

- Eropean Association of Urology 2008 editon.
- Andriole, Gerald L.; Crawford, E. David; Grubb, Robert L** (2009). Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. *New England Journal of Medicine*, 360(13), 1310–1319. doi:10.1056/nejmoa0810696
 - Vũ Trung Kiên, Đỗ Trường Thành** (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán qua sinh thiết 12 mẫu. *Y học Việt Nam*, tháng 1-Số 1&2/2020, tập 486, Tr. 163-167.
 - Lojanapiwat B, Anutrakulchai W, Chongruksut W** (2014). Correlation and diagnostic performance of the prostate-specific antigen level with the diagnosis, aggressiveness, and bone metastasis of prostate cancer in clinical practice. *Prostate Int Sep;2(3):133-9*. doi: 10.12954/PI.14054
 - Kachuri, L., Hoffmann, T.J., Jiang, Y** (2023). Genetically adjusted PSA levels for prostate cancer screening. *Nat Med* 29, 1412–1423, doi: 10.1038/s41591-023-02277-9
 - Lundgren, P.-O., Kjellman, A., Norming** (2021), Association between one-time prostate-specific antigen (PSA) test with free/total PSA ratio and prostate cancer mortality: A 30-year prospective cohort study. *BJU Int*, 128: 490-496. doi: 10.1111/bju.15417
 - Kızılay F, Çelik S, Sözen S** (2020). Correlation of Prostate-Imaging Reporting and Data Scoring System scoring on multiparametric prostate magnetic resonance imaging with histopathological factors in radical prostatectomy material in Turkish prostate cancer patients: a multicenter study of the Urooncology Association. *Prostate Int.* 8(1):10-15. doi: 10.1016/j.pnil.2020.01.001
 - Efesoy O, Bozlu M, Çayan S** (2013) Complications of transrectal ultrasound-guided 12-core prostate biopsy: a single center experience with 2049 patients. *Turk J Urol.* 39(1):6-11. doi: 10.5152/tud.2013.002
 - Fasola, O.A., Takure, A.O, Shittu, O.B** (2021). Transrectal ultrasound-guided prostate biopsy: periprostatic block versus caudal block for analgesia—a randomized trial. *Afr J Urol* 27, 85, doi:10.1186/s12301-021-00185-3

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỠ GAN TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Tô Quốc Việt¹, Hồ Huỳnh Uy Tài², Hồ Văn Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vỡ gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 40 bệnh nhân điều trị bảo tồn vỡ gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 04/2020 đến 4/2024. **Kết quả nghiên cứu:** 14 nữ (35%), 26 nam (65%); tuổi trung bình 36,3 ± 13,3 (17 - 65) tuổi, dịch ổ bụng qua chọc cắt lớp vi tính chiếm 90%, đây là phương pháp điều trị an toàn với tỷ lệ thành công đạt 95%, không có trường hợp nào tử vong, tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công ở độ I và II đều là 100%, độ III là 95.45%, độ IV là 50%, điều trị nội bảo tồn đạt kết quả tốt 92,5%, 1 trường hợp kết quả trung bình 2,5%, 2 trường hợp xấu phải chuyển mổ chiếm 5%. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn vỡ gan trong chấn thương bụng kín là phương pháp an toàn, hiệu quả, được thực hiện ở cơ sở y tế có khả năng hồi sức và phẫu thuật gan.

Từ khóa: điều trị bảo tồn, chấn thương gan.

SUMMARY

ASSESSING THE EARLY OUTCOMES OF

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Huỳnh Uy Tài

Email: bacsith@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 26.6.2024

CONSERVATIVELY MANAGED LIVER

INJURY IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Objective: To assess the result of non-operative management of blunt liver trauma at Can Tho General Hospital. **Subject and method:** Descriptive cross-sectional, 40 patient of non-operative management of blunt liver trauma at Can Tho General Hospital from 4/2020 to 4/2024. **Result:** 14 females (35%), 26 males (65%); mean age 36.3 ± 13.3 (17 - 65) years old. Computed tomography-guided abdominal drainage was performed in 90% of cases. This is a safe treatment method with a success rate of 95%. There were no deaths. The success rate of conservative treatment was 100% for grades I and II, 95.45% for grade III, and 50% for grade IV. Conservative treatment achieved good results in 92.5% of cases, average results in 2.5%, and poor results in 5% of cases, requiring surgery. **Conclusion:** Non-operative management for blunt live trauma is safe, effective and performed in medical facilities capable of resuscitation and liver surgery.

