

phần RNN đã được bọc mao (67,4%) trong đó có chốt là 39,2%. Tỷ lệ lung lay răng độ 2 mà bệnh nhân có thể cảm nhận được (<1mm theo chiều ngang) chiếm 25,5% trong khi đó lung lay độ 1 chiếm tới 70,6%.

*Về mặt cận lâm sàng

- Trên phim X-quang kích thước trung bình là $1,05 \pm 0,38$ cm, trong đó nang lớn nhất có đường kính là 2,57cm, nang nhỏ nhất là 0,49 cm.

- Về kết quả giải phẫu bệnh: 57,1% dịch trong lòng nang chứa mủ, 87,8% chứa dịch dạng lỏng, 100% mô liên kết thâm nhiễm tế bào viêm. 100% nang được lột biểu mô gai không sừng hoá, trong đó 6,1% có dạng lõi lõm. Biểu mô dạng mỏng chiếm 59,2% và có 1 nang chứa thể hyalin (2%), 2 nang có khe nút cholesterol (4,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hà (2010), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nang chân răng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Thanh Phút (2017), Nghiên cứu đặc điểm, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nang xương hàm do răng tại Bệnh viện Mắt

- Răng Hàm Mặt Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

3. Phạm Quốc Tới (2015), Nghiên cứu đặc điểm, X-quang và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị nang quanh chóp tại Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. Chen J.H, Tseng C.H, Wang W.C., et al (2018), "Clinicopathological analysis of 232 radicular cysts of the jawbone in a population of southern Taiwanese patients", Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 34, pp. 249-254.
5. Cohen R.S, Goldberger T., Merzlak I et al (2021), "The Development of Large Radicular Cysts in Endodontically versus Non-Endodontically Treated Maxillary Teeth", Medicina, 57, pp. 991.
6. Deana N. and Alves N. (2017), "Cone Beam CT in Diagnosis and Surgical Planning of Dentigerous Cyst", Case Reports in Dentistry, pp. 1-6.
7. Lin H.P., Chen H.M., Yu C.H., et al (2010), "Clinico- pathological Study of 252 Jaw Bone Periapical Lesions From a Private Pathology Laboratory", Journal of the Formosan Medical Association, 109(11), pp. 810-818.
8. Nik Abdul Ghani N. R., Abdul Hamid N. F., and Karobari M. I. (2020), "Tunnel' radicular cyst and its management with root canal treatment and periapical surgery: A case report", Clinical case reports, 8(8), pp1387-1391.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐC PHẢN VỆ Ở TRẺ EM TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC NỘI KHOA BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Tạ Anh Tuấn¹, Trần Quốc Đạt¹, Đậu Việt Hùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sốc phản vệ là tình trạng dị ứng đặc biệt nghiêm trọng, khởi phát nhanh, có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Mục đích nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị sốc phản vệ ở trẻ em tại khoa Điều trị tích cực Nội khoa, bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 110 bệnh nhân được chẩn đoán là sốc phản vệ trong thời gian từ 1/1/2016 đến 1/7/2021. **Kết quả:** Phản vệ chủ yếu là độ III chiếm 92,7%, không có phản vệ độ I và độ II. Bệnh nhân được tiêm bắp adrenalin chiếm 89,1%, tiêm bắp đơn thuần thoát sốc chiếm tỷ lệ 23,6%, trong đó 51,8% số bệnh nhân cần duy trì adrenalin cùng với các vận mạch khác. Tỷ lệ bệnh

nhân được tiêm bắp adrenalin ban đầu chiếm chủ yếu (98%), tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân được tiêm adrenalin theo đúng phác đồ chỉ chiếm có 44,5%. Tỷ lệ sống là 95,5%, tử vong là 4,5%. Tỷ lệ di chứng là 1,8%. Thời gian trung vị điều trị là 7 ngày, thời gian thở máy là 24 giờ. **Kết luận:** Hầu hết các bệnh nhân sốc phản vệ phải nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa là phản vệ độ III, các bệnh nhân đều được tiêm bắp Adrenalin theo phác đồ của Bộ Y tế, tuy nhiên tỷ lệ thoát sốc sau tiêm bắp Adrenalin đơn thuần là thấp, các bệnh nhân nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa phải kết hợp truyền liên tục Adrenalin và các thuốc vận mạch khác. Thời gian điều trị trung bình 7 ngày, thời gian thở máy là 24 giờ. Tỷ lệ sống cao chiếm tới 95,5% trong đó có 1,8% bệnh nhân có di chứng.

