

Kinh với tỷ lệ 96,3%, nhóm nghề nghiệp chiếm nội trợ tỷ lệ là 37%, con so chiếm tỷ lệ 55,6%, mang thai tự nhiên chiếm tỷ lệ 96,3%, tiền sử tăng huyết áp mạn chiếm 7,4%, tiền sử đái tháo đường là 7,4%, tiền sử có hút thuốc là 7,4%, bệnh lupus ban đỏ và tiền sử mắc TSG ở thai kỳ lần trước là 3,7%.

Các yếu tố nguy cơ được đề cập liên quan đến rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ như tiền sử TSG (đặc biệt khi TSG có biến chứng nặng), đa thai, tăng HA mạn, đái tháo đường typ 1 hoặc 2, bệnh thận, bệnh tự miễn, thai con so, béo phì (BMI >30 kg/m²), tiền sử gia đình TSG, mẹ trên 35 tuổi, đặc điểm xã hội, tiền sử mang thai nhẹ cân, kết quả thai kỳ bất lợi, khoảng cách giữa 2 lần mang thai trên 10 năm^{9,10}. Khi đưa vào phân tích mỗi liên quan thì chúng tôi ghi nhận được nhóm đối tượng ≥35 tuổi, BMI ≥23 kg/m², tiền sử đái tháo đường liên quan với tỷ lệ TSG ở kết cục thai kỳ (p<0,05)

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn tăng huyết áp của thai kỳ ở nhóm sản phụ có nguy cơ cao rối loạn tăng huyết áp thai kỳ được dự phòng aspirin liều thấp là 16,7%, trong đó TSG là 11,9%. Các yếu tố liên quan đến rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ được dự phòng bằng aspirin liều thấp là nhóm đối tượng có mẹ ≥ 35 tuổi, BMI ≥ 23 kg/m², tiền sử đái tháo đường liên quan với tỷ lệ TSG ở kết cục thai kỳ (p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Ngọc Thành, Trương Quang Huy và Võ

Văn Khoa, Đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng bệnh lý tiền sản giật - sản giật bằng aspirin ở những thai phụ có nguy cơ cao, Tạp chí Phụ Sản. 2015; 13(3), tr. 47-53.

2. **World Health Organization**, WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia. 2011: Geneva.
3. **Poon, L.C., et al.**, The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. International Journal of Gynaecology & Obstetrics, May 2019; 145 Supply 1: p. 1-33.
4. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstetrics & Gynecology, 2020. 135(6): p. e237-e260.
5. **The National Institute for Health and Care Excellence guideline**, Hypertension in pregnancy: diagnosis and management, NICE, 2019.
6. **Magee, L.A., et al.**, Guideline No. 426: Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Prediction, Prevention, and Management. Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada, 2022. 44(5): p. 547-571 e1.
7. **Magee, L.A. and A. Pels**, Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary. Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada, 2014. 36(5): p. 416-438.
8. **Trần Mạnh Linh**, Nghiên cứu kết quả sàng lọc bệnh lý tiền sản giật - sản giật bằng xét nghiệm PAPP-A, siêu âm Doppler động mạch tử cung và hiệu quả điều trị dự phòng, Luận văn tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, Huế, 2020.
9. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, chủ biên, Hà Nội, 2015 tr. 29-34.
10. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, "Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy", Obstetrics & Gynecology. 2018 132(1), pp. e44-e52.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẢO TỒN ĐƠN VỊ THẬN TRÊN Ở BỆNH NHÂN THẬN NIỆU QUẢN ĐÔI HOÀN TOÀN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Mai Thủy^{1,2}, Nguyễn Phương Thảo³

TÓM TẮT

Thận niệu quản đôi (TNQĐ) hoàn toàn là một trong những dị tật thường gặp của hệ tiết niệu. Chẩn đoán trước sinh làm tăng khả năng bảo tồn đơn vị thận trên ở bệnh nhân thận niệu quản đôi được phẫu

thuật. Phẫu thuật bảo tồn gồm nhiều phương pháp như nối niệu quản – niệu quản, trồng niệu quản vào bàng quang, mở túi sa niệu quản. Việc lựa chọn kỹ thuật tùy thuộc vào đặc điểm hình thái của tổn thương. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn đơn vị thận trên ở bệnh nhân thận niệu quản đôi hoàn toàn tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu mô tả trên 61 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn thận niệu quản đôi hoàn toàn tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2022. **Kết quả:** Phẫu thuật nối niệu quản – niệu quản 37/61 bệnh nhân (60,6%), kết quả tốt ở 97,3% trường hợp, trồng niệu quản vào bàng quang có 12/61 bệnh nhân (19,7%), kết quả tốt ở 91,7%, mở túi sa niệu quản có 12/61 (19,7%), kết quả tốt ở

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Thủy

Email: nguyenthimai@yaho.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

66,7% trường hợp. **Kết luận:** Các phương pháp phẫu thuật bảo tồn trong nghiên cứu đều hiệu quả và an toàn khi chỉ định phù hợp với đặc điểm hình thái bệnh lý của tổn thương. **Từ khóa:** phẫu thuật bảo tồn, thận niệu quản đôi, trẻ em.