Keywords: Non-operative management, Blunt liver trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gan (CTG) là thể lâm sàng đứng hàng thứ hai, chiếm 15-22% trong chấn thương bụng kín (CTBK) và 13-35% trong vết thương thấu bụng⁽¹⁾. Trong nghiên cứu năm 2018 của Ibrahim Affi và các cộng sự, tại một trung tâm chấn thương cấp I cho thấy tỷ lệ CTG

chiếm 38% các trường hợp nhập viện vì CTBK⁽²⁾. Hiện nay điều trị bảo tồn đang được ưu tiên hàng đầu, tỷ lệ thất bại chuyển mổ chỉ ở mức 10% và các phương pháp can thiệp nội mạch đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong trong CTG⁽³⁾. Tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, điều trị bảo tồn vỡ gan do CTBK đã được áp dụng trong nhiều năm qua nhưng vẫn chưa có đánh giá cụ thể về kết quả điều trị của phương pháp này. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân vỡ gan do CTBK tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ
2. Đánh giá kết quả sớm điều trị bảo tồn vỡ gan do CTBK và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 40 bệnh nhân điều trị bảo tồn vỡ gan trong CTBK tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 4 năm 2020 đến tháng 4 năm 2024.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu hồ sơ

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 40 bệnh nhân điều trị bảo tồn vỡ gan trong CTBK tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần trong thời điểm nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu: Tần số và tỷ lệ phần trăm được dùng để mô tả biến số nhị giá, danh định, thứ tự. Trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, tứ phân vị để mô tả biến số định lượng liên tục và không liên tục. Kiểm tra tính phân phối bình thường của biến số định lượng bằng kiểm định Shapiro-Wilk test. Các kiểm định ANOVA, Fisher được sử dụng để xác định mối liên quan, chọn $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê cho tất cả các loại kiểm định

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của người bệnh

Bảng 1: Đặc điểm của người bệnh

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	14	35
	Nữ	26	65
Tuổi	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	36,3 ± 13,3	
	Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất	18	65
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	36	90
	Tai nạn sinh hoạt	2	5
	Tai nạn lao động	1	2,5

	Tai nạn thể thao	1	2,5
Thời gian nhập viện từ lúc xảy ra chấn thương	< 6 giờ	19	47,5
	Từ 6 đến 24 giờ	19	47,5
	> 24 giờ	2	5

Tỷ lệ nam/nữ là 1,9 và tuổi trung bình là 36,3. Tỷ lệ chấn thương do tai nạn giao thông chiếm 90% và 95% nhập viện trong vòng 24 giờ.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng

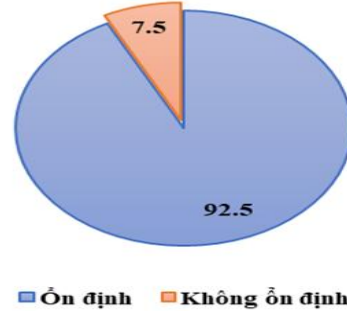
Triệu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	40	100
Đau vùng gan	27	67,5
Đau ngoài vùng gan	13	32,5
Dấu hiệu thành bụng	8	20
Khó thở	5	12,5
Chướng bụng	5	12,5
Bí trung/đại tiện	4	10

Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau bụng đau bụng, trong đó có 27 bệnh nhân đau vùng gan (67,5%) và 13 bệnh nhân đau vùng ngoài gan (32,5%). Các triệu chứng khác có tỷ lệ dưới 20%.

Bảng 3: Chấn thương phối hợp

Chấn thương phối hợp	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chấn thương ngực	11	27,5
Chấn thương lách	6	15
Chấn thương thận	4	10
Chấn thương cột sống	3	7,5
Gãy xương khác	2	5

3.3. Kết quả cận lâm sàng



Biểu đồ 1: Huyết động tại thời điểm nhập viện
Chỉ số huyết động khi mới nhập viện ghi nhận tình trạng ổn định ở 37 bệnh nhân (92,5%).

