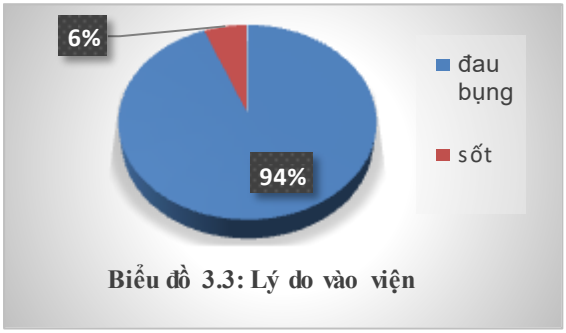
Nhận xét: Bệnh nhân vào viện sau khi triệu chứng đầu tiên xuất hiện dưới 12 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất, 44%. Có 18% bệnh nhân vào sau khi triệu chứng đầu tiên xuất hiện từ 48 giờ trở lên.



Biểu đồ 3.2. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: ĐTNC có độ tuổi trung niên (từ 40 đến 59 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất là 32%, nhóm ĐTNC từ 80 tuổi trở lên có tỷ lệ thấp nhất (2%)

3.2 Đặc điểm về lâm sàng



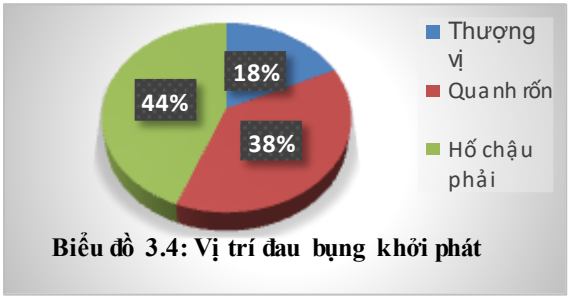
Biểu đồ 3.3: Lý do vào viện

Nhận xét: Đau bụng là lí do chính khiến bệnh nhân vào viện, chiếm tỷ lệ 94%.

Bảng 3.2: Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi phẫu thuật

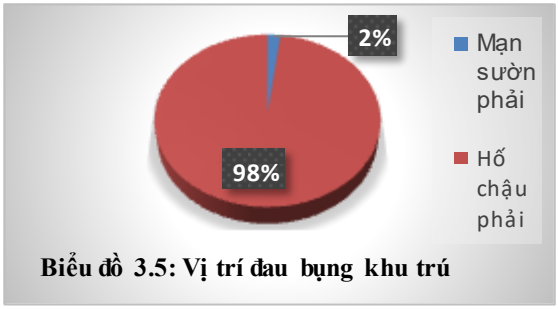
Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dưới 12 giờ	13	26.0
Từ 12 giờ đến dưới 24 giờ	18	36.0
Từ 24 giờ đến dưới 36 giờ	8	16,0
Từ 36 trở lên	11	22,0
Tổng	**50**	**100.0**

Nhận xét: Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi phẫu thuật của bệnh nhân từ 12 đến dưới 24 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất 36%.



Biểu đồ 3.4: Vị trí đau bụng khởi phát

Nhận xét: Vị trí đau bụng khởi phát của là hố chậu phải chiếm tỷ lệ cao nhất 44%, vị trí đau bụng khởi phát ở quanh rốn chiếm 38%, ở thượng vị chiếm 18%.



Biểu đồ 3.5: Vị trí đau bụng khu trú

Nhận xét: Vị trí đau bụng khu trú là hố chậu phải chiếm 98%, chỉ 2% bệnh nhân có vị trí đau khu trú tại mạn sườn phải.

Bảng 3.3: Tính chất đau bụng

Tính chất đau	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Âm ỉ liên tục	28	56.0
Âm ỉ từng cơn	13	26.0
Dữ dội liên tục	3	6.0
Dữ dội từng cơn	6	12.0
Tổng	**50**	**100.0**

Nhận xét: Đau bụng âm ỉ, liên tục chiếm tỷ lệ cao nhất là 56%.