SUMMARY

OUTCOMES OF SURGICAL PRESERVATION FOR THE UPPER RENAL UNIT IN PATIENTS WITH COMPLETE URETERAL DUPLICATION AT NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Complete ureteral duplication is a common congenital anomaly of the urinary system. Prenatal diagnosis increases the chances of preserving the upper renal unit in patients with surgically treated ureteral duplication. Surgical treatment includes various methods such as ureteroureterostomy, ureteral reimplantation into the bladder, and ureterocele incision. The choice of technique depends on the morphological characteristics of the lesion. **Objective:** To evaluate the outcomes of preservation surgery for the upper renal unit in patients with complete ureteral duplication at National Children Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study involving 61 patients who underwent preservation surgery for complete double ureters at National Children Hospital from January 2018 to June 2022. **Results:** Ureter-to-ureter anastomosis was performed in 37 out of 61 patients (60.6%), with good outcomes in 97.3% of cases. Ureteral implantation into the bladder was done in 12 out of 61 patients (19.7%), with good outcomes in 91.7%. Ureteral diverticulum creation was performed in 12 out of 61 patients (19.7%), with good outcomes in 66.7% of cases. **Conclusion:** The surgical procedure in this study were effective and safe when appropriately indicated based on the morphological characteristics of the lesions. **Keywords:** preservation surgery, complete ureteral duplication, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận niệu quản đôi hoàn toàn là sự tồn tại hai hệ thống bể thận – niệu quản riêng rẽ đổ vào bàng quang ở các vị trí khác nhau của cùng một bên thận. Đây là một trong những dị tật bẩm sinh thường gặp của hệ tiết niệu ở trẻ em, xảy ra ở khoảng 1% dân số và 10% trẻ em được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu¹. Ở nhiều bệnh nhân, dị tật này được phát hiện tình cờ, không có triệu chứng lâm sàng. Với sự phát triển của chẩn đoán trước sinh, nhiều trường hợp thận niệu quản đôi đã được theo dõi và điều trị sớm từ khi chưa có triệu chứng lâm sàng, từ đó giảm các biến chứng và tăng tỉ lệ điều trị bảo tồn đơn vị thận trên². Thận niệu quản đôi hoàn toàn biểu hiện đa dạng về hình thái bệnh lý như giãn đài bể thận – niệu quản, trào ngược bàng quang – niệu quản, niệu quản lạc chỗ, túi sa niệu quản,... Lựa chọn phương pháp điều trị phẫu thuật bảo tồn tùy thuộc đặc điểm hình thái bệnh lý của tổn

thương: phẫu thuật nối niệu quản – niệu quản, trồng lại niệu quản vào bàng quang, mở túi sa niệu quản. Nghiên cứu nhằm mục đích: *Đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn đơn vị thận trên ở bệnh nhân thận niệu quản đôi hoàn toàn tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu 61 bệnh nhân thận niệu quản đôi hoàn toàn được phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2018 – tháng 6/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2022 có 61 bệnh nhân được phẫu thuật, có 71,4% bệnh nhân là nữ, tỷ lệ nam/nữ là: 1/2,5. Tuổi trung vị là 10 tháng. Nhóm tuổi phổ biến nhất là từ 1 – 20 tháng chiếm 72% (44/61 bệnh nhân). 80% bệnh nhân được siêu âm trước sinh phát hiện bất thường hệ tiết niệu. Hình thái thường gặp nhất là giãn niệu quản và bể thận của đơn vị thận trên (ĐVTT) (96,7%), túi sa niệu quản (49,2%), trào ngược bàng quang niệu quản (24,6%).