Từ khóa: Sốc phản vệ, adrenalin.

SUMMARY

THE OUTCOME IN PEDIATRIC ANAPHYLAXIS AT THE PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT - VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Đạt

Email: trandathmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2022

Ngày phản biên khoa học: 15.11.2022

Ngày duyệt bài: 22.11.2022

Background: Anaphylactic shock is a severe allergic condition that can be life-threatening if it is not diagnosed and treated promptly. This study aimed to evaluate the outcome of anaphylaxis in children at the Pediatric Intensive Care Unit, Vietnam National Children's Hospital. **Methods:** This was a retrospective study carried out from 1/1/2016 to 1/7/2021. One hundred ten patients who suffered anaphylaxis admitted to the PICU were enrolled. **Results:** Grade III Anaphylaxis occurred in 92.7% of cases, and no cases of grade I and II anaphylaxis were found. All of patients were given intramuscular injections of epinephrine before admission to the PICU. The proportion of patients who had received the correct treatment was 44.5%. In addition, 76.5% of this group did not respond to the second dosage of IM epinephrine, and 51.8% of those who did not respond to repeat dose required a further treatment with the combination of adrenalin with other vasopressors or inotropes. The survival rate is 95.5%, and the death rate is 4.5%. The rate of sequelae is 1.8%. The length of stay in the Pediatric Intensive Care Unit is seven days, with the need for mechanical ventilation lasting up to 24 hours. **Conclusion:** Almost all of the patients admitted to the Pediatric Intensive Care Unit were grade III anaphylaxis, high rate of this group failed to repeat IM adrenalin and needed to combine adrenalin with other vasopressors or inotropes. The survival rate was 95.5%, of which 1.8% of patients had sequelae.

Keywords: Anaphylactic shock, adrenalin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một phản ứng dị ứng toàn thân nặng, khởi phát nhanh và có thể dẫn tới tử vong [1], trong đó sốc phản vệ là phản ứng phản vệ có kèm theo tình trạng tụt huyết áp, tương ứng với phản vệ độ III, IV theo phân loại của Bộ Y tế năm 2017 [2-3]. Phản vệ là một cấp cứu nội khoa, kết quả điều trị phụ thuộc rất nhiều vào cách tiếp cận và xử trí đúng ban đầu, các phương pháp điều trị hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn, thần kinh..., đặc biệt tiêm bắp adrenalin ngay sau khi chẩn đoán sốc là một yếu tố quan trọng trong việc nâng cao tỷ lệ sống của bệnh nhân sốc phản vệ. Nhiều trường hợp chẩn đoán muộn hoặc chẩn đoán đúng nhưng dùng sai đường dùng adrenalin khiến phản vệ nặng lên và suy đa tạng. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi có mục đích đánh giá kết quả điều trị sốc phản vệ ở trẻ em tại khoa Điều trị tích cực Nội khoa, bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 110 bệnh nhân từ 1 tháng đến 16 tuổi được chẩn đoán sốc phản vệ, điều trị tại khoa Điều trị tích cực Nội khoa, bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 1/1/2016 đến 1/7/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán sốc phản vệ theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị phản vệ của Bộ Y tế năm 2017.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân khi nhập viện quá nặng, tử vong nhanh không kịp khai thác thông tin. Bệnh nhân hồi cứu thiếu nhiều thông tin.