Bảng 3.4: Đặc điểm về diễn biến đau bụng

Diễn biến đau	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tăng dần	37	74.0
Giảm dần	5	10.0
Không thay đổi	8	16.0
Tổng	**50**	**100.0**

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có đau bụng tăng dần (74%)

Bảng 3.5: Triệu chứng rối loạn tiêu hóa

Đặc điểm rối loạn tiêu hóa	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nôn, buồn nôn	32	64,0
Chán ăn	27	54,0
Táo bón	5	10,0
Ỉa chảy	12	24,0
Bí trung đại tiện	9	18,0
Không rối loạn tiêu hóa	8	16%

Nhận xét: Triệu chứng nôn, buồn nôn hay gặp nhất (76.2%). Có 16% bệnh nhân không có rối loạn tiêu hóa

Bảng 3.6: Tỷ lệ xuất hiện hội chứng nhiễm trùng

Hội chứng nhiễm trùng	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	45	90
Không	5	10

Nhận xét: 45 bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng nhiễm trùng (chiếm 90%)

Bảng 3.7: Tính chất sốt

Tính chất sốt	Số lượng	Tỷ lệ %
Không sốt	18	36
Sốt nhẹ	17	34
Sốt vừa	13	26
Sốt cao	2	4

Nhận xét: Có 18 bệnh nhân không sốt (36%) và 32 bệnh nhân có sốt (64%). Trong số bệnh nhân sốt thì chiếm tỷ lệ cao nhất là sốt nhẹ (34%).

Bảng 3.8: Các dấu hiệu phát hiện khi khám bụng

Dấu hiệu khi khám bụng	Số lượng	Tỷ lệ %
Phản ứng thành bụng	50	100
Dấu hiệu Blumberg	23	46
Dấu hiệu Rovsing	14	28
Co cứng thành bụng	10	20

Nhận xét: 100% bệnh nhân có phản ứng thành bụng, 46% bệnh nhân có dấu hiệu Blumberg, 28% bệnh nhân có dấu hiệu Rovsing, 20% bệnh nhân có co cứng thành bụng.

Bảng 3.9: Các điểm đau

Các điểm đau	Số lượng	Tỷ lệ %
Mc Burney	45	90
Lanz	5	10
Tổng	**50**	**100%**

Nhận xét: Có nhiều điểm đau trong viêm ruột thừa, tuy nhiên khi thăm khám 50 bệnh nhân thì nhận thấy 90% bệnh nhân đau ở điểm MC Burney, 10% bệnh nhân đau ở điểm Lanz.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Lý do vào viện. Hầu hết ĐTNC vào viện với lý do đau bụng, chiếm tỷ lệ 94%, chỉ khoảng 6% bệnh nhân vào viện vì sốt.

Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Dăng Duy tại bệnh viện đa khoa tỉnh Cao Bằng năm 2015. Nghiên cứu của tác giả trên đã chỉ rõ đau bụng là triệu chứng thường gặp và là nguyên nhân khiến bệnh nhân vào viện [6]

4.2 Triệu chứng xuất hiện đầu tiên. Kết quả nghiên cứu cho thấy đau bụng cũng là triệu chứng đầu tiên của đối tượng nghiên cứu, chiếm 96%, bên cạnh đó có khoảng 4% đối tượng nghiên cứu có sốt là triệu chứng xuất hiện đầu tiên.

4.3 Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện và thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi phẫu thuật. Đa số bệnh nhân vào viện sau khi có triệu chứng đầu tiên xuất hiện dưới 12 giờ, chiếm 44%, số bệnh nhân đến muộn sau 48 giờ còn chiếm một tỷ lệ tương đối cao, 18%. Thời gian này chịu ảnh hưởng của nhận thức, hiểu biết của bệnh nhân về bệnh cũng như khả năng chịu đựng của mỗi người.

Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng từ 12 đến dưới 24 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên, có khoảng 2% được phẫu thuật sau 36 đến 48 giờ và 12% được phẫu thuật sau 48 giờ. Các tỷ lệ này phụ thuộc vào thời gian bệnh nhân vào viện, diễn biến lâm sàng của bệnh nhân cũng như khả năng chuyên môn của các bác sĩ lâm sàng.

4.4 Đau bụng. Toàn bộ bệnh nhân có biểu hiện đau bụng, khởi phát hay gặp nhất ở hố chậu phải, theo sau là ở quanh rốn với tỷ lệ chênh lệch không nhiều. Số đối tượng nghiên cứu có đau bụng khởi phát vùng thượng vị cũng chiếm 18%. Kết quả này cũng phù hợp với mô tả lý thuyết, khởi phát đau có thể ở vùng thượng vị sau đó lan quanh rốn và khu trú tại hố chậu phải.