Bảng 4: Chỉ số men AST và ALT khi bệnh nhân mới vào viện và lần 2

Men gan	Lần 1			Lần 2		
	Min	Trung vị	Max	Min	Trung vị	Max
AST	45	275	2634	43	169	2750
ALT	70	215,5	2721	51	150,5	1451

Nồng độ men gan ALT và AST trung bình lúc vào viện lần lượt là 385,4 ± 426 U/L và 394,4 ± 474,9 U/L.

Bảng 5: Tổn thương qua chụp cắt lớp vi tính

Đặc điểm tổn thương		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lượng dịch phát hiện	Không dịch	4	10
	Lượng ít	16	40
	Lượng trung bình	20	50
Hình thái tổn thương gan	Tụ máu dưới bao	25	62,5
	Đụng dập, tụ máu nhu mô	33	82,5
	Đường vỡ	18	45
	Thoát thuốc cản quang	1	2,5
Vị trí tổn thương	Thùy trái	6	15
	Thùy phải	30	75
	Cả hai thùy	4	10

Bảng 6: Phân độ tổn thương gan trên chụp cắt lớp vi tính

Phân độ theo AAST 2018	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Độ I	1	2,5
Độ II	15	37,5
Độ III	22	55
Độ IV	2	5

Mức độ tổn thương gan chủ yếu là độ II (37,5%) và độ III (55%).

3.4. Kết quả điều trị bảo tồn. Trong quá trình điều trị có 10 bệnh nhân phải truyền hồng cầu lỏng và khối hồng cầu. Cụ thể số lượng khối hồng cầu trung bình là $437,5 \pm 162,0$ ml (350 - 700 ml) và hồng cầu lỏng trung bình là $316,6 \pm 57,7$ ml (250 - 350ml), phần lớn bệnh nhân truyền máu có tổn thương phổi hợp. Thời gian điều trị là $8,7 \pm 2,3$ ngày.

Bảng 7: Đánh giá kết quả điều trị sau 24 giờ

Tình trạng sau 24 giờ	Cải thiện	Không thay đổi	Xấu đi
	Tần số (n) – Tỷ lệ (%)		
Huyết động	17(42,5%)	21(52,5%)	
Triệu chứng đau	21 (52,5%)	17 (42,5%)	2 (5%)
Công thức máu	6 (15%)	31 (7%)	3 (7,5%)
Men gan	30 (75%)	5 (12,5%)	5 (12,5%)

Sau 24h theo dõi bệnh nhân từ lúc vào viện, tình trạng huyết động và triệu chứng đau xấu đi ở 2 trường hợp chiếm 5%. Đánh giá các kết quả cận lâm sàng cho thấy, công thức máu xuất hiện diễn tiến xấu đi ở 3 trường hợp (7,5%), và men gan xấu đi ở 5 trường hợp (12,5%). Phần lớn các trường hợp còn lại diễn tiến có cải thiện và không thay đổi gì so với lúc nhập viện.

Bảng 8: Đánh giá kết quả sớm điều trị bảo tồn

Kết quả	Biến chứng	Tần	Tỷ lệ
---------	------------	-----	-------

sớm		số (n)	(%)
Thành công	Tốt - không biến chứng	37	95
	Biến chứng được điều trị nội	1	
Thất bại	Do gan	1	5
	Không do gan	1	

Tất cả 40 bệnh nhân bước đầu đều được chỉ định điều trị bảo tồn không mổ, hầu hết đều đạt kết quả tốt 92,5%, 1 trường hợp đạt kết quả trung bình 2,5% với kết quả thành công đạt tỷ lệ 95%, trong đó 2 trường hợp bảo tồn thất bại chiếm tỷ lệ 5%.

3.5. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bảo tồn và mức độ tổn thương gan

Bảng 9: Liên quan thời gian nằm viện và mức độ tổn thương

Mức độ tổn thương	Thời gian điều trị	p*
Độ II	$7,4 \pm 1,8$	0,0468
Độ III	$9,3 \pm 1,8$	
Độ IV	$13,5 \pm 2,1$	
Tổng	$8,7 \pm 2,3$	

*Kiểm định ANOVA

Số ngày nằm viện trung bình trên tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu là $8,7 \pm 2,3$ ngày, chúng tôi nhận thấy ở bệnh nhân có mức độ chấn thương càng cao thì số ngày nằm viện càng kéo dài và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,0468$.