Bảng 1. Các đặc điểm hình thái của thận niệu quản đôi hoàn toàn

Đặc điểm hình thái	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giãn niệu quản và bể thận trên	59	96,7
Trào ngược bàng quang niệu quản	15	24,6
Túi sa niệu quản	30	49,2
Niêu quản đổ lạc chỗ	6	9,8
Tổng	61	

Có 37/61 (60,6%) bệnh nhân được phẫu thuật nối niệu quản – niệu quản, 1 bệnh nhân phải mổ lại cắt đơn vị thận trên do thận trên giãn to. Các bệnh nhân được theo dõi trung bình sau mổ $22,3 \pm 5,1$ tháng cho kết quả tốt ở 97,3% trường hợp. Kết quả siêu âm sau mổ cho thấy đường kính đài bể thận và niệu quản của đơn vị thận trên đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($p < 0,05$).

Có 12/61 (19,7%) bệnh nhân được phẫu thuật trồng niệu quản vào bàng quang, trong đó 7 trường hợp có nối niệu quản niệu quản trước khi trồng lại vào bàng quang. Tất cả đều có giãn đài bể thận niệu quản ĐVTT, trong đó có 75% kèm trào ngược bàng quang niệu quản độ III, IV. Theo dõi sau mổ trung bình $16 \pm 2,5$ tháng cho kết quả tốt ở 11/12 (91,7%) trường hợp. Đường kính đài bể thận ĐVTT và niệu quản ĐVTT sau mổ đều cải thiện so với trước mổ, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

1 bệnh nhân phải mổ lại cắt đơn vị thận trên do nhiễm khuẩn tiết niệu kéo dài, mức độ trào ngược không cải thiện.

Bảng 2. Các phương pháp phẫu thuật bảo tồn đơn vị thận trên

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nội niệu quản - niệu quản	37	60,6
Trồng niệu quản vào bàng quang	12	19,7
Mở túi sa niệu quản	12	19,7
Tổng	61	100

Phẫu thuật mở túi sa niệu quản đơn thuần có 12/61 trường hợp. Theo dõi sau mổ trung bình $31 \pm 4,5$ tháng cho kết quả tốt ở 8/12 bệnh nhân (66,7%); 4/12 bệnh nhân phải mổ lại do còn triệu chứng nhiễm khuẩn tiết niệu.

IV. BÀN LUẬN

Hầu hết các báo cáo trong nước và trên thế giới đều ghi nhận bệnh lý thận niệu quản đôi hoàn toàn phổ biến ở nữ cao hơn rất nhiều so với ở nam. Tác giả Abdelhalim (2019)³ báo cáo tỉ lệ nam/nữ là 1/6,5; Đỗ Mạnh Hùng (2021)⁴ là 1/3,7. Báo cáo của tác giả Bùi Hoàng Thảo (2014)⁵ có 53,3% là nhóm dưới 1 tuổi, báo cáo của tác giả Đỗ Mạnh Hùng (2021)⁴ có 24% là trẻ dưới 1 tuổi. Savage⁶ khi nghiên cứu vai trò của chẩn đoán trước sinh đối với dị tật thận niệu quản đôi hoàn toàn đã khẳng định tỉ lệ điều trị bảo tồn ở nhóm có siêu âm trước sinh cao hơn nhóm không được chẩn đoán trước sinh. Một số nghiên cứu trong nước trong khoảng thời gian 2014 - 2021 có tỉ lệ siêu âm chẩn đoán trước sinh còn thấp, từ 21,6% - 39%^{4, 5}, đặc biệt thấp ở những nghiên cứu về phẫu thuật cắt đơn vị thận trên. Nghiên cứu của chúng tôi có tới 80% bệnh nhân được chẩn đoán trước sinh, 72% bệnh nhân dưới 20 tháng với tuổi trung vị là 10 tháng. Điều này cho thấy việc chẩn đoán trước sinh và theo dõi sau sinh làm tăng tỉ lệ bảo tồn đơn vị thận trên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 37 trường hợp (60,7%) được nội niệu quản - niệu quản. Chúng tôi nội niệu quản ĐVTT vào niệu quản của đơn vị thận dưới (ĐVTD). Kỹ thuật nội niệu quản - niệu quản lần đầu tiên được Buchtel thực hiện năm 1965². 36/37 (97,3%) bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có kết quả tốt. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình $22,3 \pm 5,1$ tháng. Biểu hiện lâm sàng được cải thiện, kích thước bể thận và niệu quản nhỏ lại. Có 1/37 trường hợp còn nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn phải mổ lại cắt đơn vị thận trên. Sau mổ đánh giá đường kính niệu quản, bể thận của ĐVTT có giảm rõ rệt, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết

quả này tương đương với nhiều báo cáo khác cho tỉ lệ thành công 78-100% như Abdelhalim (2019)³, Nguyễn Thanh Quang (2021)⁷, Monsoia (2024)⁸,...