Hầu hết bệnh nhân đau khu trú vùng hố chậu phải chiếm 92%, chỉ một phần nhỏ bệnh nhân cho rằng mình đau khu trú tại vùng quanh rốn hoặc hạ sườn phải. Kết quả này cao hơn với kết quả nghiên cứu của tác giả Kim Văn Vụ năm 2001 với 63% bệnh nhân có đau hố chậu phải hoặc đau vị trí khác rồi khu trú hố chậu phải. Sự khác biệt này như chúng tôi đã lý giải ở trên, nguyên nhân có thể do bởi nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ [8]

Về tính chất đau, đa số bệnh nhân đau âm ỉ liên tục, chiếm 56%, bên cạnh đó 26% đối tượng nghiên cứu đau bụng âm ỉ từng cơn, 12% ĐTNC đau bụng dữ dội, từng cơn. Chỉ 6% đối tượng nghiên cứuđau bụng dữ dội, liên tục, chiếm tỷ lệ thấp nhất. Kết quả này thấp hơn với nghiên cứu của Kim Văn Vụ 2011 chỉ ra 82,8% bệnh nhân đau bụng âm ỉ, liên tục. [8]

Về diễn biến đau thì phần lớn bệnh nhân đau tăng dần, có 16% bệnh nhân thuật lại cơn đau không thay đổi, và 10% bệnh nhân có cơn đau giảm dần.

4.5 Rối loạn tiêu hóa. Hầu hết bệnh nhân có rối loạn tiêu hóa đi kèm (84%), nổi bật nhất là biểu hiện nôn, buồn nôn, sau đó là chán ăn, các biểu hiện ỉa chảy, bí trung đại tiện, táo bón có tỷ lệ gần tương đương nhau. Kết quả này tương đối

phù hợp với các kết quả nghiên cứu tại bệnh viện đại học Tamil Nadu của K. Suresh và S. Savitha với 75% bệnh nhân có nôn mửa. [5]

4.6 Dấu hiệu toàn thân. 90% bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng với các biểu hiện đặc trưng môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hội. Kết quả phù hợp với lý thuyết, hội chứng nhiễm trùng là một trong những biểu hiện đặc trưng của viêm ruột thừa.

Hầu hết bệnh nhân có sốt, chiếm tỷ lệ 64% trong đó chủ yếu là sốt nhẹ với tỷ lệ 34%, 26% bệnh nhân sốt vừa, rất ít bệnh nhân sốt cao, khoảng 4%. Tỷ lệ bệnh nhân không sốt chiếm 32% phù hợp với kết quả đưa ra trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hai và Lê Trung Hải rằng đại đa số bệnh nhân có thân nhiệt không tăng hoặc tăng nhẹ từ 37-38 độ C [7], nhưng tỷ lệ này thấp hơn của tác giả K. Suresh Babu [5] (81% bệnh nhân có sốt). Sốt là một phản ứng không đặc hiệu của cơ thể trước các tác nhân gây viêm nói chung và phụ thuộc vào cơ địa từng bệnh nhân, do đó tỷ lệ này ít nhiều mang tính ngẫu nhiên và có sự khác nhau giữa các tác giả.

4.7 Dấu hiệu phát hiện khi khám bụng. Phản ứng thành bụng hố chậu phải là một trong những triệu chứng quan trọng nhất để chẩn đoán viêm ruột thừa. Chúng tôi thấy triệu chứng này xuất hiện ở toàn bộ 50 bệnh nhân, trong đó đa số có phản ứng thành bụng mức độ vừa, chiếm 60%. Mức độmạnh chỉ chiếm tỷ lệ thấp nhất là 14%.

Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đăng Duy năm 2015, 100% bệnh nhân có phản ứng thành bụng [6]. Tỷ lệ khám thấy phản ứng thành bụng thay đổi ở các nghiên cứu khác nhau, như nghiên cứu của Tống Thị Thanh Hằng là 95% [9]. Nguyên nhân là bởi vì đây là một triệu chứng cần sự tinh tế và kinh nghiệm trong thăm khám, hơn nữa thành bụng bệnh nhân cần có lớp cơ đủ chắc, tổ chức dưới da chứa ít mỡ, bệnh nhân không quá già yếu… thì thăm khám mới thuận lợi.