Bảng 10: Liên quan mức độ tổn thương gan và dịch ổ bụng qua cắt lớp vi tính

Mức độ tổn thương gan	Mức độ dịch ổ bụng			p*
	Không dịch	Lượng ít	Lượng trung bình	
Độ I	1	0	0	0,002
Độ II	3	9	3	
Độ III	0	7	15	
Độ IV	0	0	2	

*Kiểm định Fisher's exact test

Mức độ tổn thương gan càng cao thì lượng dịch càng nhiều và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$.

Bảng 11: Liên quan mức độ tổn thương gan và kết quả điều trị

Điều trị bảo tồn không mổ	Mức độ tổn thương đánh giá theo AAST 2018				p*
	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	
Thành công	1 (100%)	15 (100%)	21 (95,45%)	1 (50%)	0,146
Thất bại chuyển mổ	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,55%)	1 (50%)	

*Kiểm định Fisher's exact test

Tỷ lệ thành công trong tất cả mức độ từ 95,45% trở lên, trong đó tỷ lệ thành công ở độ I và II đều là 100%, riêng với tỷ lệ ở độ III và IV có

xu hướng giảm dần lần lượt là 95,45% và 50%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu nam giới gặp nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ 65% nam và 35% gặp ở nữ, độ tuổi trung bình là $36,3 \pm 13,3$ tuổi, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Huy⁽⁷⁾ độ tuổi trung bình là 33,5 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi thì tai nạn giao thông là nguyên nhân chấn thương đứng hàng đầu chiếm 90%, trong đó gặp chấn thương trực tiếp ở hầu hết các trường hợp 92,5%, cơ chế gián tiếp chỉ là 7,5%. Nhiều nghiên cứu, bao gồm nghiên cứu của chúng tôi, đã chỉ ra rằng tỷ lệ vỡ gan do CTBK cao nhất ở nhóm nam giới và trẻ tuổi. Lý giải cho điều này là do nam giới thường sử dụng rượu bia nhiều hơn nữ giới, một yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến gan yếu và dễ bị tổn thương. Người trẻ tuổi thường tham gia nhiều hơn vào các hoạt động xã hội, lao động và giao thông, dẫn đến nguy cơ gặp tai nạn cao hơn. Do đó, nam giới và trẻ tuổi là hai nhóm có nguy cơ cao bị vỡ gan do CTBK.

Bệnh nhân CTG thường có các biểu hiện như đau hạ sườn phải, xây sát thành bụng, phản ứng thành bụng vùng gan và bụng chướng. Những dấu hiệu này không thể khẳng định chắc chắn bệnh nhân có CTG hay không, cũng như mức độ nghiêm trọng của tổn thương gan và các tổn thương phối hợp khác trong ổ bụng. Tuy nhiên, các dấu hiệu này có thể giúp chẩn đoán sơ bộ CTG và loại trừ tổn thương tạng rỗng phối hợp - một chỉ định mổ cấp cứu tuyệt đối.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% các trường hợp đều có men gan tăng cao. Tăng men gan là dấu hiệu gợi ý chấn thương gan khi triệu chứng lâm sàng không rõ ràng hoặc siêu âm không phát hiện tổn thương gan. Dựa vào kết quả xét nghiệm men gan cao, bác sĩ có thể quyết định chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng để xác định chấn thương gan hoặc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để theo dõi và điều trị tiếp. Chụp CLVT ổ bụng là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh có độ chính xác cao hơn siêu âm. Khi siêu âm phát hiện dịch ổ bụng nhưng không rõ ràng nguyên nhân, hoặc tổn thương gan chưa được xác định rõ ràng, chụp CLVT ổ bụng là cần thiết để chẩn đoán chính xác. Nghiên cứu của chúng tôi qua chụp CLVT phát hiện tổn thương ở 100% các trường hợp. Về vị trí chấn thương gặp ở thùy phải chiếm 75%, thùy trái ít gặp hơn do phân chia thùy gan phải lớn hơn và cấu trúc giải phẫu gần các xương sườn. Về phân độ chấn thương chúng tôi sử dụng phân độ chấn thương ASST 2018 chia thành 5 độ, độ II và III chiếm đa số