Biến nghiên cứu: thời gian tiêm adrenalin, đường tiêm adrenalin ban đầu, tiêm adrenalin đúng phác đồ; số bệnh nhân dùng adrenalin tiêm bắp ban đầu thoát sốc, cần duy trì adrenalin hoặc phối hợp vận mạch khác, thời gian duy trì adrenalin, thời gian thở máy; tỷ lệ hỗ trợ hô hấp ban đầu (thở oxy mask, đặt NKQ), điều trị hô hấp (thở oxy mask, thở máy), lọc máu, ECMO; tỷ lệ tử vong, di chứng não, thời gian điều trị ở khoa Điều trị tích cực Nội khoa. Các biến này được đánh giá qua hồ sơ bệnh án.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

2.4. Vấn đề y đức. Các hoạt động trong nghiên cứu là quá trình hoạt động thông thường trong khám, chẩn đoán và điều trị bệnh nhân, không làm tổn hại đến bệnh nhân. Các chi phí khám chữa bệnh được Bảo hiểm y tế chi trả. Các dữ liệu của bệnh nhân được bảo mật chỉ sử dụng trong nghiên cứu, không sử dụng cho bất cứ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/1/2016 đến 1/7/2021, nghiên cứu thu thập được 110 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm dịch tễ

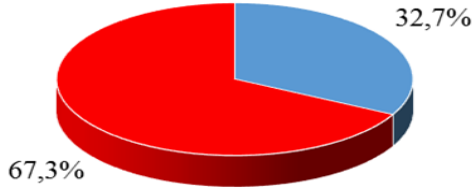
Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	58	52,7
	Nữ	52	47,3
Nhóm tuổi	1-<12 tháng	82	74,5
	12-< 60 tháng	18	16,4
	≥60 tháng	10	9,1
	Tổng	110	100,0
	Trung vị	6 tháng	
	$\bar{x} \pm SD$	17,7 \pm 35 tháng	
Min-max	34 ngày-16 tuổi		

- Phản ứng phản vệ gặp ở mọi lứa tuổi, tuổi thấp nhất là 34 ngày, lớn nhất là 16 tuổi, trung vị là 6 tháng.

- Trẻ dưới 12 tháng chiếm chủ yếu với tỷ lệ 74,5%.
- Trẻ nam chiếm 52,7% cao hơn so với trẻ nữ (47,3%).

3.2. Nơi xảy ra phản vệ



■ Cộng đồng (n=36) ■ Cơ sở y tế (n=74)

Hình 1. Nơi xảy ra phản vệ (n=110)

- Phản vệ phần lớn xảy ra tại cơ sở y tế chiếm 67,3%, tuy nhiên vẫn có 32,7% xảy ra tại cộng đồng.

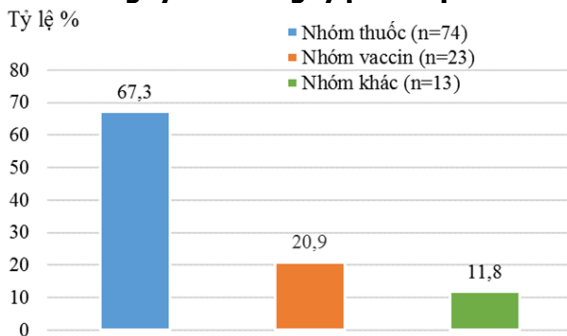
3.3. Tiền sử bệnh

Bảng 2. Tiền sử bệnh

Tiền sử bệnh		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Dị ứng	Có	21	19,1
	Không	89	80,9
	Tổng	110	100,0
Bệnh nền	Tim bẩm sinh	4	3,6
	Sau mổ u nguyên bào thần kinh	1	0,9
	Vàng da ứ mật	1	0,9
	Tổng	6	5,5

- Số trẻ có tiền sử dị ứng chiếm 19,1%.
- Số trẻ có bệnh nền chiếm 5,5%.

3.4. Nguyên nhân gây phản vệ



Hình 2: Nguyên nhân gây phản vệ (n=110)

- Tỷ lệ phản vệ trong nhóm thuốc cao nhất chiếm 67,3% sau đó là nhóm vaccin 20,9%, nhóm khác 11,8%.