Về mức độ phản ứng thành bụng, kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Bruno và cộng sự (2015): mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 44.2%, sau đó là mức độ vừa và mạnh lần lượt chiếm 35.4% và 20.4% [10]. Sự khác biệt này do mức độ phản ứng thành bụng khác nhau phụ thuộc vào từng cơ địa bệnh nhân.

Bệnh nhân xuất hiện dấu hiệu Blumberg cho thấy viêm ruột thừa đã ở giai đoạn muộn và có thể có biến chứng viêm phúc mạc. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 46% bệnh nhân viêm ruột thừa có dấu hiệu này. Đay cũng là dấu hiệu hay gặp khi khám bụng bệnh nhân viêm ruột thừa.

Dấu hiệu khác như Rovsing và co cứng thành bụng ít gặp hơn.

4.8 Các điểm đau ruột thừa. Điểm đau Mc Burney gặp ở 95% đối tượng nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Doãn Văn Ngọc [4], và Tống Thị Thu Hằng [9], thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đăng Duy [6].

V. KẾT LUẬN

- Đau bụng là lí do chính khiến bệnh nhân vào viện (94%)
- Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện đa số dưới 12 giờ (44%). Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi phẫu thuật khá dài, phần lớn từ 12 giờ trở lên (76%).
- Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau bụng, rối loạn tiêu hóa. Trong đó, bệnh nhân thường đau bụng khởi phát ở vùng hố chậu phải, sau đó tới vùng quanh rốn, thượng vị, đau khu trú chủ yếu tại vùng hố chậu phải, diễn biến tăng dần. Các triệu chứng về rối loạn tiêu hóa thường gặp là nôn, buồn nôn, chán ăn,
- Hầu hết các bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng với các triệu chứng đặc trưng như môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi (90%). Đa số bệnh nhân có sốt, phần lớn là sốt nhẹ (34%)
- Phản ứng thành bụng là triệu chứng gặp ở tất cả các bệnh nhân khi khám bụng
- Đa số bệnh nhân có đau tại điểm Mc Burney (90%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD 2015 Mortality and Causes of Death, Collaborators (2016).** Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 10053, 1459-1544.
2. **Bộ môn ngoại, trường Đại học Y Hà Nội (2013).** Bài giảng bệnh học ngoại khoa (dùng cho sinh viên đại học Y năm thứ 4). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 17-26.
3. **Doãn Văn Ngọc (2010).** Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Luận văn thạc sỹ y học Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Ferris và cộng sự, (2017).** The global Incidence of Appendicitis: A systemic review of population-based studies. Annals of Surgery. 2, 237-241.
5. **K.Suresh Babu, S. Savitha(2017).** A study on acute appendicitis in a tertiary care hospital in Tamil Nadu, India. International Surgery Journal. 3, 929-331.
6. **Nguyễn Đăng Duy (2015-2016).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng trong điều trị viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Cao Bằng. Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Cao Bằng, Cao Bằng.

7. Nguyễn Văn Hai, Lê Trung Hải (2009). Đặc điểm lâm sàng, bệnh kết hợp và chẩn đoán viêm ruột thừa cấp ở người cao tuổi. Tạp chí học thực hành. 11, 88-91.
8. Kim Văn Vụ (2011). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ruột thừa sau manh tràng điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí y học thực hành. 11, 64-66.
9. Tống Thị Thu Hằng (2006). Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh của viêm ruột thừa cấp, Khóa luận Tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