lần lượt là 37,5% và 55%. Theo nghiên cứu của Afifi và cộng sự⁽²⁾, tổn thương gan độ II là phổ biến nhất, tiếp theo là tổn thương độ I và độ III, phần lớn các trường hợp chấn thương gan có mức độ từ I đến III. Về lượng dịch tự do trong ổ bụng nghiên cứu của chúng tôi phát hiện trên các trường hợp là 90% trong đó lượng dịch ít chiếm 40%, lượng trung bình chiếm 50%. Qua phân độ tổn thương và lượng dịch tự do ổ bụng các bác sĩ có thể tiên lượng và đưa ra cách điều trị phù hợp nhất. Phân tích hình thái tổn thương gan cho thấy dấu hiệu đưng dập-tụ máu trong nhu mô là phổ biến nhất (82,5%), tiếp theo là tụ máu dưới bao gan (62,5%) và có đường vỡ gan (45%). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác, khẳng định đưng dập-tụ máu trong nhu mô gan là dấu hiệu thường gặp nhất trên chụp CLVT. Trong chấn thương gan độ IV và V, những đường vỡ lớn thường đi vào vùng phân chia gan tương đối nghèo mạch máu. Do đó, chảy máu có thể không xảy ra hoặc không đáng kể, dẫn đến việc không cần thiết phải phẫu thuật nếu huyết động của bệnh nhân ổn định.

Trong quá trình điều trị có 10 bệnh nhân phải truyền hồng cầu lắng và khối hồng cầu. Cụ thể số lượng khối hồng cầu trung bình là $437,5 \pm 162,0$ ml (350 - 700 ml) và hồng cầu lắng trung bình là $316,6 \pm 57,7$ ml (250 - 350ml), phần lớn bệnh nhân truyền máu có tổn thương phối hợp. Số ngày nằm viện trung bình trên tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu là $8,7 \pm 2,3$ ngày, chúng tôi nhận thấy ở bệnh nhân có mức độ chấn thương càng lớn thì số ngày nằm viện càng kéo dài, kết quả này của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng⁽⁴⁾ là $8,8 \pm 5,3$ ngày và ngắn hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Quỳnh⁽⁵⁾ và cộng sự là $10,1 \pm 5,2$ ngày.

Kết quả điều trị trên 40 trường hợp, ở phân độ I và II 100% bảo tồn thành công không xuất hiện biến chứng trong suốt quá trình điều trị, ở độ III có 1 trường hợp xuất hiện biến chứng được điều trị nội thành công, 1 trường hợp chảy máu tiếp diễn có chấn thương lách phối hợp phải chuyển mổ, 2 trường hợp ở độ IV trong đó 1 trường hợp xuất huyết nội do tổn thương mạc nối lớn và thành bụng (P) biến chứng chảy máu tiếp diễn được chuyển mổ. Tất cả 40 bệnh nhân bước đầu đều được chỉ định điều trị bảo tồn không mổ, hầu hết đều đạt kết quả tốt 92,5%, 1 trường hợp đạt kết quả trung bình 2,5% với kết quả thành công đạt tỷ lệ 95%, trong đó 2 trường hợp bảo tồn thất bại chiếm tỷ lệ 5%, không có trường hợp nào tử vong. So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hùng⁽⁴⁾ với tỷ lệ thành công là 93,5%, Lê Xuân Anh là 98,5%⁽⁶⁾,

Nguyễn Quang Huy là 96,7%⁽⁷⁾.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn võ gan trong chấn thương bụng kín là phương pháp an toàn, hiệu quả, với tỷ lệ thành công đạt 95%, 2 trường hợp thất bại chuyển mổ chiếm 5% do chảy máu tiếp diễn và tổn thương phổi hợp các cơ quan khác. Tỷ lệ điều trị bảo tồn ở độ I và II đạt 100% thành công, độ III đạt 95,4%. Thời gian nằm viện trung bình là $8,7 \pm 2,3$ ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Minh Trí, Đỗ Đình Công (2021), Bệnh học Ngoại khoa Tiêu hoá, Nhà xuất bản Y học, Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Ibrahim Afifi, Sheraz Abayazeed, Ayman El-Menyar, et al (2018), "Blunt liver trauma: a descriptive analysis from a level I trauma center", BMC Surgery, 18,(1):42-48.