3.6. Tiêm adrenalin theo phác đồ

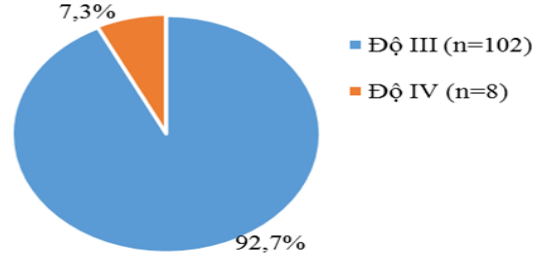
Bảng 5. Tiêm adrenalin theo phác đồ

Tiêm Adrenalin theo phác đồ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đúng	49	44,5

Không đúng	61	55,5
Tổng	110	100,0

- Sử dụng adrenalin đúng theo phác đồ chiếm 44,5%.
- Có tới 55,5% không được sử dụng adrenalin đúng theo phác đồ.

3.5. Phân loại mức độ phản vệ



Hình 3: Phân loại mức độ phản vệ (n=110)

- Phản vệ độ III chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 92,7%.

3.7. Đặc điểm sử dụng thuốc vận mạch

Bảng 6. Đặc điểm sử dụng thuốc vận mạch

Đặc điểm dùng vận mạch	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Adrenalin tiêm bắp đơn thuần	26	23,6
Adrenalin duy trì tĩnh mạch đơn thuần	27	24,6
Phối hợp adrenalin với vận mạch khác	57	51,8
Tổng	110	100,0

Thời gian duy trì adrenalin (trung vị/IQR) (giờ): 22 (2,0-35,8)

- Bệnh nhân cần phối hợp adrenalin với vận mạch khác chiếm chủ yếu 51,8%.
- Bệnh nhân dùng adrenalin tiêm bắp đơn thuần thoát sốc chiếm 23,6%.
- Bệnh nhân cần chuyển duy trì adrenalin tĩnh mạch đơn thuần chiếm 24,6%.
- Thời gian duy trì adrenalin có trung vị là 22 giờ.

3.8. Kết quả điều trị

Bảng 7. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sống	105	95,5
Tử vong	5	4,5
Tổng	110	100,0
Di chứng não	2	1,9
Không di chứng não	103	98,1
Tổng	105	100,0

- Tỷ lệ sống là 95,5%, tử vong là 4,5%.
- Có 5 bệnh nhân di chứng não, chiếm tỷ lệ 1,9%.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi thấy trong 110 bệnh nhân nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa, độ III sốc phản vệ chiếm 92,7%, không có bệnh nhân nào ở mức độ I và II [3]. Trong số 110 bệnh nhân có 103 bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, 2 bệnh nhân có di chứng thần kinh và 5 bệnh nhân tử vong (4,5%). Tỷ lệ tử vong giảm hơn nhiều so với nghiên cứu tương tự trong năm 2018 và 2010 trước đó tại cùng khoa Điều trị tích cực Nội khoa của Trần Bá Dũng là 7,9% [4] và nghiên cứu Phạm Văn Thắng là 40% [5], nhưng tương đồng với nghiên cứu khác tại Việt Nam của Nguyễn Xuân Quốc [6]. Khi phân tích điều trị ban đầu các bệnh nhân nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa chúng tôi nhận thấy thời gian được tiêm adrenalin ngay lập tức sau khi sốc phản vệ xảy ra chiếm 45,5%, từ vài phút tới 1 giờ chiếm 28,2%, trên 1 giờ chiếm 6,4%. Mặt khác có tới 3,9% chỉ định tiêm tĩnh mạch. Ronna L. Campbell và cộng sự năm 2015 thấy rằng tất cả các ca quá liều adrenalin xảy ra khi dùng đường tiêm tĩnh mạch. Các tác giả này cũng có khuyến cáo nên dùng adrenalin tiêm bắp ở liều đầu tiên, tránh tiêm tĩnh mạch trừ các tình huống đặc biệt [7]. Đường tiêm bắp được khuyến cáo vì tác dụng giãn mạch tại hệ cơ xương, làm tăng tưới máu hệ cơ xương, tăng hấp thu adrenalin vào tuần hoàn khiến thời gian đạt nồng độ đỉnh adrenalin trong huyết tương và trong mô nhanh hơn tiêm dưới da. Đường tiêm tĩnh mạch có nhiều tác dụng phụ nghiêm trọng nên hiện nay không khuyến cáo dùng.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết các bệnh nhân sốc phản vệ phải

nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa là sốc phản vệ độ III, các bệnh nhân đều được tiêm bắp Adrenalin theo phác đồ của Bộ Y tế, tuy nhiên tỷ lệ thoát sốc sau tiêm bắp Adrenalin đơn thuần là thấp, các bệnh nhân nhập khoa Điều trị tích cực Nội khoa phải kết hợp truyền liên tục Adrenalin và các thuốc vận mạch khác. Tỷ lệ sống cao chiếm tới 95,5% trong đó có 1,8% bệnh nhân có di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dinakar C.** Anaphylaxis in Children: Current Understanding and Key Issues in Diagnosis and Treatment. *Current allergy and asthma reports.* 2012, 12 (6), 641-649.
2. **Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Văn Đình.** (2014). Cập nhật 2014 chẩn đoán và xử trí sốc phản vệ, Hội hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam.
3. **Bộ Y tế** 2017. Thông tư 51: Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.
4. **Trần Bá Dũng.** Nhận xét chẩn đoán và điều trị sốc phản vệ tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Nhi Trung ương. Báo cáo Hội nghị khoa học Hồi sức cấp cứu Nhi khoa lần III. 2018.
5. **Phạm Văn Thắng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và điều trị sốc phản vệ do thuốc ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Đề tài nghiên cứu khoa học tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Nhi Trung ương. 2010, 6 (5), 9.
6. **Nguyễn Xuân Quốc, Phạm Văn Quang, Tăng Chí Thượng.** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng bệnh nhi sốc phản vệ tại bệnh viện Nhi đồng 1. *Tạp chí nhi khoa.* 2017, 10 (3), 36-43.
7. **Campbell RL, Bellolio MF, Knutson BD, Bellamkonda VR, Fedko MG, Nestler DM, et al.** Epinephrine in anaphylaxis: higher risk of cardiovascular complications and overdose after administration of intravenous bolus epinephrine compared with intramuscular epinephrine. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2015, 3 (1), 76-80.

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN U MÁU GAN

Lê Thị Thu Hiền¹, Đồng Đức Hoàng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U máu gan là khối u lành tính phổ biến nhất ở gan, nếu khối u có kích thước lớn thì phải có chỉ định điều trị phù hợp. **Mục tiêu:** Đánh giá chỉ định điều trị và kết quả mô bệnh học của bệnh nhân u

máu gan. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 49 bệnh nhân được chẩn đoán u máu gan dựa trên hướng dẫn của Hiệp hội Nghiên cứu về Gan Châu Âu. Trên hình ảnh CT có tiêm thuốc cản quang, khối u gan có hình ảnh ngấm thuốc ngoại vi pha động mạch, tăng cường hướng tâm trong pha chậm; chẩn đoán bằng mô bệnh học khi u không ngấm thuốc điển hình trên CT. **Kết quả:** RFA (Radiofrequency Ablation-đốt sóng cao tần) là phương pháp điều trị thực hiện nhiều nhất với tỉ lệ 34,7%. Cắt khối u và TAE (Transcatheter arterial chemoembolization) cùng với tỉ lệ 14,3%. Cắt u được thực hiện ở lứa tuổi trẻ nhất 42,4 ± 10,9, nhóm RFA là 48,2 ± 11,4; nhóm TAE là 64,8 ± 23,3; p = 0,01. Kích thước u trung bình của nhóm cắt u là lớn

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hiền
 Email: hientuyen.tn2009@gmail.com
 Ngày nhận bài: 20.9.2022
 Ngày phản biện khoa học: 15.11.2022
 Ngày duyệt bài: 21.11.2022