Có 12 bệnh nhân trong nghiên cứu được trồng lại niệu quản vào bàng quang trong đó có 7 trường hợp kết hợp nội niệu quản ĐVTT vào niệu quản ĐVTD và trồng lại niệu quản ĐVTD vào bàng quang, 5 trường hợp trồng lại cả hai niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich - Gregoire. Trong TNQĐ hoàn toàn, nếu chỉ trồng lại niệu quản bị trào ngược sẽ có nguy cơ làm tổn thương đến hệ thống mạch máu nuôi của niệu quản còn lại. Để tránh điều đó, các nghiên cứu đều ủng hộ việc trồng lại cùng lúc 2 niệu quản trong bao chung vào bàng quang^{1,9}. 100% bệnh nhân trong nhóm này có giãn niệu quản đơn vị thận trên, trong đó 75% trường hợp kèm theo trào ngược bàng quang niệu quản vào ĐVTD, tất cả đều là trào ngược độ III, IV, V. Những trường hợp nội niệu quản - niệu quản trước khi trồng vào bàng quang đều có túi sa niệu quản (TSNQ), trong mổ không mở TSNQ và sau mổ TSNQ xẹp lại hoàn toàn. Việc nội niệu quản ĐVTT và niệu quản ĐVTD trước khi trồng lại niệu quản vào bàng quang nên áp dụng với những trường hợp bệnh nhân nhỏ tuổi, kích thước bàng quang bé. 5 trường hợp này theo dõi sau mổ đều cho kết quả tốt. Có 11/12 trường hợp (91,7%) sau mổ tiến triển tốt: không có triệu chứng lâm sàng, đường kính niệu quản dài bể thận hai đơn vị thận được cải thiện so với trước mổ ($p < 0,05$). Tỉ lệ này tương đương với một số nghiên cứu khác trên thế giới như Jun Wang (2021)¹⁰ là 77%, Tim Gerwin (2021)¹¹ là 95%.

Trong nhóm 12 bệnh nhân mở TSNQ đều được chụp xạ hình thận trước mổ, trong đó có 4 trường hợp chức năng ĐVTT giảm nặng, trẻ bé dưới 8 tháng tuổi, vào viện với tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu nặng, tình trạng toàn thân kém. 4 bệnh nhân này đều phải mổ lần 2 để xử lý tổn thương. 8/12 trường hợp (66,7%) có kết quả tốt, cải thiện về kích thước bể thận và niệu quản ĐVTT, ĐVTD, không cần phẫu thuật lần 2. Nghiên cứu trên thế giới như tác giả Anand (2021) báo cáo kết quả điều trị tốt của nội soi bàng quang mở túi sa lần lượt là 73%, 92% và 91%. Bùi Hoàng Thảo (2014)⁵ trong nghiên cứu của mình cũng nhận thấy tỉ lệ điều trị TSNQ kết quả tốt lên đến 80%. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thấp hơn các tác giả trên 4/12 bệnh nhân có chức năng ĐVTT thấp kèm tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân nặng. Năm 2023 Ye Zhang báo cáo nội soi mở túi sa hiệu quả tốt ở 52,7%, khẳng định đây là phương pháp hiệu quả