3. Vinod K.J., Chinthakindhi M., Challa S.R. (2019), "Study of blunt trauma abdomen involving liver injuries based on grade of injury, management: a single centre study", International Surgery Journal, 6,(3):23-29.
4. Nguyễn Ngọc Hùng (2012), Nghiên cứu điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Quỳnh, và cộng sự (2021), "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn võ gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, Tập 16, (Số đặc biệt 4):18-22.
6. Lê Anh Xuân, và cộng sự (2019), "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn võ gan trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An", Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế, (Số 53).
7. Nguyễn Quang Huy (2022), "Kết quả điều trị bảo tồn chấn thương gan tại Bệnh viện Nhân dân 115", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 2

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CO GIẬT DO SỐT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Nguyễn Võ Đăng Khoa¹, Trần Đỗ Thanh Phong¹, Trang Kim Phụng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và nguyên nhân co giật do sốt của trẻ nhỏ từ 6 tháng đến 5 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 222 bệnh nhi nội trú từ 6 tháng đến 5 tuổi có sốt được nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Độ tuổi mắc sốt cao co giật trung bình $27 \pm 13,69$ tháng. Tỷ lệ trẻ nam cao hơn 1,6 lần so với trẻ nữ. Đa số các trẻ nông thôn chiếm 62,6%. Phần lớn các trường hợp co giật do sốt khi thân nhiệt của trẻ $39 - < 40^{\circ}\text{C}$ chiếm 58,6%. Khoảng 66,2% số trẻ xuất hiện cơn co giật khi sốt dưới 6 giờ. Số lần co giật trung bình trong 24 giờ đầu là $1,37 \pm 0,743$ giờ, hầu hết chỉ xuất hiện 1 cơn co giật chiếm 76,1%. Đa số trẻ vào viện với tình trạng ý thức bình thường 82,4%. Trẻ co giật do sốt sau cơn co giật bình thường, tỉnh táo, khóc to chiếm tỷ lệ 82,4%. Có 78,8% cơn co giật dạng đơn thuần ở trẻ và trong cơn giật có 80,6% trẻ co giật toàn thể. Nguyên nhân vào viện chiếm đa số là nhiễm trùng đường hô hấp và tai mũi họng chiếm 57,2%. **Kết luận:** Trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi bị sốt cao có nguy cơ bị co giật, nhất là nhóm dưới 3 tuổi. Nguyên nhân chủ yếu gây bệnh là nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.

Từ khóa: sốt, co giật, trẻ em

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL CHARACTERISTICS, CAUSE AND RESULTS OF TREATMENT OF FEBRILE SEIZURES IN CHILDREN AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

Aim: To describe epidemiology, clinical characteristic and cause of febrile seizures in children from 6 months to 5 years old. **Subjects and Methods:** 222 patients with febrile seizures in department of pediatric from January 2023 to December 2023. A descriptive study, retrospective. **Results:** The average age of febrile seizures is $27 \pm 13,69$ months; male children experience the condition at a rate 1,6 times higher than female children; most cases of febrile seizures occur in rural children (62,6%); most cases occur in children between the ages of 39 and $< 40^{\circ}\text{C}$ (58,6%); approximately 66,2% of children experience seizures when their fever lasts for less than six hours; the first 24 hours have an average of $1,37 \pm 0,743$ hours of seizures; of these, 76,1% only have one seizure; 80,6% of children with generalized convulsions during seizures and 78,8% of children with simple seizures were hospitalized with normal consciousness; 82,4% of children with seizures resulting in post-convulsion fever are aware and normal; With 57,2% of hospital admissions, upper respiratory tract infections are the primary cause of illness. **Conclusion:** There is a significant risk of convulsions in children with high fevers between the ages of 6 months and 5 years, especially in those under 3 years old. Upper respiratory tract infections are primarily responsible for febrile seizures.

Keywords: Fever, seizures, children.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

²Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trang Kim Phụng

Email: tkphung@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024