SỐC TIM DO HẠ CANXI MÁU NẶNG Ở TRẺ BÚ MẸ

Nguyễn Trọng Thành*, Vũ Chí Dũng*

TÓM TẮT

Hạ canxi máu nặng là một tình trạng cấp cứu có thể gây rối loạn nhịp tim, giảm sức co bóp cơ tim và có thể dẫn đến sốc tim, thậm chí tử vong ở trẻ em. Do đó, trên lâm sàng hạ canxi máu nặng là tình trạng cần được phát hiện và xử trí kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm hóa sinh, thăm dò chức năng tim và xử trí đối với bệnh nhân sốc tim do hạ canxi máu nặng. **Đối tượng:** 3 bệnh nhân được chẩn đoán hạ canxi máu nặng có biểu hiện rối loạn chức năng co bóp cơ tim trên lâm sàng tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu một loạt ca bệnh bao gồm triệu chứng lâm sàng, tiền sử, chức năng tim mạch và kết quả điều trị. **Kết quả:** 2 trong số 3 trường hợp biểu hiện sốc tim trên lâm sàng. 3 trường hợp trẻ đều có tình trạng suy giảm chức năng tâm thu thất trái, 2/3 trường hợp có rối loạn điện tâm đồ với khoảng QT kéo dài. Xét nghiệm hóa sinh cho thấy cả 3 trẻ có tình trạng hạ canxi máu nặng và thiếu Vitamin D. **Kết luận:** Trong cả 3 trường hợp, hạ canxi máu là nguyên nhân duy nhất tìm thấy có liên quan đến rối loạn chức năng tim mạch. Điều trị bằng truyền canxi tĩnh mạch, bổ sung Vitamin D, caltriol và canxi giúp hồi phục hoàn toàn chức năng cơ tim.

Từ khóa: Hạ canxi máu nặng trẻ em, sốc tim do hạ canxi máu, rối loạn nhịp tim do hạ canxi máu.

SUMMARY

CARDIOGENIC SHOCK IN INFANTS WITH SEVERE HYPOCALCINEMIA

Severe hypocalcemia is a life-threatening condition that causes serious consequences including cardiomyocytes, which leads to a reduction of cardiomyocyte contractile, arrhythmias, and cardiogenic shock even death in children. It is a serious condition that should be diagnosed and treated promptly. **Objectives:** to describe clinical characteristics, cardiac function tests, and to approach treatment to patients with hypocalcemia-induced cardiogenic shock. **Subjects:** 3 patients were diagnosed with severe hypocalcemia, accompanied by a reduction of cardiomyocyte contractile treated at The Vietnam National Children's Hospital. **Method:** A case series study including clinical manifestations, history, cardiac function investigation, and treatment approach. **Results:** 2 out of 3 cases presented cardiogenic shock. Both of these patients presented with a reduction of cardiac contractile function, 2 out of 3 had prolonged QT in ECG. Blood tests revealed a severe reduction of calcium concentration and Vitamin D deficiency. **Conclusions:** In these cases, hypocalcemia is the only cause that is found out to be associated with the clinical symptoms. Treatment with intravenous calcium, vitamin D supplement, calcitriol show to be effective to recover cardiac myocyte function.

Keywords: Hypocalcemia, Cardiogenic shock, Arrhythmias, Children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ canxi máu nặng là một trong những cấp cứu thường gặp ở trẻ em. Tùy thuộc vào mức độ nặng của hạ canxi máu, trẻ có thể không có triệu chứng lâm sàng hoặc biểu hiện những triệu chứng lâm sàng nặng nề, ảnh hưởng đến chức năng sống của trẻ. Trong cơ thể, canxi đóng vai trò quan trọng giúp ổn định điện thế màng tế bào, tham gia vào hoạt động co bóp của cơ vân và cơ tim. Ở tế bào cơ tim, giảm canxi máu làm giảm dòng canxi đi vào tế bào cơ tim trong giai đoạn điện thế hoạt động, từ đó dẫn đến giảm sức co bóp cơ tim, rối loạn nhịp tim, nặng hơn có thể dẫn đến sốc tim hoặc ngừng tim. Trên lâm sàng, sốc tim do hạ canxi máu là tình trạng nặng, nhưng có thể phục hồi nếu được phát hiện và xử trí kịp thời. Vì vậy, hạ canxi máu là một trong những nguyên nhân cần được chú ý và loại trừ khi tiếp cận chẩn đoán sốc tim ở trẻ em [1] [2].

Xuất phát từ những lý do trên, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *mô tả đặc điểm lâm sàng, các triệu chứng tim mạch, chức năng tim và hướng xử trí ở những bệnh nhân có biến chứng tim mạch do hạ canxi máu nặng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng gồm 3 trẻ nhập viện trong bệnh cảnh rối loạn chức năng tim mạch kèm theo hạ canxi máu nặng. 2 trong 3 trường hợp được chẩn đoán sốc tim và 1 bệnh nhân được chẩn đoán giảm chức năng co bóp cơ tim nhưng chưa có sốc tim do hạ canxi máu nặng.

**Bệnh viện Nhi Trung Ương*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Chí Dũng
Email: dungvu@nch.org.vn
Ngày nhận bài: 23.12.2020
Ngày phản biện khoa học: 23.2.2021
Ngày duyệt bài: 3.3.2021