để giải quyết nhanh chóng tắc nghẽn nhưng khó đạt hiệu quả bảo tồn nếu kèm niệu quản lạc chỗ hoặc các hình thái bệnh lý khác. Chúng tôi cho rằng nội soi mở TSNQ sớm giúp bảo tồn chức năng thận, loại bỏ tình trạng ứ nước thận, giảm nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu, đặc biệt ở những bệnh nhân nhỏ, tình trạng nhiễm trùng nặng. Phẫu thuật xử lý tổn thương sẽ được thực hiện sau nếu cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Các phẫu thuật bảo tồn giúp cải thiện chức năng đơn vị thận trên trong thận niệu quản đôi hoàn toàn ở trẻ em. Chẩn đoán trước sinh giúp can thiệp sớm và bảo tồn chức năng đơn vị thận trên. Việc lựa chọn kỹ thuật phù hợp với hình thái tổn thương cho kết quả điều trị tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **John Michael Gatti.** Ureteral Duplication, Ureteral Ectopia, and Ureterocele: Practice Essentials, Pathophysiology, Epidemiology. Published online November 22, 2021.
2. **Kenneth G. Nepple HMS.** Ureteral Duplication, Ectopy, and Ureterocele. In: Pediatric Urology. Saunders Elsevier; 2010:337-352.
3. **Abdelhalim A, Chamberlin JD, Trung H, et al.** Ipsilateral ureteroureterostomy for ureteral duplication anomalies: predictors of adverse outcomes. J Pediatr Urol. 2019;15(5):468.e1-468.e6. doi:10.1016/j.jpuro.2019.05.016
4. **Đỗ Mạnh Hùng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt đơn vị thận trên mặt chức năng trong điều trị thận niệu quản đôi hoàn toàn ở trẻ em. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;502.
5. **Bùi Hoàng Thảo.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật thận niệu quản đôi ở trẻ em tại khoa phẫu thuật nhi BV Việt đức. Luận văn thạc sĩ y học 2022.
6. **Van Savage JG, Mesrobian HG.** The impact of prenatal sonography on the morbidity and outcome of patients with renal duplication anomalies. J Urol. 1995;153(3):768-770.
7. **Nguyễn Thanh Quang, Lê Anh Tuấn, Nguyễn Thanh Liêm.** Kết quả điều trị thận niệu quản đôi bằng phương pháp nội niệu quản niệu quản có nội soi sau phúc mạc sử dụng 1 trocar hỗ trợ. Tạp chí Y học Việt Nam. 137:16-23.
8. **Yassegoungbe MG, Bensaid R, Montalva L, et al.** Results of uretero-ureteral anastomosis in pathological duplex kidney. Journal of Pediatric Urology. 2024;20(3):485.e1-485.e6. doi:10.1016/j.jpuro.2024.01.008
9. **Docimo SG, Canning D, Khoury A, Salle JLP, eds.** The Kelalis--King--Belman Textbook of Clinical Pediatric Urology. 0 ed. CRC Press; 2018. doi:10.1201/9781315113982
10. **Zhu X, Wang J, Zhu H, et al.** Lich-Gregoir vesico-ureteral reimplantation for duplex kidney anomalies in the pediatric population: a retrospective cohort study between laparoscopic and open surgery. Translational Pediatrics. 2021;10(1):262-232. doi:10.21037/tp-20-163

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU XỬ TRÍ CẤP CỨU, ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN CẤP, HEN PHẾ QUẢN NẶNG VÀ NGUY KỊCH TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN XUÂN LỘC TỪ 01/01/2018 ĐẾN 31/10/2018

Phùng Văn Phú¹, Lâm Văn Nút²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả bước đầu việc cấp cứu, điều trị các trường hợp Hen phế quản (HPQ), cơn HPQ nặng và nguy kịch tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc từ ngày 01/01/2018 đến 31/10/2018. Rút ra bài học kinh nghiệm từ đó có kế hoạch tổ chức cấp cứu cơn hen phế quản nặng và nguy kịch đạt hiệu quả hơn.
Phương pháp: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả hồi cứu, có điều trị và theo dõi. Sử dụng phiếu điều tra được thiết kế sẵn để thu thập các thông tin bệnh nhân bị hen phế quản cấp được cấp cứu điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Trung tâm y tế huyện Xuân

Lộc. **Kết quả:** Trong 40 người được điều tra, bệnh nhân nam chiếm 67,5%, bệnh nhân nữ chiếm 32,5%. Nhóm tuổi ≤60 tuổi chiếm 35%, >60 tuổi chiếm 65%. Cơn Hen phế quản cấp mức độ nhẹ chiếm 25%, trung bình chiếm 55%, nặng chiếm 20%. Trong cơn Hen phế quản cấp tỷ lệ người bệnh có sốt thấp, không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ ho ở cả nhóm tuổi ≤60 tuổi chiếm 85,7% cao hơn không có ý nghĩa so với nhóm tuổi >60 tuổi chiếm 84,6%. Bệnh nhân có cơ kéo cơ hô hấp trong cơn hen phế quản cấp chiếm 70%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi. Trong cơn Hen phế quản cấp, số lượng bạch cầu tăng chiếm 50%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân tăng chiếm 37,5%, không tăng chiếm 62,5%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm thống kê. Không sử dụng thuốc Corticoid ở nhóm tuổi ≤60 tuổi chiếm 57,1% cao hơn, có ý nghĩa hơn ở nhóm tuổi >60 tuổi là 26,9% (p<0,05). Những người có sử dụng kháng sinh có sử dụng kháng sinh trong cơn hen phế quản cấp chiếm 85%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi. **Kết luận:** Trong cơn hen phế quản cấp tỷ lệ người bệnh có sốt thấp, không

¹Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Văn Phú

Email: bsphudn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024